

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**A (IN)VISIBILIDADE DE FAMÍLIAS HOMOAFETIVAS DURANTE
ATENDIMENTOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Marielle Kulakowski Obem

Santa Maria/RS
2018

Marielle Kulakowski Obem

**A (IN)VISIBILIDADE DE FAMÍLIAS HOMOAFETIVAS DURANTE
ATENDIMENTOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS) como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Enf.^a Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Santa Maria/RS
2018

Obem, Marielle Kulakowski

A (IN)VISIBILIDADE DE FAMÍLIAS HOMOAFETIVAS DURANTE
ATENDIMENTOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE / Marielle Kulakowski
Obem.- 2018.

113 p.; 30 cm

Orientador: Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2018

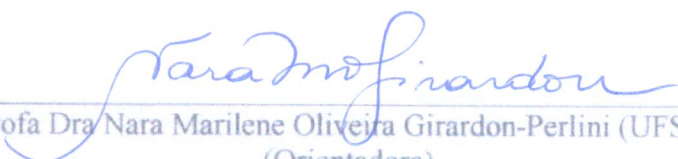
1. Família 2. Homossexualidade 3. Famílias Homoafetivas
4. Interacionismo Simbólico 5. Enfermagem I. Girardon
Perlini, Nara Marilene Oliveira II. Título.

Marielle Kulakowski Obem

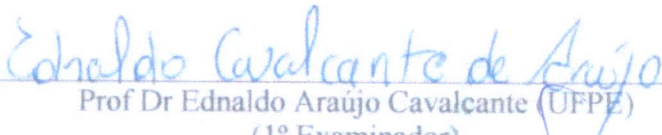
**A (IN)VISIBILIDADE DE FAMÍLIAS HOMOAFETIVAS DURANTE
ATENDIMENTOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS) como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

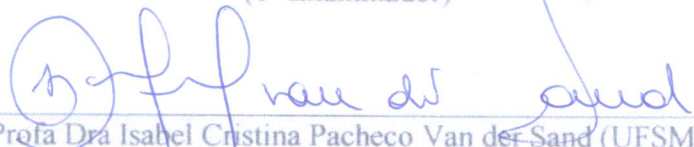
Aprovado em 30 de agosto de 2018:



Profa Dra Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini (UFSM)
(Orientadora)



Prof Dr Ednaldo Araújo Cavalcante (UFPE)
(1º Examinador)



Profa Dra Isabel Cristina Pacheco Van der Sand (UFSM)
(2º Examinadora)

Profa Dra Maria Ribeiro Lacerda (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria/RS
2018

FOLHA QUE SERA SUBSTITUIDA

Dedico esse trabalho à todas as famílias e indivíduos LGBTTIPA+¹, principalmente aos que mais precisam de acolto. Meu estudo foi realizado com pessoas cisgêneras² e homo/biafetivas, porém desejo que todos se sintam representados e apoiados.

¹ Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros/Transsexuais, Travestis, Interssexo, Panssexuais e Assexuais e demais sexualidades e transgeneridades não citadas.

² Indivíduos que se reconhecem com o gênero que lhe foi imposto ao nascimento.

AGRADECIMENTOS

É sempre tempo de agradecer.

O percurso de uma jornada de mestrado é completo de desafios, aprendizado, reconhecimento de si e do outro e novas formas de ver e compor o mundo. Reconheço que uma jornada como essa não pode ser feita sozinha.

Dessa forma, não posso deixar de começar por onde tudo começou, **minha família**. Agradeço a todas (os), **mãe, pai e irmãos** por todo amor e dedicação individual e coletivo, pelos ensinamentos e valores compartilhados que hoje fazem parte de quem eu sou.

Aos meus amigos da vida, que me acompanham desde o ensino médio **Amanda e Bolívar**, que fazem parte da minha trajetória muito antes de eu saber que seria enfermeira. Às **minhas amigas** de graduação as quais passamos por muitos momentos que guardo e guardarei com carinho. Sou grata por ter tantas amigas maravilhosas, que com todas muito aprendi, cresci e amadureci. Levo-as no meu coração.

Agradeço especialmente a **Marta**, pelo companheirismo, pelo apoio, por me ouvir nas tantas vezes que precisei conversar sobre a dissertação, e por lê-la e relê-la na tentativa de me ajudar a elucidá-la. Sou grata pelas conversas e infinitas trocas. Obrigada pelo sentimento de pertencimento.

À **minha orientadora**, quem me oportunizou conhecer e trabalhar com famílias, me apresentou o Interacionismo e me fez entender que muitas vezes é o tema que nos escolhe e não a gente que escolhe ele. Profa Nara, sou imensamente grata por esses dois anos de construção, muito obrigada pelas inspirações, orientações, por me apresentar e me fazer olhar as famílias a partir de uma ótica que eu não conhecia.

Ao grupo de pesquisa **NECFam** pelas discussões, aprendizado, parcerias e bons momentos de encontros;

Aos **colegas e professores** do mestrado pelos momentos compartilhados de construção e aprendizado. À Universidade Federal de Santa Maria e ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pela disponibilidade em atender as demandas e pela dedicação em formar melhores mestres.

À **ABRAFH**, por me apoiar na pesquisa e principalmente por compor uma instituição que acolhe e ajuda famílias que precisam ser fortalecidas e apoiadas;

Aos **profissionais** das ESF's que me receberam muito bem apesar da demanda de trabalho;

Às **famílias homoafetivas** que participaram dessa pesquisa, e generosamente abriram, não somente as portas de suas casas, mas de suas vidas para que essa pesquisa fosse feita, sem vocês isso não seria possível;

À **Banca**, pela disponibilidade, sensibilidade, dedicação e pelos apontamentos que enriquecerão e contribuirão muito para a finalização deste trabalho;

À **CAPES**, pela concessão de bolsa de estudos.

E a todos os demais, que diretamente ou indiretamente me auxiliaram nessa trajetória.

Aqui se encerra um capítulo para que tantos outros sejam iniciados.

Meu muito obrigada!

Esta dissertação contou com o auxílio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – por meio de concessão de bolsa em período parcial.

A verdadeira violência,
a violência que percebi que era indesculpável,
é a que fazemos com nós mesmos,
quando temos medo de ser quem realmente somos
(Sense8)

“De acordo com o relatório do Conselho de Direitos Humanos da ONU o Brasil é um dos países mais homofóbicos e transfóbicos do mundo. Em âmbito nacional foram registradas aproximadamente 321 mortes por ano nos últimos 3 anos. Ou seja, a cada 28h uma pessoa LGBTI+³ é morta no Brasil em virtude de sua orientação sexual ou identidade de gênero” (ABRAFH, 2016).⁴

³ A sigla LGBTI (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais/Transgêneros), foi decidida na I Conferência Nacional GLBT, em 2008, no intuito de dar visibilidade aos outros grupos, como transgêneros(as) /transexuais, travestis e lésbicas. O “I” representa as pessoas interssex e o “+” é dedicado as outras sexualidades e transgêneridades não citadas. Ressalvo que não-binários de gênero – “Gender Queer” está sendo considerado, nessa pesquisa, dentro do grupo trans (REIS & PINHO, 2016). Porém, no decorrer do texto será seguido individualmente a sigla que cada estudo utilizou em sua pesquisa.

⁴ ABRAFH, Associação Brasileira de Famílias Homotransafetivas. Nota de repúdio ao massacre ocorrido em Orlando contra a população LGBTI, 2016.

OBEM, Marielle Kulakowski. **A (In)visibilidade de Famílias Homoafetivas Durante Atendimentos em Serviços de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2018.

RESUMO

A (IN)VISIBILIDADE DE FAMÍLIAS HOMOAFETIVAS DURANTE ATENDIMENTOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

AUTORA: Mda Enfa Marielle Kulakowski Obem

ORIENTADORA: Dra Enfa Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Introdução: Família é um conjunto de indivíduos unidos entre si, seja por aliança, filiação, adoção, parentesco, coabitação ou socioafetividade. É preciso compreendê-la como uma instituição historicamente determinada que corresponde às necessidades da sociedade. Nessa perspectiva, há o reconhecimento do direito de ser família e do respeito à formação das famílias homoafetivas. Dessa forma, formulou-se a questão pesquisa: como ocorre a experiência interacional de famílias homoafetivas no atendimento recebido em serviços de saúde, segundo a perspectiva das famílias? E, como objetivo: Conhecer a experiência interacional de famílias homoafetivas no atendimento recebido em serviços de saúde, segundo a perspectiva das famílias. Refere-se a um estudo de abordagem qualitativa. O referencial teórico utilizado foi o interacionismo simbólico, que estuda a compreensão da ação humana a partir de interações sociais. **Metodologia:** Participaram do estudo nove famílias homoafetivas, sendo dois casais do gênero masculino e sete do feminino, residentes em cidades do interior do estado do Rio Grande do Sul. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as famílias participantes, as entrevistas ocorrem do mês de março a setembro de 2017. A captação das famílias ocorreu de três maneiras: pelas estratégias de saúde da família (ESF) pela ABRAFH e pela técnica Snowball. Os dados foram analisados pelo método espial de proposto por Creswell. Foram respeitados os aspectos éticos seguindo a Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que diz respeito a pesquisas sobre seres humanos. **Resultados:** As famílias homoafetivas ao consultarem nos serviços de saúde enfrentam dificuldades e se sentem tratadas de maneira diferente devido sua constituição familiar. Muitas vezes essas famílias não se sentem reconhecidas dentro dos espaços de saúde, o que contribui para a não visibilidade delas nesses ambientes. As famílias também referem que, muitas vezes, por mais que não ocorra revelação falada, é perceptível os laços afetivos entre os membros presentes no atendimento, que por diversas vezes são ignorados pelos profissionais da saúde. Essas situações caracterizadas como negativas, fazem com que as famílias temam se revelar como homoafetivas dentro dos espaços de saúde, pois sentem que precisam proteger a si enquanto unidade e aos seus membros como indivíduos do preconceito e da discriminação, para não correr riscos de expor-se, não ser compreendidas e sofrer qualquer tipo de desconforto emocional durante o atendimento prestado pelos profissionais. A (in) visibilidade, foi assim colocada, entre parênteses, pois se percebe que essas famílias, muitas vezes, são vistas pelos profissionais da saúde, mas não são reconhecidas por eles enquanto famílias.

Palavras-Chave: família; família homoafetiva; homossexualidade; homoparentalidade; Enfermagem.

ABSTRACT

THE (IN) VISIBILITY OF HOMOAFETIVE FAMILIES DURING HEALTH CARE SERVICES

AUTHOR: Mda Enfa Marielle Kulakowski Obem

MENTHOR: Dra Enfa Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Family is a group of individuals linked together, whether by alliance, affiliation, adoption, kinship, cohabitation or socio-affectivity. It must be understood as a historically determined institution that corresponds to the needs of society. From this perspective, there is the recognition of the right to be family and respect for the formation of homoaffective families. Thus, the research question was formulated: how does the interactional experience of homoaffective families in the care received in health services, according to the families' perspective? And, as objective: To know the interactional experience of homoaffective families in the care received in health services, according to the families' perspective. Refers to a qualitative approach study. Nine homoaffective families participated in the study, being two male and seven female couples, living in cities in the interior of the state of Rio Grande do Sul. Semi-structured interviews were conducted with the families, the interviews occurring from March to September. 2017. The ethical aspects were respected following Resolution No. 466/2012 of the National Health Council that concerns research on human beings. Homoaffective families, when consulting in the health services, face difficulties and feel treated differently due to their family constitution. Often these families do not feel recognized within health spaces, which contributes to their non-visibility in these environments. Families also report that, although there is no spoken revelation, affective ties between the members present in the care, which are often ignored by health professionals, are perceptible. These situations, characterized as negative, cause families to fear to reveal themselves as homogenous within health spaces, because they feel they need to protect themselves as a unit and their members as individuals of prejudice and discrimination, so as not to run the risk of exposing them, if not be understood and suffer any kind of emotional discomfort during the care provided by the professionals. The (in) visibility was thus placed, in parentheses, because it is perceived that these families are often seen by health professionals, but are not recognized by them as families.

Keywords: family; homoaffective family; homosexuality; homoparentality; Nursing.

LISTA DE SIGLAS

ABRAFH – Associação Brasileira de Famílias Homotransafetivas

BDEnf - Base de dados em Enfermagem

BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEPEn - Centro de Pesquisas de Enfermagem

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FCC – Family-Centered Care

FLG - Frente de Libertação Gay

HIV - Human Immunodeficiency Virus

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IS - Interacionismo Simbólico

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBTI- Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais/Transgêneros, Travestis, Interssexo.

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NGTF - National Gay Task Force

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PNSILGBT - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais

ROPA – Recepção de Óvulos da Parceira

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Supremo Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMS – Universidade Federal de Santa Maria

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Principais assuntos trabalhados nas pesquisas Nacionais	25
Quadro 2- Principais assuntos trabalhados nas pesquisas Internacionais.....	26
Quadro 3 - Informações socioeconômicas das famílias e os significados dos codinomes.....	47
Quadro 4 – Experiências de famílias homoafetivas em atendimentos nos serviços de saúde..	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Imagem do post no grupo da ABRAFH pelo Facebook.....	52
Figura 2 - Imagem ilustrativa da etapa 1: organização do material.....	54
Figura 3- Imagem ilustrativa da etapa 2: leituras e lembretes	55
Figura 4- Imagem ilustrativa da etapa 3: coração da análise dos dados.....	56
Figura 5- Representação dos principais resultados obtidos no estudo	95
Figura 6- Esquema da frequência de palavras obtidas nos dados.....	96

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVO	19
3. REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1 ORIGEM E EVOLUÇÃO DAS FAMÍLIAS	20
3.2 FAMÍLIAS HOMOAFETIVAS	25
3.3 MATERNIDADE E PATERNIDADE HOMOSSEXUAL	31
3.5 FAMÍLIAS HOMOAFETIVAS: O ESTADO DA ARTE NA ENFERMAGEM	33
4. REFERENCIAL TEÓRICO: INTERACIONISMO SIMBÓLICO	38
5. PERCURSO METODOLÓGICO	45
5.1 DESENHO DO ESTUDO	45
5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	46
5.3 CAMINHOS DO DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO	47
5.3.1 Aspectos Éticos.....	47
5.3.2 Coleta de dados	49
5.3.3 Análise dos Dados	53
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
8. REFERÊNCIAS	100
Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	109
Anexo B - Termo de Confidencialidade	111
Apêndice A - Questionário de Perfil Socioeconômico das Famílias Homoafetivas	112
Apêndice B: Roteiro para entrevista	113

1. INTRODUÇÃO

Para definir família, é preciso trabalhar com conceitos que abracem a heterogeneidade das constituições familiares. Será que é possível tal definição no século XXI? A família é um conjunto mutável, sistêmico e plural, mutável pois está em constante variação por sofrer influências socioculturais e econômicas, que variam sua dinâmica e estrutura. Pode ser considerada sistêmica por seu fluxo organizacional e por agir constantemente como um agente socializador, tanto entre seus membros como em sociedade. Pode ser considerada plural pelas suas diversas formas e núcleos de coexistência (OLIVEIRA, 2009; REVIEWS, 2011; DIAS, 2008). Portanto, como defende Dias (2015, p.7), “*inexistem na Língua Portuguesa vocábulos que identifiquem os integrantes das novas famílias*”.

Família é um conjunto de indivíduos unidos entre si, seja por aliança, filiação, adoção, parentesco, coabitação ou socioafetividade. É preciso compreendê-la como uma “instituição historicamente determinada” que corresponde às necessidades da sociedade (MALUF, 2010). Para Morgan, citado na obra de Engels (1982, p.30), “*família é um elemento ativo; nunca permanece estacionária, mas passa de uma forma inferior a uma superior, à medida que a sociedade evolui de um grau mais baixo para outro mais elevado.*” Porém, a coexistência de novas construções familiares não revela ou reflete em aceitação social. Ariés (2006, p.274) afirma que “*o sentimento da família, o sentimento de classe e talvez [...] o sentimento de raça, surgem como manifestações da mesma intolerância diante da diversidade; de uma mesma preocupação de uniformidade.*” Ou seja, as constituições familiares divergentes do modelo nuclear, constituída por pai, mãe e filhos, tendem a sofrer opressão social por sua heterogeneidade. Essa diversidade de famílias reestruturadas, reconstituídas, reorganizadas faz com que não exista um único conceito que abarque todos os modelos de organização e constituição de famílias (MALUF, 2010).

A Constituição Federal de 1988, assim como o Supremo Tribunal Federal, versam que família são grupos de pessoas ligadas pela existência de laços que transcendem os consanguíneos. Reconhecem nessa perspectiva os direitos humanos, o direito de ser família e o respeito à formação das famílias homoafetivas (COSTA, 2014; RIZZARDO, 2009; BRASIL, 2011).

Famílias homoafetivas são aquelas em que um casal, constituído por pessoas do mesmo gênero, decidem estruturar uma família, seja com filhos, com animais de estimação, somente os dois conjugues, ou da forma como desejarem. No Brasil, segundo o IBGE de 2010, há mais de 60 mil casais homossexuais que residem juntos. Nos Estados Unidos da América (EUA), há uma pesquisa que afirma que aproximadamente uma a cada 10 pessoas é homossexual. Esta

notícia foi lançada pela US National Gay Task Force (NGTF) com o slogan “*We are everywhere*” (BIGNER, 2011; BRASIL, 2010; TORNELLO, 2015).

Com relação à legislação, a comunhão homoafetiva foi reconhecida em 2011, e em 2013 o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) proibiu os cartórios de todo o país negar a constituição de união estável entre homossexuais. Já nos EUA, no ano de 2015, o casamento homoafetivo foi consentido em todo o país (BIGNER, 2011; BRASIL, 2013; SPIEGELHALTER, 2015). Nesse sentido, Silva (2014) complementa afirmando que a conjugalidade homoafetiva encontra-se em todos os lugares da sociedade. Sendo assim, a homossexualidade não trata somente dos homossexuais, mas sim de toda a sociedade.

Em 2013, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), no intuito de garantir a cidadania, a saúde e a dignidade da pessoa humana conforme consta na Constituição Federal. A política se posiciona com estratégias para dar atenção às demandas e às necessidades em saúde da população LGBTI, incentivando a capacitação de profissionais e criticando o preconceito por gênero ou orientação sexual (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva, a PNSILGBT determina que a condição sexual e identidade de gênero não devem interferir no processo de atenção à saúde dos usuários. Tem o intuito de promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuir para a redução das desigualdades. Dessa forma, fortalece a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo e reafirma a posição da Organização Mundial de Saúde – (OMS) que, desde 1990, aponta que a homossexualidade não é patológica e não se trata de um desvio comportamental ou distúrbio psiquiátrico (BRASIL, 2013; IDAHO, 2011).

A PNSILGBT propõe-se a ampliar o acesso aos serviços de saúde no SUS para a população LGBTI, porém não ainda não é possível identificar uma política ou pronunciamento do Ministério da Saúde sobre o cuidado à saúde dedicado às famílias homoafetivas (BRASIL, 2013).

A aproximação com a temática ocorreu durante a graduação em Enfermagem, onde a pesquisadora envolveu-se com pesquisas voltadas para gênero e sexualidade, arquitetando sua formação acadêmica em projetos de empreendedorismo social que visa colocar o indivíduo que se encontra em vulnerabilidade como autor de sua própria história. No decorrer desse percurso, percebeu-se a necessidade de trabalhar com o público alvo desta pesquisa, o qual não possui visibilidade nas pesquisas científicas e na prática diária dos profissionais da saúde.

Além da aproximação e justificativa pessoal, identifica-se também que, na área da saúde, muitos estudos sobre homoafetividade ainda estão restritos aos ditames do HIV/aids, havendo um olhar em menor frequência para a saúde dos indivíduos LGBT e um olhar praticamente inexistente às famílias homoafetivas (MELO, 2010). Chapman et. al (2012) relaciona esse fato à pouca atenção dispensada ao cuidado a população LGBT e suas famílias dentro dos currículos de Enfermagem e Medicina. Em âmbito internacional, a partir de revisão de literatura realizada, foram localizados cinco artigos científicos que abordaram sobre o atendimento à saúde e famílias homoafetivas, já em âmbito nacional não foram encontradas produções que articulem as famílias homoafetivas e a assistência à saúde de maneira direta.

Um guia de práticas de atendimento centrado na família, desenvolvido na Austrália, afirma que as famílias LGBTI são menos propensas a ter um bom relacionamento com profissionais da saúde, pois os serviços julgam, discriminam ou supõe heterossexualidade (JOLLEY, 2009). Melo (2010) entrevistou profissionais da saúde para compreender aspectos que favorecem ou dificultam a aproximação de mulheres lésbicas em Estratégias de Saúde da família. Segundo os dados, as mulheres homossexuais possuem atenuantes dificuldades em compartilhar com os profissionais sobre sua sexualidade, o vínculo surgiu como essencial nesse processo de revelação. No estudo de Shields (2012), investigando a experiência de pais LGBT's que procuram cuidados de saúde para os seus filhos, foi apontado que famílias homoafetivas posicionaram-se como satisfeitas com a assistência à saúde prestada aos seus filhos, porém, apontaram que muitas famílias ainda sofrem discriminação e preconceito. No estudo de Mikhailovich (2001), mais de um quarto dos pais do mesmo sexo relataram experiências negativas nos cuidados em saúde prestados aos seus filhos, relacionado a sua orientação sexual.

Em busca realizada no banco de dados Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEEn), com os descritores “família” e “homossexualidade” não foram encontrados nenhuma tese ou dissertação na temática. Considerando o exposto e lacuna identificada especialmente na produção nacional, na área da Enfermagem, relacionada às famílias homoafetivas atendidas em serviços de saúde, busca-se com o presente estudo responder a seguinte questão: Como ocorre a experiência interacional de famílias homoafetivas no atendimento recebido em serviços de saúde, segundo a perspectiva das famílias?

2. OBJETIVO

Conhecer a experiência interacional de famílias homoafetivas no atendimento recebido em serviços de saúde, segundo a perspectiva das famílias.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, será abordado acerca da origem e evolução das famílias percorrendo uma linha temporal. Serão apresentadas produções no âmbito das famílias homoafetivas, na saúde e na Enfermagem.

3.1 ORIGEM E EVOLUÇÃO DAS FAMÍLIAS

Ao compreender um pouco da complexidade e pluralidade da constituição de “família”, retoma-se que esta não é uma entidade fixa, entretanto, a todo o momento a estrutura familiar foi sugestão para criação de estereótipos. Até o século XX, preconizava-se que valores morais e sociais estavam diretamente associados à heterossexualidade*⁵. Já no século atual, as configurações das famílias com a presença de núcleos distintos estão com maior visibilidade, mesmo elas existindo há muito tempo, juntamente com a família tradicional. Em vista disso, pretende-se conhecer um pouco da gestação e transformação das famílias no decorrer da história (VALIQUETTE-TESSIER, 2016; DIAS, 2015; GATO, 2016; BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva, é necessário, aqui, resgatar as primeiras civilizações, as quais perpassaram por três estados distintos: o Selvagem, a Barbárie e a Civilização, para assim compreender como se estruturou as famílias até o século atual. No estado selvagem, os homens dividiam o território com animais selvagens e primavam pela sobrevivência. Nesse período, os acontecimentos importantes foram o controle do fogo e a pescaria, isso incentivava também a migração para outros territórios. Posteriormente, com a invenção do arco e flecha, houve investimento na caça e os homens começaram a abandonar a vida nômade (ENGELS, 1982; ARIÉS & DUBY, 1991).

A fase da Barbárie inicia com o uso da cerâmica. Nesse período, os povos começaram a sentir distinções climáticas, desvelando-se as possíveis diferenças de costumes entres os povos ocidentais e orientais. A domesticação de animais e o cultivo de cereais foram outras conquistas da época. A fase da Civilização inicia pela fundição do minério de ferro e a invenção da escrita, é um período industrial e focado na arte (ENGELS, 1982; ARIÉS & DUBY, 1991).

Entre esses três estados primitivos, existiram quatro modelos de famílias: Família Consanguínea, Família Panaluana, Família Sindiásmica e a Família Monogâmica. A família Consanguínea foi o primeiro passo no processo de constituição familiar, momento em que foi

*⁵ Os termos heteroafetividade ou heterossexualidade condizem a atração/desejo por pessoas do sexo oposto.

proibida a relação entre pais e filhos, porém, ainda havia uma relação endógena, na qual irmãos e irmãs eram, necessariamente, marido e mulher. Na Família Panaluana, foram excluídas as relações entre irmãos e irmãs, formando os laços de sobrinhos e sobrinhas, primos e primas. Essa formação de laços familiares aconteceu no estado selvagem, em que passou a ser manifestado o matrimônio por grupos. Depois de um tempo, surgiu a Família Sindiásmica, no tempo da barbárie, com o intuito de acabar com os casamentos por grupos. Então, o matrimônio passou a ser por pares, porém a poligamia e a infidelidade permaneceram como um direito dos homens. Das mulheres, passou-se exigir plena fidelidade, as relações acabaram tornando-se cada vez mais opressivas, pois as mulheres deveriam ansiar pelo matrimônio com um só homem (ENGELS, 1982; ARIÉS & DUBY, 1991).

No matrimônio Sindiásmico, começou a haver o reconhecimento da paternidade, ganho de poder e controle das finanças pelo homem. Este fato realmente se consolidou na era da Civilização, onde surgiu o patriarcado, uma forma de família que assinala a passagem do matrimônio Sindiásmico à Monogamia. A família passou a ser uma organização importante socialmente, na qual o patriarca da família mantinha sob seu poder a mulher, os filhos e certo número de escravos. A família Monogâmica surge ainda no tempo da Barbárie, período de grande derrota histórica do sexo feminino, que passou a ser invisibilizada e depender exclusivamente do marido. É uma fase do predomínio do homem, o qual tem como finalidade procriar filhos na qualidade de herdeiros diretos (ENGELS, 1982; ARIÉS & DUBY, 1991; FOUCAULT, 1988).

A família Monogâmica iniciou juntamente com a escravidão e as riquezas privadas, ou seja, o bem-estar e o desenvolvimento de uns sucediam às custas das dificuldades e repressões de outros. A monogamia não foi consequência do amor individual e sim do interesse às condições econômicas, visando os herdeiros diretos, o que Engels chama de “casamentos por conveniência”. As relações extraconjugais dos homens com mulheres não casadas ainda era presente, transformando-se, aos poucos, em prostituição (ENGELS, 1982; FOUCAULT, 1988).

Entre os séculos XVI - XIX, foi constituindo-se a família tradicional, enquanto uma conceituação decorrente do modo de se estabelecer e organizar as relações familiares e sociedade. Nesse período, o pertencimento a um grupo familiar era cartão de passagem para a vida social. Com a influência de miscigenação indígena, europeia e africana, a família brasileira também se constituiu a partir do regime patriarcal. Fizeram-se presentes nessa época a divisão em classes sociais, as duas primeiras foram: a família Aristocrata e Camponesa nos séculos XVI e XVII, (Ariés) aborda que até o século XVI, a família existia como linhagem, como instituição política e não como espaço doméstico e que até o século XVII a família não existia

como sentimento. Os lares que hoje são sinônimo de privados eram públicos, locais de grandes encontros. No século XVIII, a partir do decorrer das organizações sociais, a mulher passou a ser considerada a “rainha do lar”, esta constituição familiar ficou conhecida como família Burguesa, porém, a mulher ainda era considerada não pensante e seu principal papel era manter a casa e centrar-se nos filhos. A burguesia se esforçou em adiar a satisfação sexual como em nenhuma outra classe, as mulheres burguesas eram consideradas seres assexuais e angelicais.

A família Operária constitui-se no século XIX e desenvolveu uma estrutura de família sob condições precárias, de agonia social e econômica. No decorrer do tempo, a família da classe trabalhadora passou a se parecer muito com a família burguesa. Os filhos eram criados de maneira informal, sem a constante atenção e fiscalização da mãe, e o incesto era incentivado antes da vida nupcial (ARIÉS, 2006; FREYRE, 2003; ENGELS, 1982).

A família Patriarcal é um modelo político de estruturação e comportamento familiar que começou a ser praticado na idade antiga. O patriarcado significa o mundo do homem por excelência, a espinha dorsal da sociedade. A mulher era destinada à procriação e as filhas preparadas para tornarem-se boas esposas ou religiosas, os filhos homens obtiveram diversos benefícios. Caso houvesse filhos ilegítimos ou de criação, estes eram considerados membros secundários. O patriarca podia se relacionar sexualmente com as criadas desde que fosse em sigilo, enquanto que para a mulher era proibido. Há registros, no século XVI, de relatos de prática de sodomia entre homens na vida pré-nupcial; e o matrimônio era algo extremamente restrito a algumas famílias, pois implicava em altos custos e prestígio social (ARIÉS, 2006; FREYRE, 2003; ENGELS, 1982).

Samara (1993) e Corrêa (1993) apresentam interpretações diferenciadas dos clássicos da família Patriarcal brasileira. Os estudos iniciados em meados dos anos 80 demonstraram existir outras configurações familiares que coexistiram com, ou mesmo predominaram sobre o modelo patriarcal, como a família nuclear. A constituição da família nuclear ocorreu a partir da chegada da Corte Portuguesa ao Rio de Janeiro, e trouxe consigo a influência árabe cuja característica era levar os filhos e a mulher para fora de casa para ajudar no sustento da família. A Corte Portuguesa estabeleceu oportunidades de estudos e outras formas de ascensão social aos segmentos masculinos mais jovens da população. Sendo assim, a família teria se transformado ao longo do século XIX, com filhos menos dependentes do poder patriarcal. Em 1836, as famílias nucleares constituídas por pai, mãe e filhos, predominavam na cidade de São Paulo, as famílias pobres eram majoritariamente chefiadas por mulheres. Nesse período monárquico, houve a primeira legislação que tratou sobre a adoção: a Lei de 22 de setembro de 1828, vigente até a promulgação do Código Civil em 1916, que tenha em vista a

legitimação dos filhos de sacrilégios, adúlteros ou incestuosos (SAMARA, 1993; CORRÊA, 1993; ARIÉS, 2006; BRASIL, 1828).

A descrição da família Latifundiária de Freyre (2003), destarte, constitui-se em mais de uma forma de definir e caracterizar a representação da família brasileira ao longo de sua história. Nessa perspectiva, o papel da mulher dentro da família apresentava variações de comportamento de acordo com os diferentes níveis sociais das mulheres, porém, a opressão de gênero existia independente da classe social. De acordo com Samara (1993), não eram raros os casos de mulheres que, por ausência do marido ou viuvez, zelaram pelo patrimônio da família, gerindo propriedades e negócios. No entanto, quando ocorria a morte do marido a mulher deveria justificar juridicamente sua posição de gestora da família. Entretanto, é preciso assinalar que esta “liberdade” da mulher era limitada e não pode representar o todo.

A família Nuclear é composta pelo “chefe da família” (pai), sua esposa e os seus descendentes legítimos. Nesse modelo familiar, ao se casar, seus componentes constituíam sua própria família em outro domicílio, diferentemente da tradicional, na qual os filhos homens moravam com os pais e a esposa após o casamento. Na família nuclear, não havia onipotência nas decisões por parte do chefe da família, o comando do lar era de corresponsabilidade da mulher, pois esta deveria administrar o lar e educar os filhos. A ausência do homem em domicílio era comum, devido ao trabalho, o que contribuía na diminuição da autoridade paterna (SAMARA, 2002; ARIÉS, 2006; BILAC, 2000).

Após a revolução industrial, nas primeiras décadas do século XX, as indústrias começaram a se desenvolver e “aceitar” a inserção feminina no mercado de trabalho, passando a exercer funções remuneradas, combinadas às atividades domésticas (SAMARA, 2002; BILAC, 2000).

A partir da segunda metade do século XX em diante, devido às significativas transformações no mundo da família, oriunda principalmente da saída em massa da mulher para o mercado de trabalho, começou a ser delineado um novo modelo familiar denominado *família Moderna*. Esse fato é intensificado com a ocorrência da Primeira e Segunda Guerra Mundial, quando os homens viajavam para as batalhas e as mulheres passavam a assumir as responsabilidades que até então eram destinadas a eles. Após a guerra, algumas mulheres, ao perceber que poderiam realizar as mesmas atividades que os homens, não aceitaram retornar aos lares e começaram a reivindicar seus direitos. Foram significativas as mudanças na educação dos filhos, na impessoalidade das relações sociais e no controle da natalidade. Ainda no século XX, houve registros de famílias homoafetivas apesar dos casais não possuírem a

titulação de família na época (SAMARA, 2002; BARROS & SANTOS, 2015; ARIÉS, 2006; FIGUEIRA, 1987).

No final do século XX, a família começou a ser representada socialmente por família da aldeia global. A dinâmica familiar possuía a necessidade de conviver em família, de promover segurança física e psicológica, os filhos eram como depositários das expectativas parentais, a autoridade paterna e materna passou ser compartilhadas e o casamento começou a ser substituído por livre união consensual. A respeito da adoção a Lei nº 3.133, de 8 de maio de 1957, modificou o Código Civil: a idade mínima para adoção de cinquenta passou para trinta anos, a diferença de idade entre adotado e adotante de dezoito anos para dezesseis. A Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), revogou o Código de Menores, proporcionando maior proteção para a criança e ao adolescente aumentando as responsabilidades da família (CORREA, 1993; ARIÉS, 2006; FIGUEIRA, 1987; BRASIL, 1957; BRASIL, 1990).

Na década de 60, ocorreram grandes transformações no âmbito familiar: a religião que antes tinha grande influência, principalmente doutrinando a mulher, foi perdendo a sua força; o número de divórcios aumentou, a igualdade de gênero passou a ser fator chave nas relações. A partir desses movimentos, surgiram diversas formas de organizações familiares alternativas: uniões entre casais que possuíam filhos de outros casamentos; adoção de filhos por casais homossexuais; um casal e seus animais de estimação, indivíduos adultos com filhos vivendo com sua família de origem. Nesse contexto, a reprodução independente tornou-se mais frequente, e as mães solteiras e pais solteiros passaram a ser mais aceitos como instituições familiares para a sociedade. As organizações familiares, diante disso, passaram a ser constantemente avaliadas, construídas e reconstruídas, em busca de relações justas que satisfaçam a todos. Dessa forma, o papel do pai também se modificou, tornando-se mais afetivo e participativo na educação dos filhos e a mãe vista como ser independente, que trabalha e divide as tarefas da casa com o marido e filhos. Nesse mesmo período, com a criação do anticoncepcional, a maternidade tornou-se uma “escolha” para as mulheres, sendo crescente o número de mulheres que têm “optado” por não ter filhos (ARIES, 2006; ALMEIDA, 1987; BARROS & SANTOS, 2015; IBGE, 2011).

No século XXI, a concepção de família é ampliada, ficando conhecida como pluralista pela diversidade de convivência apresentada e, assim, passa a ser constituída e intitulada como a família contemporânea. Devido às transformações ocorridas na estrutura e funcionamento das famílias e às diversas configurações familiares presentes hoje na sociedade, há uma tendência acadêmica e social na ampliação do entendimento do que significa família. Deixa-se assim de

falar em “família”, no singular, para falar em “famílias”, no plural (REVIEWS, 2011; WIRTH, 2011; OLIVEIRA, 2009; ENGELS, 1982).

3.2 FAMÍLIAS HOMOAFETIVAS

Para conhecer as produções científicas nacionais e internacionais relacionadas a temática que envolvessem famílias homoafetivas foi feita uma revisão de literatura em bases e banco de dados. Assim, para localizar a produção nacional foi realizada uma busca em quatro bases de dados e quatro bancos de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Index Psicologia; Bases de dados da Enfermagem (BDenf), Scopus, Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEen), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertação (BDTD); Index Psicologia Teses e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Para a produção internacional foi utilizada apenas uma base de dados, considerando-se o grande número de resultados obtidos. Como estratégias de busca nas bases de dados nacionais utilizou-se ("FAMILIA") or "FAMILIAS" [Descritor] and (("HOMOSSEXUALIDADE") or "HOMOAFETIVIDADE") or "HOMOAFETIVO" [Palavras]. Para a busca na base de dados internacional ((KEY (family) OR TITLE-ABS-KEY (homoffective family) OR TITLE-ABS-KEY (homoparentality) AND KEY (homosexuality) OR TITLE-ABS-KEY (homoffective)). Nos bancos de dados utilizou-se “Família” or “famílias” and “Homossexualidade.”

As buscas resultaram em um total de 1861 produções, sendo 234 nacionais e 1627 internacionais. Ao final, o *corpus* de dados disponível online foi 164 publicações. Destas, 131 eram oriundas do Scopus e 33 das demais bases e bancos de dados, sendo uma da BDEFN; cinco do LILACS; seis do Index Psicologia; 18 da BDTD; dois da Idex Psicologia teses; um da CAPES. Como forma de organizar o material obtido, elaborou-se dois quadros relativos as temáticas abordadas nas publicações nacionais e internacionais.

Quadro 1- Principais assuntos trabalhados nas pesquisas Nacionais

Número de estudos	Temática abordada
01	Distintas formações de conjugalidade por meio de pesquisa envolvendo casais heterossexuais e homossexuais.
01	Investigação de como as famílias homoafetivas estão sendo representadas nos livros didáticos.
01	Reflexão entre profissionais do Direito e da Psicologia sobre homoparentalidade.

01	Investigação sobre a paternidade e filiação, entre pais e filhos adotivos.
01	Revisão acerca da homoparentalidade por adoção.
01	A homossexualidade nas famílias de origem: a tentativa de assumir esta condição para os pais, os irmãos e a sociedade em geral.
02	Representação de professores e atores da escola em relação a casais do mesmo sexo, e em relação às crianças que constituem essa configuração familiar.
02	Análise do reconhecimento social da homoparentalidade na contemporaneidade.
02	Homossexualidade e paternidade masculina.
03	Violência doméstica entre parceiros íntimos, sendo que um deles apresenta a comparação entre casais homoafetivos e heterossexuais, enquanto outro apresenta uma análise da violência entre os homossexuais, e o terceiro conduz para uma perspectiva histórica da homoparentalidade e psicanálise.
04	Mulheres e mães lésbicas; investigação sobre a maternidade e questões de inclusão e preconceitos.
05	Análise sobre adoção. Dois destes voltados para a representação de estudantes em fase final do curso de Psicologia e Direito e outro para estudantes do curso de Serviço Social e Direito.
09	“Novas” configurações familiares. Dentre estas, duas pesquisas buscaram o significado de família e conjugalidade para homossexuais; as outras sete questionaram sobre as possíveis diferenças entre núcleos homo e heteroafetivos.

Fonte: OBEM, Marielle Kulakowski

Quadro 2- Principais assuntos trabalhados nas pesquisas Internacionais

Número de estudos	Temática abordada
02	Identificação e análise das atitudes de professores frente às famílias homoafetivas.
03	Casais idosos homoafetivos e sua representatividade nas famílias
03	Violência por parceiro íntimo em relacionamentos homoafetivos.
03	Representação midiática das famílias homoafetivas, por meio de filmes e telenovelas

06	Adoção por casais homoafetivos, os desafios, a formação da família e a adaptação das crianças.
10	Saúde dos casais homoafetivos e seus filhos.
13	Investigação sobre ser mãe e a maternidade lésbica. Dentre essas pesquisas, foram abordados os temas de como trabalhar a sexualidade com os filhos, mães rurais, depressão pós-parto, qualidade no relacionamento mãe e filho, desejo e motivação para ter filhos.
13	Dinâmica familiar, as quais discutem a pluralidade das famílias homoafetivas, o funcionamento familiar e os papéis dos membros. Também foram abordadas as mudanças na configuração familiar quando se adota, quando se faz inseminação e quando se vem de um núcleo anteriormente heteroafetivo.
14	Significado do papel do doador e as experiências de ser concebido por fertilização. Os estudos desvelaram questões sobre conhecer ou não o doador, famílias que tem contato por utilizarem o sêmen da mesma pessoa, sobre a decisão do anonimato e as dinâmicas familiares dentro do escopo da fertilização.
17	Processo de tecnologias de fertilização e barriga de aluguel. As pesquisas aferiram os significados para quem é fruto dessas inseminações, o acesso e assistência nas clínicas de fertilização e a decisão por utilizar tecnologias reprodutivas.
18	Crianças criadas por homossexuais, diversas investigações sobre o desenvolvimento social e emocional do menor, sobre o bem-estar e progresso escolar. Assim como, investigaram a percepção das crianças/adolescentes sobre o seu desenvolvimento e criação em núcleo familiar homoafetivo.
29	Questões sociais, sobretudo as que abordavam a visibilidade, representação social, estigmas e preconceitos, as experiências das famílias homoafetivas, assim como produções sobre a temática.

Fonte: OBEM, Marielle Kulakowski

Ao tratar de família contemporânea, diversos autores apontam as famílias homoafetivas como novas configurações familiares, fruto da contemporaneidade, embora reconheçam que essas famílias existam há tanto tempo quanto a família tradicional. No entanto, não era permitido, que um casal homossexual tivesse uma construção social que os denominasse família. Essa constituição familiar foi proibida, criminalizada e invisibilizada por séculos.

Porém, fatos como os movimentos LGBT, na década de 60, e o advento da Aids, nos anos 80, contribuíram para dar maior visibilidade à população (MORAES & PEREIRA, 2012; BARROS & SANTOS, 2015; VALIQUETTE-TESSIER, 2016; FOCALUT, 1988).

Apesar das opressões sofridas pelos homossexuais durante os séculos, na história da sexualidade, na Grécia Antiga, a norma social era a bissexualidade. Mas era esperado que os homens casassem e formassem uma pequena família. Outra grande civilização que influenciou o Ocidente foram os Hebreus, que, após a dominação que sofreram da Grécia, decidiram repudiar a sua cultura, inclusive seus atos homossexuais, alegando-se antinatural o sexo pelo prazer e não para reprodução. Em Roma, a bissexualidade foi celebrada até 342 d.C. A escola de filosofia helenística, o Estoicismo, teve grande influência nos primórdios do cristianismo. Essa escola pregava sobre a importância de canalizar a sexualidade para o casamento, reprimi-la e dominá-la. Ainda nesse âmbito, em 529 d.C. o Imperador Justiano ordenou o fechamento das escolas de filosofia pagã, pois considerava que estas iam contra a fé cristã. A partir de 533 d.C. a homossexualidade começou a ser punida com a morte, em uma lei que é consequência de diversos fatores, sendo um deles a mistura de religiões com o cristianismo, tendo as pestes e catástrofes físicas sido julgadas como resultado dos pecados (FOCALUT, 1988; FIGUEIRA, 1987).

Por conta do crescimento do cristianismo e suas pregações de que sexo por prazer era pecado, a homossexualidade passou ser exercida clandestinamente. Pela Idade Média (século V – XV), a homossexualidade passou a ser considerada uma monstruosidade, uma perversão, sendo diagnosticada pelo exame físico do pênis e do ânus. Nesse período, a homossexualidade era vista como o oposto da heterossexualidade, o antinatural. No século XV, houve o redescobrimto, pelos italianos, da cultura greco-romana e com ela um aumento, mesmo proibido pela Igreja católica, das práticas homossexuais. Com isso, foram constituídas leis que proibiam as prostitutas de se vestirem de homens para conseguir mais clientes (FOCALUT, 1988; FIGUEIRA, 1987; ARIÉS, 2006).

Nos séculos XVIII e XIX, com a Revolução Industrial, ocorreram diversas mudanças na sociedade, como a necessidade de fazer crescer uma população com maior força de trabalho e produção, surgindo uma supervalorização da família e da procriação. Com isso, a perseguição aos homens que mantinham relações sexuais com pessoas do mesmo sexo continuou. Em 1836, foi abolida a pena de morte para crimes de sodomia e substituída por confinamento de 10 anos à prisão perpétua. Após a homossexualidade ser julgada como pecado e depois como crime, aproximadamente na segunda metade do século XIX, tornou-se uma inadequação médica e disfunção psicológica, surgindo a denominação homossexualismo, com o sufixo *ismo* de

doença, para classificar os relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo (FOCAULT, 1988; ARIÉS, 2006; COSTA, 1983).

No Brasil, desde a época de seu descobrimento, os portugueses retrataram os índios como tendo um código sexual que não tinham pontos em comum com o cristão, variando de tribo para tribo. Nesse contexto cultural particular, havia poligamia e poliandria, virgindade sem importância e relações homossexuais. A prática homossexual era encontrada em algumas tribos, como os Tupinambás. Para controlar a população de sua colônia, o Tribunal da Santa Inquisição foi trazido ao Brasil em 1591, na Bahia, e há textos da Inquisição relatando diversas pessoas punidas por manterem práticas homossexuais. O primeiro código penal utilizado no Brasil foi as Ordenações Manuelinas, no qual o crime de sodomia tinha como punição ser queimado vivo. (FOCAULT, 1988; ARIÉS, 2006; SAMARA, 2002; ALMEIDA, 1987).

Em 1966, a Inglaterra publicou uma lei que permitia comportamentos homossexuais mutuamente consentidos, desde que em caráter privado. Já em 1970, surgiu à Frente de Libertação Gay (FLG). Esta era uma organização revolucionária que reunia pessoas para discutirem abertamente sobre sua condição sexual e reivindicarem o fim da discriminação e opressão (ARIÉS, 2006; SAMARA, 2002).

No começo do século XXI, o primeiro país a aprovar o casamento homoafetivo em todo o seu território foi a Holanda. Nesse período, começou a se falar em famílias constituídas por pessoas do mesmo sexo (NETHERLANDS, 2001).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, define família como um núcleo composto por homem e mulher e não aborda, diretamente, as famílias homoafetivas. Porém, as uniões do mesmo sexo, fundadas pelo respeito, amor e comunhão preenchem as condições previstas na Constituição Federal, que versa o afeto como valor jurídico. Além disso, o STF, junto com a Constituição Federal em 2011, qualificaram que a união estável homoafetiva pode ser convertida em casamento, com plena legitimidade ético-jurídica, sendo reconhecidas como entidade familiar (BRASIL, 2003; MOUSNIER, 2002; DIAS, 2011).

Família em seu coloquial ou proverbial significado de núcleo doméstico, pouco importando se formal ou informalmente constituída, ou se integrada por casais heteroafetivos ou por pares homoafetivos. [...] A Constituição não interdita a formação de família por pessoas do mesmo sexo (BRASIL, 2011, p.1965).

Conforme diversos autores, a família homoparental*⁶ não difere de outros arranjos familiares. Ela possui diversas similaridades e laços muito estreitos, principalmente quanto à organização e dinâmica da família heterossexual (ALMEIDA, 2012; NODA, 2005; TOMBOLATO, 2014; RODRIGUEZ, 2015; SILVA, 2014; SOUZA, 2014). As diferenças encontradas estão estabelecidas pela não imposição de gênero e as obrigações são divididas de forma igualitária conforme as preferências e necessidades (RODRIGUEZ, 2015). Em relação às configurações familiares, destaca-se que as famílias homoafetivas não podem ser generalizadas, assim como não podem ser consideradas sinônimos de famílias disfuncionais, esse adjetivo não as representa e não é compatível com nenhuma de suas dimensões (TOLEDO, 2008).

Toledo (2008) aborda que o termo homoparentalidade surgiu na França, na década de 90, para dar nome às famílias homoafetivas com filhos. Em 2004, as famílias homoafetivas foram tema da parada livre em São Paulo, desencadeando visibilidade mundial. Atualmente, a luta por direitos busca uma libertação social que reflète para a constituição de suas próprias famílias, marcadas por uma ideologia de igualitarismo (PANOZZO, 2015; MELO, 2011).

A família é novidade nas pesquisas científicas nacionais, apesar de não ser um assunto recente. Há pouco tempo, era necessário escolher entre ser pai ou ser homossexual, não podendo coexistir as duas definições para o mesmo sujeito. Estudos apontam que não há distinção entre núcleos familiares heterossexuais e os compostos por pessoas do mesmo sexo (HOSKING, 2015; BRASIL, 2012; FEDEWA, 2015; PATTERSON, 2010).

Dentre as dificuldades enfrentadas por casais homoafetivos assinala-se a imposição de papéis sociais de gênero, os quais também não se mantêm nos casais heterossexuais. Na dinâmica do casal homoafetivo, não há um papel delimitado, masculino ou feminino, conforme a maioria da sociedade acredita que exista. Ocorre uma constante fluidez, ou seja, no caso de um casal composto por dois homens, sejam eles cisgêneros⁷ ou transgêneros⁸, ninguém será a mulher/mãe ou terá papéis femininos (ROMANHOL, 2013; VIEIRA, 2011).

Romanhol (2013) sustenta em seu estudo que casais homoafetivos, quando aceitos pelas famílias de origem, consideram-nas como modelos de relação e educação dos filhos. Rodriguez (2015) apresenta que a dificuldade de aceitação da família de origem interfere de forma direta na elaboração indenitária do sujeito, na vivência e construção de laços, podendo até impedir

*⁶ O termo homoparentalidade se refere aos casais ou indivíduos homossexuais que têm filhos.

⁷ Cisgênero ou “cis”, são pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído quando ao nascimento.

⁸ Transgênero ou “trans”, são as pessoas que não são identificam com o gênero que lhes foi determinado no nascimento.

que esses indivíduos cheguem à parentalidade. Isso é explicado pelo fato de ser necessário uma reconstrução das relações familiares de ser “re-aceito” como filho, para poder internalizar o processo de deixar o papel de filho e se preparar para ser pai. Também é visto o querer de uma parentalidade reparatória, em que se deseja suprir as faltas que sentiram como filhos (ROMANHOL, 2013; TOMBOLATO, 2014; SILVA, 2014).

No que tange o processo de adoção vivido por famílias homoafetivas ou por núcleos familiares heterossexuais, desvelam-se fragilidades que podem desencadear riscos ao vínculo entre pais e filhos e na própria relação do casal. Supõe-se que filhos criados por pais ou mães homossexuais seriam beneficiados no que tange “crescer menos intolerantes às diferenças”, uma vez que a criança aprenderia lidar com essas questões com mais estabilidade e bom senso. Quanto à criação por homossexuais, estudos complementam que não existe prejuízo seja ele comportamental, ambiental, cognitivo ou de ordem social que atinja os menores (CARMO, 2014; ALMEIDA, 2012).

Segundo Carmo (2014), as pessoas homossexuais que moram em cidades pequenas e em contextos rurais geralmente possuem maiores dificuldades de aceitação social. A autora, nessa pesquisa, defende que os casais homoafetivos que possuem união estável e filhos aproximam mais as pessoas e facilitam o respeito e a inclusão. Ou seja, ter filhos também está entrelaçado ao reconhecimento e afirmação social, como antigamente.

Portanto, encerra-se este subcapítulo ao compreender que funções parentais e sexualidade são esferas distintas. A condição sexual dos pais não interfere no exercício da parentalidade uma vez que, de acordo com Tombolato (2014, p. 52) “*a homossexualidade, conjugalidade e parentalidade caminham, muito bem, entrelaçadas*”.

3.3 MATERNIDADE E PATERNIDADE HOMOSSEXUAL

Com relação à homoparentalidade, a primeira nação a aprovar a adoção por casais do mesmo sexo foi a Holanda, no ano 2001, seguida da Suécia em 2003, e Espanha, em 2005. No Brasil, o Supremo Tribunal de Justiça (STJ), em 2010, consagrou a adoção como direito civil das famílias homoafetivas. Contudo, pode-se dizer que o desejo de constituir família e ter filhos não é exclusivo dos casais heteroafetivos e cada vez mais se observa casais homossexuais recorrendo à adoção ou à biotecnologia, pois, conforme pesquisas (BIGNER, 2011; BRASIL, 2013; TORNELLO, 2015; SPIEGELHALTER, 2015; GOLBERG, 2010), mais de 60% dos casais homoafetivos desejam ter filhos.

A luta por direitos está vinculada também ao desejo de ter filhos, Rodriguez (2012) aponta que dos cinco casais homoafetivos que participaram de sua pesquisa, quatro relataram essa intenção. Para Vieira (2011), a família homoparental não se trata de uma família como

outra qualquer, ideal, clássica e normatizada, embora, Tombolato (2014) questione a necessidade de estudar essas famílias como se fossem diferentes de outras configurações familiares. O autor garante que são apenas famílias em sua concepção plural e cada uma delas têm suas singularidades, complexidades e contextos. Com isso, evidencia-se que há muito a aprender sobre as dimensões familiares, bem como a constituição de seus diversos núcleos (PANOZZO, 2015; MELO, 2011).

A maternidade e paternidade homossexual são experiências similares a qualquer outra parentalidade, apesar de cada indivíduo vivê-la de forma singular. Na maioria das vezes, os homens optam pela adoção, já as mulheres se interessam mais pelas possibilidades de fertilização. Tal fato se deve ao temor dos homens pelo possível vínculo afetivo que pode ser gerado entre o filho e a barriga de aluguel. As mulheres homossexuais estão preferindo utilizar bancos de sêmen americanos, os quais oferecem todo um suporte online com diversas características do doador anônimo. Enfatiza-se que algumas mulheres dão importância aos laços biológicos, por isso recorrem às tecnologias de fertilização. Um dos métodos que vem ganhando destaque é *Recepção de Óvulos da Parceira (ROPA)*, pois neste as duas mulheres conseguem participar do processo de concepção: uma oferece o material genético e a outra gesta a criança. Segundo estudos (SOUZA, 2014; SOUZA, 2005; CORRÊA, 2012), este método é considerado o mais satisfatório para as mulheres lésbicas.

Ademais, estudos apontam que a maioria dos homossexuais possuem o desejo individual de ter filhos, e que esse querer se consolida ao ser estabelecida uma relação duradoura com outra pessoa (SOUZA, 2014; CORRÊA, 2012). Rodriguez (2015, p.44) complementa que a decisão pela parentalidade, por vezes, é “*resultado de uma maturidade individual e conjugal.*” Segundo Vieira (2011), tornar-se pai ou mãe não depende da biologia, mas sim, de ocupar esses lugares. O autor afirma a necessidade de que ambas as funções, materna e paterna, estejam presentes. Também assegura que estas não estão presas ao sexo, ao gênero ou à identidade sexual, mas que precisam ser exercidas, tanto por casais homoafetivos como por casais heterossexuais. Porém, autores rebatem afirmando que não é viável dizer que em um relacionamento entre dois homens ou duas mulheres, um exercerá o papel materno e outro o papel paterno, pois estes "papéis" foram construídos socialmente visando as famílias da época, inseridos em uma cultura heterossexista e, portanto, não se aplicam a todas as configurações familiares (SILVA, 2014; SOUZA, 2014; SOUZA, 2005; CORRÊA, 2012).

Ao mencionar sobre cultura sexista, Noda (2005) aponta que as mulheres não devem suprimir sua sexualidade em detrimento da maternidade. Essa carga identitária de que, ao ser mãe, a mulher deixa de ser sexual é algo enraizado, perpassando o viés da invisibilização e

objetificação da mulher. Nessa perspectiva, Corrêa (2012) assinala um estigma social, que mulheres lésbicas não desejam ter filhos e a autora advoga que este é um grande equívoco. Contudo, pode-se dizer que a vivência da maternidade e paternidade entre casais homoafetivos não são incompatíveis ou excludentes (SANTOS, 2004).

Portanto, diante da complexidade que envolve a temática das famílias homoafetivas e a fim de buscar conhecer a respeito das publicações relativas ao assunto, foi realizado um estudo bibliométrico, utilizado principalmente para investigar temáticas de pouca discussão e produção científica (HAYASHI, 2013). Os resultados serão brevemente apresentados a seguir.

3.5 FAMÍLIAS HOMOAFETIVAS: O ESTADO DA ARTE NA ENFERMAGEM

Como a revisão de literatura mencionada anteriormente incluiu a produção científica relacionada a famílias homoafetivas, independente da área/disciplina em que o estudo foi desenvolvido, considerou-se pertinente conhecer a produção específica da área da Enfermagem. Para isso, foi realizado um filtro nos 164 estudos selecionados, utilizando-se o termo Enfermagem, o que resultou em 17 produções.

Da análise dessas publicações pode-se constatar que a área da Enfermagem volta-se, principalmente, para o atendimento em saúde e comunicação com famílias homoafetivas, assim como a responsabilidade do enfermeiro frente o cuidado e humanização. Outros aspectos apontados foram o luto para a família homoafetiva, as experiências da maternidade lésbica e o cuidado ao estigma na comunicação.

Segundo o estudo de Salomé; Espósito e Moraes (2007), que buscaram conhecer o significado de família para homossexuais, apresenta-se que família é escolha, é a convivência de pessoas, espaço no qual há amor, carinho e atenção. Família é a essência desta convivência. Os momentos difíceis são superados por meio da compreensão e da sinceridade. As autoras apresentam que família é a reunião de duas ou mais pessoas que vivem juntas, e que o importante é um cuidar do outro. Este cuidar é estar presente em todos os momentos, é essencial que tenham um relacionamento com respeito, valorização do outro e compreensão. A pesquisa de Neville e Henrickson (2009) comprova que famílias de gays, lésbicas e bissexuais apresentam variedades de laços e formações de parentescos, sendo que estes podem ser construídos ou biológicos.

Cinco estudos na área da Enfermagem foram sobre mulheres lésbicas. O estudo de Corrêa (2012) introduz que mulheres lésbicas, ao decidirem ser mães, precisam percorrer uma longa jornada; os resultados da pesquisa de O'Neil, K. (2012) demonstram que lésbicas demoram para ter filhos, pois esperam estar com uma vida financeira segura. Geralmente, conforme a pesquisa, elas buscam por doadores anônimos, não gostam de engravidar por

relações sexuais com homens. A preferência pelo doador desconhecido se dá ao fato deste método oferecer uma sensação de controle maior por parte das mulheres: o sêmen é testado em laboratório, eliminando o risco de doenças sexualmente transmissíveis; existe uma lista disponível com características físicas e pessoais de cada doador e muitas mulheres querem que o doador tenha semelhanças físicas com a parceira que não vai doar o material genético. Muitos aspectos são levados em conta pelas mulheres lésbicas antes de decidirem ter filhos como: social, o jurídico-legal, fatores relacionados às políticas públicas, o fator econômico, o contexto histórico-cultural (CORRÊA, 2012).

Em razão dessa vontade de ter filhos manifestada por casais lésbicos, Ross; Steele e Sapiro (2005) desenvolveram um estudo para avaliar a predisposição percebida e fatores de proteção para a depressão perinatal com mulheres lésbicas. Foram realizados dois grupos focais: 1) mães biológicas 2) mães não biológicas ou cuja a parceira está atualmente grávida. Três temas principais emergiram, questões relacionadas com apoio social relacionado, com a decepção e com a falta de apoio prestada pela família de origem, assim como, questões relacionadas com o relacionamento do casal, como desafios, negociação de papéis parentais. Barreiras legais e políticas (por exemplo, o reconhecimento de maternidade pela outra mãe) foram identificados como fontes significativas de estresse durante a transição para a parentalidade e potenciais fatores de risco para depressão perinatal em mulheres lésbicas.

Pesquisas apontaram que a maioria dos pais LGBT não se sentem à vontade de divulgar a sua orientação sexual para profissionais da saúde, e isso está relacionado ao medo que estes pais têm de não obterem um tratamento adequado para seus filhos. As famílias alegam que as atitudes dos profissionais da saúde podem ser afetadas por fatores como sexo, idade, religião e afiliações políticas, nível de educação e interações anteriores com pessoas LGBT (SHIELDS; et al, 2012; CHAPMAN; et al, 2012; CHAPMAN; et al, 2011). Em sua revisão de literatura, Shields et. al (2012) apontaram que, embora a experiência de pais LGBT que procuram cuidados de saúde para seus filhos tenha sido positiva, estratégias precisam ser implementadas para melhorar a qualidade dos serviços de saúde para as famílias LGBT e garantir que suas necessidades sejam atendidas. Mesmo muitos pais LGBT tendo experiências positivas de cuidados de saúde, alguns ainda são vítimas de discriminação e preconceito.

Entre os artigos localizados, as pesquisas de Chapman (2012; 2011), realizadas com profissionais da saúde e uma reflexão sobre a assistência prestada aos filhos de pais LGBT, abordam que enfermeiros e médicos possuem pouco conhecimento sobre a população LGBT, e menos ainda sobre as famílias homoafetivas. Evidencia também que os enfermeiros demonstraram atitudes mais positivas em relação aos pais LGBT do que os médicos. Porém, os

dados foram preocupantes, pois, no geral, 16,4% dos enfermeiros e 33,3% dos médicos de sua pesquisa concordaram que as lésbicas não devem se tornar mães; 36,4% dos enfermeiros e 38,9% dos médicos não acreditam que os homossexuais masculinos são capazes de adotar. Sobre a necessidade dos profissionais em saber se as famílias são homoafetivas ou não, 37,2% dos profissionais trouxeram que saber da relação homoafetiva não é relevante; 19,8% revelaram que gostariam de saber somente se houvesse necessidade por conta de condutas clínicas; 12,8% dos profissionais marcaram que é importante saber; 30,2% não responderam. Sobre as possíveis implicações em não revelar que são uma família homoafetiva, 57,1% dos profissionais marcaram que não há implicações; 26,5% responderam que as famílias receberiam um tratamento inadequado; 10,2 % dos profissionais marcaram que ao não revelar pode haver uma má comunicação, confusão e consequências emocionais para a família (CHAPMAN, 2011).

Chapman (2012) também discute que a falta de conhecimento por parte dos profissionais da saúde sobre a composição familiar homoafetiva pode resultar em um ambiente inseguro, onde a família se sinta desconfortável. Esse desconforto pode acompanhar uma relutância em revelar a sua orientação sexual.

Pesquisa que entrevistou mães lésbicas sobre maternidade, vida social e atitudes de profissionais da saúde, aborda que alguns profissionais reconheceram as famílias homoafetivas e trataram de igual importância as duas mães. Entretanto, outros profissionais não tiveram atitudes de empatia, sinalizando a heterossexualidade e indicavam que uma delas era o pai na relação familiar. Essa mesma pesquisa cita algumas recomendações aos profissionais da saúde para evitar atitudes de preconceitos, como: não assumir que os pacientes são heterossexuais; usar o gênero neutro para se referir ao companheiro quando não souber a situação; ou realizar perguntas simples como: Quem é a pessoa mais importante na criação de seu filho? As autoras sugerem também que os profissionais não tentem descobrir quem é a mãe biológica, a menos que tenha uma boa razão para isso (O' NEIL, 2012).

Nos estudos de Chapman (2012), foi destacado sobre a importância de as instituições hospitalares e universidades adotarem o Family Centred Care (FCC). O FCC é um modelo de prática clínica que investe em capacitar os profissionais em como atender as famílias em sua diversidade, importando-se com as famílias LGBT. É uma abordagem para o planejamento, execução e avaliação dos cuidados de saúde que é governado por parcerias mutualmente benéficas entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares. O FCC se aplica a pacientes de todas as idades e pode ser praticado em qualquer ambiente de saúde.

O estudo de Wilton & Kaufmann (2001) buscou explorar as experiências de cuidados maternos de uma amostra de lésbicas no Reino Unido. Os resultados revelaram que, ao mesmo

tempo que as participantes apreciavam o cuidado que recebiam, elas também relataram altos níveis de ansiedade sobre as implicações da divulgação da sexualidade. Seus comentários demonstram que revelar a sexualidade pode afetar negativamente a qualidade do atendimento, bem como o estudo mostra exemplos de desconforto para as mães e hostilidade dos profissionais.

A pesquisa de Røndahl; Bruhner & Lindhe (2009) também realizada com mães lésbicas e suas experiências durante a gestação mostrou que a maioria das participantes teve experiências positivas, mas também evidenciou que o foco não foi sempre a gravidez e que com hostilidade os profissionais haviam perguntado sobre a paternidade. A heteronormatividade foi comunicada pelas parteiras e profissionais da Enfermagem em todo o processo, desde o pré-natal aos cuidados pós-natal, por meio de formulários, jornais, comunicação verbal e visitas de orientação. Isto foi experimentado como embaraçoso para as mães. O'Neil, K. (2012) aborda que alguns profissionais reconhecem as famílias homoafetivas e tratam de igual importância as duas mães, entretanto, outros profissionais não tiveram atitudes de empatia.

Chapman (2012), ao investigar atitudes, conhecimentos e crenças de alunos de Enfermagem e Medicina sobre pais/mães lésbicas, gays, bissexuais e transexuais que procuram cuidados de saúde para os seus filhos, percebeu que os conhecimentos e atitudes sobre homossexualidade foram significativamente associados à raça dos alunos, ao comportamento político de votação, crenças religiosas e ter um amigo que é abertamente LGBT. É importante, nesse sentido, desenvolver estratégias para lidar com a existência de atitudes preconceituosas entre profissionais de saúde e estudantes, para prevenir práticas discriminatórias de pais LGBT quando procuram cuidados de saúde para os seus filhos. Foi apontado ainda a importância de investir em um cuidado centrado na família.

Os estudos de Weber (2008; 2010) abordam sobre os estigmas sociais e sobre as estratégias que enfermeiros podem desenvolver para ajudar a suavizar o estigma para com os pais LGBT e suas crianças. O estigma em relação aos pais gays e mães lésbicas muitas vezes marginaliza os indivíduos dessas famílias e restringe plena expressão da cidadania social, humanidade e personalidade dos membros da família. Estigma contribui diretamente para o aumento do risco de abuso de substâncias, ansiedade e doença depressiva entre pais e filhos LGBT. Uma forma que os enfermeiros podem ajudar essas famílias é aprender dissociar a sexualidade ou identidade de gênero dos pais, assim como dos seus papéis na gravidez e criação dos filhos. O estudo evidencia a importância do papel dos enfermeiros em ajudar os pais LGBT a combater os estigmas de maneira positiva.

A pesquisa de Lobaugh (2006) aponta para os diversos desafios sociais que homens homossexuais sofrem ao decidirem adotar. Entre eles encontram-se: o argumento mais comum é que os homens gays podem influenciar seus filhos a se tornarem gays, outros argumentos é que homens gays não possuem competências sociais aceitáveis para adotar. Há outros que questionam a saúde mental de homossexuais masculinos devido à sua orientação sexual, outra alegação é que as crianças criadas por homens homossexuais são mais propensas a ser suicidas. Esses argumentos são divulgados, porém não há comprovação científica de nenhum deles, são argumentos regados de preconceitos. Tudo depende das lentes culturais e religiosas aplicadas, contudo cultura e religião não são justificativas para ódio e preconceito.

Os desafios para a Enfermagem é empregar habilidades de comunicação eficazes que transmitam a empatia, preocupação e consideração positiva e incondicional. Os profissionais precisam estar multiculturalmente sensíveis e familiarizados com as terminologias e práticas das famílias homoafetivas, e principalmente se encontrarem dispostos a atender essas famílias como qualquer outra nas lentes do respeito e como única nas lentes da saúde.

4. REFERENCIAL TEÓRICO: INTERACIONISMO SIMBÓLICO

Considerando que o objetivo deste estudo é conhecer a experiência interacional de famílias homoafetivas no atendimento recebido em serviços de saúde, segundo a perspectiva das famílias, destaca-se que a pesquisa qualitativa é uma escolha adequada para guiar esta investigação pela possibilidade de desvelar o entendimento dos fenômenos e seus significados e é arquitetada a partir de materiais subjetivos presente na vivência dos sujeitos (MINAYO, 2014; TURATO, 2005). Para tanto, elegeu-se o Interacionismo Simbólico (IS) como referencial teórico deste estudo a fim de direcionar o olhar do pesquisador com o intuito de conhecer a experiência familiar e suas interações.

O IS teve sua gestação na psicologia social nos anos de 1930 e 1940, desenvolvido por George Herbert Mead (1863-1931) o qual foi o precursor deste referencial teórico por meio de suas publicações. Herbert Blumer, discípulo de Mead e sociólogo, foi o responsável por sistematizar a teoria e intitulá-la (CHARON, 2004).

O Interacionismo Simbólico apresenta-se como um referencial adequado ao tipo de estudo que se pretende realizar pois possui bases teóricas que incentivam a compreensão da ação humana. A perspectiva investiga por que o indivíduo age como age, quais são os gatilhos que influenciam esse comportamento. O IS manuseia seus princípios a partir dos significados atribuídos aos objetos e como estes são processados pelos sujeitos em relação a si e a sociedade. O IS também se apresenta como um referencial adequado pois é indicado para trabalhar com famílias; explicita-se que o indivíduo é um ser em interação consigo e com os outros, influenciando e sendo influenciado, agindo a partir dos significados que são atribuídos aos objetos (CARVALHO, 2010; LOPES & JORGE, 2005).

Na perspectiva interacionista, a família é um agente socializador, um grupo de indivíduos em interação simbólica, entre si e com outros, compartilhando símbolos, perspectivas, *self*, mente e habilidade para assumir papéis. Como resultado de suas experiências interacionais, atribui significado e age (ÂNGELO, 1997). No estudo de Perlini (2009), é possível perceber que vincular a perspectiva interacionista com o processo de dinâmica familiar é coerente, pois o interacionismo permite que o pesquisador olhe para a família como uma unidade complexa, sistêmica e mutável. Nesse sentido, compreender as respostas e o modo de agir a partir da percepção da família permitirá entender os significados simbólicos presentes na interação.

A partir do IS, família pode ser definida como um grupo social composto por membros em interação simbólica entre si e com os elementos presentes na experiência que vivencia, para

qual atribui significado (ÂNGELO, 1997). Para os interacionistas, o significado que as pessoas atribuem às coisas é o elemento central para a compreensão do comportamento, das interações e dos processos.

Segundo Blumer (1969), o IS possui três premissas básicas:

- Os seres humanos agem em relação às coisas de acordo com os significados que elas têm para eles. Entende-se por “coisa” tudo que o indivíduo pode observar em seu mundo, como objetos, seres humanos individuais e em grupos, instituições, ideias, atividades, bem como as situações da vida cotidiana. O significado que isso tem para o indivíduo influencia a formação de seu comportamento e, portanto, conhecê-lo pode levar a compreender a ação humana.

- O significado das coisas é derivado ou surge da interação social que os seres humanos estabelecem com os outros. Para o IS, o significado são produtos sociais, que surgem da interação; dessa forma, não é nem inerente à “coisa” em si, nem a união de elementos psicológicos que o indivíduo tem em relação à coisa.

- Os significados são manipulados e modificados através de processos interpretativos usados pela pessoa quando lida com as coisas que ela encontra.

Para o Interacionismo, experiência significa resultado da interação. A interação social é a base que constitui o *self*, a mente, a sociedade e embasa a ação humana, assim, experiência é tudo aquilo que resulta dessa influência mútua e simbólica. Por meio da interação, o indivíduo nomeia símbolos e constrói significados. Compreende-se que experiência é um complexo saldo que se estabelece a partir das cinco ideias centrais do interacionismo: o papel da interação social, o papel do pensamento, o papel da definição, o papel do presente e o papel do ser humano ativo, assim como, também é composto por seus conceitos: Símbolo, *Self*, Mente, Assumir o papel do outro, Ação humana, Interação social e Sociedade (CHARON, 2004).

- O papel da interação social: é o alicerce do IS, os objetos sociais passam a ser símbolos éter significados a partir da interação social, é a partir dela que o mim é desenvolvido e que a mente entra em um processo de eu e mim para transformar essas interações em significados para os sujeitos. A interação é ação social mútua, comunicando simbolicamente, assumindo o papel do outro e interpretando os atos uns dos outros. Portanto, a interação social é simbólica quando a ação de cada indivíduo tem significado tanto para o emissor quanto para o receptor da ação. Isso significa que cada um está interagindo simbolicamente consigo, enquanto age em relação ao outro e observa o outro.

A interação social é dinâmica, processual e dependente da interpretação constante dos rumos da ação que os outros estão tomando. Assim, o ser humano molda sua própria identidade na interação social.

- O papel do pensamento: a ação humana é causada não apenas pela interação com outras pessoas, mas também pela interação dentro do indivíduo, ou seja, age-se conforme o pensamento em uma determinada situação e, à medida que se pensa se interpreta dessa forma pode-se influenciar a própria interação.

- O papel da definição: a definição é o resultado da interação social e do pensamento. A ação humana não resulta simplesmente da realidade como ela é, mas de como o indivíduo a define.

- O papel do presente: o presente refere-se a uma situação atual relativamente ao tempo vivido. As ações humanas resultam do que ocorre na situação presente. O passado vem ao presente, mas as ações dependem de como as pessoas as definem agora.

- O papel do ser humano ativo: o ser humano é descrito pelo Interacionismo Simbólico como um ser ativo e livre, que interage, define, pensa, aplica seu pensamento no presente e toma decisões baseando-se em situações imediatas. Define-se o passado como elemento que influencia o presente, pelas suas experiências e definições, mas a ação humana é realizada a partir das interações e definições que o indivíduo tem no momento. Para o IS os seres humanos não oferecem a resposta para o ambiente em que vivem, mas sim, definem, agem em direção a este e agem a partir de constantes definições que emergem das perspectivas de sua própria dinâmica.

Segundo Charon (2004), o IS é formado por conceitos que fundamentam esse referencial teórico, tais como:

SÍMBOLO

Símbolos são objetos sociais que possuem representações. É por meio dos símbolos que as interações sociais ocorrem. Ao interagir, o objeto social passa a ter significado para o sujeito, tornando-se um símbolo. Os símbolos são a bússola do que vemos, do que notamos e de como interpretamos qualquer situação. Os objetos sociais, símbolos, percepções e linguagem são dinâmicos, eles surgem e são transformados por meio da interação.

Os símbolos, seus significados e valores são aprendidos na interação com as pessoas. Grande parte da ação humana é simbólica, o que significa que os símbolos podem representar algo mais do que o imediatamente percebido, sendo, portanto, definidos na interação. Os símbolos são objetos sociais usados pelas pessoas para representação e comunicação. Alguns símbolos são convencionais, pois representam algo que é de entendimento comum, cujos significados são comunicados e interpretados por todos da mesma forma.

A linguagem é um tipo especial de símbolo. Mais do que qualquer outro símbolo, as palavras podem ser produzidas intencionalmente e podem representar a realidade. Por isso, são

o mais importante tipo de símbolos e tornam possível todos os outros. Para identificar se um símbolo tem significado para o outro, é preciso, muitas vezes, que este seja complementado pela palavra. Por meio da linguagem e dos símbolos, tornamo-nos ativos na natureza e não respondemos passivamente aos estímulos.

SELF

No Interacionismo Simbólico, *self* é a representação de um processo social interiorizado no indivíduo. Assim como o indivíduo age socialmente em relação aos outros, ele interage socialmente consigo mesmo. O *self* é, portanto, um objeto social que surge na interação e que pode permanecer estável ou ser continuamente definido e redefinido.

O *self* surge na infância, o seu significado é que o ator torna-se um objeto para si mesmo, é capaz de voltar-se para si mesmo na situação e imaginar-se nela. Ao agir, o sujeito anteriormente teve contato com seu *self*, suas representações de objetos sociais. O *self* permite que o indivíduo se volte para si mesmo, assim, as pessoas são capazes de julgar a si mesmas e estabelecer uma identidade. O *self* é apresentado em duas fases: o Eu e o Mim. O Eu é o indivíduo como sujeito, é a resposta do organismo às atitudes dos outros. O Mim é a pessoa como objeto, são as atitudes organizadas que o indivíduo adota, fruto da interiorização da sociedade. Assim, o Eu impulsiona o indivíduo e o Mim representa a incorporação do outro no indivíduo.

Este conceito está relacionado a todo o processo interno de interação do ator consigo mesmo: com o que comunica, o que percebe e como se percebe na situação, o que julga na situação, o que controla e dirige, sua identidade e autoconceito.

MENTE

Definida como a ação simbólica que os atores fazem em relação ao *self*. Não é um objeto social. É toda ação que o indivíduo faz através de si e em direção a si. É a interação do Mim e do Eu, é o pensamento.

É o constante processo de fazer indicações para nós mesmos sobre objetos em nosso ambiente e, especialmente, seus usos para alcançar nossos objetivos e metas. Assim, mente é um conceito ativo. Mente não é um objeto social com o símbolo e o *self*; é uma ação que o indivíduo faz por meio de si. É a manipulação ativa de símbolos pelo ator numa conversação interior em direção ao *self*. A mente é construída por meio da interação social e a organização de todos os Mim's em relações com os Eu na vida do sujeito, interagindo e interpretando, para chegar ao *self*. Mente significa que o ator é capaz de interromper uma ação, retomá-la e colocá-la fora de ação imediatamente, imaginando o que fazer antes de fazer.

A atividade mental, conforme menciona Charon (2004), referindo-se a Mead, é intensificada quando as pessoas deparam-se com problemas. Consciente do problema, o ator deliberadamente irá tentar reajustar-se à situação, para poder ir em frente. Isto significa dizer que diante de problemas, independente da natureza, a atividade mental torna-se mais consciente, planejada e ensaiada, requerendo deliberadas escolhas.

A mente é um processo que se manifesta sempre que o ser humano interage consigo próprio, usando símbolos significados. A mente surge do processo social em comunicação, uma percepção seletiva das situações.

ASSUMIR O PAPEL DO OUTRO

Assumir o papel do outro é uma qualidade do ser humano que está intimamente associado ao uso dos símbolos, do *self* e da mente. Envolve a habilidade em assumir a perspectiva do outro quando agimos no mundo, vendo o mundo a partir do ponto de vista da outra pessoa. É um processo que acompanha toda a interação humana, toda a comunicação simbólica, quase toda a colaboração humana, muito do que aprendemos e muito de como influenciamos os outros. Mesmo assumindo o papel do outro e capturando com precisão a perspectiva do outro, continuamos não podendo deixar nossa perspectiva de lado, e nosso entendimento será colorido, em parte, por nossa própria perspectiva.

Ao assumir o papel do outro, o indivíduo busca uma explicação para a ação que observa e, em consequência, alinha sua ação à razão identificada. Este conceito, portanto, é considerado uma condição para a comunicação e interação humanas. Para entender o ser humano, é necessário compreender a mente e colocar-se no lugar do outro.

É um processo que acompanha toda interação humana, toda comunicação simbólica; é imaginar o mundo a partir da perspectiva do outro; é a qualidade que mais aproxima do outro e enriquece a comunicação humana. Não é um objeto, mas uma habilidade socialmente desenvolvida por meio das interações sociais.

AÇÃO HUMANA

A ação humana refere-se à capacidade que o ser humano possui de fazer indicações para si mesmo. Por ser um processo simbolicamente construído, a ação humana diz muito a respeito do indivíduo que a realiza.

Na interação consigo, o ser humano manipula seu mundo e constrói sua ação. A ação humana é um fluxo de ação contínuo, desenvolvido em um processo constante em que um ato leva ao outro. O fluxo da ação humana, para melhor compreensão, é separado por atos. Um ato é um segmento dentro do fluxo. Um ato torna-se um objeto social conforme é isolado e definido de acordo com as metas do presente.

As ações do indivíduo são determinadas pela definição da situação no presente. O passado não causa uma ação no presente, embora possa contribuir, com base em referências, conhecimentos, experiências e sentimentos, para definir a situação e guiar a ação. A ação no presente também é influenciada pelo futuro, pois esta poderá ter consequências futuras. Então, as possíveis consequências dos atos são imaginadas antes da ação. Assim, passado, futuro, motivos, emoções, entre outros, são objetos sociais utilizados para definir uma situação, em uma ação encoberta, e guiar uma ação que é aberta.

É um objeto social e é interpretada simbolicamente. Cada ação tem uma meta e envolve uma tomada de decisão feita pelo autor, ou seja, as pessoas planejam e usam seus objetos sociais de acordo com seus planos, definindo a situação. A ação não pode ser compreendida isoladamente, mas sempre em um contexto.

INTERAÇÃO SOCIAL

São atores envolvidos em interação social mútua, comunicando-se, assumindo o papel do outro, interpretando as ações um dos outros simultaneamente. A interação social é simbólica quando a ação de cada indivíduo tem significado tanto para o emissor quanto para o receptor da ação. Isso significa que cada um está interagindo simbolicamente consigo, enquanto age em relação ao outro e observa o outro.

A interação social é responsável por criar os símbolos, criar e definir o *self*, criar e influenciar a mente, criar e influenciar a habilidade do indivíduo em assumir papéis. A interação social é dinâmica, corresponsável, é considerar os atos uns dos outros em uma relação interdependente. Com a interação social o ser humano molda sua própria identidade, revela ao outro a sua imagem, e por vezes, ao mesmo tempo a descobre. A interação social cria a sociedade, o que significa que a sociedade depende da interação contínua dos indivíduos uns com os outros e consigo mesmos.

SOCIEDADE

Sociedade é um grupo de indivíduos os quais formam um sistema organizado, no qual ocorrem interações entre os indivíduos da comunidade. É uma rede de relacionamentos entre pessoas, é uma organização interdependente.

No Interacionismo Simbólico, sociedade é concebida como qualquer tipo de organização, sem distinção. Cada díade, cada grupo, cada organização, cada situação interacional, cada mundo social, até os mais temporários constituem uma sociedade ou, pelo menos, uma sociedade em estágio inicial de desenvolvimento.

A sociedade depende de indivíduos continuamente interagindo uns com os outros e consigo mesmos, em uma ação infinita. Porém, a sociedade é mais que apenas interação, pois

envolve comunicação e interpretação simbólica das ações por parte dos atores. É marcada pela ação cooperativa. A maioria das interações envolve a cooperação para a solução de problemas, embora não necessariamente isso seja uma regra. No entanto, se não houver ação cooperativa para lidar com as situações, não haverá sociedade, pois esta é constituída pelo esforço cooperativo no qual os atores buscam trabalhar juntos apesar de metas e interesses individuais. Assim, quando os indivíduos interagem cooperativamente, a sociedade é formada.

A interação cooperativa desenvolve cultura na sociedade, a cultura é a perspectiva compartilhada ou de referência para a realidade naquele contexto. A cultura significa o consenso do grupo, a concordância, o entendimento, a linguagem e o conhecimento compartilhado, são as regras que orientam a ação. Dessa forma, para agir, o indivíduo também é influenciado por uma consciência coletiva, o que ajuda a constituir a *self* do sujeito, pois suas percepções e interpretações serão dependentes de sua cultura.

Blumer (1969), com base no pensamento de Mead, apresenta três premissas básicas que sustentam o Interacionismo Simbólico. A primeira afirma que o ser age com relação às coisas com base nos significados que elas têm para ele. Essas coisas incluem todos os objetos físicos, outros seres humanos (amigos ou inimigos), instituições, ideias valorizadas (honestidade), atividades dos outros e outras situações que o indivíduo encontra em sua vida cotidiana. A segunda assegura que o significado dessas coisas é derivado, ou surge, da interação social que os seres humanos estabelecem entre si. A terceira afirma que estes significados são manipulados e modificados pelo indivíduo por meio de um processo interpretativo usado por ele ao lidar com as situações ou objetos com os quais se depara.

No Interacionismo Simbólico, o significado tem uma importância fundamental para o comportamento humano, deste modo, as famílias homoafetivas ao serem atendidas nos serviços de saúde, irão interagir simbolicamente e atribuirão significados à sua experiência. Como já mencionado, estudos mostram que famílias homoafetivas possuem dificuldades em compartilhar sobre sua orientação sexual com os profissionais, assim como sofrem discriminação. A partir desse contexto, manifesta-se o interesse que conduz esta pesquisa: compreender a experiência internacional de famílias homoafetivas no atendimento recebido em serviços de saúde.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, será descrito o caminho metodológico percorrido para realização do estudo proposto. Para tanto, o capítulo foi organizado em dois tópicos: o primeiro refere-se à escolha metodológica e, o segundo trata sobre a descrição dos processos que envolvem a coleta e análise dos dados.

5.1 DESENHO DO ESTUDO

À luz da questão de pesquisa e do objetivo desta investigação, o tipo de estudo metodológico escolhido é descritivo com delineamento qualitativo, pois investigar a experiência das famílias envolve aspectos subjetivos e permite que os participantes contem sobre seus atendimentos nos serviços de saúde, para que, dessa forma, possamos conhecer os significados construídos por eles.

O método qualitativo exige do pesquisador um planejamento prévio das estratégias que serão adotadas, assim como os instrumentos que melhor poderão captar a informação do seu público alvo, com intuito de responder à questão pesquisa e os objetivos propostos. O caráter qualitativo se fundamenta ao ajudar o pesquisador a compreender, a partir das falas, o significado que os sujeitos da pesquisa atribuem ao fato estudado. Essa abordagem permite a organização dos dados, a interpretação e avaliação de padrões, categorias, temas ou unidades e a explicação de contextos e fenômenos. A pesquisa qualitativa possui um olhar subjetivista e interpretativo da realidade, o que permite ao pesquisador coletar e analisar, por meio de diálogos produzidos pelos sujeitos, as relações que se estabelecem durante as situações de interação que são tangíveis de interpretação de maneira singular e particular (MINAYO, 2014; LACERDA, 2011).

Conforme Turato (2005), o método pode ser compreendido como a procura pelo entendimento dos acontecimentos e seus significados. A pesquisa qualitativa se interessa por dados que não são quantificáveis, como valores, crenças, definições, sentimentos e atitudes. Objetiva desvelar processos sociais e investe no universo dos significados e das experiências de pessoas que vivenciam determinado fenômeno. Tem por finalidade conhecer os significados das relações, dos fenômenos, da cultura e das interações para o sujeito.

O método qualitativo se aplica ao estudo das relações humanas, seus costumes, seus afetos, sentimentos, dentre outros, permitindo também desenvolver novas suposições e criar novas intuições. Desta maneira, caracteriza-se pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo a ser estudado. Investe no sentido atribuído pelas pessoas à sua experiência de vida e como elas compreendem o contexto que estão inseridas. Ou seja, se propõe analisar e interpretar os fenômenos sociais por meio do

significado atribuído pelo participante, levando em conta a subjetividade e singularidade deste em relação a sua vivência (MINAYO, 2014).

Assim, a visão qualitativa foi escolhida por se mostrar adequada para trabalhar a questão de pesquisa e, sobretudo, para alcançar o objetivo delineado na investigação, pois essa abordagem proporciona espaço para conhecer o que não é conhecido, no caso, as famílias homoafetivas. Permite também o compartilhar de sentimentos, vivências – tanto positivas como negativas – auxilia na compreensão do que é importante para essas famílias e possibilita uma aproximação para que se sintam mais à vontade em demonstrar seus entendimentos, sentimentos e apreensões. Essa aproximação potencializa a coleta dos dados e a sua análise, para assim conhecer as experiências de atendimentos das famílias participantes.

5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo nove famílias homoafetivas, sendo dois casais do gênero masculino e sete do feminino, residentes em cidades do interior do estado do Rio Grande do Sul, totalizando 18 participantes. Das nove famílias, quatro possuíam um filho, com idades de um, dois, 25 e 32 anos.

O espaço para realização das entrevistas ficou a critério de cada família, que deveria escolher onde se sentiria mais à vontade para responder ao questionário. Das nove famílias, oito optaram para que as entrevistas fossem realizadas em suas próprias residências e uma foi realizada em espaço de uma universidade. Os critérios de inclusão estabelecidos para as famílias participarem do estudo foram: residir com o parceiro (a); reconhecer-se como uma família; e ter frequentado algum serviço de saúde enquanto núcleo familiar. Como critério de exclusão, definiu-se: menores de 18 anos, salvo para as crianças/filhos das famílias. Para os menores de idade, pela necessidade em compreender as dimensões da pesquisa poderiam participar os filhos maiores de 14 anos.

A indicação de quais membros iriam participar da entrevista foi uma decisão de cada família, sendo estabelecido a necessidade de participação mínima de duas pessoas, para caracterizar uma entrevista com família (LEAHEY & WRIGHT, 2015).

A idade dos membros participantes variou de 23 a 54 anos, o número de membros que constituía cada família alternou de dois até toda a família ampliada, a renda familiar variou de um a seis salários mínimos e meio obtendo uma média de 3,33 salários mínimos. No final das entrevistas, as famílias escolheram um codinome para identificá-las no estudo, atribuindo um significado para esse. Essas informações estão discriminadas no quadro abaixo.

Quadro 3 - Informações socioeconômicas das famílias e os significados dos codinomes escolhidos

Codinome	Idade dos membros participantes	Renda	Nº de membros	Significado do codinome
Família Lobos	35 e 54 anos	Dois salários mínimos	6 (Casal, 1 filha, dois netos, genro)	a família parte da crença familiar que o Lobo é o guia espiritual da família.
Família Rubi	27 e 31 anos	Três salários mínimos	10 (O casal, os pais de ambas, os quatro irmãos)	rubis são pedras e tesouros que ainda precisam ser lapidados.
Família Feliz	23 e 32 anos	Menos de dois salários mínimos.	Consideram todos os membros da família ampliada.	para a família, eles são felizes e ponto.
Família Sagitário	24 e 26 anos	Seis salários e meio.	3 (O casal e o filho + a família ampliada)	o codinome atribuído se deve ao casal ser do signo de Sagitário.
Família Gnomos e Duendes	29 e 31 anos	Dois salários mínimos	3 (O casal mais a filha)	os Gnomos e os Duendes são da dança circular, são os protetores da família, do elemento terra da natureza e eles que proporcionam uma harmonia para a família.
Família Yin Yang	28 e 31 anos	Dois salários e meio	12 (O casal, os pais do casal, os irmãos e os gatos).	o significado atribuído é o de completude. “A gente se completa ele tem a personalidade dele bem forte e bem difícil e eu sou mais calmo, mais tranquilo, ele é mais agitado.”
Família Simpson	41 e 42 anos	Cinco salários mínimos	4 (O casal, a filha e a mãe de um membro do casal)	a família gosta do desenho “Simpsons”
Família Madex	26 e 28	Seis salários mínimos e meio	2 (O casal)	a união dos nomes dos dois cachorros do casal.
Família Andy	24 e 26 anos	Um salário mínimo	2 (O casal)	nome do primeiro animal de estimação que elas tiveram juntas.

Fonte: OBEM, Marielle Kulakowski

5.3 CAMINHOS DO DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Visando desenvolver o estudo proposto, foram respeitados os preceitos éticos relacionados a pesquisas com seres humanos e observados os trâmites para obtenção de aprovação institucional para realização do estudo.

5.3.1 Aspectos Éticos

Para a realização deste estudo, foram seguidos os princípios éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde da UFSM e, após isso, encaminhado para o Núcleo de Educação Permanente (NEPeS) da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, solicitando autorização para incluir as

Estratégias de Saúde da Família (ESF) como pontos para identificação e localização das famílias. Da mesma forma, o projeto de pesquisa foi encaminhado para a Associação Brasileira de Famílias Homotransafetivas (ABRAFH) para auxiliar a divulgação do estudo entre as famílias homoafetivas associadas e convidar as interessadas a participar. Após autorização das duas instituições, o projeto foi submetido à apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa via Plataforma Brasil. O projeto foi aprovado conforme parecer nº 1.967.702 e CAAE nº 65323217.0.0000.5346.

As famílias de interesse para a pesquisa foram convidadas a participar do estudo, sendo esclarecido que sua participação era voluntária e que elas teriam total liberdade para aceitar ou não, sem qualquer prejuízo. Também, foram informadas quanto aos objetivos do estudo, os riscos e benefícios aos quais estariam expostas, além de ressaltar os aspectos éticos que envolveriam a pesquisa. Para assegurar os preceitos éticos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue aos membros participantes e lidos em voz alta, sendo oportunizado espaço para esclarecimentos de dúvidas. Após, foi solicitada a assinatura dos termos individualmente por todos os membros da família, que participariam da entrevista.

Com relação à família que participou por conferência de vídeo, o TCLE foi encaminhado virtualmente, assinalando a necessidade de leitura. Disponibilizou-se para responder dúvidas e ler os termos juntamente com as famílias durante a conferência de vídeo.

Foi resguardada a confidencialidade de suas identidades e assegurada por meio de codinomes.

Entre os **benefícios da pesquisa**, há possíveis contribuições para a visibilidade das famílias homoafetivas nos serviços de saúde, assim como para reflexão dos profissionais com relação a sua prática e assistência à saúde das famílias.

Dentre os **riscos da pesquisa** previstos estavam a possibilidade de lembranças ou sentimentos negativos que poderiam causar tristeza, sensações de desamparo, medo, desconforto e ansiedade.

Convém destacar que as famílias participantes não tiveram despesas pessoais em qualquer fase do estudo. Também não houve compensação financeira relacionada à sua participação.

O retorno dos dados ocorrerá, para os participantes e instituições colaboradoras, após a defesa da dissertação. Para as famílias, será enviado um resumo da dissertação em uma redação informal. Para a ABRAFH e as ESFs, será realizado o encaminhamento da dissertação na íntegra e um resumo e a autora ficará disponível para discussão dos dados juntamente com as equipes de saúde e com a associação, se houver interesse.

5.3.2 Coleta de dados

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturada, que é uma técnica frequentemente utilizada em estudos qualitativos e configura-se como um instrumento que favorece a interação social, uma vez que o investigador se coloca frente ao participante com o intuito de obter informações que respondam aos objetivos de sua investigação (GIL, 2010).

Na entrevista semiestruturada, o participante está livre para que possa emitir qualquer comentário sobre sua vida pessoal, familiar e profissional. Além disso, reduz a probabilidade de que o entrevistado apresente o que o pesquisador deseja ouvir ou mesmo respostas tendenciosas, permitindo maior neutralidade e espontaneidade. O modelo semiestruturado de entrevista é uma ferramenta importante no delineamento do estudo descritivo, tendo em vista que é possível percorrer a trajetória individual e familiar (MANZINI, 2004; LEITE, 2015). Demo (2009) afirma que a entrevista semiestruturada é uma modalidade na qual o pesquisador se norteia por um roteiro flexível, que possibilita a exploração de aspectos relevantes, desenvolvendo uma compreensão do fator estudado, com perspectivas de passado, presente e futuro, com uma análise e discussão dessas relações.

As entrevistas foram realizadas no período de março a setembro de 2017 e gravadas com o consentimento das famílias participantes. Após o término da coleta dos dados, as entrevistas foram transcritas e, ao término do estudo, elas ficarão armazenadas em segurança pelo período de cinco anos sob responsabilidade da pesquisadora principal. Após esse período, o material será incinerado.

Captação das famílias

A captação das famílias participantes ocorreu de três maneiras. A primeira foi por conveniência ao contatar as Estratégias de Saúde da Família (ESF) de Santa Maria. Foram escolhidas as EFS, pois os profissionais que atuam nestes serviços possuem conhecimento das famílias que residem em sua região. No município de Santa Maria, existem doze Estratégias de Saúde da Família. A pesquisadora foi até as unidades e conversou com os profissionais para a identificar a existências de famílias homoafetivas na região de abrangência da cobertura da ESF, das doze Estratégias visitadas, sete relataram ter ao menos uma família homoafetiva residente em sua região.

A segunda maneira de captação das famílias ocorreu por contato com a Associação Brasileira de Famílias Homotransafetivas (ABRAFH) para solicitar a divulgação do estudo entre as famílias homoafetivas associadas e convidar as interessadas a participar. A associação foi criada em 2015 e sua sede é na cidade do Rio de Janeiro/Brasil, conta com famílias

associadas oriundas dos diversos estados e tem o intuito de acolher, orientar e fortalecer os núcleos familiares homotransafetivos.

A terceira maneira foi a utilização da técnica *SnowBall*, ou “bola de neve”. Essa técnica é uma forma de amostra não probabilística⁹ utilizada em pesquisas sociais em que os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que, por sua vez, indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto. Portanto, a *snowball* é uma técnica de amostragem que utiliza cadeias de referência, uma espécie de rede (TURATO, 2011; ALBUQUERQUE, 2009).

Os primeiros participantes contatados são as “sementes”, que devem ter conhecimento da sua localidade, do fato acontecido ou das pessoas que vivem na comunidade. Esse mesmo indivíduo (a “semente”) indicará outra(s) pessoa(s) de seu relacionamento (ou de seu conhecimento) para que também participe(m) da amostra, esses são os “filhos” das “sementes”. Para que se tenha uma amostra considerável, deve-se selecionar um número inicial de pessoas (de “sementes”) (TURATO, 2011; ALBUQUERQUE, 2009).

Albuquerque (2009, p. 22) destaca, que “[...] uma limitação da técnica se refere ao fato de que as pessoas acessadas pelo método são aquelas mais visíveis na população”, ou acaba se tornando uma amostra viciada, para tanto, nesse estudo as “sementes” partiram de duas atmosferas diferentes, a ABRAFH e as ESF da cidade de Santa Maria, na tentativa que essa limitação fosse enfraquecida.

Dessa maneira, iniciou-se a captação por uma das ESF’s e pela ABRAFH, no intuito de identificar as famílias sementes. A ESF escolhida para início da captação foi a que apresentou maior quantidade (duas) de famílias homoafetivas em sua área de cobertura. A partir disso iniciou-se a técnica *snowball*.

As famílias participantes

Durante as visitas nas ESFs, conversou-se com os enfermeiros ou com os agentes comunitários de saúde para identificar as famílias que seriam potenciais participantes. A partir da localização de duas famílias sementes residentes na área de abrangência dessa unidade, começou-se a utilização da técnica *Snowball*.

Para a coleta dos dados propriamente dita, após a agente de saúde conversar com as famílias sobre a pesquisa, a pesquisadora foi até a casa das famílias. Nesse primeiro contato, foi explanado sobre os objetivos do estudo, a forma de participação, a voluntariedade e a

⁹ A Amostra Não Probabilista é obtida a partir do estabelecimento de algum critério de inclusão, e nem todos os elementos da população alvo têm a mesma oportunidade de serem selecionados para participar da Amostra. Este procedimento torna os resultados passíveis de não generalização.

entrevista, sendo oportunizado um espaço para que as dúvidas fossem sanadas. Após isso, foi questionado sobre o interesse da família em participar da pesquisa e quando elas gostariam que fosse realizada a entrevista.

Como foi utilizada a técnica de *snowball*, as famílias sementes indicaram novas famílias e forneciam um número de telefone para contato. Dessa maneira, entrava-se em contato via celular por *whatsapp* ou ligações, com as famílias indicadas e, conforme interesse em participar, marcava-se um dia para realizar uma conversa.

Em Santa Maria, foram entrevistadas oito famílias, um total de dezesseis participantes, as quais residiam em bairros distintos da cidade, duas famílias moravam no mesmo bairro.

No dia da entrevista, os primeiros minutos eram dedicados à descontração e formação de vínculos, o que Wright e Leahey (2015) nomeiam de engajamento, que significa possuir uma postura colaborativa e consultiva frente às famílias, colocar-se no lugar do outro. Ao entrevistar famílias, segundo os autores, é preciso ter três habilidades: perceptiva; conceitual e executiva. A habilidade perceptiva, refere-se à capacidade de fazer observações relevantes, devendo observar as interações múltiplas e os relacionamentos. A habilidade conceitual envolve a capacidade de atribuir significado às observações e enxergar a família como um sistema. A habilidade executiva é a interação da família e pesquisador, no sentido de retomar assuntos e realizar novas indagações (WRIGHT & LEAHEY, 2015).

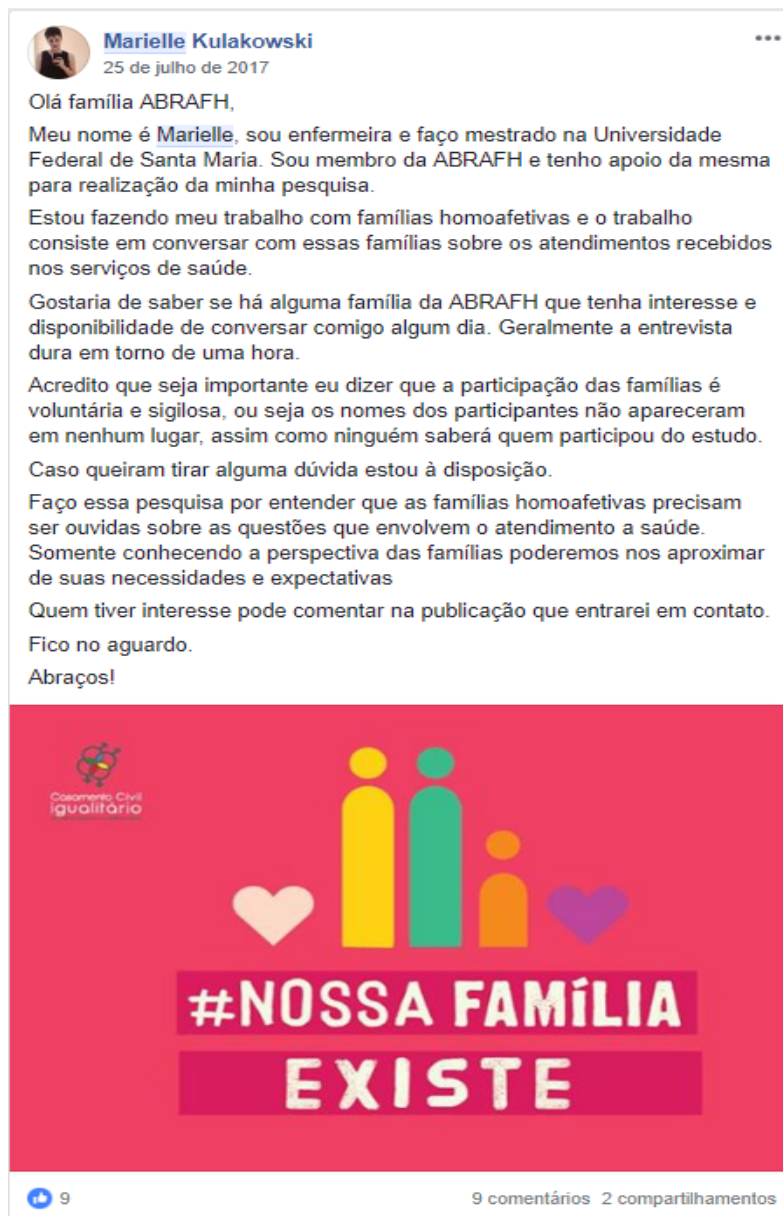
Para todas as famílias do estudo, foram realizadas perguntas socioeconômicas (APÊNDICE A) a fim de conhecer o perfil das famílias participantes, como idade, profissão, gênero, entre outros.

Após o preenchimento do TCLE, o gravador digital/virtual era ligado e a entrevista começava, a partir de um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE B). Cada entrevista durou em média uma hora e dez minutos.

Ao contatar a ABRAFH, solicitou-se orientação sobre a melhor estratégia para realizar a captação das famílias, dessa forma foi sugerido postar em um grupo do *Facebook*, do qual as famílias associadas estavam integradas, informações sobre a pesquisa, convidando-as a participar. Com isso, seria possível realizar a captação das famílias sementes na ABRAFH. Assim, foi elaborado um *post* informando sobre a pesquisa e, ao final, foi orientado que as famílias que se interessassem em participar poderiam comentar na publicação. Surgiram, em respostas ao *post*, cinco famílias interessadas, porém apenas uma participou da entrevista, as

outras desistiram devido intercorrências de ordem pessoal ou não atenderam aos critérios estabelecidos no estudo.

Figura 1- imagem do post no grupo da ABRAFH pelo Facebook



Fonte: OBEM, Marielle Kulakowski

Como forma de aproximação com a família que manifestou disponibilidade e interesse, iniciou-se o contato por conversa no *chat* do *Facebook*. Após os esclarecimentos sobre a pesquisa e os aspectos éticos, foi marcado o dia que seria realizada a conferência por vídeo para realização da entrevista.

O TCLE (Anexo A) foi enviado à família por meio digital, assinalando a necessidade de leitura e assinatura pelas pessoas que participariam da entrevista. Assim, ao aceitar participar do estudo, cada membro participante deveria preencher o termo com seu nome e o retornar para

a pesquisadora. Ressalta-se que foi oportunizado espaço para esclarecimento de dúvidas relacionadas ao documento e à pesquisa, antes e durante a videoconferência.

A entrevista foi realizada via conferência de vídeo pelo *Facebook*, a qual durou cerca de uma hora e meia, havendo algumas quedas de conexões. A gravação da conversa foi realizada por meio do aplicativo “gravação de voz” que vem integrado ao Windows 10 e disponibiliza capturas de áudio da tela do computador por um gravador virtual. Posteriormente, a entrevista foi transcrita na íntegra para análise.

5.3.3 Análise dos Dados

Os dados coletados nas entrevistas foram transcritos e submetidos à técnica de Análise Espiral dos Dados, segundo a proposta de Creswell (2013). É uma técnica que propõe adotar e compreender a análise dos dados como um processo dinâmico, não linear, em que há movimentos em espiral que implica em constantes idas e vindas para compreensão e análise do material.

Para organização dos dados coletados em temas e unidades, foi utilizado o *software* Nvivo, que destina-se a auxiliar o pesquisador a minerar grandes quantidades de dados para análise. O *software* é um forte potencial para pesquisas que utilizam referenciais de categorização de dados, visto que essa é sua principal função, no decorrer do tratamento dos dados já que é possível alterar os procedimentos de inserção de fontes e nomenclaturas das bases de categorizações.

O método Espiral proposto por Creswell possui quatro etapas que serão descritas a seguir:

Etapal - Manejo dos dados: é a primeira volta da espiral. Em um estágio inicial de análise dos dados, o pesquisador organiza seus dados em arquivos no computador e forma unidades de texto. Essas unidades são constituídas por frases, palavras e trechos, para facilitar a organização e compreensão do material.

Dessa forma, as entrevistas foram transcritas no *word* em arquivos separados para cada família; no decorrer dos arquivos, foram apontadas, durante as transcrições, percepções do momento da entrevista, assim como foram assinalados trechos que foram considerados pertinentes para auxiliar na análise dos materiais.

Figura 2 - Imagem ilustrativa da etapa 1: organização do material



Fonte: OBEM, Marielle Kulakowski

Etapa 2 – Leitura e Lembretes: nessa etapa, após a primeira organização do material, o pesquisador lê as transcrições diversas vezes, mergulha-se nos detalhes para se familiarizar, aos poucos, das entrevistas em seu todo antes de fragmentá-las em partes. Nesse processo de exploração dos dados, o autor sugere que se façam anotações e lembretes nas margens ou no decorrer do texto, essas anotações consistem em conceitos-chave, ideias, frases curtas que ocorram ao pesquisador durante o processo de leitura. Dessa maneira, é possível identificar as principais ideias organizadoras para começar a “ver” o que as famílias falaram. O autor cita que programas de computador podem auxiliar no processo, dessa forma, utilizou-se o software Nvivo 11 para essa organização.

Para isso, leu-se as transcrições repetidas vezes, até possuir um esgotamento, mergulhou nos detalhes, realizou anotações e considerações no decorrer de cada leitura. Após isso, as entrevistas foram colocadas no *software* Nvivo para iniciar o processo organizacional dos dados.

Figura 3- Imagem ilustrativa da etapa 2: leituras e lembretes

É juntas... **quando a gente foi juntas no postinho a gente sempre foi muito bem atendidas** agente costuma fazer preventivo ali. Quem nos atende são diretamente as enfermeiras ... super legais, bem tranquilas, nos fizeram se sentir a vontade, que as vezes tem receio de que vão nos tratar meio diferentes mas foi super tranquilo, minha experiência ali foi tranquilo.

A gente sempre foi bem tratada pelas enfermeiras, **nunca aconteceu nada**.

E o atendimento que a gente pediu, bem tranquilo, a gente se sentiu muito bem com o atendimento do doutor.

Ele por exemplo foi comigo quando eu fui fazer o exame médico da empresa que ai foi com o Doutor Renner lá no edifício das clinicas, também, muito bem tratado. **O médico não perguntou nada, mas viu que a gente era um casal, e bem tranquilo**.

Bem tranquilo, da atendente a enfermeira... geral. Tranquilo, não passamos dificuldade dentro de unidade, nem preconceito de ninguém.

Fonte: OBEM, Marielle Kulakowski

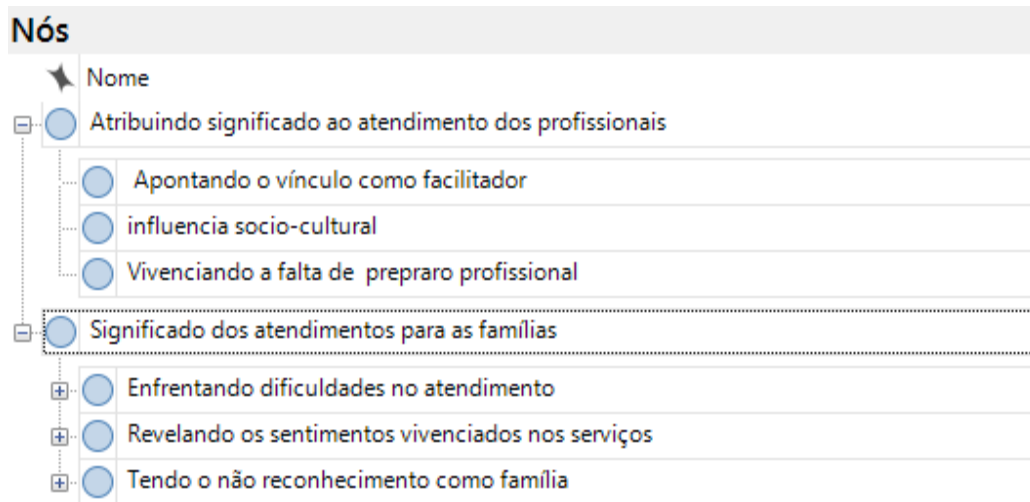
Etapa 3 – Descrição, Classificação, Interpretação: nessa curva da espiral, foram formados códigos que, segundo Creswell, representa o coração da análise qualitativa dos dados. O autor relata que considera a contagem dos códigos, para perceber os interesses dos participantes, mas não os quantifica em seus estudos. Nessa etapa, surge a formação dos temas que são os grupos maiores dos dados e as unidades que são os grupos menores. Após a formação dos códigos iniciais, foram realizadas descrições detalhadas, informando sobre o contexto e informações percebidas durante a coleta.

Para formar os códigos iniciais, foi assinalando as similaridades entre os dados e agrupando-as em grupos diferentes, para assim iniciar a formação dos temas e unidades. Para isso, continuou-se realizando apontamentos para auxiliar o agrupamento dos dados. Dessa forma, inicialmente formou-se nove temas compostos por duas unidades. Após isso, prosseguiu-se com a leitura dos códigos, temas e unidades iniciais para construir maior entendimento sobre os dados e melhor realocá-los entre os temas e as unidades, assim, foi iniciada a análise interpretativa dos dados, que auxiliou também a distribuição e redistribuição do material entre os temas e as unidades, finalizando em cinco temas, 12 unidades e quatro subunidades.

Para a interpretação em pesquisa qualitativa, é preciso dar sentido aos dados, há a formação dos códigos, depois formam-se os temas, que são unidades maiores. A análise pode

se dar por meio de impressões, *insights*, intuição, materiais da literatura e a partir de referenciais teóricos. Nesse estudo, a interpretação foi realizada a luz do Interacionismo Simbólico.

Figura 4- Imagem ilustrativa da etapa 3: coração da análise dos dados



Fonte: OBEM, Marielle Kulakowski/Software Nvivo

Etapa 4 – Representação e visualização dos dados: Na fase final da espiral, o pesquisador deve representar os dados em uma síntese do que foi encontrado, a representação foi arquitetada por meio de uma imagem visual que contém algumas principais informações que respondem à questão pesquisa do estudo.

Para isso, baseou-se nos principais dados obtidos a partir dos temas e unidades formados, baseando-se no Interacionismo Simbólico para a elaboração da representação visual, em que foi utilizado o programa *powerpoint* para elaboração do diagrama.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, são apresentados os resultados provenientes da análise dos dados obtidos por meio das entrevistas com famílias homoafetivas sobre suas experiências de atendimento nos serviços de saúde. A análise sustentou-se teoricamente no Interacionismo Simbólico que possibilitou a compreensão da experiência relacional e interacional das famílias, a descrição do significado e das definições da combinação “ser família homoafetiva” e “ir consultar em serviços de saúde”. Essa experiência se inicia na tomada de decisão da família em ir aos serviços, prossegue ao chegar nos ambientes de saúde e avança com o decorrer dos atendimentos. O Interacionismo permitiu conhecer as experiências e vivências das famílias homoafetivas sendo facultado compreender os significados simbólicos atribuídos por elas durante os atendimentos nos serviços.

Desse modo, pôde-se constatar que as famílias homoafetivas gostariam de ser atendidas nos serviços de saúde sem julgamentos e de maneira respeitosa. Além disso, destaca-se que não há estudos publicados na área da saúde sobre a experiência de famílias homoafetivas em serviços de saúde. Já as áreas da Psicologia, do Direito e da Educação apresentam uma gama de publicações voltadas para famílias homoafetivas, referindo-se principalmente à adoção, direitos de ser família, desafios da parentalidade e da inserção das famílias homoafetivas na escola, entre outros. Na área da saúde - e na Enfermagem - há uma maior concentração de publicações na vertente dos indivíduos LGBT. Dentre essas, há estudos que indiretamente contribuem para a compreensão das experiências de atendimentos desses indivíduos nos serviços de saúde, os quais ajudaram a embasar as discussões aqui apresentadas.

Os dados encontram-se organizados em temas e unidades que podem ser melhor visualizadas no quadro síntese apresentado a seguir:

Quadro 4 – Experiências de famílias homoafetivas em atendimentos nos serviços de saúde¹⁰

TEMAS	UNIDADES
1 INTERAGINDO COM AS DIFICULDADES NO ATENDIMENTO	1.1. Recebendo um tratamento diferenciado 1.2. Vivenciando a violência verbal e a silenciada
2 SENTIMENTOS ADVINDOS DAS INTERAÇÕES NOS ATENDIMENTOS	2.1. Sentindo-se bem atendidas 2.2. Sentindo-se não acolhidas Desesperança, Medo, Sentindo-se julgadas, Sentindo-se envergonhadas
3 NÃO SENTINDO-SE RECONHECIDAS AO REVELAR-SE COMO FAMÍLIAS	3.1 Como ocorre a revelação 3.2 Reação dos profissionais 3.3 Optando por não revelar-se como família
4 TORNANDO-SE INVISÍVEL PARA O SISTEMA DE SAÚDE	4.1. O silenciamento dos profissionais 4.2. Os limites do sistema
5 INTERAGINDO COM OS PROFISSIONAIS	5.1. Vínculo como facilitador 5.2. Influência sócio Cultural 5.3. Disposição e preparo profissional

Fonte: OBEM, Marielle Kulakowski

O tema **Enfrentando dificuldades no atendimento** desdobra-se no caminho de apresentar as adversidades enfrentadas pelas famílias homoafetivas durante seus atendimentos nos serviços de saúde. As dificuldades apontadas pelas famílias estão relacionadas a comportamentos e ações dos profissionais durante as consultas, que remetem-se desde falas discriminatórias até olhares e gestos insinuosos.

Os desafios enfrentados fizeram com que essas famílias se sentissem atendidas de maneira dissemelhante quando comparado a núcleos familiares heterossexuais. O sentir-se tratadas de modo diferenciado devido sua constituição fez com que as famílias desenvolvessem significados negativos acerca de ir aos serviços de saúde e até mesmo desenvolvessem o sentimento de culpa e impotência frente a situações, podendo fazer com que reajam de maneira acuada não participando da consulta ativamente e, como consequência disso, não percebam o amparo necessário para seu problema de saúde e, por fim, como pior implicação, não retornem aos serviços.

Dessa forma, é apresentada a primeira unidade, **Recebendo um tratamento diferenciado**, que se refere ao momento em que ocorre as primeiras interações da família com os profissionais dentro dos serviços de saúde. Segundo as participantes, o atendimento ocorre

¹⁰ As famílias foram identificadas a partir dos codinomes escolhidos. As falas dos familiares foram distinguidas, F1 para familiar 1 e F2 para familiar 2.

de maneira habitual até o momento em que ocorre a “revelação” para os profissionais sobre a constituição familiar homoafetiva, após essa etapa, há um movimento de mudança, em que os profissionais se comportam e conduzem a consulta de outra maneira. Essa diferenciação no “antes do saber” e no “depois do saber” faz com que ocorra a construção de definições simbólicas pelas famílias, advindas da constatação de que ao não revelar elas são melhor atendidas e com base nessa definição, as famílias irão interagir com os profissionais nos serviços de saúde. Ademais, essa atitude condicional faz com que diretamente e indiretamente os profissionais invisibilizem e afastem as famílias homoafetivas dos ambientes de saúde.

As famílias também referem que, muitas vezes, por mais que não ocorra revelação falada, é perceptível os laços afetivos entre os membros presentes no atendimento, que por diversas vezes são ignorados pelos profissionais da saúde. As famílias consideram importante que estas questões sejam levantadas para que haja o reconhecimento delas enquanto família, desejam que os profissionais não negligenciem o diálogo durante os atendimentos evitando perguntas sobre parentesco e filiação, pois atitudes desse âmbito fazem com que elas sintam-se percebidas enquanto famílias homoafetivas, mas não visíveis e reconhecidas nos serviços de saúde.

Dentro desse aspecto, também foi estimado que os profissionais levem em consideração os papéis familiares ocupados por cada membro, independente do registro na documentação das crianças. As famílias apontaram que possuir o nome das duas mães ou dos dois pais na documentação dos filhos não é uma realidade de todas as famílias homoafetivas, mas que isso não as deslegitimam e gostariam de atitudes mais proativas dos profissionais nesse sentido.

Que as pessoas perguntassem: vocês são um casal? Qual é o parentesco com a criança? Porque é isso... assim como perguntariam para qualquer casal, porque é algo que não está estampado na cara. E que isso, no papel, não fosse uma coisa tão rigorosa, e mesmo eu falando que ela é a mãe dele, que isso não seja desconsiderado porque não está no papel. Nós esperamos conseguir, mas para muitas famílias está longe de ser a realidade (Família Sagitário – F2).

Ao pensar e sentir essa diferenciação no atendimento, as famílias demonstraram, nas entrevistas, que desejam um tratamento igualitário, manifestam a vontade de ser atendidas como as demais famílias, sem qualquer atitude que as façam sentir-se tratadas de modo diferenciado. A interação e o tratamento são definidos como diferentes quando as famílias percebem o desconforto e os comportamentos esquivos por parte dos profissionais, tais como olhares,

cochichos e risos. A percepção que estão sendo olhadas de maneira diferente constrói uma atmosfera de segregação e faz com que as famílias se sintam desrespeitadas e julgadas.

Ter o mesmo atendimento... porque sabe... você vai chegar no local e que as pessoas te tratassem normal que não ficassem te olhando de maneira diferente ... ah... aquele olhar, percebe-se o olhar de espanto ou aquele olhar furtivo ... aquele sorrisinho baixo, aquele risinho de deboche (Família Lobo – F1).

Gostaria de ser tratada como ser humano, sujeito que está procurando atendimento porque realmente precisa. Sem me sentir constrangida, acuada pelos olhares e comentários (Família Andy – F1).

Que nos tratem com respeito... só isso, todo mundo quer ser tratado com respeito (Família Ruby – F2).

Percebe-se dessa forma uma lacuna de equidade no atendimento às famílias homoafetivas, a qual representa uma das mais fortes reivindicações da população na pesquisa de Cabral (2017), que, ao passar por situações de preconceito, fez com que vivenciassem um silêncio durante as consultas de saúde, e essas restrições de informações podem impactar negativamente na saúde em todos os aspectos. Da mesma forma, o estudo de Lucio (2016) aponta que um grupo de 62 mães lésbicas não se sentiram contempladas ao acessar os sistemas de saúde, devido ao despreparo dos profissionais, tais como: falta de qualificação e preconceito, assim como uma abordagem que evidencia o conteúdo discriminatório dos serviços. Na pesquisa de Cabral (2017), a qual trata das orientações recebidas a respeito da orientação sexual, a maior parte dos participantes (99%) evidenciaram a ausência de orientações que respeitem a diversidade presente no público atendido, sendo que apenas em 01% desses mostraram-se satisfeitos com relação à presença dessas orientações.

Os holofotes precisam estar posicionados para reflexão no que tange o direito dessas famílias em receberem um atendimento receptivo, acolhedor e digno, que é garantido a elas na Política Nacional de Humanização (PNH), na Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, na Constituição Federal e no código de ética dos profissionais da saúde, todos em acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) ao enfatizar a necessidade da garantia de atenção integral e equânime para a população, objetivando-se estratégias para expandir a condição de cidadania e os direitos das pessoas no sistema (BRASIL, 2007; BRASIL, 2013).

Esses direitos muitas vezes não são exercidos pelos profissionais, dentre os serviços acessados pelas famílias homoafetivas, estão as clínicas de fertilização que, conforme os relatos, presenciaram situações de atendimentos pouco receptivos. Segundo as famílias,

conseguir uma clínica no Brasil que preste um bom atendimento a constituições de famílias homoafetivas é um desafio, isso foi percebido pelas famílias desde o momento de visitar o site das clínicas, em que as boas-vindas estão seguindo uma norma voltada para famílias heterossexuais, e haviam somente fotos de casais formados por homem e mulher, o que já indica uma desconsideração com outras configurações familiares.

Ao entrar em contato com as clínicas, houve situações em que o atendimento foi negado, sendo explicitado que o motivo era por ser uma constituição familiar divergente do padrão atendido pelo serviço. Para as famílias, as clínicas que realizam fertilização no Brasil não estão preparadas para atender a diversidade dos núcleos familiares. Esse fator faz com que as famílias homoafetivas repensem o alcance da parentalidade. Para elas, é necessário um atendimento onde elas não precisem esconder quem são.

Eu entrei na página deles e tudo assim... o homem e a mulher... o homem e a mulher, eles atendem, mas eu não senti acolhimento [...] disse que não ia atender porque era contra os princípios deles. E aí, você faz o que... são contra teus princípios ganhar 20, 30 mil porque eu sou lésbica? [...] Eu gostaria de... ontem, eu estava pesquisando “clínica de fertilização para lésbicas”, eu gostaria de não precisar pesquisar isso, eu gostaria de pesquisar “clínicas de fertilização” ponto (Família Madex – F1).

As famílias apontaram as discriminações sofridas em alguns espaços de saúde por alguns profissionais, mas também reconheceram sua fragilidade, relataram ir até os serviços de saúde com sentimento de insegurança e incerteza de como se dará o atendimento. Apesar de algumas famílias do estudo não disporem de experiências negativas anteriormente em ambientes de saúde, o receio das interações com os profissionais esteve presente em todas as entrevistas.

Essa insegurança pode estar relacionada ao fato de as famílias pré-estabelecerem que poderão sofrer discriminação nos serviços, o que se deve, principalmente, à estrutura heterocentrista da nossa sociedade, que as expõe a um cotidiano de situações preconceituosas. O relato de situações discriminatórias vividas por outras famílias reforça o medo e fortalece o desejo de um tratamento igualitário que a reconheça enquanto família e ofereça as mesmas oportunidades de acesso aos serviços que as demais famílias. Nesse contexto experiencial, as famílias que quase diariamente passam por algumas situações discriminatórias em espaços públicos, conseqüentemente temem que isso aconteça também ao frequentar os serviços de saúde.

Eu queria que a gente não precisasse mais ter esse receio sabe, porque sempre fica um receio de como vai ser. Não tivemos nada tão complicado, e a gente já chega falando da nossa família, porque é a primeira pergunta que vão fazer, “quem ela é?” “são irmãs?” (Família Sagitário – F2).

Dentro desse contexto de tratamentos diferenciados e inseguranças pré-estabelecidas, as famílias reforçaram que gostariam de um tratamento igualitário, sem discriminação, privilégios ou rótulos para que, dessa forma, possam se sentir bem e à vontade para frequentar os espaços e para revelar sua configuração nos atendimentos em saúde.

Eu não quero tratamento diferenciado ... eu não sou diferente de ninguém. Eu quero ser tratada normal, não quero que isso seja um rótulo... eu não quero que me vejam de uma maneira diferente. Eu sou como qualquer outro, igual a todo mundo. Eu quero ser tratada bem, quero me sentir bem (Família Ruby – F1).

A família de extensão, o trabalho, a escola, a vizinhança, assim como os serviços de saúde e todos os espaços sociais em que as famílias homoafetivas convivem apresentam-se como contextos que tem potencial para impactar de algum modo no funcionamento dinâmico e nas vivências experimentadas por essas famílias o que, segundo Temperini (2018), confere às famílias homoafetivas características singulares, definidas pelo autor como “famílias camaleão”, devido às suas necessidades de adaptações, mudanças e desafios advindos da homoafetividade e homoparentalidade.

A partir dos resultados obtidos no presente estudo, pode-se perceber que se a partir das interações às famílias homoafetivas não são contextualizadas, uma vez que o profissional considera, via de regra, que está atendendo uma família heterossexual, o que, em consequência, não resulta em um atendimento reconhecido como verdadeiro por quem o recebe, mas, sim, baseado em recomendações e necessidades fictícias que não condizem com a realidade do sujeito ou da família. A corroborar com esta reflexão, Cabral (2017) aborda que no processo interacional entre profissional e usuário, a importância do acolhimento não está no que será perguntado, mas sim em como é esse acolhimento, como se dá abertura para o paciente compartilhar símbolos, significados e aspectos da sua vida que impactam diretamente na sua saúde.

Com isso, impõe-se a ideia de que as pessoas são todas, por natureza, essencialmente heterossexuais e as famílias, por consequência, constituídas por pessoas de sexos diferentes. A postura normativa e impositiva que está presente nos diferentes contextos da sociedade e que

se apresenta no cotidiano das famílias homoafetivas e dos indivíduos LGBT, faz com que experiências e definições de discriminação e preconceito sejam vividas e apreendidas. Ante essa realidade, o revelar-se como uma família homoafetiva significa correr riscos. Tal significado se expressa no medo presente na ação de se revelar em qualquer cenário social e, no contexto deste estudo, nos âmbitos dos serviços de saúde. Esse temor, que acompanha as famílias quando buscam atendimento em serviços de saúde, pode reforçar o significado de que estão correndo riscos, quando há discursos heteronormativos durante as consultas (SILVA, 2017).

A segunda unidade, Vivenciando a violência verbal e a silenciada, refere-se às interações que simbolizaram violências para as famílias homoafetivas nos atendimentos em saúde. Essas interações estão relacionadas a posturas, comportamentos e diálogos dos profissionais, que ocorreram entre eles ou com as famílias, sendo as atitudes e expressões motivadas pela presença das famílias homoafetivas nos serviços de saúde.

As manifestações foram percebidas no decorrer do atendimento, no processo de comunicação entre profissionais e famílias, quando ocorreram situações consideradas por elas como ofensivas, discriminatórias, invasivas e debochadas. As violências faladas e as simbólicas, provindas de alguns profissionais da saúde, construíram ambientes de hostilidade e não acolhimento para as famílias homoafetivas que procuravam por atendimento, fazendo com que elas não se sentissem bem-vindas e, conseqüentemente, não desejassem retornar ao serviço.

Nessa perspectiva, destaca-se que a partir dos símbolos compartilhados nos atendimentos, as famílias muitas vezes não se sentem acolhidas pelos serviços, o estudo realizado por Vilella (2009) corrobora ao refletir sobre a invisibilidade da sexualidade lésbica e as conseqüências disso para a saúde e o estudo de Cabral (2017) ao analisar dados constantes no sistema de informação de saúde do SUS acerca da saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres e identificou que os dados disponíveis são bastante incipientes e os únicos disponíveis que dão possibilidade de consulta para o grupo são referentes ao HIV/AIDS. Assim, considerando o exposto, pode-se constatar que os estudos apreendem que o acolhimento prestado a mulheres lésbicas não é realizado de maneira adequada, não faz parte da rotina dos profissionais de saúde realizar questionamentos acerca da orientação sexual e as mulheres, para evitar exposição, também não se manifestam sobre sua sexualidade, ou seja, elas não revelam que são lésbicas, mas os profissionais também não perguntam.

Cardoso e Ferros (2012) refletiram sobre a saúde do público LGBT e apontaram que ainda é necessário haver a desvinculação na área da saúde da homossexualidade masculina ao HIV, pois influencia no atendimento à população e diretamente na ida dos homens gays aos

serviços de saúde. Em nenhuma das vezes em que os homens gays/bissexuais procuraram os serviços de saúde foram questionados sobre sua sexualidade.

A violência verbal foi vivida pelas famílias quando elas revelaram, durante os atendimentos, sobre seu núcleo familiar. Essa violência advinda dos profissionais foi encorpada por discursos definidos como ofensivos e discriminatórios. As famílias compostas por casais de mulheres relataram que geralmente as discriminações ocorreram ao consultarem ginecologistas ou quando realizaram o exame colpocitológico. Nesses espaços, é onde normalmente ocorrem diálogos sobre sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e métodos anticoncepcionais, sendo o único setor da saúde em que a sexualidade dos indivíduos foi questionada e, conseqüentemente, o local onde as famílias compostas por mulheres mencionaram sofrer mais discriminações.

É ofensivo ... é discriminatório... “Quem vai fazer o CP da sapatão?”...

Isso é uma discriminação! (Família Lobo – F1).

Ele duvidou, como se ela não fosse mais virgem., “Como que você não é mais virgem, se ainda tem um pedaço do hímen aqui?” (Família Ruby – F2).

As famílias relataram que alguns profissionais tiveram posturas desrespeitosas, inadequadas e incoerentes com a prática profissional sendo invasivos e debochados. Durante um atendimento, o profissional questionou os laços de compromisso e fidelidade do casal. Além de construir um ambiente de “fofoca” entres os profissionais, permitiu que a família entendesse que estavam comentando a respeito dela anteriormente.

As mulheres lésbicas e bissexuais que se revelaram em atendimentos de saúde se depararam com diferentes respostas, algumas foram acolhidas e compreendidas pelos profissionais, mas em sua maioria ocorreram situações de indiferença percebendo que a informação não foi utilizada no atendimento. Destarte, ocorreram constrangimentos e discriminação, agressões verbais, exames mal conduzidos e conclusão apressada da consulta, assim como orientações heteronormativas, condutas errôneas por parte dos profissionais sobre exposição de riscos de IST's, e foram também negligenciados exames necessários. Quando os profissionais apontam que há indiferença no atendimento caso a usuária do serviço apresentar-se como uma mulher que faz sexo com outra mulher, mostra o evidente despreparo de ações congruentes para a saúde dessa paciente, que possivelmente advém de preconceitos ou mesmo pela dificuldade em abordar questões como essa e propor tomadas de ações e práticas diferenciadas. Pode-se perceber que, embora sendo direcionados ao atendimento de mulheres,

os resultados da referida investigação, se assemelham aos obtidos no atendimento das famílias homoafetivas (PORTELLA, 2004).

Outra situação que denotou cunho discriminatório ocorreu quando profissionais de saúde, durante o atendimento para um casal de mulheres, destacaram a importância da presença de um pai para a criança. Esses atendimentos foram definidos pelas famílias como discriminatórios, sendo motivo para não desejarem retornar aos serviços ou temerem consultar novamente.

Quando eu falei que eu estava com uma mulher daí ele falou assim... Ah, mas é só com ela?... Não vai dizer que você não dá uma pulada... Ele me tratou mal ...Tipo, quando ele foi me examinar, ele chamou a enfermeira para ela me olhar e ele disse: “olha aqui, foi essa que eu te falei” (Família Ruby – F2).

E nunca mais voltamos ali, ainda mais com um assunto delicado que é a parte ginecológica né (Família Ruby – F1).

Eu lembro de os profissionais questionarem, mas como vai ser ter duas mães e não ter nenhum pai? A presença paterna é muito importante (Família Sagitário – F2).

As violências não verbais, caracterizadas por interações compostas por olhares, cochichos, risos e por expressões de incredibilidade e surpresa, ocorrem com mais frequência nos serviços de saúde do que as violências verbais, acusativas e diretas. Segundo as famílias, isso pode ocorrer pelo fato de que atitudes discriminatórias explícitas podem ser levadas a ações judiciais. Dessa forma, geralmente a violência contra essas famílias perpassa pelo âmbito de atitudes sutis e de comportamentos dúbios por parte dos profissionais e não pelo que é dito por eles.

Nesse sentido, pensa-se que as interações que ocorrem em um contexto social e cultural heteronormativo favorece o compartilhamento de perspectivas que reconhecem e aceitam esse padrão de comportamento, o que pode resultar em discriminação, preconceito e exclusão social sofrida por pessoas de orientação sexual e identidade de gênero discordantes dos padrões considerados “normais” pela sociedade, que, nesse caso, fundamenta-se como forte contribuinte para o distanciamento dos indivíduos dos serviços (FREITAS, 2017).

Assim, uma das consequências de uma sociedade heteronormativa são as situações de violências que, para as famílias homoafetivas, no contexto do atendimento prestado nos serviços de atenção à saúde, geralmente ocorrem de maneira verbal ou simbólica. A violência simbólica perpassa pelo que não é dito e por atitudes que se detém a olhares, risos e cochichos,

fazendo com que os indivíduos percebam que são alvo de zombaria ou que não são bem-vindos. As violências verbais baseiam-se normalmente em perguntas ou falas ofensivas e discriminatórias, permeadas de preconceito e desinformação. No estudo de Araújo (2006), o qual buscou conhecer a relação de uma mulher homossexual com os profissionais da saúde durante os atendimentos ginecológicos, constatou-se que a relação interpessoal estabelecida era fria e distante, não proporcionando interação e oportunidade para que a paciente se colocasse abertamente acerca da sua vida, especialmente em relação ao exercício da sexualidade. Os resultados do estudo evidenciam que os profissionais não oportunizaram que a revelação ocorresse, tal como constatado na presente investigação com as famílias homoafetivas. Essa mesma realidade foi identificada entre os participantes da pesquisa de Taquette (2015), os quais não tiveram, nos serviços de saúde, interações que considerasse suas demandas sexuais, o que constrange e dificulta para que exponham suas necessidades.

As famílias relataram que os profissionais pensam, mas não falam. Porém, para elas, o preconceito é perceptível e fere tanto a discriminação, quanto a violência falada e definem essas atitudes como preconceituosas, ofensivas e cruéis. Assim, de modo consequente, isso faz com que as famílias não se sintam acolhidas nos serviços de saúde, como se elas não deveriam estar ali, como se elas não fossem bem-vindas.

Embora as pessoas não verbalizem muitas vezes o que pensam ou como se sentem diante da presença de casais homossexuais, os olhares entregam o jogo. Os olhares são cruéis. Eles entregam o recado de que não somos bem-vindas ali, de que nosso relacionamento só é aceito na “solidão” de quatro paredes, bem longe dos olhos da sociedade. Sei que não estou oferecendo uma resposta muito pontual, mas eu realmente gostaria de não conviver com esses medos [...] Cochichos e risos são como proferir palavras de ódio e preconceito [...] Que eles (as) não façam cara de susto e de incredibilidade ao perceber que somos um casal (Família Andy – F1).

O segundo tema elaborado, **Sentimentos advindos das interações nos atendimentos**, é organizado em duas unidades que caracterizam os sentimentos das famílias no contexto dos serviços de saúde. A primeira, **Sentindo-se bem atendidas**, refere-se ao momento em que as famílias apontam as vivências positivas de atendimento e a segunda, **Sentindo-se não acolhidas**, indica os sentimentos negativos provenientes de atendimentos não receptivos.

Em **Sentindo-se bem atendidas**, são apresentadas situações em que o atendimento foi definido como positivo pelas famílias quando elas se sentiram acolhidas nos serviços, dispendo

de um atendimento receptivo, amparado em compromisso profissional, momento no qual suas necessidades foram atendidas sem quaisquer dificuldades impostas pelos atendedores devido sua orientação sexual e configuração familiar. Apesar de temerem sofrer discriminação, as famílias reconheceram quando há um bom atendimento, quando são respeitadas e quando os profissionais são positivos, colaborativos e valorizam os pontos fortes da família.

Os atendimentos que foram identificados como acolhedores e que supriram as necessidades das famílias, em sua maioria, ocorreram em Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde havia um vínculo pré-estabelecido entre profissionais e usuários. Para algumas famílias, esse vínculo prévio foi considerado um fator relevante, no sentido de evitar que elas sofram discriminações nessas unidades.

Conversei com ele desde o começo contei a história, ai ele achou bem interessante, e achou bem legal que iria ser os três, mais gente pra cuidar (Família Gnomos & Duendes – F2).

Nós, graças a Deus, sempre fomos bem atendidos, bem recebidos... nunca tivemos problema nenhum dentro da unidade, foi bem tranquilo (Família Feliz – F1).

Nos lugares que a gente foi, nós fomos respeitadas (Família Sagitário – F2).

Quando a gente foi juntas no postinho a gente sempre foi muito bem atendidas a gente costuma fazer preventivo ali. Quem nos atende são diretamente as enfermeiras ... super legais, bem tranquilas, nos fizeram se sentir à vontade, que as vezes tem receio de que vão nos tratar meio diferentes, mas foi super tranquilo, minha experiência ali foi tranquilo (Família Ruby – F1).

Percebe-se, nesse sentido, que a revelação da constituição familiar homoafetiva pode somar como uma ferramenta facilitadora de vínculo durante o atendimento. No caso de uma das famílias do estudo, ao consultar a pediatra, o atendimento estava ocorrendo de maneira rápida e desatenciosa, e, após a família revelar e explicar a situação da dupla maternidade, a profissional passou a dispensar mais atenção para a situação e, conseqüentemente, prestou um melhor atendimento. As famílias também reconheceram como atitudes positivas o fato de conseguirem colocar o nome das duas mães nos prontuários e cadastro. Mesmo não sendo uma opção disponível pelo software utilizado nos serviços, os atendedores não se negaram em anotar na ficha.

Até a primeira vez que a gente contou, que a gente levou juntas o (filho) em uma consulta ela até nos tratou melhor depois que entendeu tudo., Te lembra? Que ela estava “não sei o que, não sei o que” e eu falei algumas informações? Ela achou que eu era a mãe biológica e a - falou que ela dava mama, e ela parou assim, ah ta... Ai ela entendeu e deu uma acalmada na consulta... porque a primeira consulta estava muito rápida (Família Sagitário – F1).

Sempre colocaram... ó vou colocar aqui no ladinho (Família Gnomos e Duendes – F2).

Destarte, a discriminação e o preconceito são situações tão presentes nas vidas de famílias homoafetivas que algumas famílias do estudo associaram os atendimentos positivos à sorte. Diante disso, a unidade, **Sentindo-se bem atendidas** é composta pela subunidade, **Sentindo-se com sorte pelo bom atendimento**.

Sentindo-se com sorte pelo bom atendimento refere-se ao modo como as famílias se sentem ao não experienciarem situações de preconceito e/ou discriminação nos atendimentos em saúde. Ao se sentir com sorte, as famílias estão atribuindo que a discriminação é algo esperado por elas e possível de ocorrer nos espaços de saúde. A atribuição dada pelas famílias do significado “sorte” demonstra que, por mais que os profissionais da saúde saibam dos direitos dos usuários e das famílias homoafetivas, na maioria das vezes, esses direitos não são efetivados na prática. Consequentemente, para as famílias, é uma situação de sorte quando alguma discriminação não ocorre.

Eu avalio, de forma geral, que a gente teve muita sorte em todos os serviços. Em nenhum, até então, a gente teve uma experiência ruim... no sentido de discriminação. (Família Sagitário- F1).

É assim... eu acho que, por sorte nossa, as nossas experiências ruins foram mais individuais do que em família (Família Madex – F2).

Sentindo-se não acolhidas representa os sentimentos restritivos vivenciados pelas famílias nas experiências dos atendimentos nos serviços de saúde. O sentimento de não se sentirem acolhidas foi manifestado nas subunidades **Desesperança**, **Medo**, **Sentimento de ser julgadas** e **Vergonha**. As adversidades vividas pelas famílias nos atendimentos de saúde são compostas por processos de interações externas, das famílias com os profissionais e por interações internas, no contexto de cada família.

A **Desesperança** surgiu nos relatos das famílias como um sentimento presente há um longo período de tempo, a partir de significados atribuídos por elas ao iniciarem os primeiros

contatos interpessoais na sociedade, em suas experiências durante a vida, enquanto indivíduos e como famílias homoafetivas. Para as famílias, a não aceitação social reflete em sentimentos de desesperança, fazendo com que elas não acreditem sobre a possibilidade de serem respeitadas e de alcançar a aceitação social em algum momento. Por consequência, as famílias sentem-se desesperançosas ao frequentar os serviços de saúde, não esperando, a priori, um bom atendimento ou uma diminuição da discriminação.

Em qualquer lugar aí que tu for, em um hospital... sabendo que você é gay já não vão te atender direito, como deveria ser (Família Lobo – F2).

Apesar de hoje as pessoas estarem tendo uma consciência maior sobre os homossexuais, ainda tem preconceito, e não adianta, e isso não vai mudar, elas até dizem que aceitam, mas ainda tem aquelas pessoas que não evoluíram (Família Yin Yang – F1).

Medo é uma subunidade que aborda os temores relatados pelas famílias durante o processo de adoecer até chegar aos serviços de saúde. O sentimento de medo arquitetase a partir das interações sociais internas e externas da família. Durante a coleta e análise dos dados, foi entendido que o medo se faz presente antes mesmo da chegada aos serviços de saúde, estando relacionado ao temor de como serão atendidas, da reação dos profissionais e por questões judiciais. Esse medo pode contribuir para que as famílias se afastem dos serviços e para que decidam não ir consultar em família, mas sim individualmente, ou, até mesmo, que mantenham sua identidade familiar em segredo durante a consulta. Entretanto, um dos casais entrevistados referiu que ir a consultas ginecológicas juntamente com sua esposa faz com que se sintam mais seguras, pois, em suas percepções, ir acompanhada também pode reduzir o risco de sofrer discriminação.

As famílias homoafetivas tendem a não revelar sua formação familiar nos atendimentos em saúde. Lucio (2016), que desenvolveu uma pesquisa com o intuito de conhecer as representações sociais sobre a maternidade construídas por lésbicas no contexto social heteronormativo, mostrou que essas mulheres sentem-se temerosas ao acessarem os serviços de saúde, temem a discriminação ao revelar sua orientação sexual. Esses temores provêm desde o momento do preenchimento da ficha cadastral dentro do serviço, até a assistência prestada pelos profissionais da saúde. A assistência foi marcada pela falta de informação acerca de como prevenir-se sexualmente nas relações entre mulheres, a falta de apoio e acompanhamento, de ações de educação em saúde e de sentirem-se parte do sistema. O estudo aponta que as ações de saúde e os cuidados realizados, na maioria dos casos, são baseados na heteronormatividade,

os quais, em geral, seguem uma rotina padronizada de atendimento. Contudo, o cuidado e as orientações que são dadas não são suficientes, nem adequadas ao estilo de vida e costumes dessas mulheres.

Os atendimentos prestados a homens que fazem sexo com outros homens são muito semelhantes aos atendimentos à mulheres que fazem sexo com outras mulheres. A pesquisa de Cunha (2015), que desenvolveu uma revisão de literatura acerca da homossexualidade masculina e a saúde, e a de Santos (2013), que buscou compreender de que modo a parentalidade homossexual masculina vem sendo investigada na literatura científica nacional e internacional, mostraram que homossexuais masculinos procuram pouco o serviço de saúde devido ao medo da discriminação e devido a estigmas sociais que fazem com que se sintam marginalizados.

Quando um membro das famílias homoafetivas adoece, deparam-se com dois medos significativos: a preocupação frente o adoecimento e a maneira como se dará o atendimento à pessoa adoecida. Esses temores e inseguranças ocorrem devido a pressupostos construídos pelas famílias, a partir de experiências passadas, nas quais já se espera o preconceito. O medo pode estar associado à ideia de serem maltratadas ou receberem um atendimento que as façam se sentirem discriminadas, mas principalmente pelo temor que seu familiar deixe de receber um atendimento adequado.

As vezes tem receio de que vão nos tratar meio diferentes [...]Então ali que a gente falou que tinha parceiro... né... mas foi super tranquilo, até porque a gente entrou juntas né [...]A gente sem querer quando chega para ser atendido fica um pouco com medo né... de saber como a pessoa vai falar (Família Ruby - F1)

É um desconforto né, eu fui com receio (Família Sagitário – F2)

E para não se incomodar, ah vai só tu... para a gente não se incomodar já né (Família Gnomos & Duendes – F1)

Segundo as famílias, se não houvesse o medo e a insegurança da discriminação e do preconceito dentro dos serviços de saúde, elas se sentiriam mais à vontade para dar apoio para a(o) esposa(o) que se encontra em situação de adoecimento, podendo ficar mais próximas fisicamente e afetivamente. Porém, elas preferem não arriscar, pois temem que o atendimento seja diferente ou, até mesmo, negado por conta da sua constituição familiar.

Se não houvesse o medo e a insegurança de ser tratada de modo agressivo, preconceituoso, se não houvesse o receio de ouvir piadas homofóbicas, machistas, se não houvesse a incerteza de que seríamos

atendidas com responsabilidade, certamente eu teria ficado mais próxima da minha companheira, não evitaria acaricia-la, segurar a sua mão, abraça-la, coisa que os casais heteros fazem a todo tempo e sem problema nenhum. Na maioria das vezes que procuramos os serviços de saúde eu tratei de manter um certo distanciamento afetivo da minha companheira por todos esses medos e incertezas. [...] No entanto, nesses momentos a preocupação com a saúde vem em primeiro lugar. Não ousar e não posso correr o risco de um atendimento, tratamento ser negado, ou então de receber algum xingamento, pois isso só faz piorar a situação e o estado emocional de pessoas que já estão debilitadas (Família Andy – F1).

Algumas famílias que revelaram sua constituição durante os atendimentos vivenciaram situações de julgamento, vergonha e desrespeito; temática que constitui as unidades **Sentindo-se julgadas** e **Sentindo-se envergonhadas**. Segundo as participantes do estudos, os profissionais precisam tratá-las com respeito independente de possuírem opiniões pessoais desfavoráveis ao seu modo de vida e sua constituição familiar. O sentimento de vergonha foi associado a situações constrangedoras vividas nos serviços de saúde, fazendo com que essas pessoas sintam-se desconfortáveis, atacadas e envergonhadas.

Eu me senti julgada naquele momento. Porque eram os dois, a enfermeira e ele me olhando, ele dando risadinha para ela e eu não entendendo nada [...] Muito mal... me senti a pior pessoa do mundo eu queria sair logo dali eu não queria nem olhar na cara dele... eu peguei me vesti. Ele falou comigo, me deu um remédio... né (Família Ruby – F2).

Para que as famílias sintam-se confiantes e não tenham medo de ir aos serviços, para que não se sintam julgadas e não tenham vergonha, elas precisam vivenciar interações positivas, de receptividade e aceitação para que, assim, possam ressignificar o que foi apreendido em experiências anteriores. O comportamento da sociedade, na qual a família está inserida reflete na dinâmica, nas interações e nos significados atribuídos pela família às situações do dia a dia e, por essa constante interação social, esses significados são modificados e - conseqüentemente - colabora para modificar o modo de ser, sentir, pensar e agir da família. Para que possam se sentir pertencentes ao lugar onde vivem e convivem, podendo frequentar os espaços de saúde com mais tranquilidade, as famílias homoafetivas precisam se sentir aceitas pelas pessoas com quem interagem.

Durante as consultas, quando as famílias revelaram sua configuração familiar, de maneira verbal ou por meio de gestos e afetos, muitas vezes não ocorreu o reconhecimento delas enquanto famílias pelos profissionais, que evitaram questionar sobre laços afetivos. O tema **Não sentindo-se reconhecidas como famílias**, aborda essa perspectiva e explicita a maneira que as informações sobre a constituição familiar homoafetiva chega aos profissionais dentro dos serviços de saúde. Além disso, aborda acerca de como os profissionais reagem e sobre os motivos que levam as famílias a revelar ou não sua constituição. Dessa forma, a unidade desenvolve-se em três seções, **Como ocorre a revelação, Reação dos profissionais e Optando por não revelar-se como família**.

Como ocorre a revelação discorre sobre as interações que viabilizaram a revelação sobre a composição familiar homoafetiva durante os atendimentos em saúde. Segundo as famílias, a revelação verbal dificilmente ocorre, devido aos sentimentos de medo e insegurança já mencionados anteriormente, a menos que os profissionais questionem sobre a afiliação durante a consulta. Contudo, as famílias acreditam que, na maioria das vezes, os laços afetivos são perceptíveis devido a trocas de afeto e ao modo como se comportam durante os atendimentos.

Para os casais compostos por mulheres, geralmente, a manifestação enunciada ocorre ao consultarem o ginecologista ou quando realizam o exame citopatológico, pois neste espaço, normalmente é oportunizado o diálogo sobre sua sexualidade, o que favorece a revelação. As famílias também relataram que, algumas vezes, após a revelação, a consulta se desenvolveu de maneira mais rápida e direta, sendo essas atitudes interpretadas como falta de preparo e conhecimento do profissional para atendê-las. Essa falta de cuidado pode fazer com que as famílias evitem ir ao serviço e acabam se automedicando.

Ali a gente teve que contar porque embora eles nos conheçam agora, a gente não frequenta muito o postinho [...] geralmente quando fizemos o preventivo tem aquelas perguntas básicas de parceiro sexual e enfim (Família Ruby – F1).

É sempre aquela coisa, “ahh você tem relação sexuais?” - Sim! “Você usa proteção?” - Não! “Então você usa anticoncepcional?” - Não! “Como não?!” - É que eu sou lésbica. “Ah ta...” está tudo bem e deu... eles não tem conhecimento [...] eu não vou no médico, eu me medico eu mesma (Família Madex – F2).

Durante os atendimentos, a revelação da configuração familiar homoafetiva ocorre de duas maneiras: uma delas desenvolve-se por meio da fala quando a afiliação é verbalizada; e a

outra é devido ao modo como as pessoas da família comportam-se entre si, quando há trocas de afeto. Porém, a verbalização só ocorre quando os profissionais questionam sobre o parentesco, pois não é uma informação que as famílias se sintam tranquilas e seguras em divulgar a qualquer momento, sem serem questionadas. As famílias manifestaram que gostariam que lhes fosse oportunizado falar sobre o grau de parentesco, para que elas pudessem revelar a configuração familiar.

Contudo, da mesma maneira que as famílias evitam revelar sua constituição devido ao medo que sentem, os profissionais também podem não as questionar, pois se sentem inseguros e não preparados para atender a diversidade familiar. Para as famílias, os profissionais não sabem lidar com a informação, seja por despreparo pessoal ou profissional e, devido a essa não destreza da situação, eles optam por não questionar sobre a formação familiar dos indivíduos que passam por seus cuidados.

Teve uma vez, no hospital, que eu fiquei em observação no leito e a - ficou lá comigo, sempre tem uma demonstração de afeto, e eu acredito que estava na cara, não precisava falar, mas foi bem tranquilo (Família Simpson – F2).

A gente não chegava a falar, mas como ela fala... ela chama as duas de mãe... então sempre ficava claro... duas mães e um pai (Família Gnomos e Duendes – F2).

Ah eu acho que me perguntarem sinceramente... sabe... ah vocês estão juntas? Sei lá, vocês são uma família? Vocês têm algum grau de parentesco? Acho que não importa a forma, desde que não seja agressivo (Família Madex – F2).

Elas não perguntam porque elas não querem saber, elas não querem lidar (Família Madex – F1).

Reação dos profissionais refere-se aos comportamentos e ações dos profissionais ao se depararem com núcleos familiares homoafetivos. Segundo algumas famílias, ante a revelação ocorreu uma mudança comportamental dos profissionais, percebida pela fugacidade e insegurança durante o atendimento, já outros profissionais possuíram atitudes e comentários lidos como preconceituosos e machistas, entre eles risos e tratamento ríspido. Há também os profissionais que são mais cautelosos e cuidam como se referem à família.

Nesse sentido, o comportamento do profissional dependerá do significado atribuído por ele, enquanto indivíduo, para as famílias homoafetivas, a partir de suas definições, símbolos, experiências e interações passadas. Como o indivíduo encontra-se em constante interação

social, as definições são elementos mutáveis, movimentando-se pelas interações, se definindo, redefinindo e passível de mudança.

Todavia, algumas famílias creem que revelar ou não sua identidade não influencia no atendimento prestado a elas. Acreditam que os profissionais não deixariam de atender e não dariam prioridade no atendimento, ou seja, para os profissionais seria uma informação imparcial, inerente a sua conduta de trabalho.

Acho que até você falar você é bem atendido, mas no momento que você fala que é gay, que tu expõe isso, algumas pessoas reagem muito mal ... não deveria né (Família Ruby – F2).

Quando a gente conta parece que os profissionais ficam pisando em ovos, cuidando como vão se referir a gente (Família Sagitário – F2).

É, tem os risinhos e tem os que fecham a cara e só, tal e tal coisa e deu e de maneira bem fria, bem ríspida (Família Andy – F2).

eu dificilmente eu abro, porque de certa forma para profissional da saúde é aquele baque né [...]Eu acho que não mudaria muito, eu acho que nessa questão não... acho que talvez não dariam prioridade, mas também não deixariam de atender... acho que ia ser meio imparcial o negócio (Família Yin Yang – F2).

Optando por não revelar-se como família aborda os fatores que motivam as famílias homoafetivas revelar ou não revelar sua configuração durante os atendimentos nos serviços de saúde.

As famílias consideram importante para o atendimento em saúde expor aos profissionais sobre sua constituição, mas, muitas vezes, elas não o realizam pois não consideram como necessário para consultas de todas as especialidades. As famílias acreditam que, para ocorrer a revelação, é preciso considerar alguns fatores, como o tipo de atendimento que está tendo, ponderam que nem sempre é preciso contar aos profissionais, a menos que lhes seja questionado ou que alguma informação sobre a saúde do familiar lhes fosse negada. É possível compreender que as famílias desejam revelar, porém não se sentem confortáveis em interromper a consulta para realizá-lo, uma vez que não percebem um espaço oportuno nas consultas em saúde para que a diversidade familiar possa aparecer e ser reconhecida nos serviços.

Eu acho que depende da situação, mas independente da relação que eles acham que a gente tem, eu acho legal considerarem inicialmente que tem duas pessoas ali, e que tem algum motivo para ter duas pessoas

ali, uma está dependendo da outra de alguma forma, ai acho que sim, que faça diferença por questão disso (Família Madex – F1).

Eu acho importante sim as pessoas saberem, mas também vai de acordo com o que está acontecendo... dependendo do caso ou do momento não tem a necessidade de você dizer (Família Andy – F1).

Percebia que as pessoas sempre chamavam de amiga ..., mas nunca senti a necessidade de dizer... ah eu sou a namorada dela ... até porque quando eu ia pedir alguma informação de algum exame ou alguma coisa eles me diziam sabe, não tinha uma negação deles para eu ter que afirmar assim (Família Andy – F2).

As motivações positivas para revelação foram associadas à crença de algumas famílias que o atendimento se daria de maneira melhor, pois os profissionais teriam conhecimento que são uma família, e ser família as colocam em uma posição de respeito na sociedade. Algumas famílias também consideraram importante informar os profissionais sobre sua relação, pois atribuem à revelação uma posição de visibilidade que pode auxiliar no alcance da aceitação social. Elas acreditam que possuir essa atitude de clareza sobre o seu núcleo familiar faz com que, por meio das interações dentro dos serviços de saúde, ocorra o seu reconhecimento enquanto família homoafetiva, tanto pelos profissionais como por elas mesmas, que, nesse processo de reconhecimento, acabam se fortalecendo e se encorajando enquanto família.

É tão normal hoje em dia... vai da cabeça de cada um, e se falarem que são uma família, que são um casal, eu acho que vai ser melhor. Eles serão bem mais atendidos, é uma família (Família Yin Yang – F1).

Eu acho extremamente importante, necessário... até pra uma mudança cultural do pensamento da nossa sociedade, inclusive uma mudança do nosso próprio pensamento, porque isso não é só uma questão dos profissionais, da saúde nos reconhecer como família, i ajuda a sociedade nos reconhecer como família, e também no nosso próprio processo de reconhecimento como família e o entendimento que nós temos direitos como todas as outras famílias [...]E quando nós... casais... famílias homoafetivas tentamos esconder isso tem um processo de objetivação... de anulação do sujeito... então acho importante, porque além disso tudo é pedagógico (Família Andy – F1).

Ao chegarem nos espaços de saúde, as famílias se depararam com a insegurança em relevar ou não ao profissional sobre sua constituição familiar. Para algumas famílias, se os

profissionais souberem, essa informação poderá influenciar negativamente o atendimento e isso faz com que optem por manter sua identidade familiar em segredo. Dessa forma, o não revelar a configuração é geralmente a escolha das famílias quando consultam em locais de serviços de saúde, isso pode ocorrer devido à pouca receptividade, a não formação de vínculo e pode ser motivado também pelas experiências e vivências anteriores. Em um dos casos que a família revelou sua formação, ocorreu um silenciamento por parte dos profissionais, que seguiram referindo-se ao casal como “amigas”, ignorando seus laços afetivos e filiações.

Em outro contexto, ao explorar as experiências de cuidados maternos de uma amostra de lésbicas no Reino Unido, foi encontrado que, ao mesmo tempo em que as participantes apreciavam o cuidado que recebiam, elas também relataram vivenciar interações que fizessem com que elas sentissem altos níveis de ansiedade sobre as implicações da divulgação de sua sexualidade. Sendo perceptível para elas o risco da revelação, que poderia afetar negativamente a qualidade do atendimento, desenvolver sentimento de desconforto para as mães e acarretar ações de hostilidade por parte dos profissionais (WILTON & KAUFMANN, 2001).

Por consequência, as famílias relataram que preferem não correr o risco. Para elas, é preferível não revelar-se e não deixar explícita a situação familiar, pois se estão frequentando os serviços de saúde significa que estão fragilizadas, passando por um processo de adoecimento na família, sentindo-se debilitadas. Com isso, não querem correr o risco de passar por situações discriminatórias.

Da minha parte sempre foi porque eu tive receio da reação... porque a - estava muito mal, e pra ela querer ir no posto de saúde ela tem que tá muito mal senão não vai... ai ver ela doente, mal... Eu pensei: vai que acontece alguma coisa ou tratam ela mal por conta da nossa relação. Então eu sempre preferia não falar e das vezes que eu falei também não foi muito legal porque as pessoas não... agiram entendendo que nós éramos uma família... A amiga dela ficou como se fosse uma coisa promiscua que tinha chegado ali na frente ou como se a gente tivesse alguma doença, eu não sei [...]Eu me senti mal... e só reforçou mais essa questão de não deixar... de não explicitar... ah estou aqui com minha namorada... e deixar demarcado a situação... porque se você vai para ter um atendimento na saúde você já está debilitado... e ainda tem que lidar com toda essa situação do preconceito, dos olhares das pessoas (Família Andy – F1).

Ao não revelar sua filiação, algumas famílias estão procurando se proteger do sofrimento advindo de possíveis atitudes e comportamentos que as possam fazer sentirem-se constrangidas, expostas ou discriminadas. Ao tentar se proteger, essas famílias, conseqüentemente, acabam escondendo sua relação e contribuindo para a não visibilidade enquanto núcleo homoafetivo integrante de uma sociedade. Elas desejam mostrar que existem, que possuem direitos e merecem respeito, assim como qualquer outra constituição familiar. Porém, reconhecem que o processo de revelação pode ser difícil de ser aceito de imediato por outras famílias, consideram que a assunção de sua composição familiar homoafetiva é um novo desafio e um novo enfrentamento a cada revelação, pois antes de cada situação que se apresenta não sabem o poderá acontecer.

Essa tendência das famílias e dos indivíduos LGBT em não se revelar é passível de escolha até o momento em que se tornam pais ou mães, pois ao levar os filhos nas consultas as famílias normalmente acabam se “assumindo” durante os atendimentos. Os estudos de Rodriguez (2017); Rodriguez (2015); Gato (2014); envolvendo casais homossexuais masculinos apontam que a conjugalidade homossexual por si só permite o anonimato dos sujeitos, porém, quando os casais chegam à parentalidade, é difícil manter a relação velada, o casal é obrigado a posicionar-se diante da sociedade na medida em que tem que responder pelo/s seu/s filho/s. Foi apontado nos estudos sobre a dificuldade dos estigmas sociais que interferem no dia a dia dessas famílias, que passam por situações de preconceito e discriminação e que, muitas vezes, fazem com que os homens gays/bissexuais repensem a parentalidade.

A maioria das famílias homoafetivas não se sente à vontade para divulgar sua orientação sexual para profissionais da saúde, pois as famílias alegam que as atitudes desses profissionais podem ser influenciadas por fatores como sexo, idade, religião, afiliações políticas, nível de educação e interações anteriores com pessoas LGBT (SHIELDS, 2012; CHAPMAN, 2012; CHAPMAN, 2011).

No entanto, as famílias do estudo ponderam que não se pode culpabilizar as famílias homoafetivas que decidem não revelar sua configuração nos espaços de saúde, uma vez que estas agem a partir de sua forma singular de entender o que pode ser melhor para si. Embora considerem que assumir sua identidade familiar seja uma atitude importante, compreendem que cada família possui suas experiências interacionais, seus contextos de convivência, as definições construídas a partir do vivido, suas dificuldades sociais e motivos para tal decisão. É preciso considerar como pode ser difícil para as famílias sofrer opressão e a insegurança de ser aceito ou não. Então, ir aos serviços de saúde traz à tona os medos e contribui para que prefiram e optem por não revelar-se.

Na verdade, enquanto nós tivermos essa postura de esconder que somos uma família, de esconder nosso relacionamento... nunca que nós vamos avançar nessas condições de saúde... fica mais no discurso mesmo. Quando chega na prática vem aquele medo, vem aquela coisa, e agora o que eu faço? (Família Andy – F1).

Eu acho importante romper isso, porque a gente não pode colocar na conta das famílias, que é culpa das famílias, eles que não falam, eles que não se afirmam. É importante, mas a gente não pode cobrar essas famílias porque a gente não sabe em que contextos elas vivem eu não gosto de trazer isso como argumento porque isso é culpabilização. Mas para nós é positivo o fato da gente chegar e dizer: essa é nossa família! (Família Sagitário – F2).

A invisibilidade do laço familiar homoafetivo é apresentada em duas unidades: **O silenciamento dos profissionais** e **Os limites do sistema**.

A primeira unidade refere-se ao **O silenciamento dos profissionais** no momento em que as famílias se assumem enquanto núcleo homoafetivo durante os atendimentos.

As participantes do estudo relataram que, ante a informação de que compõe uma família, os profissionais adotam posturas que demonstram desconsiderar a constituição familiar. Essas atitudes são identificadas no momento em que não dialogam com as duas mães no decorrer do atendimento da criança e acabam por direcionar o seguimento da consulta somente para a “mãe biológica”. A família não considerou essa atitude como uma postura grave, mas ficou evidente que, para a outra mãe, esse comportamento que a exclui e a faz sentir-se menos importante no cuidado do filho. Isso também ocorre quando é criada uma atmosfera de que somente existe o paciente dentro do consultório, fazendo com que o acompanhante sinta-se invisível e desmerecido em seu papel familiar. Embora essa atitude não necessariamente ocorra por ser uma família homoafetiva, mas por uma conduta individual do profissional, mostra-se uma lacuna no atendimento com as famílias nos serviços de saúde.

Diante dessas situações, muitas famílias interpretaram que os profissionais preferem fingir que não sabem ou não entenderam que se trata de uma família homoafetiva para não precisar lidar com a informação. Para justificar essa interpretação, argumentam que o paciente não está sozinho no atendimento e que o acompanhante poderá ajudar no cuidado, o que parece não ser considerado na interação estabelecida. Relataram que, mesmo em situações que o paciente não possuía condições de prestar atenção nas orientações médicas, o profissional

seguiu ignorando a presença do familiar. As famílias sentiram-se silenciadas e o acompanhante invisível.

Ele não deu muita bola para mim ... Tipo quem é você? eu não era ninguém ali[...]Às vezes eu acabo meio sendo tratada com indiferença... de ..quem é você? Mas assim, coisas insignificantes que não tem como dizer que foi em tal situação (Família Gnomos e Duendes – F1).

Mas eu acho que o que me incomodou, que eu analiso hoje é essa questão de você ser meio invisível dentro daquele consultório daquela sala, enquanto você está com alguém ali e você pode contribuir... daqui a pouco eu poderia saber alguma coisa que nem ela tivesse notado e poderia contribuir para a consulta e o cara não me deu abertura, por simplesmente ignorar minha presença ali (Família Madex – F1).

As atitudes de silenciamento também foram identificadas quando as famílias revelaram aos profissionais sua afiliação e eles persistiram as chamando de amigas. Para as famílias, isso denota uma discriminação velada, uma vez que eles têm a informação, mas a ignoraram. As famílias percebem a diferença ao ir acompanhando a mãe em uma consulta e ir acompanhando a esposa, que a atenção dispensada era diferente devido aos profissionais deduzirem a relação estabelecida.

Ignorar o fato e chamar de amiga é camuflar as discriminações, assim como cochichos e risos são como proferir palavras de ódio e preconceito (Família Andy – F2).

Eu sempre sinto que eles ignoram a gente, as duas pessoas estão na tua frente e você está falando só com uma pessoa. Se eu vou com minha mãe na consulta, por exemplo, é diferente, é mulher, mas é a minha mãe. Eu sinto essa diferença! (Família Madex – F2).

As famílias apontaram que o núcleo familiar homoafetivo não é uma realidade muito visível no Brasil e que os profissionais e a sociedade estão passando por um processo de adaptação. A partir dessa percepção, é possível perceber que elas compreendem que trata-se de uma perspectiva que envolve uma mudança de concepções sociais, mas entendem, também, que é importante os profissionais considerarem a presença das duas ou mais pessoas presentes durante uma consulta e que seja dispensada atenção a ambas. Contudo, há de se considerar que esta é uma necessidade que diz respeito a todas as famílias.

Eu entendo que as coisas estão indo devagar na forma da sociedade ver as famílias (Família Gnomos e Duendes – F1).

Independente da relação que eles acham que a gente tem, eu acho legal considerarem, inicialmente, que tem duas pessoas ali (Madex – F1).

O limite do sistema aborda a necessidade de atualização dos softwares utilizados nos serviços de saúde para realizar o cadastro dos pacientes e das famílias.

Segundo as participantes do estudo, o silenciamento delas enquanto famílias homoafetivas também ocorre pelos limites das informações solicitadas nos softwares de cadastro utilizados nos serviços de saúde que elas frequentaram. Ao ir nesses locais com seus filhos, as dificuldades se apresentaram logo na entrada, quando o sistema de registro utilizado não se encontrou apto para atender e receber a configuração familiar formada por duas mães ou dois pais. Esse obstáculo fez com que os profissionais questionassem as famílias sobre o nome de qual mãe colocar, dando a preferência para a mãe que gestou a criança. As famílias se posicionaram para que fossem colocados os nomes de ambas as mães no cadastro, ao que os atendentes atenderam, apontando, com caneta, o nome de uma das mães ao lado da folha de informações.

Um dos problemas é na recepção, na hora de dar o nome da mãe A gente vai dar o nome da mãe e... Não, uma mãe só (risos) Até para as fichas de cadastro (Família Gnomos e Duendes – F1)

E aí tem duas mães... opa... o sistema, aí a pessoa não sabe o que fazer... as vezes as pessoas dizem, então, vou colocar aqui no ladinho, não teve nenhum assim que se negou a colocar [...] Geralmente querem saber quem é a mãe biológica. Ai a gente fala... é essa, mas a gente quer que apareça o nome das duas (Família Gnomos e Duendes – F2).

As famílias referiram a necessidade de atualização não só dos profissionais para o atendimento das famílias, mas também dos softwares utilizados nos serviços para permitir o registro das diversas modalidades de constituições e relações familiares. Isso ocorre uma vez que as famílias homoafetivas existem e, por conseguinte irão chegar aos locais de saúde e solicitar que seja colocado o nome da dupla parentalidade no cadastro do serviço, e esse precisa estar preparado para acolhê-las.

A gente sabe que não é o convencional, ainda... Mas isso tem que mudar... O que a gente pode fazer é falar que tem que aparecer [referindo-se ao nome das duas mães/pais] (Família Gnomos e Duendes – F1)

Teria que começar a mudar isso no cadastro... Nome da mãe? Mas tem duas... ou quando a gente já entrega a certidão de nascimento que elas vêm que tem as duas mães e um pai, aí elas olham e comentam ... olham de novo... como que é aqui? Tem duas mães! Mas quem é a mãe mesmo? Não... são as duas ... nasceu da barriga de uma mas as duas são mães (Família Gnomos e Duendes – F2).

Interação com os profissionais é um tema organizado a partir das reflexões das famílias sobre os possíveis motivos para sofrerem discriminação nos serviços de saúde, e dos laços pré-estabelecidos com os profissionais como uma ferramenta para reduzir a possibilidade de sofrer preconceito. Esse tema é formado por três subunidades **Vínculo como facilitador**, **Influência sócio-cultural** e **Falta de preparo profissional**.

Vínculo como facilitador refere-se aos laços interpessoais pré-estabelecidos com os profissionais, que apresenta-se como uma possível garantia para as famílias homoafetivas não passarem por situações de discriminação nos atendimentos. Para as famílias, estabelecer um vínculo prévio com os profissionais pode evitar que sofram discriminação nos serviços. A isso relacionam a oportunidade de os profissionais desmistificarem seus preconceitos, conhecendo a família e compreendendo seu modo de vida. Assim, podem se sentir mais seguros e melhor preparados para atendê-las enquanto núcleo familiar homoafetivo. Contudo, as famílias arguem que, independente do vínculo relacional estabelecido, os profissionais precisam atendê-las de maneira correta e igualitária. Uma das famílias fez analogia com telenovelas da Rede Globo, relacionando a importância do contato prévio para a boa aceitação do público frente a população LGBT e, para elas, essa construção de vínculo funcionaria também para melhor aceitação dos profissionais da saúde frente à diversidade.

Eu acho que um pouco ajuda. Ajuda e não ajuda também. Porque... ajuda aqui dentro dessa unidade mas por exemplo no centro (Família Feliz – F1).

Muitas pessoas a gente conhecia, né. O pessoal da Enfermagem... eu fiz estágio em uma Unidade Básica de Saúde, então a gente tem uma rede de amigos que é da saúde, tem o pessoal da residência, (Família Sagitário – F1).

Acho que conhecer o pessoal do serviço talvez ajude bastante, mas para nós não faz diferença conhecer ou não... você está no teu ambiente de trabalho... mesmo que você conheça ou não a pessoa ela tem que te

tratar como profissional... acho que não tem que fazer diferença isso de conhecer (Família Yin Yang – F2).

Sim eu acho que sim, isso é uma questão bem social até... eu estava lendo sobre isso, do porque ele (Ivan, homem trans na novela) choca menos a nossa sociedade do que o casal da Babilônia que era a Fernanda Montenegro (representavam um casal de mulheres), porque a primeira coisa que foi feita na novela Babilônia foi a cena de beijo, e foi um tapa na cara da sociedade, e esse menino não, eles fizeram o povo gostar dele para depois trazer o “problema” Então, o pessoal tá torcendo por ele. Então acho que essa aproximação, se numa novela acontece, imagina em um atendimento que você está ali pessoalmente (Família Madex – F2).

Algumas famílias também entendem que haver ou não o vínculo prévio com o profissional não interfere nos atendimentos recebidos. Para elas, não necessariamente conhecer o profissional evitará que ele seja preconceituoso. O vínculo é um laço construído a partir das interações e, dessa forma, possibilita que os profissionais aproximem-se de uma realidade que talvez eles não conheçam. Segundo as famílias homoafetivas, as inter-relações e o atendimento dependem de como elas são “vistas” individualmente por cada profissional o que estará relacionado às experiências vividas por eles durante a vida.

Eu acho que não interfere, porque das vezes que nós fomos atendidas no público, ninguém conhecia a gente, porque no posto ali perto da nossa casa muito pouco a gente foi, a gente vai mais na Casa de Saúde na UPA também (Família Simpson – F2).

Mas as pessoas mesmo conhecendo acabam maldando as pessoas, acabam rotulando e falando alguma coisa, mesmo conhecendo (Família Yin Yang – F2).

Influência sócio cultural aborda como os profissionais, muitas vezes, parecem não conseguir distinguir as opiniões pessoais no modo de conduzir o atendimento. Para as famílias, o profissional ter um atendimento pautado em posicionamentos pessoais pode levar a posturas baseadas em preconceito. Segundo elas, isso depende das interações e relações dessa pessoa com o meio sociocultural em que esteve inserido durante sua trajetória de vida.

Dessa forma, ao se depararem, em sua profissão, com questões que possuem uma bagagem com estereótipos culturais, os profissionais relembram de suas experiências anteriores, e o significado dessas experiências movem suas ações. No entanto, as famílias

entendem que, ao atender uma família homoafetiva, o comportamento por parte dos profissionais que possui algum tipo de reserva em relação à homossexualidade possa mudar em um próximo atendimento e que, ao se naturalizar, esses profissionais consigam afastar o preconceito e respeitá-las enquanto pessoas. As famílias consideram que, algumas vezes, há falta de sensibilidade por parte dos profissionais para atendê-las, isso é percebido por elas quando os profissionais aparentemente deixam de as ver como “indivíduos” que buscam atendimento, e as resumem em sua sexualidade.

Eu acho que você não pode interferir, você pode ter a tua opinião. Acho que não aceito ou não gosto é uma opinião, é um direito teu ter essa opinião, mas você não pode ser desrespeitoso, principalmente se está dentro da área e está trabalhando no local (Família Lobo – F1).

O que eu acho, observando no geral, é que falta de uma certa preparação de alguns profissionais para ter essa abordagem ... o que acontece, eu acho, é que vai muito do particular da pessoa ... se a pessoa não tem problema, não tem preconceito, ela aborda numa boa... mas, no geral, se ela não tem uma preparação para isso [...]Eu ia dizer que há muito uma mistura do profissional com o pessoal, que quando essas questões preconceituosas vêm à tona, na maioria das vezes, é algo mais particular da pessoa (Família Ruby – F1).

Porque no momento que eu sou um profissional e que eu sou uma pessoa humana eu preciso respeitar as diferenças, eu vivo em um mundo de diferenças (Família Lobo – F1).

A cultura significa o consenso do grupo, a concordância, o entendimento, a linguagem e o conhecimento compartilhado, são as regras que orientam a ação dos sujeitos. Apesar das grandes mudanças socioculturais, as famílias homoafetivas ainda sofrem com esse longo período de mudança, pois em vários espaços (trabalho, escola, serviços de saúde entre outros) não é considerada família, o que atinge o seu direito de cidadania, e limita a possibilidade de desfrutar igualmente do mesmo espaço que as famílias “tradicionais” usufruem. Por tanto, faz-se necessário, fundamentalmente, reafirmar a universalidade dos direitos humanos, dentre os quais o direito à saúde, resgatando LGBT como sujeitos de direitos, já que os processos de discriminação vêm comprometendo o seu exercício da cidadania (NASCIMENTO, 2014).

Na base do preconceito, há um longo período sócio-histórico, no qual a orientação homoafetiva foi significada como inferior e anormal ao ser comparada com o modelo heteroafetivo, estabelecido como ideal e normal. O preconceito se insere no âmbito das ideias

e a discriminação no âmbito da ação, da atitude. O preconceito e o estigma são sinônimos e demonstram hierarquias e diferenciações na sociedade e, por meio da marginalização, produzem sentimentos de superioridade de um lado e inferiorização do outro (COSTA, 2017; FREITAS 2017).

Essa percepção é corroborada por Costa (2017) ao abordar que muitas famílias homoafetivas sofrem preconceitos e que seus membros são vítimas de violência e ou estigmas, pois o heterossexismo compulsório e o patriarcado ainda permeiam nossa cultura. O autor desenvolve que famílias homoafetivas causam um desconforto social e que o preconceito implica diretamente na identidade de ser dessas famílias e indivíduos.

Entende-se, dessa forma, que não há espaço para considerar outra sexualidade ou outro formato de família, o que não significa desconhecimento de existência, a priori, os indivíduos que constituem a sociedade sabem que há pessoas homossexuais e bissexuais, mas esse “saber” não alcança os espaços e os diálogos de convívio. Percebe-se isso, a partir da reflexão que, em salas de aula, na rua e nos serviços de saúde, presenciam-se discursos, nos quais imputa-se, talvez inconscientemente, que a maioria dos indivíduos ali presentes (se não todos) são heterossexuais, não havendo uma abertura para considerar outras possibilidades, deixando esses indivíduos à margem da sociedade, invisibilizados. Por outro lado, vê-se que os profissionais da saúde que talvez, muitas vezes, não cogitam outra orientação e outra constituição para aquele indivíduo e aquela família, pois foram ensinados a pensar dentro da norma, essa formação precisa ser desconstruída e novos significados necessitam ser formados para o atendimento de saúde das famílias homoafetivas (ARALDI, 2016; BARRETO, 2014; GATO, 2014).

Em **Disposição e preparo profissional**, as famílias apontam que ações educativas e qualificação dos profissionais para o atendimento à diversidade das pessoas e das famílias seria um meio eficaz para melhorar a assistência prestada a elas. A ausência de discussões sobre gênero e sexualidade durante a formação pode contribuir diretamente para a manutenção do preconceito nos ambientes de saúde. A falta de conhecimento faz com que os profissionais não saibam como receber, atender ou tratar as famílias homoafetivas, para que se sintam acolhidas e respeitadas. Percebe-se também que, além da falta de conhecimento, os profissionais possuem dificuldades para prestar um bom atendimento para as famílias ou para qualificar-se.

Eu acho que os profissionais deveriam ter uma capacitação um pouco maior sabe (Família Lobo – F2).

Acho que ta faltando trabalhar com os profissionais da saúde para atender esse público e saber receber esse público. Para que esse pessoal se sinta acolhido dentro de uma unidade de saúde. Que a gente

possa ir em uma unidade de saúde eu e ela junto, como a minha vizinha vai com o esposo dela tranquilamente, sem que sejamos olhadas de maneira diferente [...] nós não somos diferentes. Nós somos iguais (Família Lobo – F1).

Uma das famílias comentou que a formação nas universidades ainda é muito voltada para pessoas e famílias heterossexuais, uma formação heteronormativa, em que não trabalha-se a saúde das pessoas transexuais, bissexuais, homoafetivas como conteúdo obrigatório. Segundo a família, há falta de conhecimento técnico e teórico, a maioria dos profissionais não está preparada para que essas famílias cheguem aos serviços de saúde. Além da falta de preparo, é apontada a falta de ética profissional durante os atendimentos.

Eu acho que falta formação acadêmica, acho que na faculdade eles não aprendem sobre isso... a disciplina de ginecologia é voltada a mulheres heteros... não é voltada a mulheres trans, nem a lesbicas, nem a bissexuais. E eu acho que deveria ter um maior aprofundamento [...] é vergonhoso... eles não sabem o básico, além do atendimento ser péssimo, eles não têm técnica, eles não sabem como é feita a proteção sexual. Então além da falta simpatia e empatia eles não têm o conhecimento também (Família Madex – F2).

No CAPs os profissionais não sabiam como iam tratar a pessoa porque ela era lésbica, aí tinha que dizer não é identidade de gênero é orientação sexual (Família Sagitário – F2).

Eu acho que seria mais ética, ele sabe o que é ético, mas foge daquilo ...daquele propósito da ética (Família Ruby – F1).

O cara assim... ele era debochado quando eu falei que eu era lésbica e ele era debochado e me examinou muito, muito mal, tanto que eu nunca mais voltei lá (Família Ruby – F2).

Por fim, as famílias reconhecem que existem profissionais que são éticos e procuram prestar o atendimento da melhor forma, aqueles que, durante a consulta, procuram não demonstrar opiniões pessoais. Para as famílias, a graduação tem um papel fundamental na formação desses profissionais e consideram que levantar debates e discussões sobre temáticas de minorias sociais e principalmente vivências LGBT podem contribuir para uma formação de um profissional melhor preparado para atender a diversidade familiar.

Assim como tem muito profissional que vai tentar tratar da melhor forma possível e tentar não transpassar essa opinião que pode até ser

contraria com relação a essas famílias, mas assim como tem esses casos podem haver casos de pessoas que vão tratar mal que vão negar [...]A graduação é uma questão importante na vida do profissional, se na graduação a gente tivesse contato com diversos debates (Família Sagitário – F2).

As experiências das famílias homoafetivas nos serviços de saúde são representadas pelas dificuldades enfrentadas por elas ao receberem um tratamento diferenciado e sofrerem violências verbais e não verbais devido sua constituição. Em consequência dessas dificuldades, as famílias, muitas vezes, não se sentem acolhidas e nem reconhecidas enquanto núcleo familiar nos serviços de saúde, o que gera sentimentos de medo, culpa, desesperança e julgamento em seus membros. Esses significados são construídos a partir de atitudes e reações dos profissionais ao atendê-las.

Os profissionais em prática não estão preparados para compreender esse “novo” arranjo familiar, apresentando preconceito durante os atendimentos em saúde e conseqüentemente acarretando a desqualificação do processo de cuidar (NASCIMENTO, 2014). O mesmo resultado surgiu na pesquisa de Sousa (2013), a qual realizou uma reflexão crítica sobre o atendimento às famílias homoafetivas nas ESFs a partir de um olhar bioético, apontando que a cultura heterossexual é hegemônica e influencia a conduta do profissional, e a partir disso ocorre uma assistência baseada em preconceito e discriminação em relação às pessoas que compõem os arranjos familiares diferentes. A pesquisa ainda complementa que os profissionais se deparam com muitos conflitos éticos e morais ao atender famílias homoafetivas, pois foram formados a pensar, entender e atender famílias heterossexuais. Albuquerque (2009), que buscou compreender como a ESF - que tem como filosofia a equidade, bem como a pluralidade dos espaços - percebe as famílias homossexuais, e de que forma esta percepção interfere no processo de trabalho dessa equipe, apontou que o fato de viver sua sexualidade de modo diferente do que é posto pela nossa sociedade, faz com que essas famílias sejam excluídas dos espaços que também lhes pertence.

Para evitar essas situações, cabe ao profissional desenvolver, durante o atendimento, habilidades capazes de favorecer um ambiente adequado onde as questões de difícil elucidação possam ser contempladas. Esse ambiente não significa necessariamente apenas um espaço físico apropriado, mas também um momento de integração e de interrelação passível de contribuir para o desvelamento de problemas não explícitos e difíceis de serem relatados pelos usuários, como sua orientação sexual e composição familiar. É o profissional que possui o conhecimento teórico-prático e é quem está do lado que deve acolher. Rodriguez (2017)

defendeu que indivíduos LGBT não relatam sobre sua orientação por receio de discriminação, mas sentem a necessidade de que essa informação seja levada em conta pelo profissional da saúde no levantamento da anamnese para a prestação da assistência e de cuidados.

Precisa-se compreender que o fato das famílias homoafetivas não informarem sua configuração nas consultas, pode ser uma estratégia de proteção dos seus membros e de sua unidade. Sugere-se que o gesto de abertura deve vir dos serviços e não da comunidade que estão no pólo mais frágil, subordinado, desta relação serviço-usuário (OLIVEIRA, 2017).

Outros estudos apontam como os profissionais da saúde sentem-se e agem ao atender a população LGBT (CABRAL, 2017; SOUSA, 2014; ANDRADE, 2017; OLIVEIRA, 2017; SOARES, 2014). Sousa (2014) apresenta que alguns dos enfermeiros referiram certa apreensão em questionar a intimidade dos pacientes homossexuais, tanto por não saber lidar com a informação como por pensar que entrar em méritos sexuais fará com que o paciente pense que possa “invadir” a privacidade do profissional. Segundo a pesquisa, foi perceptível o bloqueio do enfermeiro ao receber mulheres lésbicas para a consulta, quando o profissional caracteriza como algo que não é natural esse pensamento é refletido em atitudes de insegurança, que podem ser percebidos pela mulher e, para não gerar maiores constrangimentos, esta poderá optar por não revelar sua orientação. E, dessa forma, ocorre o silenciamento, a invisibilidade acontece porque todos fazem um pacto de silêncio, tanto os profissionais como as famílias e indivíduos.

Os profissionais de enfermagem, na maioria dos atendimentos, apresentam-se de maneira indiferente ou agem com preconceito quando há a revelação de orientação homossexual pelos pacientes. Segundo Cabral (2017), há uma tendência maior de que os profissionais sejam indiferentes no quesito homossexualidade do que haja preconceito na condução dessa assistência. O preconceito contribui para a invisibilidade dessa comunidade e a invisibilidade é colocada como um empecilho para superar as diferenças e possibilitar uma assistência com menos dúvidas dos profissionais, pois destaca-se que é preciso uma aproximação concreta da assistência que é prestada com a realidade da comunidade LGBT assistida.

Nesse sentido, é necessário alertar para a necessidade de ações a fim de contribuir com o aprimoramento dos serviços de saúde, para que possam oferecer condições às famílias que não se enquadram na heteronormatividade, obtendo um atendimento de qualidade. Para que ocorra a revelação da homoafetividade em um atendimento em saúde, é preciso que isso seja questionado e que haja um acolhimento por parte do profissional. Todos os entrevistados no estudo de Soares (2014) revelaram que nunca foram questionados acerca de identidade sexual nos serviços de saúde. Quando se fala de acesso e assistência, em respeito à orientação, o campo

da saúde sexual é inabitado ou mascarado pela falsa intenção de assistir baseado na heteronormatividade.

Os estudos também mostram que enfermeiros, que tinham em seu convívio familiares e amigos homossexuais ou profissionais que já haviam atendido pessoas LGBT, demonstraram atitudes mais positivas e maior conhecimento sobre as especificidades desta população, essa relação prévia permitiu que os profissionais se sentissem mais à vontade durante as consultas. Os profissionais mais conservadores relataram que a homoafetividade não era um problema a ser debatido no SUS e remeteram a grupos de IST. No entanto, nos discursos em que os profissionais se mostraram mais desconstruídos, não houve uma percepção de melhora no atendimento, embora haja menos situações de discriminação (SOUSA, 2014; ANDRADE, 2017).

Situações semelhantes também foram apresentadas por Oliveira (2017) que buscou investigar como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizam atendimentos ao grupo LGBT; e apontou que a maioria dos profissionais entrevistados relataram não haver problema em conversar com o paciente sobre sua sexualidade, alguns referiram que ficariam constrangidos com a situação e outro considerou como algo anormal. O estudo apontou que a população LGBT não se sente acolhida nos espaços de saúde pois falta vínculo e há despreparo dos profissionais para atendê-los. A maioria dos profissionais de saúde olha a população LGBT com foco na sexualidade, com padrões de orientação biologizante em que a pessoa é apenas o seu comportamento sexual. Os agentes de saúde relataram não terem tido nenhum contato sobre a temática durante a formação.

Outrossim, conforme pesquisa realizada com profissionais de saúde de uma UBS sobre questões éticas que permeiam a atenção à saúde das pessoas LGBT, ainda há uma ideia de promiscuidade e ligação a riscos de IST. Os profissionais se encontram embasados por estereótipos sociais, entendendo a sexualidade e identidade de gênero como incorretas, determinadas biologicamente ou antinaturais, sendo o gênero e a sexualidades sujeitas a uma escolha pessoal. Segundo o autor, foi possível perceber uma importante fundamentação nas morais religiosas e heterônomas, que consideram imoral qualquer um que transgrida os valores preconizados por essas estruturas, as quais permeiam todos os níveis de relações sociais (SILVA, 2017).

Nesse contexto, sabe-se que as famílias homoafetivas vêm há anos na tentativa de ganhar espaço e ser reconhecidas sem sofrer violência ou discriminação. Para isso, é preciso que aja entendimento que a sexualidade é algo inato do sujeito, e ele não tem culpa ou responsabilidade frente a isso. Apesar da legitimação das uniões homoafetivas serem

incipientes, é crescente o número de países que concordam e se posicionam favoráveis às famílias formadas por casais homossexuais, sugerindo que cada vez mais serão necessárias pesquisas científicas com o intuito de compreender esta realidade tal qual é vivida (ZORNIG, 2010; SOUSA, 2014).

A relação do profissional com a família homoafetiva é primordial para a qualidade da assistência em saúde. No entanto, evidencia-se a fragilidade dessa relação, principalmente no que tange ao processo de comunicação, no qual questões importantes acerca da sexualidade acabam sendo omitidas, perdendo-se oportunidades para a promoção da saúde (ALBUQUERQUE, 2013; SILVA, 2017). No estudo de Sousa (2014), apontou-se que, na concepção do profissional enfermeiro, as orientações para mulheres lésbicas são disponibilizadas, porém é perceptível que não há formação de vínculo entre profissional e o usuário, o que se deve ao receio do profissional em abordar aspectos que envolvam a sexualidade. Este distanciamento repercute em orientações distantes da singularidade e das necessidades desses indivíduos e famílias, tornando-as invisíveis para questões que envolvem a promoção da saúde e atendimento de suas necessidades de forma equânime.

É preciso refletir que no momento em que os profissionais não reconhecem as famílias homoafetivas nos serviços, deixam de conhecer também o que elas trazem de adversidades em sua saúde (ALMEIDA, 2012). As dificuldades dos profissionais em lidar com situações referentes à orientação sexual é algo que gera receio e anseio por não ser uma prática de acolhimento e atendimento que faça parte de sua vivência (SOUSA, 2014a).

Desse modo, precisa-se considerar a prática do profissional, mas também a forma de organização dos serviços que, muitas vezes, não permite que ele aja de outra maneira. A demanda muda, mas, se a organização dos serviços não mudar, é uma questão que extrapola a atitude de quem presta atendimento e não pode ser resolvida exclusivamente com capacitação. A formação que define uma linha de cuidado valorizando apenas o corpo biológico deve ser quebrada e superada. Os médicos abordam a sexualidade a partir dos seus impactos para o adoecimento, e é abordada pela maioria dos profissionais, porém ocorre a partir da referência da heterossexualidade. Outra possibilidade na formação de saúde é um trabalho direcionado aos profissionais que realizam a coleta do exame preventivo para orientar a abordagem e na anamnese prévia à coleta. Não se deve abrir mão da formação continuada das equipes, falta educação na formação e educação para realizar os atendimentos. Os profissionais de saúde têm dificuldade na abordagem direcionada a famílias homoafetivas, não sabem lidar e, ao identificar a orientação diferente da qual costumam atender, seguem o protocolo da assistência, desconsiderando as diferentes necessidades (VILLELA, 2009).

Silva (2017) corrobora com o fato de que a população LGBT e, conseqüentemente, as famílias homoafetivas, em decorrência da não adequação à identidade sexual heteronormativa, tem seus direitos humanos básicos agredidos e, muitas vezes, encontram-se em situação de vulnerabilidade, sendo colocadas no contexto da invisibilidade por estarem fora da composição dos direitos, das portarias e dos protocolos de assistência à saúde. Na maioria das vezes, são mantidas nesse lócus quando há continuidade do processo de invisibilidade por parte dos profissionais que, por estarem acomodados, por não possuírem aporte para desenvolver o que precisam ou quaisquer que sejam os motivos, não assistem os indivíduos e as famílias homoafetivas de maneira que as ajude no processo de revelação.

Dessa forma, a partir da imperícia, os profissionais acabam cometendo displicências na assistência à saúde dessas famílias. Conforme o estudo de Cabral (2017), no município de Fortaleza, observou-se que, cerca de 40 mulheres lésbicas, dentre as 152 que responderam ao questionário, relataram não realizar nenhuma vez por ano o exame Citopatológico correspondendo a 26%, aproximadamente. Essa problemática implica que estas mulheres também não devam fazer outro tipo de acompanhamento ou mesmo ações de prevenção de câncer de mama e outros cuidados necessários à saúde da mulher e, provavelmente, procuram por assistência apenas mediante sinais mais graves.

Entende-se que, se não há a revelação da identidade sexual ou da constituição familiar, aquele paciente e aquela família serão atendidos como se fossem heterossexuais. Dessa maneira, eles recebem um atendimento descontextualizado, não condizente com a sua realidade. Porém, o saber profissional precisa valorizar a cultura, as crenças, o contexto social e econômico familiar durante os atendimentos. Assim, conforme Taquette (2015), ao orientar todas as pessoas e famílias da mesma maneira, o profissional não considera a singularidade de cada um e o cuidado pode não ser executado plenamente.

As implicações de viver em uma sociedade heteronormativa exige que os profissionais da saúde rompam a norma imposta, construída e estabelecida tanto fora como dentro deles. Segundo os estudos mapeados com profissionais da saúde sobre a população LGBT, identificou-se que as dimensões que fazem parte da formação do sujeito em sua vida pessoal e sua formação profissional, a partir de influências socioculturais, desencadeiam uma visão individual sobre famílias homoafetivas, apontando que os profissionais carregam consigo valores que são intrínsecos ao seu processo de formação profissional e pessoal e, a partir dessa relação do eu e do mim, o profissional age. Para ocorrer mudanças, há que se considerar as diferenças entre a cultura profissional e pessoal de todos os envolvidos no cuidado (SOUSA, 2014^a; ARALDI, 2016).

Os profissionais da saúde advêm de escolas formadoras e especializações pautadas no modelo tradicional, instrumentalizado e normativo, em que há dificuldades de abordagem crítica e reflexiva sobre a sexualidade e questões de gênero. O tabu a respeito da sexualidade é repassado de geração em geração e reflete na formação do indivíduo, no entanto não é um fator impeditivo para que os profissionais busquem novos conhecimentos para a construção de novas formas de cuidar (GATO, 2013).

Freitas (2017) realizou duas oficinas de educação permanente em saúde com profissionais, no intuito de sensibiliza-los frente o atendimento ao público homoafetivo. Participaram da oficina 81 profissionais de saúde, dentre eles, agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos, auxiliar de farmácia, farmacêutico, educadores em saúde pública, alunos de graduação do curso enfermagem, residentes da Saúde da Família e agentes estratégicos de saúde. As oficinas trabalharam sobre o atendimento de mulheres que fazem sexo com mulheres, os participantes foram divididos em grupos para debaterem sobre estratégias que pudessem favorecer o acolhimento e o cuidado integral a elas. Algumas estratégias citadas nas oficinas foram: promover a capacitação e sensibilização de toda equipe - inclusive do setor privado - visando a quebra de preconceitos e o cuidado adequado à população LGBT, abordando temas sobre a vulnerabilidade, acolhimento, preconceito e necessidades de saúde; multiplicar o conhecimento sobre o tema nas UBS/ESF; realizar oficina de sensibilização nas equipes; realizar maior divulgação sobre cuidados de saúde voltados à população LGBT; divulgar Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de LGBT a todos os profissionais e população; adequar os instrumentos de acolhimento e anamnese de forma que permita a explicitação da orientação sexual, identidade de gênero e de práticas sexuais.

A oficina teve uma boa avaliação pelos profissionais de saúde, sendo que muitos solicitaram a repetição da mesma em outras oportunidades e reconheceram a relevância do tema para a prática profissional, diante das propostas elaboradas pelos grupos.

Os profissionais da saúde necessitam reconhecer seus próprios preconceitos e desconhecimentos, os quais podem vir a prejudicar a qualidade do cuidado e do atendimento prestado, a construção de valores etnocêntricos repercute em uma abordagem remota e superficial desde o primeiro momento da consulta clínica. Há uma necessidade de exercitar um olhar destituído de preconceitos. Farias (2017) contribui, nessa perspectiva, ao apontar que, para que os valores sejam modificados, é inevitável que primeiramente haja uma combinação entre o tradicional e o novo, para assim, posteriormente, seja possível uma transformação social ainda mais significativa, com menos reprodução de valores hegemônicos.

Outro ponto a ser destacado está relacionado ao processo e desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde, na qual configura-se a dificuldade apresentada pelos profissionais da saúde em atender as necessidades sociais - e de saúde - de famílias homoafetivas. O despreparo profissional para atender esse público inicia na formação e permanece durante a vida profissional, dessa forma, embora a sociedade esteja avançando, a homofobia ainda é latente nos espaços de saúde e, sobretudo, entre os profissionais da saúde, sendo, portanto, imprescindível uma mudança para a garantia da excelência na qualidade do atendimento a famílias homoafetivas nos diversos cenários do cuidar com vistas a assegurar seus direitos de cidadania (COSTA, 2017; TEMPERINI, 2018).

Dessa forma, faz-se necessário que profissionais da saúde estejam despidos de qualquer julgamento no intuito de garantir um atendimento integral e de qualidade respaldado em uma visão acolhedora considerando e destacando as especificidades das famílias homoafetivas (SILVA, 2017).

O vínculo surgiu como um possível elemento facilitador, entre famílias e profissionais, para não ocorrer discriminação durante os atendimentos, mas não como um elemento definidor. Atitudes de insegurança também podem surgir por parte dos profissionais por não estarem preparados para atender a diversidade, isso deve-se também às influências socioculturais e às vivências desses profissionais. Porém, independentemente disso, é preciso de capacitação permanente para atender as famílias em suas diversidades e, principalmente, profissionais que estejam dispostos a isso, pois atitudes de discriminação e silenciamento dentro dos espaços de saúde contribuem para a invisibilidade das famílias homoafetivas.

Segundo Andrade (2017) e Temperini (2018), um dos primeiros passos para a desconstrução de paradigmas ao passo de um melhor atendimento para as famílias, é que seja feita uma reeducação nos próprios profissionais, no sentido de operacionalizar o que é colocado em tantos documentos que já existem e garantir uma assistência de maneira equitativa. E, mesmo ciente da dificuldade em modificar uma sociedade, em especial, retirar delas conceitos e ideias tão antigas, seria importante atuar de maneira exaustiva para conscientizar da importância sobre o cuidado e dar garantias de um atendimento adequado, livre de estigmas e preconceitos, com o intuito de desmistificar essa composição atual e, assim, atingir a população em questão para que se sintam mais à vontade em lidar com isso.

Os currículos e a formação dos profissionais também precisam ser repensadas e reformuladas, para que não haja somente a visão do corpo cisgênero, ou seja, de pessoas que se identificam com o gênero imposto ao nascimento, e da sexualidade heterossexual, para que os diálogos cis-heteronormativos sejam transformados em discursos de acolhimento. Essa

formação deveria começar nas escolas, pois como espaço de educação e aprendizagem poderá reproduzir ou transformar a ordem social, mas esta instituição, em grande parte, ainda permanece reproduzindo a norma, pois, mesmo que apresente ações isoladas para trabalhar a temática homoafetiva, estas não parecem suficientes. A escola deveria ter o papel de formar cidadãos éticos e conscientes da sociedade em que vivem, com uma postura crítica que lhes permita avaliar e agir em diversas situações (FARIAS, 2017).

Nessa perspectiva, para Prado (2017) e Honorato (2013), é preciso superar a ideia do corpo biológico e chegar ao corpo social e cultural, incorporando a abordagem de gênero e sexualidade de forma relacional. Entre os desafios para uma melhor atenção em saúde das famílias homoafetivas, encontra-se, romper com a barreira da heterossexualidade compulsória, garantir a escuta, o respeito e o acolhimento de todas os usuários na rede SUS e setor privado, inclusão do quesito orientação sexual com uso adequado pelos profissionais de saúde, garantir a integralidade da atenção, tornar visível o respeito às identidades e diversidades sociais.

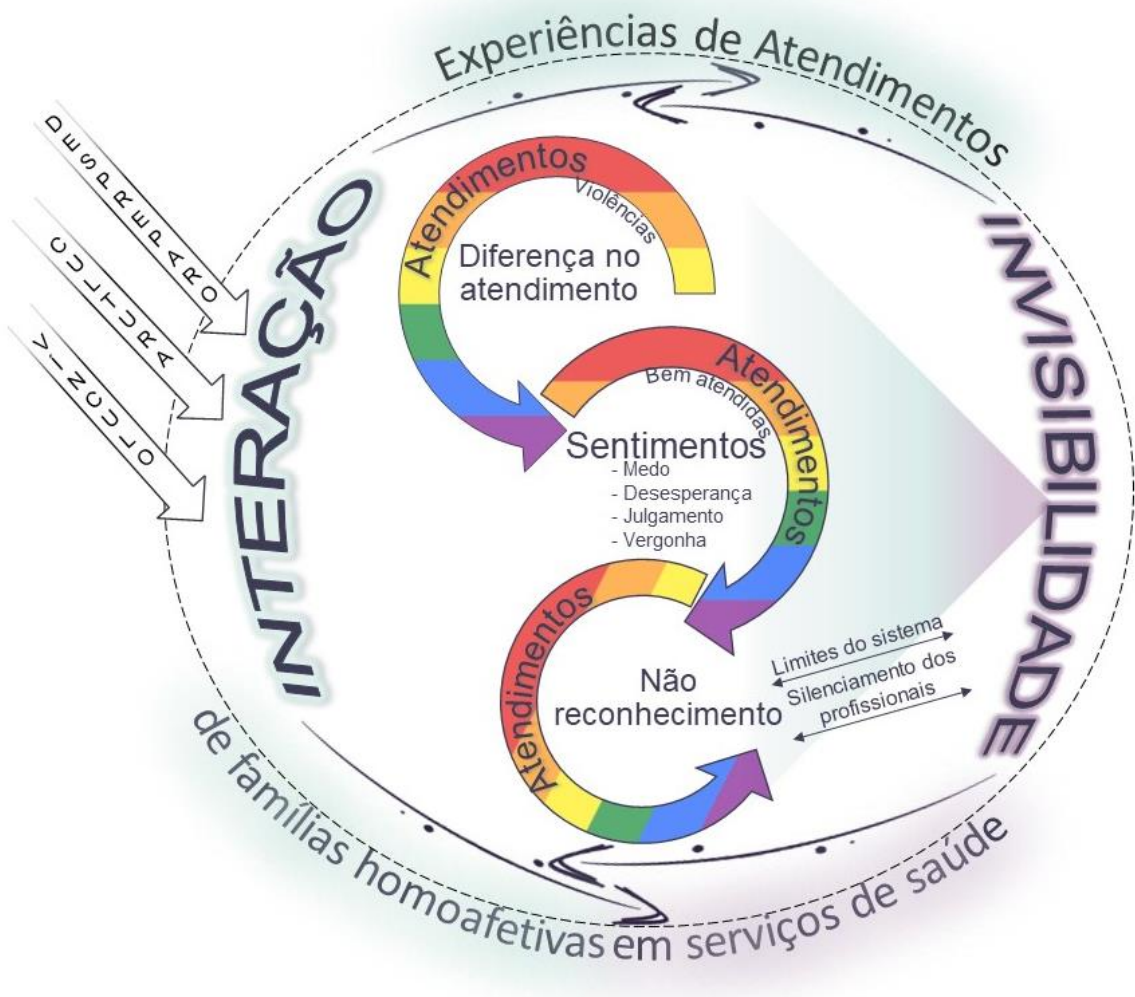
Ademais, é preciso, principalmente, atingir a compreensão social de que as famílias homoafetivas são famílias como todas as outras, Temperini (2018) aborda que as famílias de seu estudo apontaram que o casamento homoafetivo é igual aos demais casamentos, valorizando o afeto como ponto essencial para o funcionamento do mesmo. A partir de experiências de preconceito e discriminação direcionadas às famílias, ressalta-se que elas comumente se adaptam e mudam, porque querem ter o direito de ser família, de endereçar o amor sem julgamentos, de construir seus lares e de ter filhos. Querem ocupar os espaços sociais sem os questionamentos sobre a sua capacidade parental, querem gozar e usufruir de direitos que garantam liberdade, igualdade e equidade. Desejam uma sociedade mais justa, para não ter que investir demasiadamente na proteção de seus filhos, assim como, desejam que seus filhos sejam respeitados na família de origem na escola e nos espaços sociais. Precisam viver os ciclos de vida e seguir.

Na fase final da espiral da análise dos dados, foi realizado uma representação dos dados em uma síntese do que foi encontrado. Essa representação foi arquitetada por meio de uma imagem visual que contém as principais informações que respondem à questão pesquisa do estudo. O objetivo buscou conhecer as experiências das famílias homoafetivas nos atendimentos em serviços de saúde, dessa forma, explica-se que as experiências ocorreram por meio das interações entre profissionais e famílias sendo esse um processo singular, fluído, não estacionário, sem ser passível de repetição. As interações sempre resultarão em definições sobre o que ocorre no contexto vivido. Essas interações foram influenciadas pelos símbolos construídos na cultura social e pessoal, tanto dos profissionais quanto dos membros das

famílias, pelo vínculo estabelecido e pelo (des) preparo do profissional ao atendê-las. Dessa forma ao interagir simbolicamente consigo, enquanto age em relação ao outro e observa o outro, as famílias entenderam ser atendidas de maneira diferente quando “comparados” a famílias heteroafetivas, as ações que revelavam essas percepções ocorreram por meio não verbal, sendo as violências não verbais as mais citadas pelas famílias participantes.

No decorrer do processo de atendimento foi possível perceber o não reconhecimento das famílias homoafetivas, como unidades familiares, dentro dos ambientes de saúde, seja pelo silenciamento dos profissionais ao obterem a informação da constituição familiar ou pelos limites do sistema utilizado nesses serviços, que não permitia colocar o nome de duas mães ou de dois pais nos prontuários. A interpretação advinda dessas experiências corrobora para a criação de símbolos pelas famílias, onde elas se sentem invisíveis durante os atendimentos nos serviços de saúde, esse entendimento faz com que as famílias desenvolvam sentimentos de medo, desesperança, julgamento e culpa; a partir da invisibilidade e desses sentimentos as famílias (re) agem, reajustando-se.

Figura 5- Representação dos principais resultados obtidos no estudo



Fonte: OBEM, Marielle Kulakowski/powerpoint

O software Nvivo possui uma ferramenta chamada “nuvem de palavras”, que possibilita criar um gráfico digital que apresenta a frequência das palavras de um texto, facilitando a análise do conteúdo. Esse gráfico evidencia as palavras que são mais utilizadas, dando maior visibilidade a sua representação no gráfico. Assim, as palavras aparecem em fontes de diferentes tamanhos, indicando o que é mais relevante e o que é menos relevante no contexto analisado.

Figura 6- Esquema da frequência de palavras obtidas nos dados



Fonte: OBEM, Marielle Kulakowski/Software Nvivo

Pode-se perceber que as palavras mais frequentes nos dados a partir da nuvem de palavras foram, “Família” “Saúde” “atendimento” “preconceito” “profissionais” “vocês”. De modo geral, esses dados mostram a família homoafetiva como ponto de partida frequentando os atendimentos de saúde e se deparando com preconceito nos atendimentos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na jornada percorrida durante a elaboração desta dissertação, foi possível conhecer a experiência de famílias homoafetivas durante atendimentos nos serviços de saúde, pela ótica das famílias participantes.

Na elaboração deste trabalho, revisitou-se os aspectos teóricos que descrevem o contexto sócio histórico da construção das constituições familiares do tempo da barbárie até a atualidade, buscando a evolução dessas composições e percebendo como a formação da família e os papéis exercidos pelos seus membros dependem do contexto cultural, assim como percebe-se que a “família” se reformulou durante décadas para hoje ser denominada “famílias” devido sua pluralidade.

A família homoafetiva que é o objeto deste estudo, existe na sociedade desde a constituição da instituição família, porém obteve maior visibilidade e reconhecimento social no século atual, embora ainda possa-se considerar que esta é marginalizada e excluída dos meios sociais. O contexto ocidental em que se encontram as famílias desse estudo favorece para que seu modo de agir, nos diferentes ambientes relacionais, seja influenciado pelos significados apreendidos nessa cultura e pelas experiências vividas como pessoas, as quais advém de desafios impostos por uma sociedade heteronormativa.

Na busca por conhecer a experiência de famílias homoafetivas em atendimentos nos serviços de saúde, pode-se apreender que essas experiências foram traduzidas pelas famílias, sobretudo, a partir das dificuldades enfrentadas durante os atendimentos, como a heterossexualidade presumida, a falta de qualificação dos profissionais de saúde para atendê-las e reconhecê-las enquanto famílias, assim como, por situações consideradas como de violências de cunho discriminatório. Essas experiências geraram desconforto e sentimentos de medo, desesperança, vergonha e de serem julgadas.

Esses sentimentos e condutas provenientes das interações simbólicas nos serviços de saúde, fazem com que as famílias tenham um resgate de experiências sociais anteriores, onde foram discriminadas devido sua orientação sexual, a partir disso as famílias entendem que se encontram em uma situação de risco durante as consultas e isso, conseqüentemente faz com que elas temam se revelar como homoafetivas, pois sentem que precisam proteger a si enquanto unidade e aos seus membros como indivíduos do preconceito e da discriminação, para não expor-se, não ser compreendidas e sofrer qualquer tipo de desconforto emocional durante o atendimento prestado pelos profissionais.

A (in)visibilidade, foi assim colocada, entre parênteses, pois se percebe que essas famílias, muitas vezes, são vistas pelos profissionais da saúde, mas não são reconhecidas por

eles enquanto famílias. Durante as interações, as famílias notaram que os profissionais parecem se sentir inseguros ao atendê-las, demonstrando que não se percebem capacitados para isso por falta de conhecimento ou, até mesmo, por reservas de preconceito existentes e agem de modo camuflado por trás do atendimento. Contudo, essas famílias existem e vão continuar chegando aos espaços de saúde, que precisam estar preparados para atendê-las, tanto em sua forma de organização, quanto na qualificação dos recursos humanos.

Transformar o modo com que a sociedade está estruturada é impossível, mas é possível melhorá-lo e, para isso, é necessário que os profissionais da saúde, as instituições prestadoras de serviços de saúde e universidades estejam sensíveis, abertos e dispostos a aprender a conviver com a diversidade, para formar e ser profissionais que não discriminem por ideologias pessoais e senso comum. Não é pertinente camuflar preconceitos pessoais agregando culpa à forma como a sociedade foi construída, precisa-se da consciência de que quem forma a sociedade são os sujeitos em suas interações e são esses que podem iniciar uma mudança pessoal para que uma transformação coletiva ocorra.

Para a assistência das famílias homoafetivas não são necessárias práticas mais onerosas ou mesmo de maior complexidade, precisa-se de uma maior atenção referente a sua constituição e reconhecimento familiar, visto que essa é uma informação importante para a prestação de cuidados. Assim como é necessário partir da premissa do respeito e de atender a todos de maneira igualitária, sem comportamentos que possam gerar dúvidas, cumprindo os princípios de universalidade, integralidade e equidade sem hesitar.

As contribuições dos resultados do presente estudo para a Enfermagem, inserem-se na ampliação da construção do conhecimento na área da enfermagem das famílias, a partir de uma reflexão sobre “quem são as famílias que atendemos?” Essa pergunta contribui para direcionar aspectos relativos a prática clínica da enfermagem com famílias, pois não deve ser formulada somente quando se trata de famílias homoafetivas, mas precisa ser considerada seja qual for a constituição familiar que se apresente na rotina de trabalho.

Dessa maneira, apresenta-se algumas sugestões para a prática de atendimento às famílias: procurar atualizar os formulários do local de trabalho, afim de possibilitar a caracterização das diferentes constituições familiares e atender as demandas das famílias; evitar julgar, antecipadamente, que os pacientes e as famílias atendidas são heterossexuais, pois essa é uma das possibilidades, não sendo a única; lembrar que a presença de crianças durante o atendimento não é um indício para pais heteroafetivos; quando não souber a relação familiar é importante perguntar quem é a pessoa mais próxima ou importante no convívio ou na criação dos filhos (as); promover atividades de discussão/atualização profissional com profissionais

que estudam a temática, convidando-os para conversar com a equipe; propor parcerias como associações, universidades e grupos que poderão auxiliar e fortalecer a assistência.

Os resultados do estudo convidam, também, a refletir sobre os discursos que somos ensinados para interagir em sociedade, em que não se encontra espaço para questões de orientação sexual e identidade de gênero, onde está direcionado ao corpo cisgênero, biológico e heterossexual. As reflexões aqui presentes auxiliam a pensar no modo como as demandas dessas famílias são acolhidas pelos profissionais e, mostram a importância para elas de serem reconhecidas e respeitadas dentro dos espaços de saúde, o que contribui positivamente para que se sintam aceitas, acolhidas em suas necessidades e seguras para retornarem ao serviço. Para a transformação da prática precisa-se também a construção de diálogos formativos que sejam inclusivos, é necessário zelo na constituição do profissional que está chegando nos serviços.

Considera-se como uma limitação do estudo o local de moradia das famílias, que apesar das tentativas em conseguir famílias de diversos estados do Brasil, a maioria residia na mesma cidade, sendo todas localizadas no interior do Rio Grande do Sul. Outra limitação encontrada foi a dificuldade para captar famílias homoafetivas compostas por homens, sendo a maioria das famílias participantes compostas por mulheres.

As reflexões aqui abordadas não tem intenção de gerar um pensamento conclusivo sobre a temática, dessa forma as contribuições para o ensino e a pesquisa de Enfermagem também estão ancoradas nelas, visto que não podemos continuar omitindo da formação e das publicações científicas as constituições familiares homoafetivas, e prosseguindo com discursos prontos e seletivos, que não atendem as demandas sociais. É preciso que ocorra uma desconstrução do que foi apreendido socialmente para que ocorra uma construção em prol da igualdade, por parte dos profissionais da saúde e das universidades formadoras, para exercerem o papel de auxiliares dessas famílias durante os atendimentos para que elas se sintam confortáveis e seguras em se revelar e que, “do outro lado”, encontrem profissionais que compartilhem significados reconhecendo-as enquanto família, para assim garantir uma assistência e um cuidado integral, deixando a (in) visibilidade para se tornarem visíveis.

8. REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, E.M. **Avaliação da técnica de amostragem "Respondent-driven Sampling" na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas.** Dissertação (mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.
- ALBUQUERQUE, G. A.; GARCIA, C. L.; ALVES, M. J. H.; QUEIROZ, C. M. H. T.; ADAMI, F. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, jul/set 2013.
- ALMEIDA, A. M. "Anotas sobre a Família no Brasil". In: ALMEIDA, A.M.et al (orgs.) **Pensando a Família no Brasil**. Rio de Janeiro. Espaço e Tempo, 1987.
- ALMEIDA, M. R de. **Os processos subjetivos no acolhimento e na adoção de crianças por casal homoafetivo: um estudo de caso.** 223 p. Tese (doutorado) Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.
- ALMEIDA, M.R. **Os processos subjetivos no acolhimento e na adoção de crianças por casal homoafetivo: um estudo de caso.** Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2012.
- ANDRADE, J. **Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis.** Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.
- ANGELO, M. **Com a família em tempos difíceis - uma perspectiva de enfermagem.** 117p.Tese (doutorado) Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo, 1997.
- ARALDI, M.O.; SERRALTA, F.B. Parentalidade em casais homossexuais: Uma revisão sistemática. **Psicol. Pesq.** Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 31-39, dez. 2016.
- ARAUJO, M.A.L. de et al . Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-327, Aug. 2006.
- ARIÉS, P. **História Social da Criança e da Família.** v.2. Rio de Janeiro: LCT, 2006.
- ARIÉS, P.; DUBY, G. **História da Vida Privada.** v.3. São Paulo: Cia das Letras, 1991.
- BARBOSA, R.M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 291-300, mar. 2009.
- BARRETO, M.S.V. **Famílias (in)visíveis? A realidade de famílias homoafetivas com filhos/as adotivos/as na cidade do Natal/RN.** 155p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.
- BARROS, L.; SANTOS, C. A família tradicional e outras constituições: Histórias de famílias homoafetivas nas páginas de um livro-reportagem. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. **XXXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da**

Comunicação, v. 27, p. 1–15, 2015.

BIGNER, J. Special Issue: GLBTQ Issues in Foster Care and Adoption: Contemporary Research, Policy, and Practice. Editorial. **Journal Of Gblt Family Studies**. 2011.

BILAC, E.D.; OLIVEIRA. Família e Sociedade, In: O “homem de família”: conjugalidade e paternidade em camadas médias nos anos 90. **XXIV Encontro Anual da ANPOCS**, Petrópolis, 2000.

BLUMER, H. Symbolic interactionism: perspective and method. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1969.

BRASIL. Conferência nacional de saúde. **Relatório da 12a Conferência Nacional de Saúde**. 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de combate à discriminação. Brasil Sem Homofobia - **Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual**. p. 32, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2012.

BRASIL. Constituição Plc nº 122. **União Homoafetiva Reconhecida no SFT**, 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Lei de 22 de setembro de 1828. **Coleção de Leis do Império do Brasil**. v.1.

BRASIL. Lei Nº 3.133, de 8 de maio de 1957. **Atualiza o instituto da adoção prescrita no Código Civil**.

BRASIL. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o **Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais - LGBT**. p. 36, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007.

BRASIL. Relatório Final da 13a Conferência Nacional de Saúde. p. 246, 2008.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Define as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas que envolvem seres humanos**, tendo como meta os compromissos éticos com os sujeitos do estudo. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. Supremo Tribunal. **A Constituição e o Supremo**. Brasília, Brasil. Supremo Tribunal Federal, 2011.

CABRAL, L.S. et al. **Homossexualidades Femininas no Contexto dos Sistemas de Informação de Saúde**. Rev enferm UFPE, Recife, v. 11, n. 4, p. 707-1699, abr. 2017.

CARDOSO, M.R.; FERRO, L.F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicol. cienc.** Brasília, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012.

CARMO, A.L.C. **Representações sobre família e conjugalidade homoafetiva na cidade de Ervália.** 103p. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa. 2014.

CARVALHO, V.D.; BORGES, L.O.; RÊGO, D.P. Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social. **Psi. Ciênc.**, v.30 n.1, 2010.

CHAPMAN, R. et al. Nursing and medical students' attitude, knowledge and beliefs regarding lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking health care for their children. **J Clin Nurs.** v. 21, n. 7-8, p. 938-945, 2012.

CHAPMAN, R. et al. Second-level hospital health professionals' attitudes to lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking health for their children. **J Clin Nurs.** v. 21, n. 5-6, p. 880-887, 2012.

CHAPMAN, R.; ZAPPIA, T.; SHIELDS, L. An essay about health professionals' attitudes to lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking healthcare for their children. **J Clin Nurs.**v. 26, n. 2, p. 333-339, 2011.

CHARON, J.M. Symbolic interacionism: in introduction, as interpretation, an integration. 8ª ed. Pearson Prentice Hall: New Jersey, 2004.

CORRÊA, M. "Repensando a família patriarcal brasileira: notas para o estudo das formas de organização familiar no Brasil". In: CORRÊA, M. (Org.). **Colcha de retalhos: estudos sobre a família no Brasil.** 2. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 1993.

CORRÊA, M.E.C. **Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade.** Tese (Doutorado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

COSTA, J.F. Adultos e crianças in: **Ordem médica e norma familiar.** 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

COSTA, M.I.M. **Homoparentalidade e gênero: vivencia cotidiana e relações familiares.** 354 p. Tese (doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

CRESWELL, J. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: Escolhendo entre cinco abordagens.** 3 ed. São Paulo: Pensa, 2014. 333 p.

CUNHA, R.B.B.; GOMES, R. Os jovens homossexuais masculinos e sua saúde: uma revisão sistemática. **Interface (Botucatu),** Botucatu, v. 19, n. 52, p. 57-70, mar. 2015.

DEMO, P. **Pesquisa e informação qualitativa.** 4. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2009.

DIAS, M. B. **Família ou famílias?** 2015. Disponível em:<http://www.mariaberenice.com.br/uploads/fam%edlia_ou_familias.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2018.

DIAS, M. B.; SOUZA, I. M. C. C. **Famílias modernas: (inter)secções do afeto e da lei.** 2008.

Disponível em: <http://www.mariaberenice.com.br/uploads/3_-_fam%edlias_modernas__inter_sec%e7%f5es_do_afeto_e_da_lei.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2018.

DIAS, M.B. **Um sonho convertido em casamento**. 2011. Disponível em: <[http://www.mariaberenice.com.br/manager/arq/\(cod2_618\)um_sonho_convertido_em_casamento.pdf](http://www.mariaberenice.com.br/manager/arq/(cod2_618)um_sonho_convertido_em_casamento.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do estado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

FARIAS, M.O. **Experiências e Vivências de Famílias Homoafetivas com Filhos: vozes de pais, mães e filhos**. Tese de Doutorado em Psicologia Social. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017.

FEDEWA, A.L.; BLACK, W.W. Children and Adolescents With Same-Gender Parents: A Meta-Analytic Approach in Assessing Outcomes. **Journal Of Glt Family Studies**. p. 1-34. abr. 2015.

FIGUEIRA, S.A. O “moderno” e o “arcaico” na nova família brasileira: notas sobre a dimensão invisível da mudança social. In: Figueira, S. A. (Org.) **Uma nova família**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro, tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque. Ed. Gallimard, p.125, 1988.

Freitas, A.P.F. **Necessidades de saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres e acesso a serviços de saúde**. 96p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu - Botucatu, 2017.

FREYRE, G. **Casa Grande & Senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. 48^a ed., 2003.

GATO, J. Special Issue: Beyond Comparison: New Trends in Research With Families with GLB Members in Europe. **Journal Of Glt Family Studies**, 2016.

GATO, J.; FONTAINE, A.M. Homoparentalidade no masculino: uma revisão da literatura. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 312-322, Aug. 2014.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p

GOLDBERG, A.; EPSTEIN, R.; TORONTO, C. A Review of “Gay and lesbian parents and their children: Research on the family life cycle; Who's your daddy? And other writings on queer parenting; Becoming parent: Lesbians, gay men, and family. Editorial. **Journal Of Glt Family Studies**. p. 341-348. Aug. 2010.

HAYASHI, M.C.; LETA, J. **Bibliometria e Cientometria: Reflexões Teóricas e Interfaces**. São Carlos: Pedro & Joao editores, 284p, 2013.

Honorato, E.J.S. **Sexualidade Masculina Homossexual, Prevenção da AIDS e Corpos em Ambiente Virtual**. 74p. Tese (doutorado). Fundação Oswaldo Cruz Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira - Rio de Janeiro, 2013.

HOSKING, G.; MULHOLLAND, M.; BAIRD, B. "We Are Doing Just Fine": The Children of Australian Gay and Lesbian Parents Speak Out. **Journal Of Gltb Family Studies**. p. 327-350. fev. 2015.

IDAHO. Campanha "curas que matam" uma vida sem discriminação é um direito. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/04/manifestocurtoidaho2011finalport.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

JOLLEY, J.; SHIELDS, L. The evolution of family-centered care. **J Pediatr Nurs**, v. 24, n.2, p. 70-164, abr 2009.

LACERDA, M.R., LABROCINI, L.M. Papel e social, paradigmas da pesquisa qualitativa de Enfermagem. **Rev. Bras. enferm.** v.2, n.64, 2011.

LEAHEY, M.; WRIGHT, L. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 5 ed. [S.L.]: ROCA, 2015.

LEITE, F.T. **Metodologia Científica: Métodos e Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Ed. Ideia & Letras. 3ª ed., 2015.

LOBAUGH, E. R. et al. Gay-male couples who adopt: Challenging historical and contemporary social trends toward becoming a family. **Perspect Psychiatr Care**, v.42, n.3, 2006.

LOPES, C.H.A.F.; JORGE, M.S.B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para cuidar interativo em enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem**, São Paulo, v.39, n.1, 2005.

LUCIO, F.P.S. **Representações Sociais Sobre a Maternidade no Contexto Social Heteronormativo Construídas por Mães Lésbicas**. p.85. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, 2016.

MANZINI, E.J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: **Seminário Internacional Sobre Pesquisa E Estudos Qualitativos**. A pesquisa qualitativa em debate. Anais Bauru: USC, 2004.

MELO, A.P.L. **"Mulher" E "Outras Mulheres": gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família**. 151 p. Dissertação (Mestrado) Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MELO, L. et al Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**. n.9 dec. 2011.

MIKHAILOVICH, K.; MARTIN, S.; LAWTON, S. Lesbian and gay parents: their experiences of children's health care in Australia', International. **Journal of Sex and Gender Studies**, v.6, p. 181-191, 2001.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social; Teoria Método e Criatividade**. 29ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

MORAES, C.; PEREIRA, E. S. A família homoafetiva em debate. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 2, p. 84-86, 2012.

MOUSNIER, C. A nova família à luz da constituição federal, da legislação e do novo código civil. **Revista da EMERJ**, v. 5, n. 20, 2002.

NASCIMENTO, J.C.C. Atendimento A Famílias Homoafetivas Na Estratégia De Saúde Da Família. **Revista eletrônica da faculdade de Ceres**, [S.L], v. 3, n. 1, jun. 2014.

NETHERLANDS. **Same-sex marriage, family law**. Disponível em: <<https://www.government.nl/topics/family-law/same-sex-marriage>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

NEVILLE, S.; HENRICKSON, M. The constitution of “lavender families”: A LGB perspective. **J Clin Nurs**. v. 18, n. 6, p. 849–856, 2009.

NODA, F.S. **Famílias de mães homossexuais: relatos das mães**. 189 p. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

O’NEIL, K. Health sector attitudes to lesbian families. **Nurs N Z.**, v. 18, n. 7, p. 14–15, 2012.

OLIVEIRA, I.V.P.B. **Agentes Comunitários De Saúde: O Elo Entre Os Estigmatizados E O Acesso À Saúde**. 135p. Pós-Graduação em Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara/SP, 2017.

OLIVEIRA, N.H.D. **Recomeçar: família, filhos e desafios**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

PANOZZO, D. Child Care Responsibility in Gay Male-Parented Families: Predictive and Correlative Factors. **Journal Of GLBT Family Studies**. p. 248-277. nov. 2015.

PATTERSON, C.J.; RISKIND, R.G. To Be a Parent: Issues in Family Formation among Gay and Lesbian Adults. **Journal Of Gblt Family Studies**. p. 326-340. ago. 2010.

PERLINI, N.M.O.G. **Cuidando para manter o mundo da família amparado: a experiência da família rural frente ao câncer**. Tese (doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PORTELLA, A.P. Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres. In: **Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Brasília, 2014.

PRADO, E.A.J.; SOUSA, M.F. Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v.11, n.1, 69-80. mar, 2017.

REIS, N.; PINHO, R. Gêneros Não-Binários: Identidades, Expressões e Educação. **Reflexão e Ação**, v. 24, n. 1, p. 7, 2016.

REVIEWS, B. Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 380 p. Resenha: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, 2011.

RIZZARDO, A. **Direito de família: Lei nº 10.406, de 10.01.2002**. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

RODRIGUEZ, B.C. **Parentalidade e adoção em casais de homens: Uma análise psicanalítica vincular**. 213p. Tese (doutorado) Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

RODRIGUEZ, B.C.; GOMES, I.C. Novas formas de parentalidade: do modelo tradicional à homoparentalidade. **Bol. psicol**, São Paulo , v. 62, n. 136, p. 29-36, jun. 2012.

RODRIGUEZ, B.C.; MERLI, L.F.; GOMES, I.C.. Um estudo sobre a representação parental de casais homoafetivos masculinos. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 23, n. 3, p. 751-762, 2015.

RODRIGUEZ, B.C.; MERLI, L.F.; GOMES, I.C.. Um estudo sobre a representação parental de casais homoafetivos masculinos. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 23, n. 3, p. 751-762, set. 2015.

ROMANHOL, A.G.G. **O Processo De Decisão Sobre a Adoção De Uma Criança Por Um Casal Homossexual Masculino**. Dissertação (mestrado). Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2013.

RÖNDAHL, G.; BRUHNER, E.; LINDHE, J. Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. **J Adv Nurs**. v. 65, n. 11, p. 2337–2344, 2009.

ROSS, L. E.; STEELE, L.; SAPIRO, B. Perceptions of predisposing and protective factors for perinatal depression in same-sex parents. **J Midwifery Womens Health**. v. 50, n. 6, 2005.

SALOME, G.M.; ESPOSITO, V.H.C.; MORAES, A.L.H. O significado de família para casais homossexuais. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 60, n. 5, p. 559-563, Oct. 2007.

SAMARA, E. M. **A família brasileira**. 4ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SAMARA, E.M. O Que Mudou na Família Brasileira? da Colônia à Atualidade. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 2, 2002.

SANTOS, C. **A parentalidade em famílias homossexuais com filhos: um estudo fenomenológico da vivência de gays e lésbicas**. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SANTOS, Y.G.S.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M.A. Homoparentalidade masculina: revisando a produção científica. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 572-582, 2013 .

SHIELDS, L. et al. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Parents Seeking Health Care for Their Children: A Systematic Review of the Literature. **Worldviews Evid Based Nurs.**, v. 9, n. 4, p. 200–209, 2012.

SILVA, J.R.P. **Vontade de família: uma etnografia sobre a conjugalidade homoafetiva**. 346 p. Tese (Doutorado) Curso de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

SILVA, A.R.S. **Atenção Básica À Saúde Da População Lgbt: Uma Análise Bioética A Partir Das Representações Sociais De Trabalhadores Da Saúde.** Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

SOARES, G. Diretrizes para Assistência à Saúde de Lésbicas, Mulheres Bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres, in: **Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais.** Brasília, 2014.

SOUSA, B.C.D. et al. Famílias Homoafetivas Na Estratégia De Saúde Da Família: Uma Reflexão Bioética. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S.L], v. 12, n. 39, jan./mar. 2014b.

SOUSA, J.C. **Cuidados do enfermeiro à lésbica na estratégia de saúde da família.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife - PE, 2014.

SOUSA, J.C. et al. Promoção da saúde da mulher lésbica: cuidados de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.34, n.5, dez 2014a

SOUZA, C.V.B. **Casais de mesmo sexo, parentalidade e novas tecnologias reprodutivas.** Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SOUZA, E.R. Necessidade De Filhos: Maternidade, Família E (homo)sexualidade. Universidade Estadual de Campinas . Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2005.

SPIEGELHALTER, D. TheGuardian. **Is 10% of the population really gay?** Disponível em: <<https://www.theguardian.com/society/2015/apr/05/10-per-cent-population-gay-alfred-kinsey-statistics>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

TAQUETTE, S.R.; RODRIGUES, A.O. Experiências homossexuais de adolescentes: considerações para o atendimento em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1181-1191, dez. 2015.

TEMPERINI, C.A.T. **Famílias camaleão: adaptações, mudanças e desafios da homoparentalidade.** Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

TOLEDO, L.C.C. **A família no discurso dos membros de famílias homoparentais.** Tese.2008. 241 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

TOMBOLATO, M.A. **Desvelando a Família Homoparental: Um Estudo Sobre Os Relatos De Casais Homossexuais Com Filhos.** Dissertação (mestrado) Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” UNESP, Bauru, 2014.

TORNELLO, S.L.; PATTERSON, C.J. Timing of Parenthood and Experiences of Gay Fathers: A Life Course Perspective. **Journal Of GLBT Family Studies**. p. 35-56. 2015.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferença e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**. v.39, n.3, p.507-14, 2005.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5. ed. Editora Vozes, 2011.

VALIQUETTE-TESSIER, S.C.; VANDETTE, M.P.; GOSSELIN, J. Is family structure a cue for stereotyping?: A systematic review of stereotypes and parenthood. **Journal Of Family Studies**. San Francisco, p. 162-188, 2016.

VIEIRA, R.S. **Homoparentalidade: estudo psicanalítico sobre papéis e funções parentais em casais homossexuais com filhos**. Dissertação. 206 p. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

VILELLA, W. Homossexualidade feminina e saúde: ainda uma questão invisível. In: **Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**, Brasília, abril de 2014.

WEBER, S. A stigma identification framework for family nurses working with parents who are lesbian, gay, bisexual, or transgendered and their families. **J Fam Nurs**. v. 16, n. 4, p. 378–393, 2010.

WEBER, S. Parenting, family life, and well-being among sexual minorities: Nursing policy and practice implications. **Issues Ment Health Nurs.**, v.29, n.6., 2008.

WILTON, T.; KAUFMANN, T. Lesbian mothers' experiences of maternity care in the UK. **Midwifery**, v. 17, n. 3, p. 203–211, 2001.

WIRTH, N. D. M. **As novas configurações da família contemporânea**. São Paulo: Editora UNESP. v. 10, p. 1–10, 2013

ZORNIG, S.M.A. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro , v. 42, n. 2, p. 453-470, jun. 2010 .

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: FAMÍLIAS HOMOAFETIVAS: EXPERIÊNCIAS DE ATENDIMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Pesquisadora Responsável: Nara Marilene Oliveira Girardon Perlini

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria - Departamento de Enfermagem

Contato: (55)3220- 8938

E-mail: nara.girardon@gmail.com

Local da coleta de dados: Local de escolha das famílias participantes.

Eu Nara Marilene Oliveira Girardon Perlini, responsável pela pesquisa Famílias Homoafetivas: experiências de atendimento em serviços de saúde, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende compreender a experiência interacional de famílias homoafetivas no atendimento recebido em serviços de saúde, segundo a perspectiva das famílias. Acreditamos que ela seja importante pelo fato que, na área da saúde os estudos sobre homoafetividade ainda estão restritos aos ditames do HIV/aids, não havendo um olhar para a saúde dos homossexuais e suas famílias. Assim como, aponta-se a necessidade de visibilidade dos núcleos familiares homoafetivos. Para sua realização será feito o seguinte: entraremos em contato com famílias homoafetivas por meio de duas atmosferas: a Associação Brasileira de Famílias Homoafetivas (ABRAFH) e pelas Unidades Básicas de Saúde de Santa Maria/RS. As famílias serão convidadas de maneira voluntária a participar da pesquisa. As famílias que aceitarem irão responder algumas questões previamente elaboradas sobre sua experiência em serviços de saúde. Sua participação constará de aceitar participar de maneira voluntária e responder as perguntas realizadas.

Dentre os **riscos da pesquisa** previstos está a possibilidade de lembranças ou sentimentos negativos que possam causar tristeza, sensações de desamparo, medo e desconforto e ansiedade. Caso houver pessoas grávidas na pesquisa, será alertado sobre esses riscos e sobre os níveis de estresse que ela poderá chegar por falar ou lembrar de situações ruins.

Entre os **benefícios da pesquisa** estão atrelados as possíveis contribuições para a visibilidade das famílias homoafetivas nos serviços de saúde, assim como para reflexão do profissionais com relação a sua prática e assistência à saúde das famílias.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela

sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____ após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Local,

Assinatura do voluntário

Caso sua entrevista for realizada for Skype: Digite seu nome completo no espaço: “assinatura do voluntário”. Cada familiar que irá participar deverá preencher um documento.

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

- ✓ Uma cópia deste documento será guardada pela pesquisadora principal e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa. Foi desenvolvido respeitando a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde.

Anexo B - Termo de Confidencialidade

Título do projeto: FAMÍLIAS HOMOAFETIVAS: EXPERIÊNCIAS DE ATENDIMENTO
EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Pesquisadora Responsável: Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria - Departamento de Enfermagem

Contato: (55) 3220- 8938 E-mail: nara.girardon@gmail.com

Local da coleta de dados: Local de escolha das famílias participantes.

A pesquisadora responsável e os colaboradores do presente estudo comprometem-se a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes desta pesquisa, que serão coletados por meio de entrevistas semiestruturadas.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão arquivadas na Universidade Federal de Santa Maria, localizada na Avenida Roraima, 1000, prédio 26 do Centro de Ciências da Saúde, sala 1339, 3º andar, CEP: 97105-900 - Santa Maria. Os dados estarão armazenados em CD-ROM (entrevistas em áudio, suas transcrições e, cópia do relatório da pesquisa), por um período de cinco anos atendendo aos preceitos éticos e, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável. Após este período os dados serão incinerados, não mais podendo ser utilizados.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., e recebeu o número CAAE

Santa Maria ,..... de de 2016.

Assinatura da pesquisadora responsável
Prof.^a Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Apêndice A - Questionário de Perfil Socioeconômico das Famílias Homoafetivas

Perguntas	Respostas
Quantos membros constituem essa família?	
Idade dos membros:	
Gênero dos membros? Orientação sexual dos pais/mães?	
Quanto tempo o casal está junto?	
Têm filhos? Se sim, quantos? Se não, pretendem ter?	
Profissão:	
Possuem boa relação com as famílias de origem?	
A renda familiar é aproximadamente:	

Apêndice B: Roteiro para entrevista

- Como foi a experiência de sua família nos serviços de saúde?
- O serviço era de caráter público ou privado?
- Vocês revelaram aos profissionais da saúde que eram uma família? Se não, por quê?
- Como vocês se sentiram durante o atendimento?
- O que vocês pensam que poderia ter sido diferente?
- Como vocês gostariam de ser assistidos?

Visando a técnica semiestruturada de coleta, poderão surgir outras questões durante o percurso da entrevista, com o intuito de aprofundar e conhecer a experiência interacional das famílias.