

UNIVERSIDADE ABERTA



**HETEROSSEXISMO EM OBSTETRÍCIA**  
**A (IN)VISIBILIDADE DE FAMÍLIAS ‘NÃO’ NORMATIVAS POR**  
**PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Vera Alexandra Mota Cardoso do Rosário

**Dissertação de Mestrado**

**Mestrado em Estudos sobre as Mulheres – Género, Cidadania e Desenvolvimento**

2023



UNIVERSIDADE  
**AbERTA**  
www.uab.pt

**HETEROSSEXISMO EM OBSTETRÍCIA**  
**A (IN)VISIBILIDADE DE FAMÍLIAS ‘NÃO’ NORMATIVAS POR**  
**PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Vera Alexandra Mota Cardoso do Rosário

**Mestrado em Estudos sobre as Mulheres – Género, Cidadania e Desenvolvimento**

**Dissertação de Mestrado orientada pela Professora Doutora Teresa Joaquim**

2023

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

## AGRADECIMENTOS

Esta dissertação de Mestrado só se tornou possível pelo importante apoio e incentivo de todos sem os/as quais a mesma não teria sido concretizada.

Em primeiro lugar, o meu muito obrigada à Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Joaquim por ter aceite o desafio de me orientar neste percurso. Pelo seu apoio, orientação e palavras de incentivo.

A par deste agradecimento, o meu obrigada à Universidade Aberta pela oportunidade de realizar um trabalho que incorpore duas áreas de saber que tanto sentido me fazem caminhar lado a lado: a Enfermagem e os Estudos Sobre as Mulheres - Género, Cidadania e Desenvolvimento. Aos meus colegas de mestrado que embarcaram nesta viagem, nem sempre por águas calmamente navegáveis.

Ao meu marido pelo apoio incondicional desde a candidatura ao término do trabalho, sem o qual não teria embarcado nesta aventura.

Ao meu filho, por ser (ainda sem saber) um Homem capaz de mudar o mundo, cujo sorriso me tirava do computador e dos livros, sem qualquer sentimento de culpa, apenas com amor...

Aos meus pais e avós por sempre acreditarem. Ao meu irmão André e à minha irmã Filipa por me chamarem de persistente e insistente. À minha irmã Diana pelo seu sorriso inocente. À minha irmã Carolina por estar comigo, por ler comigo, pela revisão de texto. A todos simplesmente por estarem, sem nunca me cobrarem o tempo que passei fora.

Às minhas poucas mas boas amigas Débora e Catarina, que cada uma ao seu jeito me apoiou e acreditou em mim de forma incondicional.

A mim, pela capacidade de arriscar, de me testar e de conseguir.

A todas as famílias de quem já cuidei e cuidarei.



## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE STATEMENT OF INTEGRITY

Declaro ter atuado com integridade na elaboração da presente dissertação/tese. Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri à prática de plágio ou a qualquer outra forma de falsificação de resultados.

Mais declaro que tomei conhecimento integral do Regulamento Disciplinar da Universidade Aberta, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 215, de 6 de novembro de 2013.

I hereby declare having conducted my thesis with integrity. I confirm that I have not used plagiarism or any form of falsification of results in the process of the thesis elaboration.

I further declare that I have fully acknowledged Disciplinary Regulations of the Universidade Aberta (regulation published in the official journal Diário da República, 2.ª série, N.º 215, de 6 de novembro de 2013).

Universidade Aberta, 29 de Dezembro de 2022

Nome completo/Full name: Vera Alexandra Mota Cardoso do Rosário

Assinatura/Signature:

Vera Cardoso do Rosário

## **HETEROSSEXISMO EM OBSTETRÍCIA – A (IN)VISIBILIDADE DE FAMÍLIAS ‘NÃO’ NORMATIVAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

### **Resumo**

São notórios os avanços que se sentem socialmente na promoção da equidade e igualdade de oportunidades para a constituição e reconhecimento das famílias plurais, no entanto “Será que através da perpetuação do heterossexismo, nos cuidados de saúde em obstetrícia, as famílias não normativas são consideradas por profissionais de saúde na sua prática?”.

Para responder à pergunta de investigação, recorreu-se a um estudo exploratório quantitativo (com análise estatística *High Level*), complementado por três entrevistas semiestruturadas para uma melhor compreensão do fenómeno. Obtiveram-se 458 respostas ao inquérito por questionário de profissionais de saúde (médicos/as e enfermeiros/as de várias especialidades) que prestam cuidados de saúde a mulheres.

Os resultados obtidos (ainda que em número insuficiente para inferir o fenómeno de um modo global) mostram que a maioria dos/as inquiridos/as não considera depreender sobre a orientação sexual das mulheres de quem cuida, acreditando que não há discriminação nos cuidados de saúde em obstetrícia, apesar de raramente a mesma ser questionada às mulheres. Assim, as famílias não normativas continuam a permanecer na invisibilidade na maioria dos ambientes de cuidados.

A desconstrução do heterossexismo é, assim, essencial para a visibilidade de formas familiares plurais nos cuidados de saúde em obstetrícia, bem como para a luta contra a discriminação de género e para a equidade em saúde.

**Palavras-chave:** heterossexismo, famílias plurais, profissionais de saúde

## **HETEROSEXISM IN MIDWIFERY - THE (IN)VISIBILITY OF 'NON' NORMATIVE FAMILIES BY HEALTH PROFESSIONALS**

### ***Abstract***

The advances felt socially in the promotion of equity and equal opportunities for the creation and recognition of plural families are notorious, however "Are non-normative families considered by health professionals in their practice through the perpetuation of heterosexism in obstetric health care?".

To answer the research question is used a quantitative exploratory study (with High Level statistical analysis) complemented by three semi-structured interviews for a better understanding of the phenomenon. 458 answers were obtained to the questionnaire survey from health professionals (doctors and nurses of various specialties) who provide health care to women.

The results obtained (although insufficient in number to infer the phenomenon in a global way) show that most participants do not consider to deduce the sexual orientation of the women they care for, believing that there is no discrimination in midwifery health care, although it is rarely questioned to women. In this way non-normative families continue to remain invisible in most care settings.

The deconstruction of heterosexism is thus essential for the visibility of plural family forms in midwifery health care, as well as for the fight against gender discrimination and for equity in health.

**Keywords:** healthcare professionals, heterosexism, plural families



## ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>iv</b>
<b>DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE</b> .....	<b>vi</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>vii</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>viii</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>4</b>
1.1. Ponto de partida: do pensamento dicotómico ao conceito de género .....	4
1.2. Género e corpo .....	6
1.3. O género e a ordem social.....	8
<b>II. ENQUADRAMENTO CONCETUAL</b> .....	<b>14</b>
2.1. Saúde e Igualdade .....	14
2.2. Contextualização política e legal .....	16
2.3. Famílias (não) normativas.....	18
2.4. Da heteronormatividade ao heterossexismo.....	22
<b>III. OPÇÕES METODOLÓGICAS</b> .....	<b>26</b>
3.1. Desenho Metodológico .....	26
3.2. População Alvo e Amostra.....	27
3.3. Método de Recolha de Dados .....	28
a. Inquérito por questionário.....	28
b. Entrevista semiestruturada.....	29
3.4. Tratamento e análise de dados .....	30
<b>IV. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>32</b>
4.1. Caracterização da população inquirida .....	32
4.2. Análise das respostas obtidas no inquérito por questionário .....	38
4.3. Caracterização das pessoas entrevistadas.....	49
4.4. Análise das respostas das entrevistas .....	49
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>60</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>64</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS/QUADROS/TABELAS

<b>Gráfico 1: 4.1.1</b> – Sexo biológico dos/as participantes .....	33
<b>Gráfico 2: 4.1.2</b> – Orientação sexual dos/as participantes .....	33
<b>Gráfico 3: 4.1.3</b> – Classe etária dos/as participantes .....	34
<b>Gráfico 4: 4.1.4</b> – Habilitações literárias dos/as participantes.....	35
<b>Gráfico 5: 4.1.5</b> – Profissão dos/as participantes.....	35
<b>Gráfico 6: 4.1.6</b> – Distrito de exercício da atividade laboral dos/as participantes .....	36
<b>Gráfico 7: 4.1.7</b> – Setor de exercício de atividade laboral dos/as participantes .....	37
<b>Gráfico 8: 4.1.8</b> – Distribuição dos/as participantes de acordo com o local de exercício de funções .....	37
<b>Gráfico 9: 4.2.1</b> – “No acolhimento/primeiro contacto de uma mulher no serviço/consulta de obstetrícia/ginecologia, questiono a mesma quanto à sua orientação sexual?” .....	39
<b>Gráfico 10: 4.2.2</b> – "Em contexto de consulta de obstetrícia/ginecologia deve ser a mulher a referir a sua orientação sexual?" .....	41
<b>Gráfico 11: 4.2.3</b> – “Quando uma mulher refere que tem vida sexual ativa, subentendo que tem uma relação heterossexual e que nessa relação existe penetração?” .....	43
<b>Gráfico 12: 4.2.4</b> – “Uma mulher grávida ou que manifesta desejo de ser mãe, subentendo no meu contacto que a mesma tem uma relação heterossexual?” .....	44
<b>Gráfico 13: 4.2.5</b> – “Na sua opinião, a lei é equitativa quanto a oportunidades de constituir família para casais lésbicos/gays/ou famílias monoparentais?” .....	46
<b>Tabela 1:</b> Comentários livres do inquérito.....	48

## **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

CNA – Conselho Nacional para a Adoção

EESMO – Enfermeiro/a especialista em saúde materna e obstétrica

EMGF – Estudos sobre as mulheres, de género e feministas

LGB – Lésbicas, Gays e Bissexuais

LGBTI+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans ou Intersexo

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMA – Procriação medicamente assistida

RJPA – Regime Jurídico do Processo de Adoção

Trans – (sexual/género)

## INTRODUÇÃO

A saúde é um dos direitos fundamentais de todos os seres humanos. O direito a cuidados de saúde adequados e competentes é defendido pela Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) e legislado, no caso de Portugal, pela Constituição da República. Apesar de parecer incontestável que ser-se lésbica, gay, bissexual, transgénero ou intersexo (LGBTI<sup>1</sup>) não pode, *per se*, formar uma barreira no acesso aos cuidados, os estudos têm demonstrado o contrário, tornando-se imprescindível pensar, repensar e implementar medidas promotoras de equidade.

A discriminação sobre as pessoas LGBTI estende-se a várias esferas essenciais da vida, incluindo o emprego, a segurança, a educação e a saúde. Estas podem apresentar situações de necessidades específicas de saúde, com maior ou menor implicação no acesso aos cuidados necessários, nomeadamente no âmbito da saúde sexual e reprodutiva (Associação ILGA Portugal, 2014). Reside na essência do estigma relacionado com os utilizadores dos cuidados de saúde a maior barreira: o heterossexismo (em que a suposição que todos os utitilários são heterossexuais contribui para a invisibilidade desta população).

Nos cuidados de saúde, em particular na área de Obstetrícia, os/as profissionais, os documentos e a própria organização de cuidados encontram-se direcionados para famílias heterossexuais. Procura-se informação sobre os progenitores (enquanto «pai» e «mãe»), assumindo-se que a mulher se encontra numa relação heterossexual. Em caso de gravidez pergunta-se pelo *pai, marido, namorado*, inferindo este padrão normativo heterossexual.

Enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, vejo-me numa posição privilegiada no que concerne a trabalhar com mulheres ao longo do ciclo de vida. Noto que a consideração de outras formas de sexualidade, que não as vinculadas como normativas, são excluídas ou inexistentes no discurso dos/as profissionais de saúde desta área. Assume-se: para uma mulher, um homem.

Considerando o anteriormente descrito, surge o tema “Heterossexismo em obstetrícia - A (in)visibilidade de famílias ‘não’ normativas por profissionais de saúde”. Para o estudo

---

<sup>1</sup> O presente trabalho aborda questões relacionadas com a orientação sexual (lésbica, gay e bissexual) e não tanto com a identidade de género. Assim, ao longo desta dissertação será utilizada preferencialmente a sigla “LGB”, salvo notas ou referências de outros autores.

da temática em epígrafe, a questão que esteve na sua origem foi “Será que através da perpetuação do heterossexismo, nos cuidados de saúde em obstetrícia, as famílias não normativas são consideradas por profissionais de saúde na sua prática?”.

Os objetivos delineados para a execução deste trabalho de pesquisa foram construídos com vista à obtenção de resposta à questão de partida pré-estabelecida. Assim, o objetivo geral desta dissertação é analisar se as famílias não normativas são tidas em consideração nos cuidados em obstetrícia, por profissionais de saúde, desde o período pré-concepcional ao pós-parto.

Com vista à sua concretização foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Identificar as atitudes prevalentes dos/as profissionais de saúde, da área de obstetrícia, face à diversidade sexual;
- ✓ Validar a presença de heterossexismo nas interações entre os/as profissionais de saúde de obstetrícia e os/as clientes;
- ✓ Averiguar a existência de preconceitos e atitudes discriminatórias, por parte dos/as profissionais de saúde, face à população LGB, utilizatória dos cuidados de saúde em obstetrícia;
- ✓ Inquirir o conhecimento dos/as profissionais de saúde em obstetrícia, relativamente ao reconhecimento de parceiros/as do mesmo sexo, na tomada de decisões clínicas e nos direitos de visita e participação.

É notório o desenvolvimento das Ciências Sociais, dos Estudos Feministas e de Género ao longo do século XX e primórdios do século XXI. A crescente consciencialização em torno das questões LGBTI tem desbravado caminho para a aceitação e mudança de conceções, mas há ainda um caminho a percorrer. Aliar os cuidados de saúde em obstetrícia aos estudos sobre orientação sexual e identidade de género denota um sentimento de esperança crescente na obtenção de ganhos em saúde e um possível vetor de mudança social.

Procurar-se-á, através da aplicação de inquéritos por questionário e de entrevistas semiestruturadas, aprofundar o conhecimento do objeto em estudo. Os conceitos selecionados para a sua compreensão, constituindo o campo concetual, foram: género como determinante em saúde, corpo e sexualidade, heterossexismo e famílias não normativas.

É basilar mudar o prisma que norteia os cuidados de saúde, com vista à promoção de ambientes seguros e de confiança, onde a orientação sexual não se apresente como um fator discriminatório nem condicionante no acesso aos mesmos. Importa consciencializar os/as profissionais de saúde deste efeito heterossexista e certificar que as pessoas LGBTI compreendem e confiam nos cuidados de saúde enquanto espaço de cuidados inclusivo e igualitário.

## I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A forma como olhamos o mundo e nos posicionamos é construída e interfere também nas leituras que fazemos do *teatro social*. Explanando algumas ideias sobre o surgimento dos pensamentos feministas até à forma como o corpo é visto e representado, encontramos o caminho orientador para este trabalho. A escolha da teoria de suporte para a análise do fenómeno desta dissertação procura balizar e circunscrever a observação e interpretação do mesmo.

### 1.1. Ponto de partida: do pensamento dicotómico ao conceito de género

Os Estudos Feministas colocam as mulheres em perspetiva, retirando-as do anonimato de que foram vítimas ao longo dos séculos, conferindo-lhes visibilidade, de maneira a não incorrer no erro de olhar para as mulheres apenas como *mulheres* e para os homens como representantes da humanidade (Collin, 2008). Estes Estudos incluem um parâmetro para a análise dos fenómenos: a sexuação. Através deste parâmetro, interroga-se, perante os fenómenos, a relação do poder masculino face ao feminino, sendo numas situações mais evidente que noutras, e por vezes, insuspeitáveis à partida (*ibidem*, p. 38).

Para refletir acerca destes conceitos, Bock (2008) apresenta-nos três dicotomias do pensamento tradicional que foram historicamente utilizadas e questionadas, sendo elas: natureza e cultura, trabalho e família, e público e privado. As três dicotomias têm em comum algumas características, como a sua ligação ao género (e à sua perceção) constituindo algumas oposições binárias, em que um dos polos é marcado essencialmente de forma negativa (Bock, 2008, p. 83).

A autora mostra-nos como a antinomia entre a natureza e cultura exhibia as diferenças relacionais entre homens e mulheres, ao ser atribuído valor cultural às atividades masculinas, ficando as atividades femininas (consideradas naturais) desprovidas de valor histórico e social (*ibidem*, 2008, p. 79), enfatizando a ideia da desvalorização de tudo aquilo que as mulheres representavam. Esta polarização funcionava como uma forma de categorização ocidental de exprimir as hierarquias entre os sexos (*ibidem*, 2008, p. 79).

Já o binómio trabalho/família apresentado por Bock (2008) emerge-nos na ideia do afastamento da mulher<sup>2</sup> enquanto ser *natural* e imutável apresentando agora a maternidade como tarefa-trabalho (criar, cuidar, suportar o marido e familiares). Desafiar as questões da maternidade tornando-as *trabalho* implicava também questionar as atividades de lazer masculinas, mostrando as divergências salariais e a discrepância teórica e económica sobre o trabalho feminino, o valor e a produtividade do trabalho doméstico [feminino] ganhou ímpeto ao longo dos anos (Bock, 2008, pp. 80-81).

Outra perspetiva da história das mulheres tem sido a abordagem da dicotomia entre o espaço público e privado, ou entre a esfera do poder e a esfera doméstica, atribuídas nomeadamente a homens e mulheres (Bock, 2008, p. 82). Pinto (2015) evidencia no seu trabalho sobre os percursos feministas que “(...) a representação coeva do trabalho das mulheres tendia a fornecer uma imagem distorcida da realidade, mas que se ajustava ao paradigma da domesticidade” (Pinto, 2015, p. 234).

O paradigma da domesticidade tinha como premissa a *mulher inativa*, ou seja, não trabalhadora segundo a “economia de mercado”, associando-se assim as mulheres à esfera doméstica que remeteria para uma alegada época distante, que se sabe hoje ser *a-histórica*. Permanece esta ideia nos dias de hoje no discurso do senso comum quando nos referimos à “situação *tradicional* das mulheres ou à família *tradicional*”, que no caso português está situado no período do Estado Novo e/ou nas últimas décadas do século XIX (Pinto, 2015, p. 234).

Na sociedade pré-industrial, a divisão sexual do trabalho não implicava uma delimitação precisa entre as esferas doméstica e produtiva, isto é, entre a produção para uso e a produção para troca, ou entre a economia formal e a informal. As atividades realizadas por cada um dos sexos eram valorizadas como produtivas. A família era uma unidade de produção. A conceção de família era distinta da atual.

---

<sup>2</sup> Ao longo do texto poderá ser feita referência ao sexo biológico feminino de um modo abrangente utilizando a palavra *mulher* no singular, ou referindo *mulheres* no plural sempre que fizer sentido e tiver concordância lógica.



Era a coabitação que definia a família, independentemente dos laços consanguíneos entre os seus elementos. (Pinto, 2015, p. 234)

A industrialização trouxe consigo a ideia de que a “mulher trabalhadora” era uma novidade que advinha do seu trabalho fabril, tornando-a, como refere Scott (1994), um problema social (*ibidem*, 2015).

## **1.2. Género e corpo**

Segundo Joaquim (1997), os “vários tipos de reprodução – familiar, económica e cultural – (...) são dispositivos sociais articulados entre si, através dos quais se reproduz uma sociedade; este corpo social reproduz-se através do corpo da mulher, é ela que produz os seres vivos” (*ibidem*, 1997, p. 51). Tem havido, ao longo dos anos, várias teorizações e vários discursos em torno da natureza humana e do corpo feminino por uma ótica maioritariamente masculina.

Por volta do século XVIII, começa a intensificar-se a preocupação com a diferença entre homens e mulheres, nomeadamente sobre as condições biológicas e dos papéis sociais.

Sendo a mudança uma constante no mundo social, a forma como o corpo de homens e mulheres foi visto, pensado, vivido e sentido foi mudando também ao longo dos tempos. Analisando as questões do corpo no decurso da evolução das sociedades, constata-se que as mesmas aparentam estar relacionadas com o contexto social vigente. A par desta evolução, foram-se multiplicando os tratados médicos e os argumentos que impulsionam o estudo sobre o corpo e sobre as doenças femininas (Rohden, 2001).

Segundo Rohden (2001): “O corpo masculino é quase sempre descrito como superior em relação ao feminino. Além disso, insiste-se na ideia de que as características femininas refletiriam a missão passiva que a natureza reservara à mulher, além de uma predestinação à maternidade.” (p. 29).

Foram várias as teorizações em torno do corpo e do olhar sobre a saúde da mulher. Recuando ao tempo de Hipócrates (460-377 AC), vemos que a sua obra (1881) considera o saber das parteiras e assume o pouco conhecimento existente acerca das “doenças das mulheres” (Joaquim, 1997). Baseava-se nas conceções egípcias (“a da circulação do útero no interior do corpo da mulher” (*ibidem*, 1997, p. 55)), interligando-a à sua teoria médica

(teoria humoral)<sup>3</sup>. A partir da constatação da menstruação surgem uma série de discursos para justificar esta situação de *impureza* feminina, discursos esses que vão contribuir para o lugar das mulheres na história.

(...) a história da filosofia, a história do corpo – o que não é de estranhar pois a filosofia e a medicina estavam intimamente ligadas, já que os médicos eram também filósofos no sentido em que a arte de curar os corpos estava ligada a uma reflexão sobre a vida, o seu sentido, constituíam uma arte de viver, um regime de vida (...)  
(Joaquim, 1997, p. 57)

Mais tarde, Platão (± 428 – ± 348 AC), nos seus diálogos, foca o seu discurso na desvalorização da mulher, tentando explicar a diferenciação sexual ao caracterizar o corpo das mulheres como *um homem amputado*. Cabia à mulher a capacidade de gerar novos seres humanos, desprovida de atividade intelectual, e, assim, incapaz de pensar e de produzir conceitos, tornando o homem um ser superior e racional. Estas ideias presidiriam até meados do século XVIII, influenciando o papel da mulher na sociedade ocidental.

Os debates ganham novos contornos, o sexo [biológico] surge teorizado pela ciência e pela medicina como o conhecemos atualmente, tornando-se um fenómeno evidente no fim do século XVIII – início do século XIX.

Laqueur (1992) dá-nos a conhecer a realidade do corpo baseada na literatura médica e filosófica sobre o mesmo. Suporta-se nas ideias de Aristóteles que insistiu na existência de dois sexos, sendo eles masculino e feminino, os quais não podiam ser distinguidos de acordo com a ordem social mas sim segundo as características naturais (biológicas).

Segundo Laqueur (1992), “Órgãos que tinham partilhado um nome – ovários e testículos – foram agora distinguidos linguisticamente”<sup>4</sup> (*ibidem*, 1992, p. 149). No entanto, esta *nova* abordagem que comportava os dois sexos não era avançada nem no tempo nem no

---

<sup>3</sup> “A saúde do ser humano depende do equilíbrio que se estabelece entre os quatro humores existentes no corpo: o sangue a bÍlis, a água e a fleuma. A saúde depende da boa circulação destes quatro humores, que variam em função do temperamento do indivíduo, do clima, da idade, etc.” (Joaquim, 1997, p. 56)

<sup>4</sup> Tradução livre da autora. No original “*Organs that had shared a name-ovaries and testicles-were now linguistically distinguished*” (Laqueur, 1992, p. 149).

conhecimento científico, sendo a sua envolvimento a esfera política, intimamente ligada às lutas feministas e antifeministas vigentes naquela época.

Mas por volta do século XVIII nasce uma incitação política, económica, técnica, a falar do sexo. E não tanto sob a forma de uma teoria geral da sexualidade mas sob a forma de análise, de contabilidade, de classificação e de especificação, através de pesquisas quantitativas ou causais. Levar “em conta” o sexo, formular sobre ele um discurso que não seja unicamente o da moral, mas da racionalidade, eis uma necessidade suficientemente nova para, no início, surpreender-se consigo mesma e tentar desculpar-se. (Foucault, 1999, pp. 26-27)

A fundação da sociedade baseou-se em ideias antagónicas e, por vezes, complementares – havendo, no entanto, hierarquia entre os pólos masculino e feminino – sobre o lugar que cada um dos sexos ocupava na relação social. Considerando os dois sexos como opostos, pertencia ao homem o papel de criador da lei e da ordem social, sendo o desejo e a desordem próprios da mulher, resultante da sua condição *naturalmente* inferior (Joaquim, 1997, p. 85).

Na década 70 do século XX encontramos uma mudança de paradigma. Deixa-se de olhar a mulher apenas do ponto de vista de funcionalidade biológica (*mulher-natureza*), considerando, a partir de então, a *mulher-indivíduo* (Dias, 2015).

As qualidades até então atribuídas à mulher inviabilizavam o seu exercício pleno de participação na sociedade, sendo-lhe apenas reconhecida uma liberdade enquanto *ser*, e não enquanto *ser mulher*, como podemos ver em Joaquim (1997) sobre Foucault (1984), baseando-se na ideia aristotélica, sobre a relação homem-mulher: “Desigualdade de seres livres, mas desigualdade definitiva e fundada sobre uma diferença de natureza” (Joaquim, 1997, p. 86).

### **1.3. O género e a ordem social**

É conhecido o papel preponderante das mobilizações feministas para a difusão da problemática do género (Dias, 2015).

A emergência do conceito de género chegou às Ciências Sociais aliado às mudanças sociopolíticas que eram tema de vários campos de estudo. Amâncio (2003) considera o sexo como um conceito a explicar as diferenças e disparidades entre eles [os sexos] na investigação social, em vez de se apresentar como um fator explicativo *per se*.

Definir as mulheres como sujeito do feminismo tem sido uma preocupação das teorias feministas ao longo do tempo, procurando uma linguagem que represente adequadamente as mulheres na sua heterogeneidade. Importa perceber, contudo, que é necessário reconhecer-se *como sujeito* para que, posteriormente, se possa adequadamente representar (Butler, 2017).

Se se «for» uma mulher, certamente não se é apenas isso; o termo não consegue ser exaustivo, não porque uma «pessoa» antes do género transcenda a parafernália específica do seu género, mas porque o género nem sempre se constitui de forma coerente ou consistente em diferentes contextos históricos, e porque o género se intersecta com modalidades raciais, de classe, étnicas, sexuais e regionais de identidades construídas discursivamente. (Butler, 2017, p. 57)

Porém, o encontro de um sujeito único e universal, cuja existência se perpetua transculturalmente, escolta a ideia do patriarcado como forma última de opressão (Butler, 2017). Esta ideia, com o passar dos tempos e com o aprofundamento das teorizações feministas, tem-se mostrado um atalho para o estudo da subjugação comum das mulheres, sendo imperativo olhar para o «sujeito feminino» com universalidade e unidade envolvida no discurso representativo em que opera (*ibidem*).

Kristeva (1977, apud Butler, 2017) revela que a distinção entre sexo e género, independentemente da intratabilidade biológica que o sexo possa aparentar, expõe o género como construto cultural, não sendo resultante do primeiro, acrescentando uma ideia de descontinuidade radical entre os corpos sexuais e os géneros que se constroem culturalmente, ou seja, a ideia de *homem* não decorre de um corpo de homem nem as *mulheres* performizam exclusivamente corpos femininos (*ibidem*, p. 62). “Importa então perceber que por trás das perceções assimétricas de género, encontram-se os efeitos sociais da diferença sexual.” (Dias, 2015, p. 79).

Até chegar ao conceito de género introduzido por Oakley na sua obra *Sex, Gender and Society* (1972) foi percorrido um longo caminho nas lutas das mulheres. As primeiras associações feministas proclamam-se nos anos 80 de 1800, sendo Hubertine Auclert a conferir ao termo *feminismo* “o seu sentido moderno: luta a favor dos direitos das mulheres” (Dias, 2015, p. 82). Viria, de seguida, a I Grande Guerra impedir a difusão internacional desta luta, conduzindo ao aparecimento de associações feministas pacifistas, tendo as mulheres um papel mais *tradicional* nos cuidados (*ibidem*, p. 82).

Entre as duas Grandes Guerras, as mulheres reivindicam direitos mais direcionados à maternidade e à expressão da sua vontade nos direitos políticos e na vida trabalhadora. Surge com Beauvoir e a publicação do *Segundo Sexo* (1949) a quebra deste discurso “maternalista e reformista” (Dias, 2015, p. 83). Aparecem, nos anos 70, decorrente do debate entre o essencialismo biológico e o construtivismo social, [os então denominados] estudos gays e lésbicos.

O fenómeno acentua-se ao longo do século XX e explode – literalmente – em 27 de junho de 1969 com os motins de Stonewall: o ativismo gay e lésbico encontra o seu mito fundador por excelência. Pela primeira vez, gays e lésbicas não se limitavam a apelar a reformas, nem se confinavam ao lugar em que era remetidos – ripostavam. (Brandão, 2013, p. 61)

Nos anos 90 surgiu assim a designada teoria *queer*<sup>5</sup>, integrando uma resposta ao alegado défice de desconstrutivismo que emanava dos pioneiros estudos gays e lésbicos e a um crescente descontentamento quanto à literatura existente sobre *sexualidades dissidentes*. «*Queer*» encontrou-se maioritariamente como um assunto político, mais que uma corrente científica (Santos, 2006), tendo sido delatada de se centrar de forma cíclica e opressiva em categorias identitárias estanques, a teoria *queer* propunha, a construção de um espaço de entropia, subversão e emancipação para os fenómenos relacionados com sexualidade e género, considerados agora instáveis, fluidos, reais e politizados (*ibidem*, 2006).

---

<sup>5</sup> *queer*: “Termo identitário que pode ser utilizado como sinónimo da sigla LGBTI+ ou como uma reivindicação de identidade que não tem, ainda, nomenclatura específica. Em muitos contextos, tem como base algum ativismo político, inspirado na Teoria Queer e no pensamento de Judith Butler.” In [abclgbtqia.com/](http://abclgbtqia.com/)

Contudo, em Portugal, por ausência ou insuficiência teórica no campo das Ciências Sociais, não se debruçavam sobre os estudos de género (Amâncio, 2003). Este conceito [género] emerge nas universidades, trazido pelas académicas feministas da década de 70, com o intuito de sublinhar o papel da cultura na construção das identidades, como nos mostra Amâncio (2003) e Neves (2005).

Amâncio (2003) e Cascais (2006) apud Preciado (2019) falam-nos nesta evolução portuguesa em três desenvolvimentos, embora o seu foco seja em campos teóricos distintos:

Amâncio (2003) apresenta três fatores históricos e político-sociais que contribuíram para a especificidade do caso português ainda se encontrar em “fase de acumulação” (Amâncio, 2003, p. 691). Partindo do pós 25 de abril, “lento e irregular”, em que são criadas as primeiras associações feministas que permanecem praticamente invisíveis até à década de 80, segue-se o baixo nível de instrução da população feminina ao longo do século XX, em que a academia apenas se encontrava disponível para uma minoria de mulheres privilegiadas, somando a escassez de recursos financeiros disponíveis, até aos anos 90, para tornar os estudos feministas academicamente competitivos.

Cascais (2006) apud Preciado (2019) justifica o caso português com base em três particularidades do associativismo LGBT, nomeadamente de 1974 a 1990 a “luta dos homossexuais” para a descriminalização da homossexualidade, seguindo-se a “epidemia da sida” de 1990 a 1997, em que a comunidade gay é desprovida de expressão própria e o foco está no estado de saúde destas minorias, chegando dessa data à atualidade no “surgimento explosivo de associações e iniciativas” que promovem a expansão do género a nível político, de forma a alcançar a “emancipação gay e lésbica” na esfera político-partidária (*ibidem*, 2019, pp. 14-15).

Apesar da evolução positiva que se tem feito sentir neste panorama académico, ainda não está institucionalizada esta área de estudos em todas as universidades e a produção do conhecimento existente reconhece o mérito individual do/a investigador/a e não tanto da área de estudos *per se* (Neves, 2015). Como mostra Amâncio (2003),

(...) a chegada tardia à academia portuguesa do conceito de género e da problemática da diferença e da desigualdade baseada no sexo não é suficiente para explicar as

ambiguidades que se verificam na apropriação do gênero nos vários discursos onde ele surge, em geral, confundido com o sexo. (Amâncio, 2003, p. 693)

Ainda sobre o conceito de *gênero*, Scott (2008) apresenta a ideia de que este continua a ser associado ao estudo das *coisas* respeitantes às mulheres, não tendo força transformadora para alterar o paradigma vigente. A mesma autora expõe que:

Gênero tem vindo a revelar-se um termo particularmente útil à medida que o número de estudos sobre o sexo e sexualidade tem vindo a aumentar, uma vez que permite diferenciar as práticas sexuais dos papéis sociais atribuídos às mulheres e aos homens. (Scott, 2008, p. 53)

Preciado (2019) vem dar relevância às teorias de gênero como promotoras da emancipação política das mulheres concomitantemente com eliminação dos conceitos de sexo e de sexualidade do gênero “na tentativa de criticar a diferença sexual como ontologia universal” (*ibidem*, 2019, p. 41), afirmando no seu manifesto que a sexualidade não pode ser reduzida “à diferença sexual nem à identidade de gênero” (cf. Preciado, 2019, p. 41). “As teorias feminista e queer do *fin du siècle* podiam ser descritas como um ajuste de contas com a hipermasculinidade, a supremacia branca e o heterocentrismo das teorias psicanalíticas da sexualidade da Europa Central.” (Preciado, 2019, p. 37)

O conceito de “contra-sexualidade” foi adaptado indiretamente das ideias de Foucault por Preciado (2019) no seu manifesto. O autor afirma que a contra-sexualidade tem uma base tecnológica e transformacional para a forma como se vê o corpo sexuado e genderizado, não rejeitando as construções sociais existentes mas repensando-as. Esta sociedade contra-sexual baseia-se em dois polos: um positivo e outro negativo. O negativo, exposto anteriormente na desconstrução da naturalização das prática sociais, e o positivo, proclamando a equidade (“equivalência”) e não um sistema igualitário. Crê-se numa sociedade em que cada corpo é singular, existindo assim tantos corpos quanto pessoas (cf. Preciado, 2019), tal como as sexualidades, que “(...) são como as línguas: sistemas complexos de comunicação e de reprodução da vida. (...) são construções históricas com

genealogias e inscrições bioculturais comuns. (...) elas podem ser aprendidas.” (Preciado, 2019, p. 41).

Assim, de acordo com o mesmo autor, pode-se olhar para a contra-sexualidade como produto resultante de uma análise crítica sobre os conceitos de sexo e gênero, assentes numa base heteronormativa (Preciado, 2019).



## II. ENQUADRAMENTO CONCETUAL

O enquadramento concetual apresentado neste capítulo visa emoldurar o fenómeno em estudo, clarificando a perspetiva de análise pretendida. Desde a saúde e igualdade, abordando de forma sumária o enquadramento político e legal da procriação medicamente assistida e da adoção por famílias *não normativas*, passando pelo conceito de heteronormatividade compulsória e de heterossexismo, apresenta-se a base para a reflexão sobre o fenómeno estudado neste trabalho.

### 2.1. Saúde e Igualdade

A saúde é um Direito Universal transversal a todos os seres humanos, no entanto, a saúde dos homens, das mulheres e de não-binários é moldada pelas diferenças de sexo resultantes das diferenças biologicamente existentes e também pelas desigualdades de género. É, portanto, um problema social em que se evidencia que as condições de saúde de uma população relacionam-se também com as características do contexto social e ambiental em que esta vive (Barreto, 2017).

Do ponto de vista do Direito, da Ética e da Deontologia, o facto de uma pessoa se identificar enquanto lésbica, gay, bissexual, trans<sup>6</sup>, não pode representar qualquer tipo de impedimento ao pleno uso da cidadania e do acesso aos cuidados de saúde. Devem ainda ser consideradas as vulnerabilidades acrescidas e necessidades específicas de saúde não satisfeitas (DGS, 2009). Há que assegurar às pessoas LGBTI+ uma oferta de cuidados e o exercício exímio de boas práticas com vista à obtenção de uma condição de saúde equivalente ao da população em geral. Além da consideração das dificuldades sentidas pelas diferentes populações no acesso aos cuidados de saúde, é primordial estabelecer medidas de ação positiva para as necessidades específicas de saúde destes grupos (*ibidem*, 2009).

Conforme mencionado pela Organização Pan-Americana da Saúde (2015) e segundo o estudo de Donisi et al. (2019), o desequilíbrio da distribuição do poder social e económico conduz a algumas iniquidades na saúde, onde o acesso aos cuidados por vezes não se dá de

---

<sup>6</sup> Trans: “Pessoa cuja identidade e/ou expressão de género não corresponde ao género que lhe foi atribuído à nascença. Os termos transexual ou transgénero, embora válidos, caíram em desuso. É também frequente usar-se trans para abarcar outras identidades de género diverso.” In [abclgbtqia.com/](http://abclgbtqia.com/)

forma igualitária nalgumas áreas. Essas incoerências sociais e na saúde vinculam-se fortemente à antinomia público/privado e à ideia de que o indivíduo neutro não abriu espaço para a diferença sexual (Vaitsman, 1994). A opressão da diferença e a recusa em considerar o *diferente* como igual é um dos principais problemas que deve ser considerado nos objetivos das políticas de combate às iniquidades existentes (*ibidem*, 1994).

A discriminação sobre as pessoas LGBTI+ estende-se a várias esferas essenciais da vida, incluindo o emprego, a segurança, a educação e a saúde. Estas podem apresentar situações de necessidades específicas de saúde, com maior ou menor implicação no acesso aos cuidados necessários, nomeadamente no âmbito da saúde sexual e reprodutiva (DGS, 2009; Associação ILGA Portugal, 2014). Sabe-se, contudo, que a discriminação, o estigma e a exclusão social podem ter um impacto determinante na experiência de saúde desta população. Para além de exemplos práticos que podem ser dados, reside na essência do estigma<sup>7</sup> relacionado com os utilizadores dos cuidados de saúde a maior barreira: o heterossexismo, em que a suposição de que todos os utitários são heterossexuais contribui para a invisibilidade destes/as indivíduos/as.

Nogueira & Oliveira (2010) destacam a importância do desenvolvimento de estudos que abordem a diversidade sexual com vista a aumentar a disponibilidade da sociedade e da população heterossexual, a discutir temáticas como a sexualidade, quer no seio familiar, social e religioso. Outro aspeto focado pelos/as autores/as, relaciona-se com a formação profissional sobre o tema, em que deverá abranger vários setores e domínios (quer públicos quer privados), assim como áreas geográficas mais descentralizadas, para dotar e sensibilizar a população sobre a homofobia, transfobia e o heterossexismo (Nogueira & Oliveira, 2010).

Os estudos e desenvolvimento de estatísticas na área da saúde são outro aspeto elencado pelos/as autores/as (Nogueira & Oliveira, 2010), destacando a importância da inclusão de dados como a identidade sexual e de género enquanto rotina nas informações

---

<sup>7</sup> Para Erving Goffman, “(...) estigma envolve não tanto um conjunto de indivíduos concretos que podem ser divididos em duas pilhas, a de estigmatizados e a de normais, quanto um processo social de dois papéis no qual cada indivíduo participa de ambos, pelo menos em algumas conexões e em algumas fases da vida. O normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contactos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro.” (Erving Goffman, 1991, p. 117)

recolhidas. Também as famílias monoparentais neste contexto ganham especial acuidade na pesquisa a realizar pela escassez de conhecimento produzido até então.

## **2.2. Contextualização política e legal**

No que diz respeito à legislação e a práticas institucionais, Portugal continua a apresentar algumas questões por resolver, relacionadas por exemplo com a constituição de família, sendo que outras têm sido contempladas a nível legislativo nos últimos anos, apesar da dificuldade de implementação e aceitação social.

Para a compreensão da desigualdade no acesso aos cuidados de saúde considerou-se relevante apresentar uma breve contextualização política e legal referente às técnicas de procriação medicamente assistida, adoção homoparental e monoparental, expondo como as mesmas podem não estar ao alcance de todos de forma igualitária. Devido ao desenho metodológico do presente trabalho, o foco incidirá nos casais de gays, lésbicas e famílias monoparentais de homem ou mulher.

Desde 2006, data em que é criada a Lei n.º 36/2006 houve várias modificações à mesma até à atualmente em vigor [Lei n.º 110/2019 de 9 de Setembro]. A legislação que vigorava era claramente discriminatória, vedando o acesso às técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) a casais do mesmo sexo. Atualmente, a Lei comporta que casais do mesmo sexo (lésbicas) possam recorrer a estas técnicas para a construção da sua família, conquanto, não é igualitária no que concerne a casais gays.

Podem recorrer às técnicas de PMA os casais de sexo diferente ou os casais de mulheres, respetivamente casados ou casadas ou que vivam em condições análogas às dos cônjuges, bem como todas as mulheres independentemente do estado civil e da respetiva orientação sexual. (Lei n.º 17/2016 - Diário da República n.º 116/2016, Série I de 2016-06-20, Artigo 6º)

*A priori*, pode não ser óbvio o carácter discriminatório uma vez que a condição reprodutora humana não concede ao homem a possibilidade de engravidar, mas a legislação

é clara referindo-se à “gravidez da mulher” excetuando assim os homens, como se pode ler no Artigo 8.

Em Portugal, a adoção é afirmada pela Lei nº143/2015, de 8 de setembro. Esta altera o Código Civil, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 47344, de 25 de novembro de 1966, em objeto de adoção, e o Código de Registo Civil, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 131/95, de 6 de junho, que aprova o Regime Jurídico do Processo de Adoção.

Os números relacionados com a adoção podem ser surpreendentes, visto estar difundida a ideia de que o número de crianças a serem adotadas é superior à de candidatos/as. No entanto, os números apresentados mostram-nos que, apesar de Portugal ser um dos países europeus com maior número de crianças institucionalizadas, nem todas têm critérios de adotabilidade (Figueira, 2013 apud Macieira, 2020).

Até 2016, o Regime Jurídico do Processo de Adoção (RJPA) vedava a casais do mesmo sexo a possibilidade de adoção. A 29 de fevereiro de 2016 é publicado em Diário da República, 1.ª série — N.º 41, a alteração à Lei que elimina as discriminações no acesso à adoção, podendo ler-se no Artigo 3º:

1 — O regime introduzido pela presente lei implica a admissibilidade legal de adoção, em qualquer das suas modalidades, por pessoas casadas com cônjuge do mesmo sexo.

2 — Nenhuma disposição legal ou regulamentar em matéria de adoção pode ser interpretada em sentido contrário ao disposto no número anterior.

(In Diário da República, 1.ª série — N.º 4- de 29 de fevereiro de 2016)

A adoção singular, contemplando também as famílias monoparentais, está prevista na Lei n.º 143/2015, de 8 de setembro desde que estas cumpram os requisitos de ter mais de 30 anos e menos de 61 anos, sendo solteiro/a, casado/a, viúvo/a ou viver em união de facto e a partir dos 25 anos, se o/a adotado/a for filho/a da pessoa com quem o/a adotante é casado/a.

Do relatório de 2019 do Conselho Nacional para a Adoção (CNA), destaca-se na tipologia de famílias que receberam crianças de processos adotivos 81,8% de casais de sexo

diferente (correspondente a 117 famílias), 16,1% de pessoas singulares (correspondente a 23 famílias monoparentais) e 2,1% de casais do mesmo sexo (correspondente a 3 famílias).

Face ao anteriormente descrito, podemos inferir que existiu uma evolução progressiva no que concerne a efeitos da adoção, em que outrora se verificava a inibição do projeto de parentalidade das pessoas LGBT, podendo afirmar-se que se tem vindo a redefinir o conceito de *família*, afastando-se da conceção estritamente biológica para enfatizar a vertente afetiva. Como mostra Almeida (2010),

A lei das uniões de facto constituiu um ponto de viragem fundamental nos direitos LGBT apesar da discriminação entre casais hetero e homossexuais relativamente à adoção porque estabeleceu a plausibilidade da igualdade, ou seja, tornou o assunto dos casais do mesmo sexo e das famílias com base neles num assunto político visível, tendo introduzido a agenda LGBT na política partidária. (Almeida, 2010, p. 60)

Não obstante, “apesar da legalização da adoção homoparental, o estigma generalizado das populações pode ser devido à falta de proteção legal” (Santos et al., 2018 apud Macieira, 2020, p. 38), ou seja, ainda que a adoção homoparental seja legalmente reconhecida, não significa que a estrutura social esteja apta à sua aceitação livre de preconceito.

### **2.3. Famílias (não) normativas**

Família é, para Durkheim, “aquela que existe atualmente aos nossos olhos e no seio da qual vivemos” (Durkheim, 1975, apud Costa, 2014, p. 83), relevando que o foco do estudo das famílias deve centrar-se no presente, ou seja, nas famílias contemporâneas.

Enquanto construção social, família é, segundo Dias (2015), “uma variedade de formas de organização da vida em comum, as quais são distintas em função dos contextos históricos, sociais e culturais em que se inscrevem” (*ibidem*, 2015, p. 9). A autora acrescenta que nos encontramos numa realidade socialmente fabricada segundo o expectável nas nossas “relações, posições e papéis sociais”.

Dias (2015) reforça que a família deve ser olhada como um sistema aberto que influencia e é influenciada pelos contextos de interação, sendo que diferentes famílias se organizam e interagem de formas únicas e distintas, considerando-se a família “uma dimensão contínua da experiência humana” (Gubrium e Holstein, 1990 apud Dias, 2015, p. 11).

É notória uma grande alteração, ao longo do tempo, na constituição da família e de como esta era vista, contrastando as famílias “tradicional-patriarcal” com as famílias contemporâneas, em que, nestas últimas, está presente uma “pluralidade de modelos” e de papéis desempenhados pelas pessoas que a integram, carecendo de novos construtos para vivenciar a parentalidade (Rodriguez, et al., 2015). Outras autoras enfatizam o caráter transformacional da família, em que esta varia não só no tempo mas também no espaço, nas formas que assume e nos significados atribuídos (cf. Lima & Moz, 2018).

A instituição *família* tem assumido significados distintos com o passar dos anos, porém ancorada na reiteração da heteronormatividade (ainda) dominante apesar da crescente legitimação das *novas* formas de família (Aboim, et al., 2013).

A família tradicional continua a ser considerada como a *norma*, segundo o paradigma da heterossexualidade (Aboim, 2013), uma vez que ainda se encontra sedimentada na tradição cultural, tornando assim os outros modelos sociais familiares com várias dúvidas e desafios a superar (Moscheta e Santos, 2009).

É assim preciso questionar os significados da família, ao abrigo da pluralidade e diversidade dos arranjos familiares independentemente do género e da orientação sexual dos indivíduos. Só assim podemos alargar uma definição institucional produtora de exclusões e desigualdades – a família – numa realidade legitimamente mais plural – as famílias, recusando a ideia de que existe um único modo, restrito e discriminatório, de fazer e ser família. (Aboim, et al., 2013, p. 101)

Questionando as ordens de género e os princípios da heterossexualidade, a desconstrução do ideal de casal heterossexual apresenta-se como um desafio importante que assinala as disputas pelo reconhecimento da diferença para a procura da equidade (Aboim,

2013). É fundamental questionar os significados da família, sob uma ótica de pluralidade que perfilhe a diversidade das combinações familiares, independentemente da orientação sexual dos indivíduos (Rodriguez, 2013). Olhando para o conceito de família e para a sua teorização, não é possível identificar uma ordem precisa nem uma cronologia estanque, no entanto considera-se o *Direito Materno de Bachofen* (1861) como a obra que inaugurou o estudo da história da família. Isto é,

(...) não é possível identificar um caminho único de transformação da família nas sociedades ocidentais, assim como não é, de igual modo, possível introduzir uma ordem precisa na história da construção da teoria sobre a família. De qualquer maneira, Burr et al. (1979:3) identificaram quatro grandes orientações neste processo, designadamente o período da pré-pesquisa científica (antes de 1850), dominado por pré-noções, crenças e provérbios populares, assim como por especulações filosóficas sobre a família; o período do darwinismo social (1850-1900), que produziu um conjunto de saberes acerca da evolução social do casamento das formas de família numa perspectiva histórica e institucional; o da ciência emergente (1900-1905), no qual se tenta superar as especulações acerca da família recorrendo-se a dados empíricos sobre a variedade dos padrões familiares das sociedades contemporâneas; por último, a fase da construção de teoria científica sistemática (desde 1950). (Dias, 2015, p.19)

A partir da segunda metade do século XX surgiram perspectivas inovadoras no olhar sobre as famílias. Giddens (1993) apud Rios (2018) refere que as diversas inovações legislativas, refletindo as profundas mudanças na dinâmica familiar daquele período, foram debilitando o modelo institucional hierárquico e patriarcal (tais como a nova compreensão do divórcio e a igualdade de direitos entre os cônjuges). Inicialmente, observava-se uma relação familiar que privilegiava a satisfação afetiva primando pela intimidade e reciprocidade. Após a década de 80, caminhava-se para a “família pós-moderna”, em que o foco é a valorização da individualidade de cada um dos membros (Rios, 2018). Atender a

estas transformações permite a compreensão dos direitos da família na atualidade, que não pode ser considerada tendo por base valores de outrora, continuando ainda assim a ocupar um lugar de grande importância na dimensão de vida priorizado pelos europeus, segundo o *European Social Survey* (Lima e Moz, 2013).

Fenómenos como a desdramatização do divórcio e da coabitação, o reconhecimento dos casamentos entre pessoas do mesmo sexo, o decréscimo da fecundidade, a recomposição familiar, a fertilização assistida ou a adoção por casais do mesmo sexo não podem portanto ser lidos como sintomas do declínio da família, mas antes como sintomas de novos investimentos e sentidos que lhe são dados. (Lima & Moz, 2013, p. 48)

As mesmas autoras enfatizam ainda que falar em famílias não normativas ou famílias plurais é falar em famílias arco-íris<sup>8</sup>. No entanto, importa relevar que tal não deverá contribuir para a disparidade de configurações familiares distintas, mas sim enfatizar a ideia de que se fala de famílias na sua globalidade.

Galán (2013) sobre estas famílias [arco-íris] apresenta que,

A realidade das famílias arco-íris é que, tal como o resto das famílias, também apresentam uma diversidade saudável e incluem famílias monoparentais, reconstituídas, multiétnicas, adotivas, numerosas, casais sem filhos, ou os chamados projetos de coparentalidade ou pluriparentalidade, nos quais mais do que duas pessoas (um casal e uma terceira pessoa ou dois casais, entre outras muitas possibilidades) são as protagonistas do processo de parentalidade. (Galán, 2013, p. 122)

---

<sup>8</sup> O conceito “famílias arco-íris” provém d’O Grupo de Famílias Arco-Íris criado pela ILGA Portugal, que é “um grupo de pessoas LGBTI+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans ou Intersexo) com crianças a seu cargo e/ou que pretendem dar início ao seu projeto de parentalidade” (ILGA Portugal).



Afirma-se que, tal como nas uniões heterossexuais, as relações homossexuais, alicerçadas no afeto e na sexualidade, de forma livre e autónoma, são dignificadoras e protetoras da pessoa humana (Rios, 2018).

De facto, e ao contrário da premissa heterossexista de Lévi-Strauss, a antropologia precisa de ver o parentesco como uma instituição que, para existir na forma que a conhecemos, precisa da codificação do género e precisa do tabú sobre a homossexualidade. Do mesmo modo que as sociedades humanas foram capazes de reinventar, ainda que lentamente, outras instituições ao ponto de as eliminar (pensemos no feudalismo; ou na escravatura), serão capazes de reinventar o parentesco e a parentalidade, sobretudo quando algumas das funções por eles cumpridas não fizerem tanto sentido ou forem substituídas, em importância, por outros princípios. (Ferreira, 2004, pp. 5-6)

#### **2.4. Da heteronormatividade ao heterossexismo**

Na década de 80, Rich (1980) e Wittig (1980) adotaram o termo “heterossexualidade compulsória” para falar da naturalização de uma sexualidade heterossexual, considerada como o suposto *normal*, universal e ligada a um sistema que articula sexo/género/desejo. Este sistema baseia-se na lógica de que “se um corpo tem pénis (sexo) é necessariamente um homem (género) que, portanto, se relaciona afetiva e sexualmente com uma mulher (desejo heterossexual)” (Moscheta & Fébole & Anzolin, 2016, p. 73), dando ao homem o papel dominante, tornando-o o paradigma vigente na sociedade ocidental (Oliveira, 2010, p. 41).

Regressando à ideia Morin (1977, apud Oliveira, 2010) [o heterossexismo é]:

(...) sistema de crenças e valores que nega e estigmatiza qualquer forma de comportamento, identidade, relação, e comunidade não heterossexual (Herek, 1993) torna-se também evidente pela heterossexualidade compulsiva (Rich, 1980) numa

sociedade em que a identidade hetero é para além naturalizada, construída como pressuposto e imposta. (Oliveira, 2010, p. 40)

Deste modo, todas as formas que se apresentam como não heterossexuais são uma violação das normas instituídas social e culturalmente, conduzindo-nos ao conceito de heterossexismo cultural de Herek (1993) que nos diz que este é um *enviesamento heterossexual* que veta tudo o que diverge dos padrões instituídos (Oliveira, 2010, p. 41).

A heterossexualidade compulsória é o termo alusivo à premissa de que todas as pessoas são heterossexuais, difundida pelos discursos que naturalizam a heterossexualidade. Por sua vez, a heteronormatividade é um conceito que se relaciona com a exigência política e social do padrão heterossexual, ou seja, é um sistema opressivo onde se espera uma vida coerente com o *ser homem* ou *ser mulher* (Colling & Nogueira, 2015 apud Santana & Raser, 2018). Apesar de serem conceitos diferentes, muitas vezes surgem associados nos estudos *queer* e contribuem para a estigmatização e a desigualdade social.

Outro conceito relacionado é o de heterossexismo tradicional, que se refere à asserção de que pessoas gays e lésbicas seriam “ímorais, pecadoras ou pervertidas” (Costa et al., 2010, p. 101) e que deveriam ter uma limitação à sua liberdade, fosse pela negação de direitos ou de privilégios. Atualmente, podemos encontrar formas mais subtis de expressão de preconceito, apelidadas de heterossexismo moderno.

(...) uma das estratégias mais utilizadas por pessoas não heterossexuais por forma a evitar a discriminação passa pela invisibilidade em vários contextos (European Union Agency of Fundamental Rights, 2009). Esta invisibilidade funciona como adaptação forçada a estruturas e contextos fortemente heterossexistas que exercem a sua violência – simbólica ou declarada, implícita ou explícita – sobre qualquer pessoa que se desvie dos limites impostos pela hegemonia heterossexual. (Costa et al., 2010, 95)

A crescente legitimação das relações homossexuais e o reconhecimento *público* (legal) dos seus direitos irá conduzir ao decréscimo da invisibilidade e silenciamento das mesmas (Almeida, 2013).

Como sugerido por Butler (2017), ao contrário do que parece lógico e intuitivo, a divisão binária de géneros não antecede a heterossexualidade, mas é uma consequência desta, como podemos ver na seguinte passagem:

A instituição de uma heterossexualidade obrigatória e naturalizada requer e regula o género como uma relação binária na qual o termo masculino se diferencia de um termo feminino, e esta diferenciação é conseguida mediante práticas de desejo heterossexual. O acto de diferenciar os dois momentos opostos do binário consolida cada um dos termos e dá-lhe a respectiva coerência interna do sexo, do género e do desejo. (Butler, 2017, p. 88)

Nas Ciências Sociais, a heteronormatividade aparecia como base de análise de vários conceitos e fenómenos sociais, uma vez que refletia o que era *normalizado* socialmente. No entanto, hoje em dia, é imperativo repensar as disciplinas afastando-as e questionando-as acerca da sua *carga heteronormativa*, de modo a mitigar a marginalização e discriminação das pessoas LGBT.

Se eu fosse um antropólogo chegado de Marte, definiria o quadro da seguinte maneira: nesta sociedade homens e mulheres são (idealmente) vistos como iguais apesar das diferenças biológicas; isso manifesta-se no consentimento mútuo e na mútua satisfação nas relações afetivas e sexuais, na não-dependência das mulheres em relação aos constrangimentos da fertilidade e da reprodução, no declínio do patriarcado como instituição de apropriação das crianças pela categoria social de género que não pode engravidar. Diria também: por isso nesta sociedade as relações afetivas e sexuais entre pessoas do mesmo sexo são crescentemente reconhecidas como válidas e legítimas, porque são vistas como tendo os mesmos conteúdos das

relações heterossexuais, mas o processo ainda é transitório e em conflito com um dispositivo homofóbico e heteronormativo. (Almeida, 2013, p. 55)

### **III. OPÇÕES METODOLÓGICAS**

Neste capítulo abordam-se as opções metodológicas que orientam a pesquisa, tendo por base o estudo da invisibilidade de famílias não normativas nos cuidados em obstetrícia pela ótica dos/as profissionais de saúde.

Encontra-se organizado em subcapítulos: apresentação do desenho metodológico, apresentação da população alvo definida para a pesquisa e métodos de recolha e tratamento de dados a utilizar.

#### **3.1. Desenho Metodológico**

Para dar início a este trabalho foi delineada a seguinte questão de pesquisa: “Será que através da perpetuação do heterossexismo, nos cuidados de saúde em obstetrícia, as famílias não normativas são consideradas por profissionais de saúde na sua prática?”.

Para operacionalizar o problema em estudo foi traçado o objetivo geral: analisar a consideração das famílias não normativas, nos cuidados em obstetrícia, por profissionais de saúde, desde o pré-concepcional ao pós-parto.

Com vista à sua concretização foram definidos os objetivos específicos, que se apresentam de seguida:

- ✓ Identificar as atitudes prevalentes dos/as profissionais de saúde, da área de obstetrícia, face à diversidade sexual;
- ✓ Validar a presença de heterossexismo nas interações entre os/as profissionais de saúde de obstetrícia e os/as clientes;
- ✓ Averiguar a existência de preconceitos e atitudes discriminatórias, por parte dos/as profissionais de saúde, face à população LGB, utilizária dos cuidados de saúde em obstetrícia;
- ✓ Inquirir o conhecimento dos/as profissionais de saúde em obstetrícia, relativamente ao reconhecimento de parceiros/as do mesmo sexo, na tomada de decisões clínicas e nos direitos de visita e participação.

Considerando a natureza do objeto de estudo e com vista a potenciar o método de recolha de dados como promotor de tomada de consciência para esta temática selecionou-se uma abordagem exploratória quantitativa, complementada por três entrevistas semiestruturadas para a sua compreensão.

Segundo Vilelas (2020), “as abordagens quantitativas visam a apresentação e a manipulação numérica de observações com vista à descrição e à explicitação do fenómeno sobre o qual recaem as observações” (*ibidem*, 2020, p. 198), tendo sido considerada esta abordagem no trabalho. A aproximação a uma abordagem qualitativa é essencial para compreender as atitudes dos/as profissionais de saúde, uma vez que “há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, que não pode ser traduzido em números” (*ibidem*, 2020, p. 199). Encontramos assim, uma forma de explorar a temática desta dissertação.

### **3.2. População Alvo e Amostra**

Neste trabalho pretende-se que a população de interesse seja constituída por profissionais de saúde (médicos/as e enfermeiros/as), que prestem cuidados em obstetria (do pré-concepcional ao pós-parto) quer nos cuidados de saúde públicos como privados, desde os cuidados de saúde primários, hospitalares a clínicas de procriação medicamente assistida. Selecionou-se uma amostra paralela (as amostras para as componentes qualitativa e quantitativa da pesquisa são diferentes, mas desenhados a partir da mesma população de interesse) (Collins et al., 2006, p. 70).

Na vertente quantitativa, e com base na população de interesse, foram tidas em conta todas as respostas resultantes da aplicação de um inquérito por questionário (modelo Google Forms®), de grupos de trabalho institucionais e de redes sociais, resultando numa amostra probabilística estratificada, considerando todo o território Nacional e Regiões Autónomas.

Assim, constitui com critério de inclusão todas as respostas obtidas de médicos/as e enfermeiros/as que prestem cuidados no âmbito acima mencionado e que tenham dado o seu consentimento na secção inicial do inquérito. Seria critério de exclusão a resposta *não* no consentimento informado para a participação (não tendo ocorrido) e prestação de cuidados fora de âmbito relevante da saúde da mulher.

No que concerne à amostra da vertente qualitativa, realizaram-se entrevistas no contexto natural de prestação de cuidados das participantes, selecionando-se prestadoras de cuidados (duas enfermeiras, uma especialista de saúde materna e obstetrícia e outra de cuidados gerais, e uma médica interna da especialidade de obstetrícia e ginecologia), com vista à descrição do fenómeno em diversos contextos. Foram selecionadas estas participantes com base na representação da amostra dos inquéritos por questionário.

### **3.3. Método de Recolha de Dados**

A técnica de recolha de dados mais adaptada ao carácter desta pesquisa combina o inquérito por questionário e a entrevista semiestruturada.

#### **a. Inquérito por questionário**

Com os inquéritos por questionário pretendeu-se recolher informação a um grupo representativo de profissionais de saúde (médicos/as e enfermeiros/as). Com este método, recorrendo a questões fechadas previamente instituídas e codificadas, a recolha e o processamento dos dados tornam-se mais rápidos e simplificados (Vilelas, 2020).

O questionário (Anexo I do presente trabalho) foi construído com base nos objetivos e na questão de partida com linguagem adaptada ao público-alvo. Antes da divulgação do questionário foi realizada uma validação do mesmo, de modo a evitar situações de sentido incerto das questões.

Implementou-se (em rede) devido à gestão de tempo da pesquisa e ao facilitismo de alcance da população a estudar, uma vez que através dos canais digitais é possível um maior alcance da amostra, a nível nacional, tornando-a mais rica e cientificamente relevante. Procurava-se obter um mínimo de 30 respostas, correspondendo ao mínimo sugerido na literatura, segundo Vilelas (2020).

Garantiu-se a confidencialidade e o anonimato nos questionários, não expondo nenhum/a participante ao risco, a danos físicos ou psicológicos (princípio da não maleficência).

A colheita de dados foi realizada no questionário e o tratamento de dados executado de forma a manter a confidencialidade (através da codificação nominal dos questionários). Todos/as os/as participantes foram identificados/as pelas categorias identitárias como: idade, sexo biológico, orientação sexual, profissão, grau académico mais alto, anos de profissão e local de trabalho (público/privado/região geográfica de Portugal).

Como não são divulgados dados de identificação pessoal, não se considerou necessário obter autorização e declaração para Proteção de Dados. Conquanto, no início do inquérito os/as participantes expressam a sua vontade de participar no estudo, sabendo que o anonimato será sempre garantido.

Neste inquérito por questionário existem duas secções: uma primeira para a caracterização do/da participante e a segunda secção com atitudes prevalentes nos cuidados em obstetrícia.

Tal como sugerido na literatura, foi realizado um pré-teste da aplicação do inquérito. Foi explicado aos/as inquiridos/as o motivo do preenchimento do inquérito, validando a perceção dos/as mesmos/as relativamente às questões colocadas. Confirmou-se a adequação das questões colocadas aos objetivos estabelecidos nesta dissertação, solicitando que cronometrassem o tempo médio de resposta para que o mesmo constasse na descrição do inquérito.

A construção do questionário ocorreu após o levantamento bibliográfico sobre a temática em estudo, seguindo-se a formulação dos itens, as opções de resposta e a realização de pré-teste. Após o pré-teste, definiu-se o horizonte temporal de aplicação dos inquéritos (de 17 de maio a 17 de junho), obtendo-se um total de 458 respostas.

A validação do questionário teve em conta a praticabilidade, dimensionalidade e responsividade do instrumento (Vilelas, 2020, p. 370). Contudo, não foi realizada a análise de consistência interna e a análise fatorial.

## **b. Entrevista semiestruturada**

A entrevista semiestruturada desenvolveu-se num ambiente semelhante a uma conversa informal, na qual, através de perguntas abertas e fechadas, se procura explorar



ideias, vivências e opiniões das entrevistadas acerca do tema proposto (Vilelas, 2020), após a entrega do informativo da dissertação de mestrado e do consentimento informado (Anexo II – Consentimento informado).

Foi elaborado um guião de entrevista (Anexo III) com perguntas descritivas onde se procura identificar os significados dos comportamentos das entrevistadas face à consideração das famílias *não normativas* nos cuidados em obstetrícia, em que as mesmas foram redigidas com vista a responder aos objetivos delineados nesta dissertação.

O planeamento da entrevista passa por várias fases: definição de objetivos, construção do guião, escolha e preparação das entrevistadas e testagem do guião (Vilelas, 2020), sendo que foi seguido o cronograma previamente estabelecido.

Apesar de não serem divulgados dados de identificação pessoal e de não serem considerados riscos nem danos do ponto de vista ético-legal, considera-se pertinente a obtenção da autorização e declaração para Proteção de Dados para a gravação e transcrição das entrevistas, ressaltando no início da mesma a vontade expressa das entrevistadas em participar.

Relativamente ao número de entrevistas a obter, realizaram-se três entrevistas semiestruturadas (Anexos IV, V e VI desta dissertação), selecionando-se prestadoras de cuidados em ambiente hospitalar, de cuidados de saúde primários e de clínica de procriação medicamente assistida, com vista à descrição do fenómeno em diversos contextos.

Foi entregue a cada participante: o informativo relativo ao objetivo da presente dissertação, da entrevista, e também o consentimento informado.

### **3.4. Tratamento e análise de dados**

Para o tratamento dos dados recolhidos por meio de inquérito foi realizada uma análise quantitativa, com recurso a uma abordagem por *High Level*. Esta forma de processamento de dados permite contribuir para o desenvolvimento e validação dos saberes, permitindo a generalização dos resultados, de antedizer e controlar os acontecimentos (Vilelas, 2020).

Nesta abordagem por *High Level* os dados foram agrupados do valor mais baixo para o mais alto de incidência, tendo sido correlacionados posteriormente nas várias variáveis.

Assim, esta relação de valores permite obter informações interpretativas dos dados recolhidos. É um método útil na interpretação dos dados recolhidos através de inquéritos para relacionar não só variáveis como idade, sexo, profissão, mas também útil no tratamento de dados com resposta de 'sim' ou 'não'.

Relativamente ao tratamento de dados conseguidos por meio de entrevista semiestruturada procurou-se comparar as respostas obtidas com os resultados do inquérito por questionário e da literatura consultada.

## **IV. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

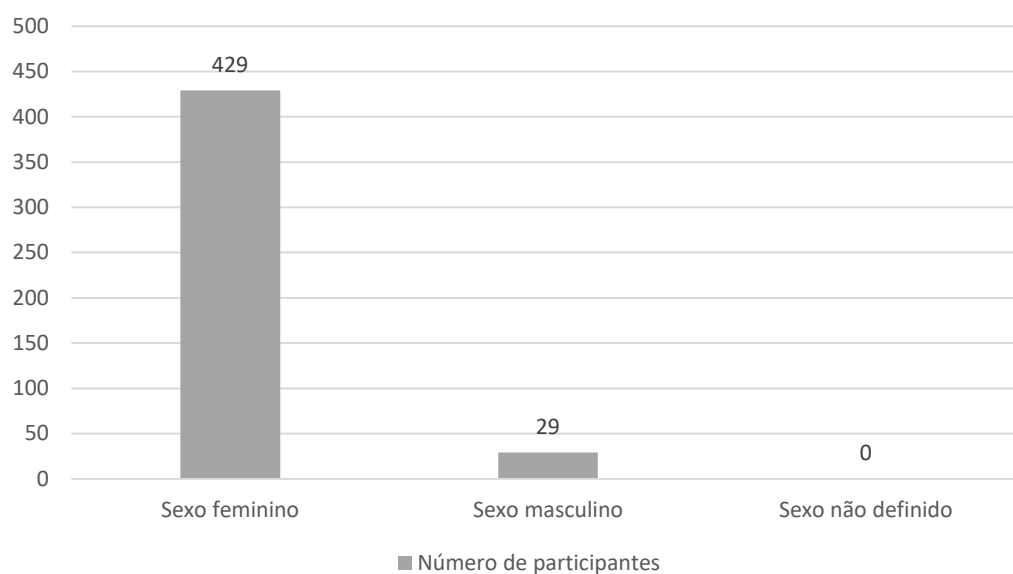
Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos através de inquérito por questionário e da entrevista semiestruturada. Procurou-se que a apresentação dos resultados, com tratamento estatístico *high level*, fosse complementada à luz dos pressupostos teóricos anteriormente explanados no capítulo I.

Em primeiro lugar apresenta-se uma caracterização da população inquirida com base nos dados recolhidos na primeira secção do inquérito. De seguida são consideradas as opiniões das participantes da entrevista, analisando os resultados mais significativos e pertinentes para a investigação, utilizando também excertos da entrevista em modo de comparação com os resultados dos inquéritos.

### **4.1. Caracterização da população inquirida**

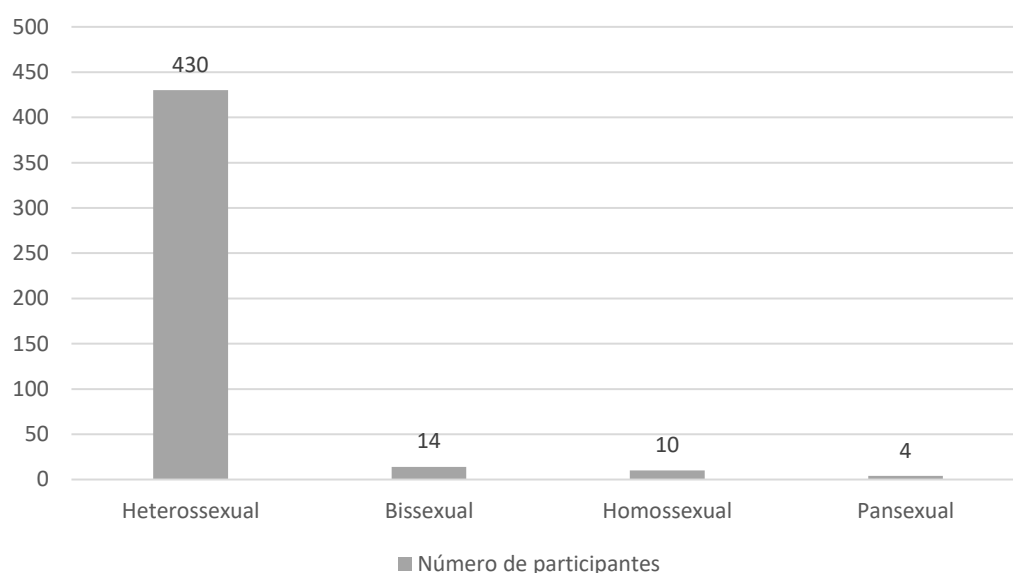
Foi obtido um total de 458 respostas com 100% de concordância com o consentimento para a utilização dos dados e confirmação da maioria. Destas 458 respostas, 390 correspondem a profissionais de saúde (médicos/as e enfermeiros/as), que prestem cuidados em obstetrícia (do pré-concepcional ao pós-parto) quer nos cuidados de saúde públicos como privados, desde os cuidados de saúde primários, hospitalares a clínicas de procriação medicamente assistida. As outras 68 respostas são de profissionais que, apesar de não prestarem cuidados no âmbito atrás mencionado, consideraram pertinente responder ao inquérito pelo facto da sua prática de cuidados estar intimamente relacionada com cuidados de saúde às mulheres.

A maioria da amostra é do sexo feminino (~94%), sendo o segmento com maior peso os/as enfermeiros/as de cuidados gerais e sexo feminino. O sexo biológico com menor participação foi o masculino, sendo que ninguém se posicionou no “não definido” (gráfico 4.1.1).



*Gráfico 1: 4.1.1 – Sexo biológico dos/as participantes*

Quanto à variável orientação sexual, a maioria dos/as inquiridos/as respondeu ser heterossexual (~94%), com maior peso no segmento dos/as enfermeiros/as especialistas em saúde materna e obstetrícia. A orientação sexual com menos participação foi a pansexual (gráfico 4.1.2).



*Gráfico 2: 4.1.2 – Orientação sexual dos/as participantes*

As classes etárias que compõem a amostra apresentam-se no gráfico 4.1.3, 67,7% tem até 44 anos, em que a maioria (40,2%) se compreende entre 33 e 44 anos de idade. O segmento com mais relevância é dos/as enfermeiros/as especialistas em saúde materna e obstetrícia com idades entre os 33 e os 44 anos, representando 35,8% dos/as participantes. A classe etária com menos participação foi a de +63 anos.

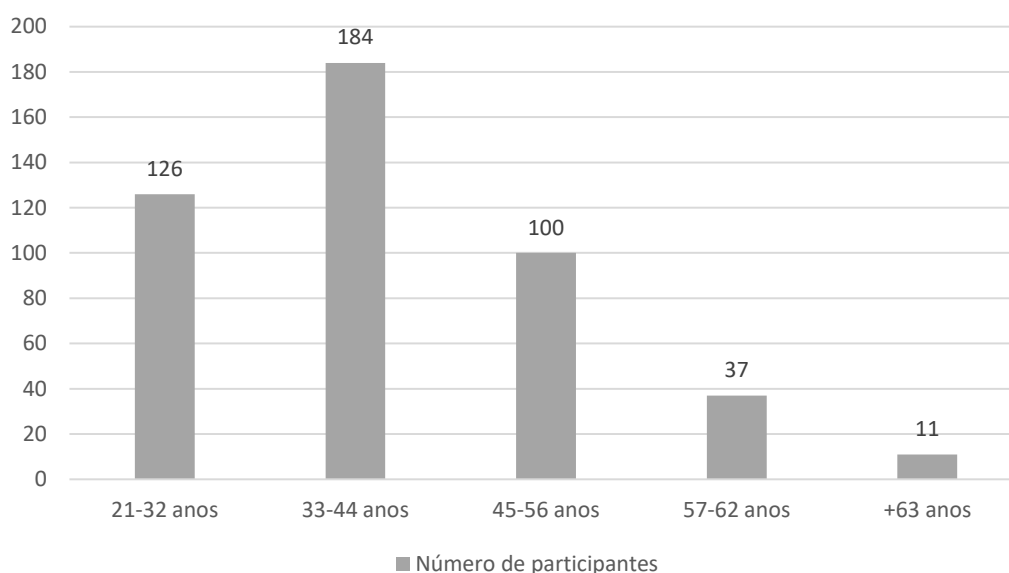
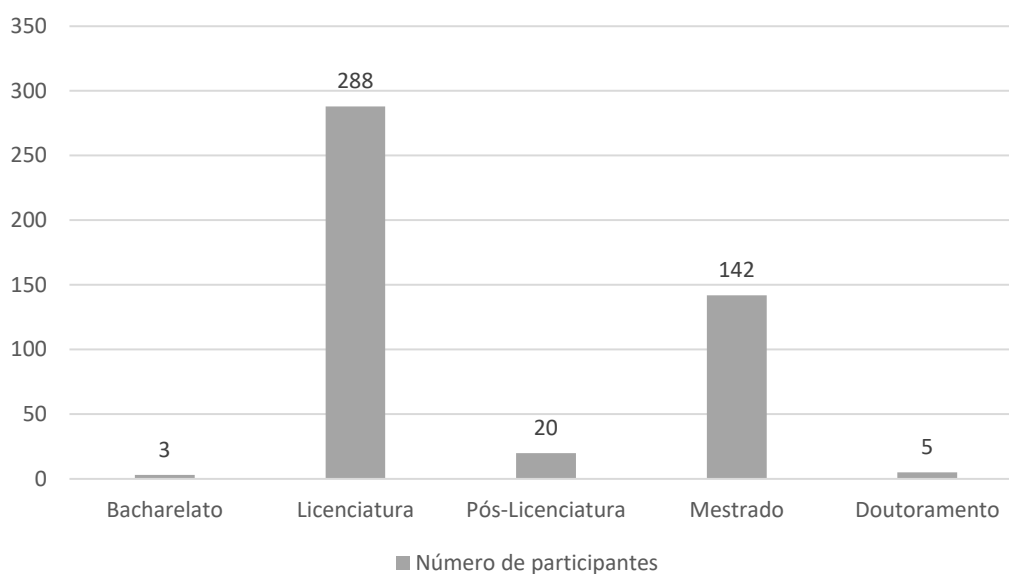


Gráfico 3: 4.1.3 – Classe etária dos/as participantes

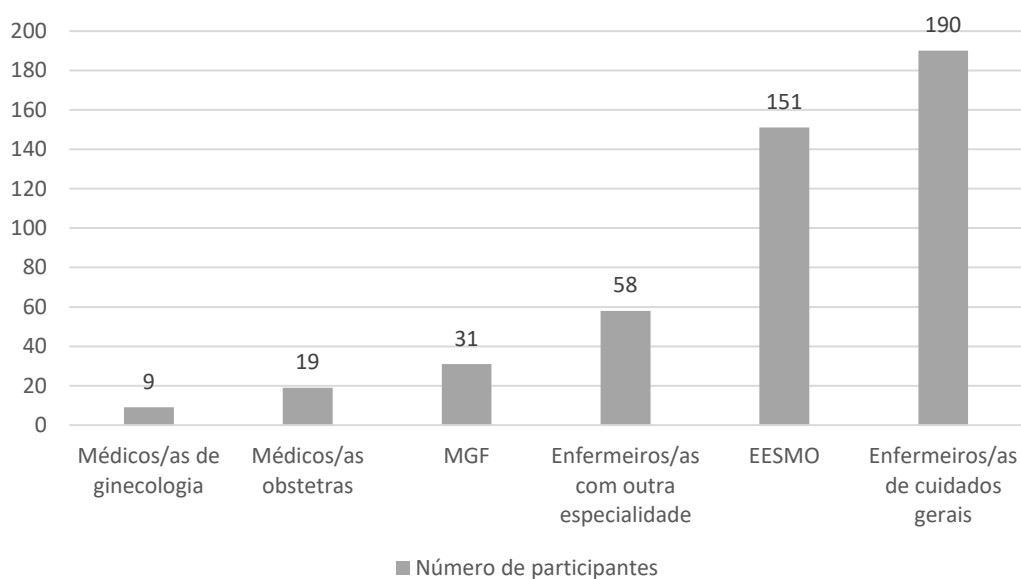
Considerando a variável habilitações literárias dos/as participantes, 63% da amostra é Licenciado (n=288), seguindo-se os/as participantes detentores de Mestrado com 31% de participantes (n=142). O grau de bacharel detém a minoria de respostas com 0,6% (n=3).<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Em enfermagem, o grau de enfermeiro especialista pode ser obtido através do curso de mestrado da área de especialidade ou do curso de pós-licenciatura, conforme REPE: “Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” (ponto 3, pág. 3). Até 1999, era conferido o grau de Bacharel ou curso técnico especializado em Enfermagem. Com o Decreto-Lei nº353/99 de 3 de Setembro, todas as escolas de enfermagem passam a conferir o grau de Licenciado.



*Gráfico 4: 4.1.4 – Habilitações literárias dos/as participantes*

Cerca de 87% da amostra diz respeito a dados obtidos por enfermeiros/as, em que aquela que apresenta maior contribuição são os/as enfermeiros/as de cuidados gerais (41,5%), seguindo-se com 33% os/as enfermeiros/as especialistas em saúde materna e obstetrícia. Dentro da profissão médica a maior expressão é dos/as médicos/as de medicina geral e familiar (com 6,3%).



*Gráfico 5: 4.1.5 – Profissão dos/as participantes*

Considerando a variável distrito de exercício da atividade laboral, a maioria dos/as inquiridos/as pertence ao distrito de Lisboa, correspondendo a 71,2% (n=326), sendo que 32,5% destes são enfermeiros/as de cuidados gerais. Os distritos com menor peso na amostra são Guarda (n=1) e Bragança (n=2). Não foram recolhidos dados de Beja e Portalegre (gráfico 4.1.6).

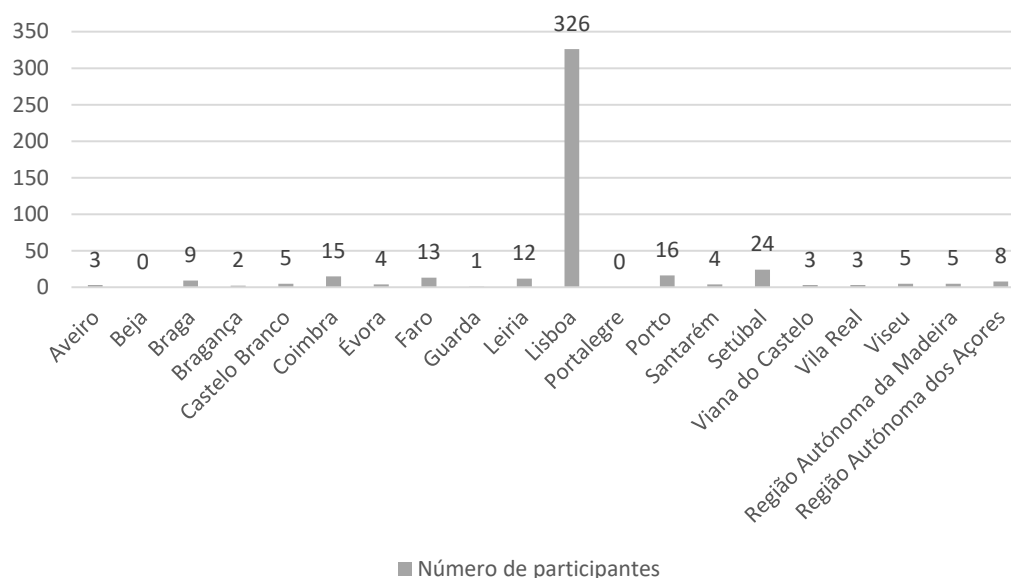
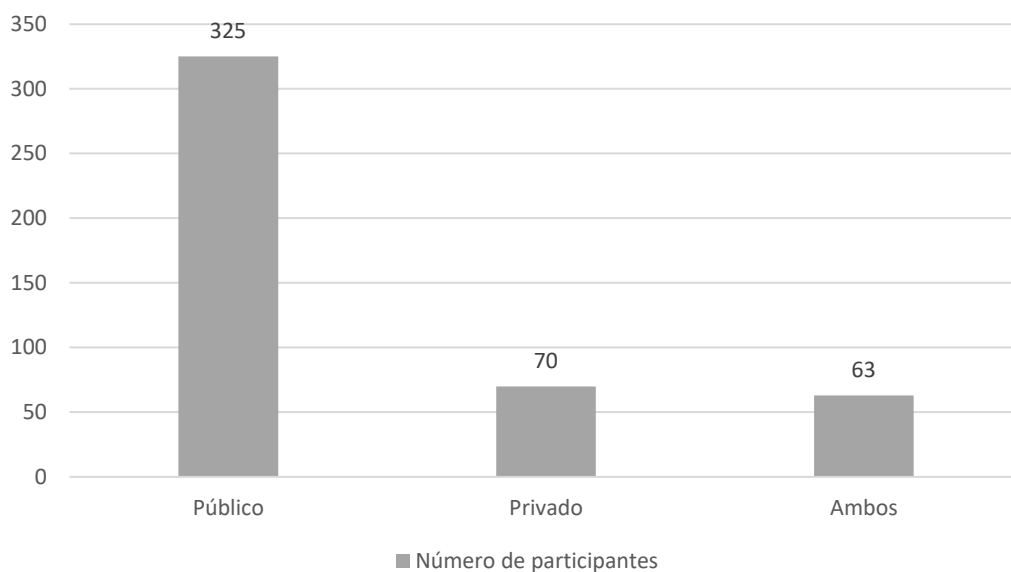


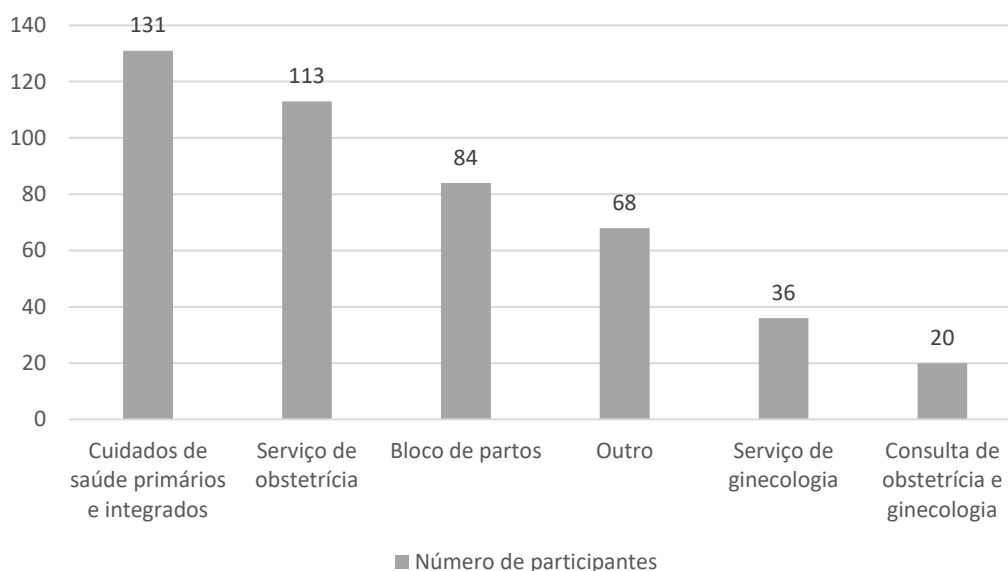
Gráfico 6: 4.1.6 – Distrito de exercício da atividade laboral dos/as participantes

Tendo em conta o setor de exercício da atividade laboral, da amostra recolhida, 85% corresponde a profissionais que pertencem ao setor público, 71% exerce exclusivamente neste setor (n=325), dos quais 28,2% são enfermeiros/as de cuidados gerais. A amostra revela que a minoria (15,3%) exerce no setor privado (n=70) (se não considerarmos que exercer em ambos é uma categoria de união), conforme o gráfico 4.1.7.



*Gráfico 7: 4.1.7 – Setor de exercício de atividade laboral dos/as participantes*

Os/as participantes, de acordo com o seu local de exercício de funções, distribuem-se de acordo com o gráfico 4.1.8. 28,2% dos/as participantes (n=131) exerce a sua atividade nos cuidados de saúde primários e integrados. 14,6% (n=84) da amostra são enfermeiros/as especialistas em saúde materna e obstetrícia a exercer a sua atividade no bloco de partos.



*Gráfico 8: 4.1.8 – Distribuição dos/as participantes de acordo com o local de exercício de funções*



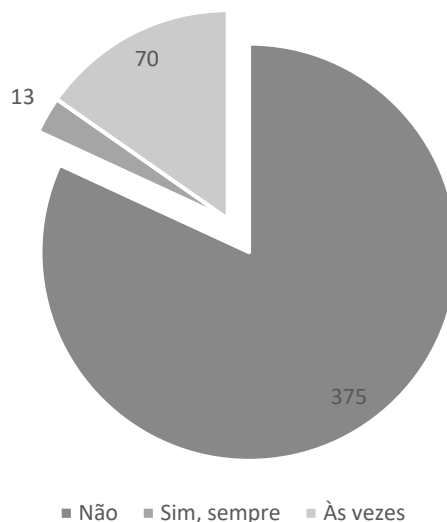
A amostra recolhida vai ao encontro do mencionado na literatura, onde se descreve que o setor da saúde é maioritariamente feminino, sendo que esta tendência se mantém em ascensão (Saleiro, et al., 2016). Os dados do PORDATA<sup>10</sup> (2022), relacionados com o número de diplomados/as por ano, por área de educação e sexo, mostram que neste setor há um número crescente de mulheres face a homens na área da medicina e da enfermagem geral e enfermagem obstétrica, à semelhança do que acontece nas ciências dentárias, tecnologias de diagnóstico e terapêutica, terapia e reabilitação e ciências farmacêuticas. Isto é visível nos números disponíveis no PORDATA (2022). Em 2020, num universo total de 2706 estudantes de medicina, 894 são homens e 1812 são mulheres, tendência esta que se mantém em 2021, em que num total de 2698, 811 são homens e 1887 são mulheres. O mesmo acontecendo na área de enfermagem geral e obstétrica, em que em 2020, num total de 3992 diplomados, 653 eram homens e 3339 eram mulheres, tal como em 2021, em que em 4626, 764 eram diplomados homens e 3862 mulheres.

#### **4.2. Análise das respostas obtidas no inquérito por questionário**

De seguida apresenta-se a análise crítica das respostas obtidas através do inquérito por questionário, recorrendo à literatura para uma fundamentação teórica das mesmas.

---

<sup>10</sup> PORDATA – Estatísticas sobre Portugal e Europa, financiado pela Fundação Francisco Manuel dos Santos



*Gráfico 9: 4.2.1 – “No acolhimento/primeiro contacto de uma mulher no serviço/consulta de obstetrícia/ginecologia, questiono a mesma quanto à sua orientação sexual?”*

Em resposta à pergunta “No acolhimento/primeiro contacto de uma mulher no serviço/consulta de obstetrícia/ginecologia, questiono a mesma quanto à sua orientação sexual?” (gráfico 4.2.1), 81,9% (n=375) respondeu negativamente a esta questão, sendo na sua maioria enfermeiros/as de cuidados gerais (n=164), seguindo os/as EESMOs<sup>11</sup> (n=127) e os/as médicos/as de medicina geral e familiar e de obstetrícia e ginecologia (n=40).

Apenas 2,8% (n=13) responderam “sim, sempre” a esta pergunta. Verifica-se que a maioria trabalha em ambiente de consulta e/ou cuidados de saúde primários e integrados (n=7).

A parcela que respondeu “às vezes” (15,3%, n=70) corresponde a 15 médicos/as, dos/as quais 14 exercem a sua atividade laboral em ambiente de consulta e cuidados de saúde primários, à semelhança dos/as 21 EESMOs, em que 6 exercem as suas funções no mesmo ambiente de cuidados, bem como 13 dos/as 34 enfermeiros/as de cuidados gerais e/ou com outra especialidade.

Quando cruzamos a variável orientação sexual com as respostas recolhidas, constatamos que, destes/as profissionais (homossexuais, bissexuais e pansexuais, n=28), 4

<sup>11</sup> Enfermeiro/a especialista em saúde materna e obstétrica

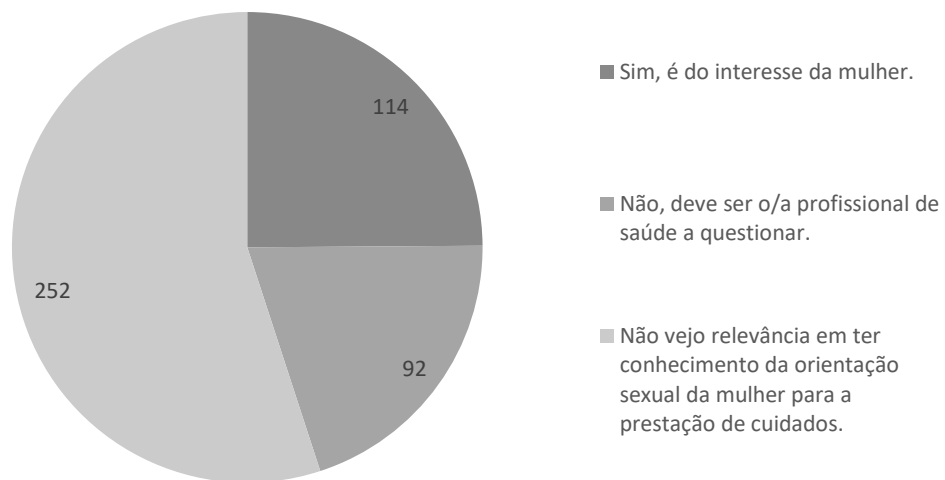
questionam a mulher às vezes em relação à sua orientação sexual, enquanto 24 responderam negativamente à questão.

Apesar dos achados deste trabalho mostrarem que os/as profissionais de saúde, em ambiente de consulta (que pressupõem uma maior continuidade e proximidade com os/as utentes), são os/as que mais questionam quanto à orientação sexual das mulheres, um estudo da ILGA Portugal (2015), por sua vez, refere que a população LGB indicou que “o/a seu/sua médico/a de família não conhece a sua orientação sexual ou comportamentos sexuais com pessoas do mesmo sexo.” (ILGA, 2015, p. 16).

Também no *Guia para a Integração a Nível Local da Perspetiva de Género na Saúde e Acção Social* é mencionado que:

Devem ser tidos em conta, nos serviços e cuidados de saúde, as questões da orientação sexual e da identidade de género, no reconhecimento de orientações sexuais fora da hétero e de identidades de género fora das cisgénero em todas as áreas da saúde, mas sobretudo ao nível da saúde sexual e reprodutiva e nos efeitos da discriminação na saúde mental. (Saleiro et al., 2022, p. 14)

De acordo com os resultados de Quintas (2008), os cuidados de saúde primários são muitas vezes a porta de entrada dos/as utentes no sistema de saúde, tornando os/as profissionais que exercem nestes locais mais próximos dos/as utentes. No entanto, os/as inquiridos/as neste estudo do autor inferem que os/as utilizadores/as do serviço de saúde são heterossexuais, impedindo o fenómeno de *coming out*.



*Gráfico 10: 4.2.2 – "Em contexto de consulta de obstetrícia/ginecologia deve ser a mulher a referir a sua orientação sexual?"*

Os/as profissionais de saúde, quando questionados/as "Em contexto de consulta de obstetrícia/ginecologia deve ser a mulher a referir a sua orientação sexual?" (gráfico 4.2.2), 55% (n=252) responderam "Não vejo relevância em ter conhecimento da orientação sexual da mulher para a prestação de cuidados". Destes, 45,6% (n=115) são enfermeiros/as de cuidados gerais. Ademais, 24,6% (n=62) profissionais exercem a sua atividade laboral no serviço de obstetrícia, coincidindo com uma resposta negativa relativamente a inquirir as mulheres quanto à orientação sexual, aquando do primeiro contacto.

Das respostas obtidas, 24,9% (n=114) das pessoas inquiridas posicionam-se "Sim, é do interesse da mulher". No presente grupo, 3 dos/as inquiridos/as questionam sempre [a orientação sexual da mulher] no seu ambiente de cuidados (n=2 em cuidados de saúde primários e n=1 em serviço de obstetrícia). 28 destes profissionais questionam "às vezes", trabalhando a sua maioria em consulta ou cuidados de saúde primários. 83 referem nunca questionar a mulher quanto à sua orientação sexual no momento do acolhimento, prestando cuidados em serviços de ginecologia, obstetrícia e/ou bloco de partos.

Considerando as pessoas inquiridas, 20,1% (n=92) responderam que "Não, deve ser o/a profissional de saúde a questionar". Quando analisada parcelarmente esta pergunta, vemos que 8 dos/as 92 profissionais de saúde responderam à questão anterior ("No acolhimento/primeiro contacto de uma mulher no serviço/consulta de

*obstetrícia/ginecologia, questiono a mesma quanto à sua orientação sexual?”)* afirmando que questionam sempre a mulher quanto à sua orientação sexual no ato de acolhimento da mesma, tendo em conta que 5 destes/as inquiridos/as exercem a sua atividade laboral em consulta ou cuidados de saúde primários e/ou integrados. Atendendo ainda à mesma parcela de resposta, 27 destes/as 92 profissionais de saúde questionam “às vezes” [a orientação sexual da mulher], em que 18 destes trabalham no mesmo ambiente de cuidados. Por outro lado, e à semelhança dos encontrados na pergunta anterior, 57 destes/as inquiridos/as que não abordam a mulher quanto à sua orientação sexual trabalham em ambiente de obstetrícia, ginecologia e/ou bloco de partos.

A presunção da heterossexualidade em contextos de saúde resulta num silêncio sobre a orientação sexual e os comportamentos sexuais das pessoas LGB: apenas em 17% das situações os/as profissionais de saúde perguntam de forma direta e clara a utentes se estes/as têm comportamentos sexuais com pessoas do mesmo sexo e/ou se são lésbicas, gays ou bissexuais. (ILGA, 2015, p. 14)

No mesmo estudo anteriormente mencionado conclui-se que “Os episódios de discriminação aconteceram em maior número nas áreas de medicina geral e familiar e ginecologia – e 87% das situações envolveu a participação de um/a profissional de saúde.” (ILGA, 2015, p. 19), fruto de um “clima social no qual o heterossexismo e a homofobia tendem a ser a regra” (*ibidem*, 2015, p. 19).

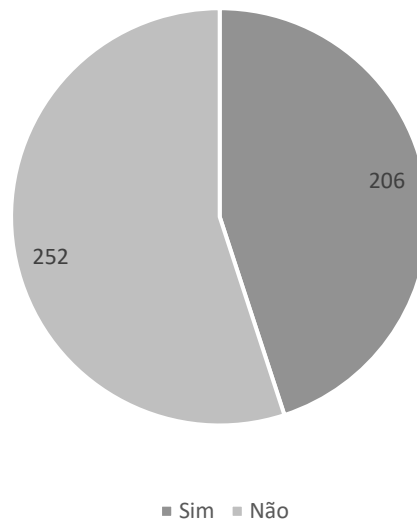


Gráfico 11: 4.2.3 – “Quando uma mulher refere que tem vida sexual ativa, subentendendo que tem uma relação heterossexual e que nessa relação existe penetração?”

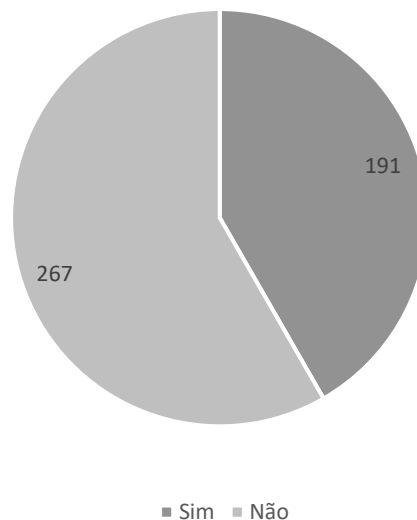
Ao questionarmos a população inquirida relativamente “Quando uma mulher refere que tem vida sexual ativa, subentendendo que tem uma relação heterossexual e que nessa relação existe penetração?” obtém-se uma discordância pouco relevante a nível percentual entre o “Sim” (45%, n=206) e o “Não” (55%, n=252), tal como representado no gráfico 4.2.3.

Cruzando a variável orientação sexual com a questão supracitada, os resultados referentes a pessoas homossexuais, bissexuais e pansexuais não divergem da amostra total, uma vez a maioria desta parcela (n=19) responde negativamente, enquanto os/as restantes (n=9) assume subentender.

Quintas (2008) apresentou que, quando questionadas mulheres lésbicas e bissexuais acerca da vigilância de saúde na área da ginecologia, a maioria referia não o fazer regularmente, sendo essencial a recomendação para frequentarem a consulta de planeamento familiar e o rastreio de cancro do colo do útero e da mama. Encontra-se ainda comumente difundida a ideia de que as mulheres lésbicas e/ou bissexuais não necessitam de uma vigilância relacionada com a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, que este é um *problema* relacionado com a heterossexualidade. Tomando como exemplo os números trazidos pelo autor relativamente à utilização de proteção em relações com penetração, existe uma percentagem significativa que afirma nunca usar proteção (25,8%) apresentando-se uma

maior percentagem em mulheres lésbicas e bissexuais (47,5%), comparativamente a relações de homens gays e bissexuais (8,2%) (cf. Quintas, 2008, p. 232).

Uma consulta de ginecologia, uma rotina habitual para imensas mulheres, pode tornar-se para uma lésbica, uma conversa de surdos/as: se a mulher não quer ou tem dificuldade em revelar a sua orientação sexual, toda a consulta é realizada com o pressuposto da heterossexualidade, o questionário e as recomendações incidirão no sexo coital, no desejo ou na prevenção da gravidez; se, pelo contrário, ela deixa bem claro o facto de ser lésbica e de não ter relações com homens, as suas necessidades de saúde e prevenção podem ser subestimadas ou não reconhecidas, não serem efectuados os rastreios recomendados e nem sequer é afluada a questão de querer ou não filhos/as. (Gato, 2012, p. 87)



*Gráfico 12: 4.2.4 – “Uma mulher grávida ou que manifesta desejo de ser mãe, subentendo no meu contacto que a mesma tem uma relação heterossexual?”*

Quando inquiridos/as “*Uma mulher grávida ou que manifesta desejo de ser mãe, subentendo no meu contacto que a mesma tem uma relação heterossexual?*”, 58,3% dos/as participantes reponderam “Não” (n=267), enquanto 41,7% afirmaram-no (“Sim”, n=191), conforme o gráfico 4.2.4.

À semelhança dos resultados da pergunta do gráfico 11, tendo em conta a variável orientação sexual com a questão supracitada, os resultados referentes a pessoas homossexuais, bissexuais e pansexuais não divergem da amostra total, uma vez que a maioria desta parcela (n=19) responde negativamente, enquanto os/as restantes (n=9) assumem subentender.

De acordo com o estudo de Quintas (2008), um número reduzido de inquiridos/as afirma que “o profissional de saúde tende a associar o facto do inquirido ser LGBT, com a incompatibilidade para a maternidade/paternidade” (p. 260), a maior parte das vezes referente a mulheres lésbicas e bissexuais. Em contrapartida, um maior nível percentual da amostra do estudo do autor nega tal afirmação. Para além disso, alguns/algumas inquiridos/as afirmam que “nunca falou sobre este assunto com os profissionais de saúde” (*ibidem*, 2008, p. 260), mostrando assim que continua a haver alguma resistência a abordar as questões da orientação sexual nas consultas, o que pode condicionar não só a relação terapêutica estabelecida como a vigilância da saúde.

O estudo da ILGA Portugal (2015) revela que o silêncio associado a diferentes formas de conjugação familiar continua a ser real, por exemplo através da omissão da estrutura familiar aos pediatras que acompanham os seus filhos/as por parte das pessoas LGB (cerca de 25%, de acordo com ILGA (2015, p. 32)). A mesma associação acrescenta que o não reconhecimento de conjugações familiares plurais em contextos de saúde contribui para perpetuar esta discriminação.

A comunicação social adquire um papel fulcral na luta e combate à discriminação das pessoas LGBT, muitas vezes expondo e denunciando comportamentos e acontecimentos relacionados com a prestação de cuidados de saúde. Tomemos por exemplo um caso que chegou através da ILGA Portugal aos órgãos de comunicação social, em 2011, que relata uma situação de discriminação em contexto de consulta de ginecologia de um hospital central de Lisboa, cuja vontade de uma mulher (lésbica) em querer ser mãe foi colocada em causa por um médico e uma enfermeira, sendo o argumento utilizado pelos profissionais na



altura “Nunca me tinha surgido um caso desses porque agora é que as pessoas falam mais disso. E confesso que não compreendo, realmente, porque é que duas mulheres querem ter filhos. Porque acho que para uma criança crescer normalmente deve ter um pai e uma mãe.” (Câncio, 2011 apud Gato, 2012, p. 87).

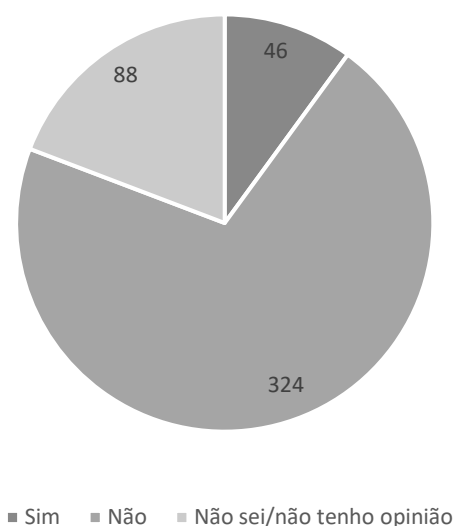


Gráfico 13: 4.2.5 – “Na sua opinião, a lei é equitativa quanto a oportunidades de constituir família para casais lésbicos/gays/ou famílias monoparentais?”

No que concerne à igualdade de oportunidades da constituição familiar, os/as inquiridos/as quando questionados/as “Na sua opinião, a lei é equitativa quanto a oportunidades de constituir família para casais lésbicos/gays/ou famílias monoparentais?”, 70,7% (n=324) considera não haver igualdade de oportunidades, 19,2% (n=88) refere não saber ou não ter opinião formulada sobre o assunto, divergindo 10% (n=46) que acreditam haver igualdade/equidade nesta oportunidade de constituição familiar para famílias plurais.

Na literatura consultada, parte dela já anteriormente trabalhada nesta dissertação, é referido que na legislação (da constituição familiar ou da reprodução medicamente assistida) continuam a figurar exceções discriminatórias sobre a população LGB (Gato, 2012).

Encontramos ainda na bibliografia (Chapman, 2012 apud Macieira, 2020) que famílias ditas *não normativas* adiam muitas vezes recorrer aos serviços de saúde por experiências prévias não positivas, aplicando-se também aos casais homossexuais nos cuidados aos seus/suas filhos/as, que procuram cada vez mais que estes sejam cuidados atenciosos e

inclusivos, com profissionais mais diferenciados/as do ponto de vista da formação. No entanto, nem todos os relatos destas famílias assentam na ótica negativa, nomeando como muito positivo sempre que os/as profissionais os/as trataram de forma imparcial, respeitadora e isenta de comentários face à sua orientação sexual, considerando-a nos cuidados prestados. “É levantado, então, um problema, uma vez que são os próprios profissionais, que se dizem dedicar a salvar e ajudar os outros, que podem estar a condicionar o acesso à saúde de muitas pessoas que realmente estejam em situações de perigo para a saúde.” (Chapman, 2012 apud Macieira, 2020, p. 44).

I=52	“Penso que a sexualidade e as diversas formas de a expressar ainda são assunto tabu, a meu ver não importa a orientação sexual no que concerne aos cuidados de saúde, embora, se a situação assim o indicar, poderá ser uma informação relevante que deve a todo o tempo ser respeitada e tida em conta como qualquer outra”
I=66	“Infelizmente, no meu curso durante os 4 anos a homossexualidade e cuidados a pessoas trans e homo nunca foram temas.”
I=100	“Não acho que seja equitativa mas penso que as situações de Herero [hétero] ou homossexualidade também não o são”
I=101	“Todos os subentendidos referidos acima têm que ver com o facto da vasta maioria das grávidas que assisto, serem heterossexuais. Não tem que ver com qualquer preconceito contra. Realmente, devem contar-se pelos dedos de uma mão o número de grávidas homossexuais a quem prestei serviço. Onde presumo que é ainda uma muito pequena percentagem de grávidas. Perguntar a orientação sexual, sistematicamente, a todas as grávidas que assisto, parece-me, por esse motivo, um pouco descabido. Quando pergunto o motivo do recurso a técnicas de reprodução medicamente assistida, às grávidas cuja conceção se alcançou dessa forma (e pergunto que tipo de concepção se verificou), assumo que ela responderá, caso seja esse o caso, que tem uma relação homossexual. Até porque a orientação sexual é irrelevante para os cuidados que presto - ecografia obstétrica ou consulta de DPN.”

I=102	“A presunção segue a norma mas não invalida outras opções.... Quando se ouvem cascos na ponte pensa-se primeiro num burro e só depois numa zebra.”
I=171	“Ainda existe muitos tabus que não devia haver nem ideias pré concebidas.”
I=181	“Efetivamente nas consultas não é usual questionar a orientação sexual do utente. Aguarda-se muitas vezes que o utente manifeste se está a ter alguma dificuldade.”
I=262	“Deveria haver mais profissionais com especialização na área da sexualidade”
I=308	“No meu serviço a maior parte das vezes a grávida vem acompanhada do parceiro/parceira, que identifica como tal. Nesse caso não sinto necessidade de questionar acerca de orientação sexual. Quando necessário e consoante o caso clínico questiono acerca da orientação sexual, mas não em todos os casos, não por uma questão de heterossexismo mas por não ter relevância para os cuidados prestados.”
I=338	“[A lei] Discrimina casais gay masculinos”
I=394	“Parece-me relevante saber no decorrer das consultas, chegando de parte a parte, para poder adaptar ensinios à realidade”

*Tabela 1: Comentários livres do inquérito*

*I= inquirido*

Os comentários feitos pelos/as inquiridos/as assentam em tópicos descritos anteriormente na literatura e que a sua maioria passa pela iniquidade na acessibilidade aos cuidados de saúde pelos/as LGB<sup>12</sup> e pela escassez de formação especializada por parte de profissionais de saúde.

<sup>12</sup> As condições de acesso a cuidados de saúde não são também equitativas para os/as trans. No entanto, no âmbito desta Dissertação de Mestrado mantém-se o foco na população LGB.

### **4.3. Caracterização das pessoas entrevistadas**

As pessoas entrevistadas foram selecionadas de acordo com a conveniência do seu local de prestação de cuidados e da sua formação académica.

A entrevistada número 1 (E1) é EESMO, trabalha num hospital central do distrito de Lisboa e exerce atualmente a sua atividade no serviço de Obstetrícia (internamento), tendo trabalhado em contexto de sala de partos até 2021.

A entrevistada número 2 (E2) é enfermeira generalista e exerce a sua atividade laboral no serviço de obstetrícia e ginecologia (internamento) num hospital público no distrito de Lisboa. Foi selecionada a sua participação por ser idêntica à da maioria dos/as inquiridos/as no inquérito por questionário, sabendo, contudo, que não é possível inferir nenhum dos fenómenos em estudo com base nas respostas obtidas nesta entrevista.

A entrevistada número 3 (E3) é médica, interna da especialidade de obstetrícia e ginecologia, exercendo funções num hospital do distrito de Lisboa, em ambiente de consulta, internamento e bloco de partos.

As entrevistadas são mulheres, representando a maioria das pessoas inquiridas através do inquérito por questionário e representando também a generalidade dos/as profissionais de saúde, que, de acordo com a estatística consultada, continua a prevalecer o sexo biológico feminino.

### **4.4. Análise das respostas das entrevistas**

Quando questionadas sobre «*A temática da igualdade de género, os estereótipos, a diversidade sexual, são algo que tem presente na sua prestação de cuidados? Acha que é um tema a que a maioria de prestadores de cuidados de saúde na área da obstetrícia é sensível? Considera pertinente a sua inserção nos currículos académicos e na formação base?*» as respostas não são concordantes entre todas as participantes.

A entrevistada número 1 (E1), apesar de considerar a temática atual, não vê importância na criação de disciplinas/unidades curriculares específicas sobre a mesma “Esta é uma temática cada vez mais presente na área da obstetrícia bem como uma área em que a

maioria dos prestadores de cuidados de saúde é sensível. Não acho no entanto que seja necessário a inserção desta temática nos currículos académicos de uma forma incisiva mas sim de forma a adaptar-se a uma nova realidade atual.” (E1)

A entrevistada número 2 (E2) e a entrevistada número 3 (E3) consideram a sua implementação nos currículos académicos como útil e pertinente:

“(…) Julgo que cada vez mais é um tema sensível, porém ainda pouco para a atualidade. Acho pertinente a inserção desta temática nos currículos académicos e formação base, de modo a despertar os profissionais de saúde para a sua importância e o impacto que tem.” (E2)

“Recentemente tenho sido confrontada com estes temas, sobretudo porque realizei uma apresentação no serviço precisamente acerca da comunidade LGBT. De facto, foi a partir desse momento que passei a olhar e a ver estes temas com outros olhos e a dar-lhes a atenção devida. Ainda que não lide diariamente com este tipo de situações, sinto-me mais à vontade para o fazer. No entanto, penso que isto ainda não seja uma realidade para a maioria dos prestadores de cuidados em obstetrícia muito devido à falta de formação nesta área. Assim, penso que seria mais do que pertinente a inserção deste tipo de temas na formação base destes profissionais.” (E3)

Na segunda questão, «*Relativamente à sua realidade profissional e à sua prestação de cuidados. Num primeiro contacto, numa primeira abordagem a uma mulher/jovem no serviço/consulta de obstetrícia/ginecologia, questiona a mesma quanto à sua orientação sexual? Qual a reação das jovens/mulheres?*», as respostas divergem. No entanto, todas mencionam que conhecer a orientação sexual de quem cuidam não é relevante ou não altera a qualidade dos cuidados prestados.

A E1 refere “Não abordo a questão da orientação sexual pois não irá de forma alguma modificar a minha forma de abordagem e de cuidados prestados...” (E1). A E2, por sua vez, refere “Indiretamente sim, costumo questionar a mulher/jovem se tem apoio e quem é esse apoio ‘familiar’ no pós-alta, isto de modo a que esta também mencione a sua orientação sexual, quando tem companheiro/a. Se a mulher/jovem não o fizer, não questiono diretamente. Se a puérpera tiver apoio no pós-alta, não acho que tenha relevância se esse

suporte (em caso de ser o companheiro/a) ser de um homem ou mulher. Não altera em nada os cuidados de saúde prestados ou ensinados realizados.” (E2).

A E3 releva na sua resposta que questiona a orientação sexual conforme o ambiente de cuidados: “A maioria das vezes não pergunto acerca da orientação sexual. Muitas vezes o assunto é levantado quando pergunto acerca da contraceção e aí algumas mulheres/jovens respondem que são homossexuais. Na minha experiência, não é um dos pontos de confronto da consulta e a maioria das mulheres aceita este tipo de perguntas bastante bem, sem pudor. Penso que as repostas e o à vontade é diferente se este tipo de perguntas for realizado em contexto de consulta ou num contexto de urgência.” (E3)

No que concerne ao questionamento sobre a orientação sexual (*«Em contexto de consulta de obstetrícia/ginecologia deve ser a mulher a referir a sua orientação sexual, não deverá ser o/a profissional de saúde a questionar?»*), a entrevistada E1 acredita que a orientação sexual não deverá ser questionada, defendendo como justificação uma abordagem holística e integrativa dos cuidados (“Não acho que deva ser questionada a orientação sexual e sim fazer uma abordagem geral à mulher e família como um todo.”) (E1). A E2, apesar de considerar a pertinência da pergunta em algumas situações, revela maior abertura para as questões relacionadas com a orientação sexual (“Se o profissional de saúde achar pertinente para os cuidados que está a prestar, deve ser o mesmo a questionar. Caso não tenha implicação nos cuidados, então julgo que deve esperar que seja a mulher/jovem a referir, se esta assim o desejar.” (E2)). A E3 atribui a responsabilidade de perguntar ao/à profissional de saúde (“Deverá ser o profissional a perguntar” (E3)).

Quando inquiridas sobre a suposição da existência de penetração nas relações heterossexuais (*«Quando uma mulher refere que tem vida sexual ativa, subentende que tem uma relação heterossexual e que nessa relação existe penetração? Considera esta questão válida na sua prática de cuidados? Como acha que é a maioria das atitudes dos/as seus/suas colegas face a esta inferência da sexualidade?»*), as três entrevistadas (E1, E2, E3) concordam com a afirmação. Contudo, a E1 e a E3 acrescentam que a experiência da sexualidade é mais ampla: “Sim. Sem qualquer dúvida que para a maioria dos profissionais de saúde a referência à vida sexual ativa implica uma relação heterossexual com penetração. No entanto, a vida sexual depreende um diverso universo de emoções e comportamentos não

se cingindo apenas ao ato sexual com penetração.” (E1), “(...). De facto esquecemo-nos de perguntar com quem tem relações sexuais e o seu tipo (oral, anal, vaginal).” (E3).

A E2 enfatiza que a maioria dos/as profissionais de saúde fará a mesma inferência, focando a sua resposta na manutenção da qualidade dos cuidados (“Sim, por norma subentendo que será uma relação heterossexual em que existe penetração. É uma questão válida na nossa prática de cuidados, porém não acho que tenha implicância nos cuidados prestados, poderá ser importante para alguns ensinamentos mais direcionados. Ajuízo que a maioria dos profissionais de saúde assume o mesmo que eu.”) (E2).

No seguimento da entrevista foram interrogadas quanto à discriminação por parte de pessoas não heterossexuais (LGBT+) nos cuidados de saúde, na especificidade da área da obstetrícia («*Na sua opinião, pessoas não heterossexuais, são discriminadas ou não possuem as mesmas oportunidades de cuidados [em obstetrícia] quando comparadas com pessoas heterossexuais?*»), a E1 e E2 respondem não haver discriminação baseada na orientação sexual.

“Não acho que pessoas não heterossexuais sejam tratadas de forma discriminatória nos cuidados de obstetrícia. Na minha prática diária não se verificam práticas diferenciadas de acordo com orientações sexuais.” (E1).

“Pelo que presencio no serviço em que trabalho não há diferença perante a orientação sexual” (E2).

No entanto, a E3 apresenta outra perspetiva na resposta: “Penso que esta pergunta tem muitos prismas. De facto, penso que em Obstetrícia até os casais homossexuais podem recorrer a técnicas de PMA [Procriação Medicamente Assistida] (mesmo não tendo nenhum tipo de doença), o que penso que seja uma forma de aceitação e inclusão das pessoas nestes cuidados. Mas de facto, no geral, penso que pode haver alguma discriminação por parte dos profissionais de saúde, muito devida à falta de informação.” (E3).

Relativamente à equidade de oportunidades na formulação/constituição de famílias plurais («*Na sua opinião, a lei é equitativa quanto a oportunidades de constituir família para casais lésbicos/gays/ou famílias monoparentais? Em que medida é/não é?*»), as respostas, mais uma vez, não são concordantes entre as entrevistadas. A E1 refere (indiretamente) que as oportunidades existentes permitem a igualdade (“Cada vez mais se

caminha para a igualdade sendo que hoje em dia a lei está muito mais abrangente permitindo igualdade de direitos. [sorri]” (E1)), por outro lado, apesar de reconhecer as alterações da legislação, a E2 acredita que ainda há iniquidades no que concerne a esta formulação familiar: “Acho que não é, deveria ser algo mais acessível, a quem demonstre que reúne todas as condições para o fazer. São processos demasiadamente demorados, dispendiosos e que exigem inúmeros requisitos a cumprir, que em situações de casais heterossexuais não são salientados nem questionados. “ (E2).

A E3 expõe uma perspectiva divergente de resposta, em que diz existir equidade de oportunidades na formulação familiar, porém defende que o sistema pelo qual é possível essa formulação não deveria ser a mesma a que recorrem casais (heterossexuais) com problemas de fertilidade (“Penso que as leis são equitativas, mas não o deveriam ser porque de facto não é igual termos um casal heterossexual ou homossexual ou uma família monoparental. Na minha opinião este tipo de casais não deveria ter o mesmo direito a técnicas de PMA no sistema público, sendo por exemplo uma alternativa a adoção.” (E3)).

Apesar das diferentes respostas obtidas nas entrevistas, as mesmas vão ao encontro das percentagens obtidas nos inquéritos por questionário, nos grupos profissionais que representam.

Sendo temáticas atuais [orientação sexual e estudos de género], a sua inclusão nos currículos académicos parece ser um fator importante para a melhoria dos cuidados a prestar, em que profissionais mais informados/as prestam melhores cuidados e mais inclusivos.

À semelhança dos resultados dos inquéritos, não há uma resposta *estranque* relacionada “com quem” deve questionar ou abordar as questões da orientação sexual na consulta, conquanto podemos verificar que o contexto é importante para a formulação desta pergunta/temática na consulta, podendo também o/a profissional questionar direta ou indiretamente se necessário para atingir cuidados de excelência.

Também no que diz respeito à inferência de relações sexuais (com penetração), as três entrevistadas confirmam que este é o pensamento que têm *a priori*, contudo dão importância a outras formas de vivência de sexualidade/relação sexual que não através do coito. Sobre a mesma questão, os dados recolhidos no inquérito mostram que 45% (n=206) da amostra respondeu “sim” [infere] face aos 55% (n=252) que respondeu “não”. No entanto, como



referido anteriormente, os números, só por si, não têm expressividade suficiente para inferir o fenómeno. Note-se que a *explicação* ou *contributo* conseguidos através das entrevistas, em que não é apenas considerada a relação sexual com penetração, poderiam hipoteticamente ter sido obtidos caso existisse um campo aberto de resposta a esta pergunta.

Relativamente à discriminação de pessoas não heterossexuais, as entrevistadas focam a sua resposta em casos de *homossexualidade conhecida*, referindo que as pessoas não heterossexuais não são alvo de discriminação. No entanto, raramente questionam a orientação sexual às mulheres alvo de cuidados, podendo permanecer a dúvida se prestaram cuidados não discriminatórios e, ao manter a orientação sexual no anonimato, se abrangem as áreas corretas de atuação ou utilizam linguagem inclusiva (por exemplo: se eu não souber que a mulher a quem estou a prestar cuidados tem uma relação homossexual, se lhe pergunto pelo *pai do bebé*, *pelo companheiro*, *pelo marido*, infiro a norma heterossexual instituída, podendo a mulher não estar confortável em assumir o carácter da sua relação privando-a de uma experiência familiar completa).

Apesar das oportunidades para a formulação de famílias não normativas oferecidas a nível legislativo, ainda não há uma equidade total nas mesmas, considerando, por exemplo, os homens gays homossexuais a quem está vedado o recurso a barrigas solidárias. Contudo, as entrevistadas apontam para diferentes perspetivas a nível de resposta, à semelhança dos resultados obtidos pelo inquérito.

## CONCLUSÃO

Os Estudos sobre as mulheres, de género e feministas (EMGF)<sup>13</sup> (cf. Pereira e Santos, 2014) estão em fase de consolidação em Portugal, sendo que se assiste a uma crescente preocupação por parte das organizações e da comunicação social em expor e divulgar casos de discriminação e formas de apoio e combate a desigualdades e iniquidades relacionadas com o género e orientação sexual. Esta realidade só é possível devido ao percurso desinquieto que ocorreu na academia desde as primeiras lutas feministas pela igualdade até às alterações legislativas promotoras da igualdade social.

As formas diferenciadas como se olhou para o corpo ao longo da evolução das sociedades (Vd, p. ex., Laqueur, 1992) contribuiu também para moldar o olhar sobre a sexualidade e sobre a luta dos direitos das pessoas não heterossexuais e, conseqüentemente, sobre as famílias não normativas.

Apesar dos avanços que se sentem na esfera política e legislativa, há ainda um caminho a percorrer na promoção da equidade e igualdade de oportunidades para a constituição e reconhecimento das famílias plurais, não só no âmbito anteriormente descrito mas também pela sociedade em geral.

Considerando os resultados obtidos nesta Dissertação de Mestrado, levantam-se algumas questões, apresentando-se também algumas propostas de intervenção para a melhoria de prestação de cuidados de saúde. Este trabalho mostra-se relevante para a sensibilização dos/as profissionais de saúde em geral, e em particular para os/as que estão diretamente implicados/as na prestação de cuidados de saúde às mulheres, em relação à (não) discriminação face à orientação sexual das mesmas e a formas familiares plurais. A consciencialização dos/as profissionais de saúde sobre as suas práticas quotidianas na abordagem às pessoas de quem prestam cuidados poderá ser o primeiro passo para uma reflexão atenta e uma mudança das atitudes heteronormativas, instituídas na maioria dos cuidados de saúde.

No que concerne aos números encontrados com o inquérito por questionário, apesar dos mesmos não espelharem de forma evidente uma atitude heterossexista, mostram que os/as inquiridos/as inferem, de facto, a orientação sexual com base no normativo. Contudo,

---

<sup>13</sup> Base de dados em Estudos sobre as mulheres, de género e feministas (EMGF), disponível em [https://www2.uab.pt/cemri\\_esm/index2.php?page=168](https://www2.uab.pt/cemri_esm/index2.php?page=168) é um projeto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia que contempla EMGF desde 1998, em permanente construção.

os dados são em número insuficiente para apreender este fenómeno na população estudada.

Atendemos que a maioria dos/as profissionais de saúde inquiridos/as não consideram relevante para a prestação de cuidados saber a orientação sexual das mulheres alvo de cuidados. No entanto, ao não questionarem, podem erradamente presumir que as mesmas são heterossexuais, não personalizando os cuidados prestados, podendo, muitas vezes, negligenciar algumas esferas de atendimento.

Este não questionamento, por sua vez, pode levar à não contemplação de formas familiares não normativas (nomeadamente famílias monoparentais e de casais de lésbicas), uma vez que, não perguntando a orientação sexual das mulheres alvo de cuidados e inferindo que as mesmas são heterossexuais, serão colocadas questões direcionadas *ao pai* que, neste caso, é um elemento inexistente.

Constatou-se também que uma parte dos/as inquiridos/as não possui informação ou considera que a legislação vigente é equitativa do ponto de vista da formulação familiar, embora os dados da literatura nos mostrem alguns desequilíbrios ao nível da mesma.

À semelhança do referido na literatura sobre esta problemática, alguns/algumas dos/as profissionais de saúde inquiridos/as manifestam a ausência da temática das questões de género e da orientação sexual nos currículos académicos na sua formação do ensino superior, o que poderá condicionar a sua prestação de cuidados e a perpetuação de uma atitude heterossexista resultante da desinformação.

Considerando a pergunta de investigação «*Será que através da perpetuação do heterossexismo, nos cuidados de saúde em obstetrícia, as famílias não normativas são consideradas por profissionais de saúde na sua prática?*», a resposta à mesma não se encontra de forma totalmente concordante com as respostas da amostra inquirida, uma vez que não há uma maioria claramente distinta entre as respostas. Contudo, as inferências sobre a identidade sexual e a constituição familiar das mulheres alvo de cuidados continua a existir, o que pode ser considerado como uma resposta positiva à interrogação definida para este trabalho de dissertação. A perpetuação de uma atitude heterossexista nos cuidados de saúde invisibiliza as famílias plurais, visto continuar a perpetuar a norma de que são distintas da regra e não uma variante de tipo de família. Tal como descrito na literatura, a invisibilidade promove um ambiente opressivo e discriminatório, mesmo que não ocorra de forma intencional para causar dano.

Importa referir alguns aspetos indicados como limitações deste trabalho:

- ✓ A gestão de tempo entre a execução do projeto e a dinâmica laboral e pessoal que condicionou, em parte, o tempo a dedicar ao mesmo;
- ✓ O horizonte temporal de divulgação do inquérito estar limitado a um mês para possibilitar o tratamento atempado dos dados recolhidos;
- ✓ O facto do inquérito ter sido propagado em rede exclui a participação de algumas pessoas e/ou faixas etárias;
- ✓ A não inclusão do processo de constituição familiar e de maternidade/paternidade da população transgénero devido às suas especificidades;
- ✓ A inexistência de dados de Beja e Évora que não permite uma comparação de dados recolhidos de todas as regiões;
- ✓ O desequilíbrio no número de respostas entre as diversas regiões que não possibilita uma comparação entre os diversos distritos;
- ✓ A disparidade de resultados entre as profissões e dentro das mesmas entre as diversas especialidades;
- ✓ Diferença do número de respostas entre os diversos contextos de cuidados que não nos permite inferir o fenómeno em estudo, apenas constatar as respostas e comparar com a literatura.

De seguida apresentam-se algumas recomendações e sugestões de carácter prático, que surgem no decorrer do processo crítico e reflexivo deste trabalho. As mesmas procuram não só a melhoria da prestação de cuidados, independentemente da orientação sexual ou da decisão quanto à forma de constituição familiar, mas também uma melhoria da prestação de cuidados à comunidade LGBT no geral. No entanto, importa ressaltar que a comunidade transgénero necessita de um suporte altamente diferenciado, para posteriormente rumar a uma maior inclusão social.

Com base no anteriormente explanado, as sugestões decorrentes desta dissertação relacionam-se com:

- ✓ A aplicação do inquérito em ambientes de cuidados específicos, com números limitados de respostas entre as diferentes profissões e especialidades para uma comparação mais fiel de dados;
- ✓ Analisar os resultados recolhidos por distrito e realizar eventuais comparações de variáveis como profissão, orientação sexual, escolaridade e local de prestação de cuidados de saúde;

- ✓ Estender o estudo a outras profissões prestadoras de cuidados de saúde;
- ✓ Inquirir as famílias não normativas acerca dos cuidados de saúde que receberam na área de obstetrícia;
- ✓ Sensibilizar os/as profissionais de saúde para temáticas relacionadas com os grupos LGBT, não só no que concerne à prestação de cuidados de saúde mas também do ponto de vista social;
- ✓ A implementação de disciplinas sobre estudos de género e orientação sexual nos currículos académicos, nomeadamente na área da saúde, incluindo o processo de *coming out* e especificidades da população trans;
- ✓ A inclusão de material de apoio ao estudo e aos cuidados relacionados com a população LGBT nas bibliotecas das escolas de saúde e em contextos da sua prática (centros de saúde, hospitais, etc.);
- ✓ A implementação de um ambiente de cuidados empático, através da utilização de linguagem inclusiva e quebrando com a normatividade de um sistema binário de género e com alguns estereótipos instituídos;
- ✓ A criação de indicadores de saúde que integrem a pluralidade de famílias, incluindo as famílias monoparentais e as diversas orientações sexuais;
- ✓ A promoção de espaços de debate e partilha junto das equipas de cuidados de saúde e no ensino superior sobre as temáticas LGBT e das famílias plurais;
- ✓ A alteração das políticas instituídas em alguns contextos cuja recolha de dados é heteronormativa, possibilitando espaço para perguntas abertas que considerem várias formas de configuração familiar e de orientação sexual (p. ex. Quem é que a acompanha? Qual a pessoa de referência? Qual a sua orientação sexual? [caso pertinente em âmbito de cuidados]);
- ✓ Promover e fomentar, junto das mulheres alvo de cuidados de saúde (e da população em geral), que esse ambiente é seguro e inclusivo, livre de preconceito e de juízos de valor.

Enquanto enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia, considero que o contacto direto com as famílias, numa fase tão especial da sua vida, poderá ser uma mais valia no combate à discriminação com base na orientação sexual, na medida em que a forma como as acolhemos nos diversos contextos de cuidados, como levamos à discussão em

equipa algumas temáticas e como *normalizamos* as famílias plurais serão exemplo e memória de uma passagem mais saudável nos cuidados de saúde.

Apesar da mudança social que se tem sentido em Portugal na perspetiva de um olhar contemporâneo sobre a sexualidade, a pluralidade e a liberdade sexual, continua a existir uma heteronormatividade vigente. Vemos uma sociedade mais plural, embora socialmente regulada. É essencial a sensibilização dos/as profissionais de saúde, que se encontram numa posição/situação privilegiada para influir a opinião pública.

Em tom de declaração final, verificou-se com o presente trabalho que a reflexão em torno de temáticas como equidade em saúde, orientação sexual, heteronormatividade e heterossexismo continuam a ser essenciais, em que as mesmas poderão apresentar-se como uma ferramenta útil para o combate à discriminação na prestação de cuidados de saúde.

## BIBLIOGRAFIA

- Aboim, S., Vasconcelos, P. & Costa, C. G. (2013). Para além da heteronormatividade: repensando os significados da família. In Associação ILGA Portugal. *Famílias no plural: alargar o conceito, largar o preconceito - atas da conferência*. Lisboa, 1ª edição. ISBN: 978-989-95594-5-5.
- Almeida, V. A. (2009). *A chave do armário: homossexualidade, casamento, família*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Imprensa de Ciências Sociais. Lisboa.
- Associação ILGA Portugal. (2015). *Saúde em Igualdade pelo acesso a cuidados de saúde adequados e competentes para pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans*. Disponível em: <http://ilgaportugal.pt/ficheiros/pdfs/igualdadenaasaude.pdf>
- Amâncio, L. (2003). *O género no discurso das ciências sociais*. *Análise Social*, 38(168), 687-714. Retrieved June 30, 2021
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. 4ªed. Lisboa: Edições 70.
- Barreto, M. (2017). *Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(7). Pp. 2097-2108
- Beauvoir, S. (2015). *O Segundo Sexo*. Vol 2 – A Experiência Viva. Quetzal.
- Borrillo, D., Seffner, F., Rios, R. (2018). *Direitos sexuais e direito de família em perspectiva queer* [recurso eletrônico]. Porto Alegre : Ed. da UFCSPA ISBN 978-85-92652-07-4. consultado a 9 de julho de 2021 em <http://www.ufcspa.edu.br/index.php/editora/obras-publicadas>
- Brandão, A. M. (2013). *Cidadania, identidade e ativismo gay e lésbico: Diálogos e paradoxais*. DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social. Vol. 7 – n.º 1 – JAN/FEV/MAR 2013. Pp. 59-72
- Butler, J. (2017). *Problemas de género: feminismo e subversão da identidade*. Editora Orfeu Negro. ISBN: 978-989-8868-09-1
- Clemente, A. (2019). *Diálogos entre saúde mental e homossexualidade: notas sobre produção de subjetividade, sofrimento e opressão*. REBEH. Vol. 02, N. 01. Consultado a 27 de fevereiro de 2022 em [www.revistas.unilab.edu.br/index.php/rebeh](http://www.revistas.unilab.edu.br/index.php/rebeh)
- Cooksey, RW. (2020) *Descriptive Statistics for Summarising Data. Illustrating Statistical Procedures: Finding Meaning in Quantitative Data*. 15:61–139. doi: 10.1007/978-981-15-2537-7\_5. PMID: PMC7221239.
- COLLING, L. Transas. In: Que os outros sejam o normal: tensões entre movimento LGBT e ativismo queer [online]. Salvador: EDUFBA, 2015, pp. 75-235. ISBN 978-85-232-2013-6. <https://doi.org/10.7476/9788523220136.0003>.
- Collins, K., Onwuegbuzie, A., Sutton, I. (2006). A Model Incorporating the Rationale and Purpose for Conducting Mixed-Methods Research in Special Education and Beyond. *Learning Disabilities: A Contemporary Journal* 4(1). Pp. 67-100

- Costa, R. (2014). Rituais familiares: práticas e representações sociais na construção da família contemporânea. In *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Vol. XXVIII. 81-102.
- Dias, I. (2015). *Sociologia da Família e do Género*. PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação. Lisboa.
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2019). *Estratégia de Saúde para as pessoas LGBTI*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estrategia-de-saude-para-as-pessoas-lesbicas-gays-bissexuais-trans-e-intersexo-lgbti-pdf.aspx>
- Donisi, V. et al. (2020). Training healthcare professionals in LGBTI cultural competencies: Exploratory findings from the Health4LGBTI pilot project. In *Patient Education and Counseling*. Disponível em [www.elsevier.com/locate/pateducou](http://www.elsevier.com/locate/pateducou), pp 978-987
- Ferreira, E. (2004). *Homoparentalidade - Uma perspectiva antropológica*. Actas do Encontro sobre Homoparentalidade. Lisboa: ISPA, pp 25-30.
- Foucault, M. (1999). *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro, Edições Graal.
- Galán, J. I. P. (2013). Famílias no plural: a sociedade espanhola perante as famílias arco-íris. In Associação ILGA Portugal. *Famílias no plural: alargar o conceito, largar o preconceito - atas da conferência*. Lisboa, 1ª edição. ISBN: 978-989-95594-5-5.
- Gato, J. & Fontaine, A. M. (2012). *Atitudes face à diversidade sexual no contexto psicossocial, jurídico, da saúde e educativo*. In *exedra*, nº6. Universidade do Porto.
- Gato, J. (2014). *Homoparentalidades: Perspetivas psicológicas*. Coimbra, Edições Almedina.
- Giron, E. S. (2018). *Pensar a Homoparentalidade em Portugal – Perceções de jovens adultos perante a adoção de crianças por casais homossexuais masculinos*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Coimbra. Consultado a 24 de junho de 2021 em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/85350>
- Goffman, E. (1963). *Stigma – Notes on the Management of Spoiled Identity*. Tradução de Mathias Lambert (2004). *Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Coletivo Sabotagem.
- ILGA Portugal. (2022). Famílias arco-íris. Disponível em <https://ilga-portugal.pt/fazer-parte/familias-arco-iris/>.
- Joaquim, T. (1997). *Menina e Moça: A Construção Social Da Feminilidade*. Fim de Século Edições. Lisboa. ISBN 972-754-103-8.
- Laqueur, T. (1992). *Making sex: Body and gender from the Greeks to Freud*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Lima, A. Moz, M. (2013). Pais, mães e filhos: construir famílias na pluralidade. In Associação ILGA Portugal. *Famílias no plural: alargar o conceito, largar o preconceito - atas da conferência*. Lisboa, 1ª edição. ISBN: 978-989-95594-5-5



- Macedo, A. (2018) – *Identidade de Género e Orientação Sexual na Prática Clínica*. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 978-972-618-953-4
- Macieira, F. (2020). *Adoção homoparental em Portugal – Evolução, estigma e aceitação*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina. Universidade da Beira Interior - Ciências da Saúde. Covilhã.
- Miskolci, R. (2009) - *A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização*. Sociologias, Porto Alegre, ano 11, nº 21, jan./jun. 2009, p. 150-182
- Moita, G. (2006) - *A patologização da diversidade sexual: Homofobia no discurso de clínicos*. Revista Crítica de Ciências Sociais [online] 76 - Estudos queer: Identidades, contextos e acção colectiva. Disponível em <http://journals.openedition.org/rccs/862> ; DOI : 10.4000/rccs.862
- Moleiro, C. et al. (2016). *Violência doméstica: boas práticas no apoio a vítimas LGBT: guia de boas práticas para profissionais de estruturas de apoio a vítimas*. Coleção Violência de Género. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. Editorial do Ministério da Educação e Ciência. Lisboa. ISBN 978-972-597-415-5. Consultado a 29 de junho de 2021.
- Moscheta, M., Febole, D., Anzolin, B. (2006). *Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais*. Saúde & Transformação Social/Health & Social Change, ISSN 2178-7085, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v.7, n.3, p.71-83
- Nogueira, C. & Oliveira, J. (org.) et al. (2010). *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género*. Caps. Introdução, 1, 2, 3, 4, Desafiar o Futuro. Lisboa, Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. ISBN: 978-972-597-326-4
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2015). Equidade de género em saúde. In <https://www.paho.org/pt/topicos/equidade-genero-em-saude>
- Quintas, P. (2008). *Heteronormatividade no Contexto dos Cuidados de Saúde – Atitudes dos Profissionais de Enfermagem em Razão da Orientação Sexual do Utente*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.
- Pereira, M. & Santos, A. C. (2014). *Introdução. Epistemologias e Metodologias Feministas em Portugal: Contributos para Velhos e Novos Debates*. Ex æquo, n.º 29. Pp. 9-21
- Pinto, T. (2015). A construção da invisibilidade das mulheres trabalhadoras. Uma perspetiva Histórica. In E. Ferreira. et al. *Percursos Feministas: Desafiar os tempos*. (pp. 225-240) UMAR/Universidade Feminista. Lisboa.
- Pordata. (2022). Diplomados no ano, no ensino superior na área da Saúde: total, por área de educação e formação e sexo. Disponível em <https://www.pordata.pt/portugal/diplomados+no+ano++no+ensino+superior+na+area+da+saude+total++por+area+de+educacao+e+formacao+e+sexo-804>
- Preciado, P. B. (2019). *Manifesto Contra-Sexual*. Orfeu Negro. 1ª Edição, Setembro 2019. ISBN 978-989-8868-62-6.

- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Disponível em [ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf](http://ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf)
- Rich, A. (2010) - *Heterossexualidade compulsória e existência lésbica*. Tradução de Carlos Guilherme do Valle. Revista Bagoas, Natal, v.4, jan./jun, n.5, pp. 17-44.
- Rodriguez, B. C., Gomes, I. C. (2012). *Novas Formas de Parentalidade: do modelo tradicional à homoparentalidade*. Boletim de Psicologia. Vol. LXII. Nº 136: 29-36.
- Rodriguez, B. C., Merli, L. F., Gomes, I. C. (2015). *Um Estudo sobre a Representação Parental de Casais Homoafetivos Masculinos*. Trends in Psychology / Temas em Psicologia. Vol. 23. nº 3, 751-762. DOI: 10.9788/TP2015.3-18.
- Rohden, F. (2001). *A questão da diferença entre os sexos: redefinições no século XIX*. In: Uma ciência da diferença: sexo e género na medicina da mulher [online]. End ed ver Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Antropologia&Saúde collection, pp. 29-48. ISBN 978-85-7541-399-9
- Saleiro, S., Ferreira, V., Monteiro, R., Lopes, M., & Múrias, C. (2016). Guia para a integração a nível local da perspectiva de género na saúde e ação social. *LGE-Local Gender Equality*. Disponível em [https://lge.ces.uc.pt/files/LGE\\_saude\\_acao\\_social.pdf](https://lge.ces.uc.pt/files/LGE_saude_acao_social.pdf)
- Santana, P. & Rasera, E. (2018). Heterossexismo e (in)existência lésbica. *Revista de Psicologia da UNESP* 17(1).
- Santos, A. C. (2006). Estudos queer: Identidades, contextos e acção colectiva. In Revista Crítica de Ciências Sociais. <http://journals.openedition.org/rccs/807>
- Souza, E. & Pereira, S. (2013). *(Re)produção do Heterossexismo e da Heteronormatividade nas Relações de Trabalho: a discriminação de homossexuais por homossexuais*. ISSN 1678-6971. São Paulo.
- Vaitsman, J. (1994) - *Hierarquia de Género e Iniquidade em Saúde*. PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva Vol. 4, Número 1
- Vintém, J. (2009) - *Diferenças de género e desigualdades sociais na saúde e doença em Portugal*. Lisboa: ISCTE. Tese de mestrado. Disponível em [www:<http://hdl.handle.net/10071/1697>](http://hdl.handle.net/10071/1697). 2021. URL: <http://journals.openedition.org/rccs/890>; DOI: <https://doi.org/10.4000/rccs.890>
- Vilelas, J. (2020) - *Investigação o processo de construção do conhecimento*. Lisboa, Edições Sílabo, 3ª ed. ISBN 978-989-561-097-6

## **ANEXOS**

## **ANEXO I – INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO**

## Heterossexismo nos cuidados de saúde em obstetrícia

O presente questionário surge no âmbito do Curso de Mestrado Em Estudos Sobre as Mulheres - Género, Cidadania e Desenvolvimento a decorrer na Universidade Aberta, no presente ano letivo. Os resultados obtidos serão para uso exclusivo académico e científico (elaboração de Dissertação de Mestrado, publicação de resultados em artigo científico, trabalhos académicos, eventos científicos).

As respostas obtidas representam a percepção que tem relativamente à temática do Heterossexismo nos Cuidados de Saúde em Obstetrícia. Não há respostas certas nem erradas, é apenas a sua percepção. Será garantida a confidencialidade e anonimato dos dados.

Desde já grata pela sua colaboração.

Em caso de dúvidas, sugestões ou comentários, ou caso queira saber mais sobre o projeto, contacte para o seguinte e-mail: [heteressexismoobs@gmail.com](mailto:heteressexismoobs@gmail.com)

Vera Cardoso do Rosário, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Mestranda em Estudos Sobre as Mulheres - Género, Cidadania e Desenvolvimento a decorrer na Universidade Aberta

---

### \*Obrigatório

1. *Marcar apenas uma oval.*

Opção 1

2. Para efeito do estudo e com a garantia de anonimato solicito que expresse que a sua opinião. \*  
Concede o seu consentimento para a utilização dos dados deste inquérito? (obrigatoriedade de idade igual ou superior a 18 anos)

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Caracterização da amostra de participantes

3. 1. Sexo biológico \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Masculino
- Feminino
- Não definido

4. 2. Orientação sexual \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Assexual
- Bissexual
- Heterossexual
- Homossexual
- Pansexual
- Outra: \_\_\_\_\_

5. 3. Classe etária \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 21 - 32 anos
- 33 - 44 anos
- 45 - 56 anos
- 57 - 62 anos
- + de 63 anos

6. 4. Habilitações literárias \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outra: \_\_\_\_\_

7. 5. Profissão \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Médico/a clínica geral e familiar
- Médico/a obstetra
- Médico/a ginecologista
- Enfermeiro/a especialista em saúde materna e obstetrícia
- Enfermeiro/a cuidados gerais
- Enfermeiro/a com outra especialidade

8. 6. Distrito onde exerce a sua atividade laboral \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Aveiro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda
- Leiria
- Lisboa
- Portalegre
- Porto
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu
- Região Autónoma da Madeira
- Região Autónoma dos Açores

9. 7. Exerce a sua atividade laboral \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Público
- Privado
- Ambos



10. 8. Exerce a sua atividade laboral (maior carga horária) \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Serviço de Obstetrícia
- Serviço de Ginecologia
- Sala de Partos
- Cuidados de Saúde Primários
- Serviço de Procriação Medicamente Assistida
- Consulta de Obstetrícia e Ginecologia
- Outra: \_\_\_\_\_

Prestação de cuidados em obstetrícia/ginecologia

11. 1. No acolhimento/primeiro contacto de uma mulher no serviço/consulta de obstetrícia/ginecologia, questiono a mesma quanto à sua orientação sexual? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim, sempre
- Não
- Às vezes

12. 2. Em contexto de consulta de obstetrícia/ginecologia deve ser a mulher a referir a sua orientação sexual, não deverá ser o/a profissional de saúde a questionar. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim, é do interesse da mulher
- Não, deve ser o/a profissional de saúde a questionar
- Não vejo relevância em ter conhecimento da orientação sexual da mulher para a prestação de cuidados

13. 3. Quando uma mulher refere que tem vida sexual ativa, subentendo que tem uma relação heterossexual e que nessa relação existe penetração? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

14. 4. Uma mulher grávida ou que manifesta desejo de ser mãe, subentendo no meu contacto que a mesma tem uma relação heterossexual?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

15. 5. Na sua opinião, a lei é equitativa quanto a oportunidades de constituir família para casais lésbicos/gays/ou famílias monoparentais? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Não sei / Não tenho opinião

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

**ANEXO II – CONSENTIMENTO PARA A ENTREVISTA**

## Heterossexismo nos cuidados de saúde em obstetrícia

A presente entrevista surge no âmbito da dissertação de Mestrado «Heterossexismo em Obstetrícia», do Curso de Mestrado Em Estudos Sobre as Mulheres - Género, Cidadania e Desenvolvimento a decorrer na Universidade Aberta, no atual ano letivo. Os resultados obtidos serão para uso exclusivo académico e científico (elaboração de Dissertação de Mestrado, publicação de resultados em artigo científico, trabalhos académicos, eventos científicos).

As respostas obtidas representam a perceção que tem relativamente à temática do Heterossexismo nos Cuidados de Saúde em Obstetrícia. Não há respostas certas nem erradas, é apenas a sua perceção.

No âmbito deste projeto, foi elaborada uma entrevista focal para diagnóstico e levantamento de necessidades, identificação de boas práticas, estratégias existentes ou a implementar, entre outras informações. A duração prevista é de cerca de 30min e a qualquer momento, poderá optar por não responder a alguma questão e, se preferir, deixar de participar na investigação, sem qualquer tipo de prejuízo pessoal.

Esta entrevista não traz nenhum tipo de ganho financeiro aos/às participantes, pelo que sua participação é estritamente voluntária, sem que cause prejuízos ou acarrete riscos aos/às entrevistados/as.

É garantida a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados aqui recolhidos para a investigação proposta. A sua identificação nunca será tornada pública e os dados não serão analisados individualmente.

Por favor, leia com atenção a informação que se segue. Caso considere que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assine este documento.

Em caso de dúvidas, sugestões ou comentários, ou caso queira saber mais sobre o projeto de dissertação, contacte via e-mail ([heterossexismoobs@gmail.com](mailto:heterossexismoobs@gmail.com)) ou contacto telefónico (916 856 339)

Vera Cardoso do Rosário, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Mestranda em Estudos Sobre as Mulheres - Género, Cidadania e Desenvolvimento a decorrer na Universidade Aberta

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s acima identificadas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo, sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária, forneço, confiando que os mesmos apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

### **ANEXO III – GUIÃO DE ENTREVISTA**

Bloco temático	Objetivos e estratégias	Questões	Conteúdos e sub-questões	Notas
Fundamentação e legitimação da entrevista	<p>Explicar o fundamento da entrevista</p> <p>Garantir a confidencialidade</p> <p>Solicitar a autorização para a gravação da entrevista</p>	<p>Autoriza a gravação da presente entrevista?</p>	<p>Desde já muito obrigada pela sua participação</p> <p>A presente entrevista surge no âmbito do Curso de Mestrado Em Estudos Sobre as Mulheres - Género, Cidadania e Desenvolvimento a decorrer na Universidade Aberta, no presente ano letivo.</p> <p>Os resultados obtidos serão para uso exclusivo académico e científico.</p> <p>As respostas obtidas representam a perceção que tem relativamente à temática do Heterossexismo nos Cuidados de Saúde em Obstetrícia, não existindo respostas certas nem erradas, é apenas a sua perceção.</p> <p>Será garantida a confidencialidade e anonimato dos dados e gostaria de solicitar a sua autorização para gravação.</p>	

<p>Estabelecimento da relação empática com a pessoa entrevistada Introdução da temática</p>	<p>Quebra gelo</p> <p>Estabelecer uma relação empática com a pessoa entrevistada</p> <p>Introduzir a temática</p> <p>Identificar as atitudes prevalentes dos profissionais de saúde, da área de obstetrícia, face à diversidade sexual</p>	<p>A temática da igualdade de género, os estereótipos, a diversidade sexual, são algo que tem presente na sua prestação de cuidados?</p> <p>Acha que é um tema a que a maioria de prestadores de cuidados de saúde na área da obstetrícia é sensível?</p> <p>Considera pertinente a sua inserção nos currículos académicos e na formação base?</p>	<p>Obrigada mais uma vez por ter aceite participar.</p> <p>Sinta-se livre para interromper, pedir esclarecimentos e clarificar as perguntas se assim o entender.</p>	
---	--	--	--	--

<p>Prática de cuidados e influência da orientação sexual</p>	<p>Recolher informação relacionada com a prática de cuidados</p> <p>Explorar o tema</p> <p>Validar a presença de heterossexismo nas interações entre os profissionais de saúde de obstetrícia e os clientes</p> <p>Averiguar a existência de preconceitos e atitudes discriminatórias, por parte dos profissionais de saúde, face à população LGBTI, utilizária dos cuidados de saúde em obstetrícia</p>	<p>Num primeiro contacto, numa primeira abordagem a uma mulher/jovem no serviço/consulta de obstetrícia/ginecologia, questiona a mesma quanto à sua orientação sexual?</p> <p>Quando uma mulher refere que tem vida sexual ativa, subentende que tem uma relação heterossexual e que nessa relação existe penetração?</p> <p>Na sua opinião, pessoas não heterossexuais, são discriminadas ou não possuem as mesmas oportunidades de cuidados [em obstetrícia] quando comparadas com pessoas heterossexuais?</p> <p>Na sua opinião, a lei é equitativa quanto a oportunidades de constituir família para casais lésbicos/gays/ou famílias monoparentais?</p>	<p>Relativamente à sua realidade profissional e à sua prestação de cuidados</p> <p>Sim – como o faz? Qual a reação das jovens/mulheres? Não – porquê?</p> <p><b>Pergunta adicional, se necessário:</b> Em contexto de consulta de obstetrícia/ginecologia deve ser a mulher a referir a sua orientação sexual, não deverá ser o/a profissional de saúde a questionar?</p> <p>Porquê?</p> <p>Em que medida? Quer explicar?</p> <p>Em que medida é/não é?</p>	
--	--	--	---	--



<p>Recolha de dados para a caracterizar a amostra entrevistada</p>	<p>Caracterizar a pessoa entrevistada</p>	<p>Pode dizer por favor a sua idade, género, estado civil e escolaridade?</p> <p>Nasceu em Portugal?</p> <p>Onde exerce a sua atividade laboral?</p>	<p>P.e. – consulta, bloco de partos, público, privado</p>	
<p>Agradecimento e despedida</p>	<p>Agradecer a disponibilidade de participação</p>		<p>Muito obrigada mais uma vez pela sua disponibilidade e participação.</p>	

**ANEXO IV – ENTREVISTA N°. 1**

## **ENTREVISTA Nº. 1**

**Vera Cardoso (VC)** – Desde já muito obrigada pela sua participação. A presente entrevista surge no âmbito do Curso de Mestrado Em Estudos Sobre as Mulheres - Género, Cidadania e Desenvolvimento a decorrer na Universidade Aberta, no presente ano letivo. Os resultados obtidos serão para uso exclusivo académico e científico.

As respostas obtidas representam a perceção que tem relativamente à temática do Heterossexismo nos Cuidados de Saúde em Obstetrícia, não existindo respostas certas nem erradas, é apenas a sua perceção.

Será garantida a confidencialidade e anonimato dos dados.

**VC** – A temática da igualdade de género, os estereótipos, a diversidade sexual, são algo que tem presente na sua prestação de cuidados?

Acha que é um tema a que a maioria de prestadores de cuidados de saúde na área da obstetrícia é sensível?

Considera pertinente a sua inserção nos currículos académicos e na formação base?

**ENTREVISTADA 1 (E1)** – Esta é uma temática cada vez mais presente na área da obstetrícia bem como uma área em que a maioria dos prestadores de cuidados de saúde é sensível. Não acho no entanto que seja necessário a inserção desta temática nos currículos académicos de uma forma incisiva mas sim de forma a adaptar-se a uma nova realidade atual.

**VC** – Relativamente à sua realidade profissional e à sua prestação de cuidados. Num primeiro contacto, numa primeira abordagem a uma mulher/jovem no serviço/consulta de obstetrícia/ginecologia, questiona a mesma quanto à sua orientação sexual? Sim – como o faz? Qual a reação das jovens/mulheres? | Não – porquê?

Acha que difere com o contexto ou com o âmbito da consulta? [silêncio]

**E1** – Não abordo a questão da orientação sexual pois não irá de forma alguma modificar a minha forma de abordagem e de cuidados prestados...

**VC** – Em contexto de consulta de obstetrícia/ginecologia deve ser a mulher a referir a sua orientação sexual, não deverá ser o/a profissional de saúde a questionar?

**E1** – Não acho que deva ser questionada a orientação sexual e sim fazer uma abordagem geral à mulher e família como um todo.

**VC** – Quando uma mulher refere que tem vida sexual ativa, subentende que tem uma relação heterossexual e que nessa relação existe penetração? Considera esta questão válida na sua prática de cuidados? Como acha que é a maioria das atitudes dos/as seus/suas colegas face a esta inferência da sexualidade?

**E1** – Sim. Sem qualquer dúvida que para a maioria dos profissionais de saúde a referência a vida sexual ativa implica uma relação heterossexual com penetração. No entanto, a vida sexual depreende um diverso universo de emoções e comportamentos não se cingido apenas ao ato sexual com penetração.

**VC** – Na sua opinião, pessoas não heterossexuais, são discriminadas ou não possuem as mesmas oportunidades de cuidados [em obstetrícia] quando comparadas com pessoas heterossexuais? (Pode explicar?)

**E1** – Não acho que pessoas não heterossexuais sejam tratadas de forma discriminatória nos cuidados de obstetrícia. Na minha prática diária não se verificam praticas diferenciadas de acordo com orientações sexuais.

**VC** – Na sua opinião, a lei é equitativa quanto a oportunidades de constituir família para casais lésbicos/gays/ou famílias monoparentais? Em que medida é/não é? (Pode explicar?)

**E1** – Cada vez mais se caminha para a igualdade sendo que hoje em dia a lei está muito mais abrangente permitindo igualdade de direitos.. [sorri]

**VC** – [Para efeitos de caracterização da pessoa entrevistada] Pode dizer por favor a sua idade, género, estado civil e escolaridade? Onde exerce a sua atividade laboral?

**E1** – Feminino. 40 anos. Casada. Pós-Licenciatura. Exerço a minha atividade laboral em meio hospitalar no serviço de internamento de obstetrícia.

**VC** – Muito obrigada mais uma vez pela sua disponibilidade e participação.

**ANEXO V – ENTREVISTA N° 2**

## **ENTREVISTA Nº. 2**

**Vera Cardoso (VC)** – Desde já muito obrigada pela sua participação. A presente entrevista surge no âmbito do Curso de Mestrado Em Estudos Sobre as Mulheres - Género, Cidadania e Desenvolvimento a decorrer na Universidade Aberta, no presente ano letivo. Os resultados obtidos serão para uso exclusivo académico e científico.

As respostas obtidas representam a perceção que tem relativamente à temática do Heterossexismo nos Cuidados de Saúde em Obstetrícia, não existindo respostas certas nem erradas, é apenas a sua perceção.

Será garantida a confidencialidade e anonimato dos dados.

**VC** – A temática da igualdade de género, os estereótipos, a diversidade sexual, são algo que tem presente na sua prestação de cuidados?

Acha que é um tema a que a maioria de prestadores de cuidados de saúde na área da obstetrícia é sensível?

Considera pertinente a sua inserção nos currículos académicos e na formação base?

**ENTREVISTADA (E2)** – Sim é algo presente na minha prática diária e tenho a preocupação e o interesse em me manter atualizada sobre a temática, não tanto como gostaria. Julgo que cada vez mais é um tema sensível, porém ainda pouco para a atualidade. Acho pertinente a inserção desta temática nos currículos académicos e formação base, de modo a despertar os profissionais de saúde para a sua importância e o impacto que tem.

**VC** – Relativamente à sua realidade profissional e à sua prestação de cuidados

Num primeiro contacto, numa primeira abordagem a uma mulher/jovem no serviço/consulta de obstetrícia/ginecologia, questiona a mesma quanto à sua orientação sexual? Sim – como o faz? Qual a reação das jovens/mulheres? | Não – porquê? Acha que difere com o contexto ou com o âmbito da consulta?

**E2** – Indiretamente sim, costumo questionar a mulher/jovem se tem apoio e quem é esse apoio ‘familiar’ no pós-alta, isto de modo a que esta também mencione a sua orientação

sexual, quando tem companheiro/a. Se a mulher/jovem não o fizer, não questiono diretamente. Se a puérpera tiver apoio no pós-alta, não acho que tenha relevância se esse suporte (em caso de ser o companheiro/a) ser de um homem ou mulher. Não altera em nada os cuidados de saúde prestados ou ensinados realizados.

**VC** – Em contexto de consulta de obstetrícia/ginecologia deve ser a mulher a referir a sua orientação sexual, não deverá ser o/a profissional de saúde a questionar?

**E2** – Se o profissional de saúde achar pertinente para os cuidados que está a prestar, deve ser o mesmo a questionar. Caso não tenha implicância nos cuidados, então julgo que deve esperar que seja a mulher/jovem a referir, se esta assim o desejar.

**VC** – Quando uma mulher refere que tem vida sexual ativa, subentende que tem uma relação heterossexual e que nessa relação existe penetração? Considera esta questão válida na sua prática de cuidados? Como acha que é a maioria das atitudes dos/as seus/suas colegas face a esta inferência da sexualidade?

**E2** – Sim, por norma subentendo que será uma relação heterossexual em que existe penetração. É uma questão válida na nossa prática de cuidados, porém não acho que tenha implicância nos cuidados prestados, poderá ser importante para alguns ensinados mais direcionados. Ajuízo que a maioria dos profissionais de saúde assume o mesmo que eu.

**VC** – Na sua opinião, pessoas não heterossexuais, são discriminadas ou não possuem as mesmas oportunidades de cuidados [em obstetrícia] quando comparadas com pessoas heterossexuais? (Pode explicar?)

**E2** – Pelo que presencio no serviço em que trabalho não há diferença perante a orientação sexual.

**VC** – Na sua opinião, a lei é equitativa quanto a oportunidades de constituir família para casais lésbicos/gays/ou famílias monoparentais? Em que medida é/não é? (Pode explicar?)

**E2** – Acho que não é, deveria ser algo mais acessível, a quem demonstre que reúne todas as condições para o fazer. São processos demasiadamente demorados, dispendiosos e que exigem inúmeros requisitos a cumprir, que em situações de casais heterossexuais não são salientados nem questionados.



**VC** – [Para efeitos de caracterização da pessoa entrevistada]

Pode dizer por favor a sua idade, género, estado civil e escolaridade? Onde exerce a sua atividade laboral?

**E2** – 28 anos, feminino, solteira, licenciatura, Hospital – obstetrícia/ginecologia.

**VC** – Muito obrigada mais uma vez pela sua disponibilidade e participação.

**ANEXO VI – ENTREVISTA N° 3**

### **ENTREVISTA Nº. 3**

**Vera Cardoso (VC)** – Desde já muito obrigada pela sua participação. A presente entrevista surge no âmbito do Curso de Mestrado Em Estudos Sobre as Mulheres - Género, Cidadania e Desenvolvimento a decorrer na Universidade Aberta, no presente ano letivo. Os resultados obtidos serão para uso exclusivo académico e científico.

As respostas obtidas representam a perceção que tem relativamente à temática do Heterossexismo nos Cuidados de Saúde em Obstetrícia, não existindo respostas certas nem erradas, é apenas a sua perceção.

Será garantida a confidencialidade e anonimato dos dados.

**VC** – A temática da igualdade de género, os estereótipos, a diversidade sexual, são algo que tem presente na sua prestação de cuidados? Acha que é um tema a que a maioria de prestadores de cuidados de saúde na área da obstetrícia é sensível?

Considera pertinente a sua inserção nos currículos académicos e na formação base?

**ENTREVISTADA (E3)** – Recentemente tenho sido confrontada com estes temas, sobretudo porque realizei uma apresentação no serviço precisamente acerca da comunidade LGBT. De facto, foi a partir desse momento que passei a olhar e a ver estes temas com outros olhos e a dar-lhes a atenção devida. Ainda que não lide diariamente com este tipo de situações, sinto-me mais a vontade para o fazer. No entanto, penso que isto ainda não seja uma realidade para a maioria dos prestadores de cuidados em obstetrícia muito devido à falta de formação nesta área. Assim, penso que seria mais do que pertinente a inserção deste tipo de temas na formação base destes profissionais.

**VC** – Relativamente à sua realidade profissional e à sua prestação de cuidados

Num primeiro contacto, numa primeira abordagem a uma mulher/jovem no serviço/consulta de obstetrícia/ginecologia, questiona a mesma quanto à sua orientação sexual? Sim – como o faz? Qual a reação das jovens/mulheres? | Não – porquê? Acha que difere com o contexto ou com o âmbito da consulta?

**E3** – A maioria das vezes não pergunto acerca da orientação sexual. Muitas vezes o assunto

é levantado quando pergunto acerca da contraceção e aí algumas mulheres/jovens respondem que são homossexuais. Na minha experiência, não é um dos pontos de confronto da consulta e a maioria das mulheres aceita este tipo de perguntas bastante bem, sem pudor. Penso que as repostas e o há vontade é diferente se este tipo de perguntas for realizado em contexto de consulta ou num contexto de urgência.

**VC** – Em contexto de consulta de obstetrícia/ginecologia deve ser a mulher a referir a sua orientação sexual, não deverá ser o/a profissional de saúde a questionar?

**E3** – Deverá ser o profissional a perguntar.

**VC** – Quando uma mulher refere que tem vida sexual ativa, subentende que tem uma relação heterossexual e que nessa relação existe penetração? Considera esta questão válida na sua prática de cuidados? Como acha que é a maioria das atitudes dos/as seus/suas colegas face a esta inferência da sexualidade?

**E3** – Sim, penso que esse é o pensamento geral quando perguntamos acerca da atividade sexual da mulher. De facto esquecemo-nos de perguntar com quem tem relações sexuais e o seu tipo (oral, anal, vaginal).

**VC** – Na sua opinião, pessoas não heterossexuais, são discriminadas ou não possuem as mesmas oportunidades de cuidados [em obstetrícia] quando comparadas com pessoas heterossexuais?

**E3** – Penso que esta pergunta tem muitos prismas. De facto, penso que em Obstetrícia até os casais homossexuais podem recorrer a técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) (mesmo não tendo nenhum tipo de doença), o que penso que seja uma forma de aceitação e inclusão das pessoas nestes cuidados. Mas de facto, no geral, penso que pode haver alguma discriminação por parte dos profissionais de saúde, muito devida à falta de informação.

**VC** – Na sua opinião, a lei é equitativa quanto a oportunidades de constituir família para casais lésbicos/gays/ou famílias monoparentais? Em que medida é/não é? (Pode explicar?)

**E3** – Penso que as leis são equitativas, mas não o deveriam ser porque de facto não é igual termos um casal heterossexual ou homossexual ou uma família monoparental. Na minha opinião este tipo de casais não deveria ter o mesmo direito a técnicas de PMA no sistema

publico, sendo por exemplo uma alternativa a adoção.

**VC** – [Para efeitos de caracterização da pessoa entrevistada]

Pode dizer por favor a sua idade, género, estado civil e escolaridade? Onde exerce a sua atividade laboral?

**E3** – 28 anos, feminino, solteira, mestrado. Hospital (consulta, internamento e urgência)

**VC** – Muito obrigada mais uma vez pela sua disponibilidade e participação.