



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU
DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO
EM MEDICINA

FERNANDA MARTA FERREIRA GOMES

**OS IMPACTOS DA ADOÇÃO E ACOLHIMENTO FAMILIAR POR CASAIS
HOMOSSEXUAIS**
ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE CLÍNICA GERAL/MEDICINA GERAL E FAMILIAR

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

DOUTOR HERNÂNI CANIÇO

SETEMBRO/2013

RESUMO

Introdução: É crescente o número de países onde é permitido o casamento entre casais homossexuais, sendo também crescente o número de países em que é permitida a adoção pelos mesmos casais.

Em Portugal, está legislada a coadoção de os filhos adotivos ou biológicos da pessoa com quem estão casados ou com quem vivem em união de facto. A adoção é benéfica para as crianças ou pode, de alguma forma, acarretar aspetos negativos e prejudiciais ao seu desenvolvimento? Numa perspetiva social, psicológica e educacional, esta questão é polémica.

Objectivo: Partindo da escassa literatura existente sobre o tema "adoção e acolhimento familiar por casais homossexuais", mais concretamente dos estudos comparativos entre crianças adotadas por/que vivem com casais homossexuais e crianças adotadas por/que vivem com casais heterossexuais, pretende-se analisar quais as vulnerabilidades/particularidades deste tipo de famílias e a possível influência da orientação sexual dos "pais" sobre estas crianças, bem como a identificação de possíveis factores protectores.

Métodos: Foi efetuada uma revisão pormenorizada com base na literatura recente e disponível na base de dados Pubmed, Science Sirect e B-on, referente às possíveis vulnerabilidades/particularidades deste tipo de famílias e à possível influência da orientação sexual dos "pais" sobre estas crianças – ajustamento psicológico, experiências de homofobia, percepção de competências -, bem como a identificação de possíveis factores protectores. Pretende-se, ainda, apresentar uma proposta de plano de cuidados que o médico deve ter quando se vê confrontado com situações semelhantes às reportadas ao longo desta revisão, sempre tendo presente o enquadramento legal que contorna estas realidades familiares.

Conclusões: Os resultados dos estudos analisados sugerem que não existe uma fundamentação para a tese em que apenas famílias nucleares mãe/pai tradicionais conseguem proporcionar o ambiente ideal para as crianças crescerem, pelo contrário, a bibliografia e os estudos que existem parecem corroborar uma tese oposta. De qualquer modo, são inegáveis os potenciais impactos da estigmatização e da homofobia nos percursos de vida e nas vivências das famílias que apresentam particularidades e se desviam da “dita norma”. Os resultados do presente estudo ressaltam os efeitos negativos da estigmatização sobre a vida das crianças em famílias homossexuais (maioritariamente lésbicas) planeadas. De facto, esses resultados mostram que frequentar escolas que integram nos seus currícula temáticas relacionadas com a homossexualidade e o facto de a mãe se assumir como um membro da comunidade lésbica pode moderar a relação entre estigma homofóbico e ajustamento psicológico. Estes resultados são importantes tanto pela sua relevância para as teorias de desenvolvimento, como pela sua potencial influência sobre as políticas de assistência social, de adoção e de guarda dos filhos por pais gays e lésbicas.

Palavras-chave: "adoção", "desenvolvimento da criança", "homoparentalidade", "coadoção", "famílias gays", "homofobia", "ajustamento psicológico", "factores de proteção", "mães lésbicas", "parentalidade", "auto-estima", "estigma".

ABSTRACT

Introduction: Nowadays there is a growing number of countries where marriage between homosexual couples has been allowed as well as an increasing number of countries permitted children adoption by the same couples.

In Portugal, biological or adopted children co-adoption of the person you are married or live with is already legislated by the constitution. Even though, the following question remains: Is adoption beneficial to children or can somehow cause negative and harmful aspects to its development? In a social, psychological and educational perspective, this issue is certainly polemic.

Objective: Based on the scarce existing literature about the theme "adoption and foster care by homosexual couples", more specifically basing on comparative studies of children adopted by homosexual couples and children adopted by heterosexual couples, it is intend to analyze vulnerabilities / particularities of this kind of families and possible influence of these children parents' sexual orientation, as well as to identify possible protective factors.

Methods: We performed a detailed review based on recent literature not only referring to possible susceptibilities of such families and influence of sexual orientation of the parents of these children in their psychological adjustment, experiences of homophobia and perceived skills, but also aiming to identify possible protective factors. It is also intended to propose a plan of care that the physician should take when confronted with situations similar to those reported throughout this review, always bearing in mind the legal framework that surrounds these family realities.

Conclusions: The results of the studies suggest that there is no basis for the claim that only traditional families can provide the ideal environment for children to grow, however, the literature and existing studies seem to support a the opposite thesis. Anyway, potential impacts of stigma and homophobia are undeniable in life pathways of families who deviate from the standard. The results of this study emphasize the negative effects of stigma on the lives of children in homosexual families (mostly lesbians). In fact, these results show that attending schools that integrate issues related to homosexuality and the fact that the mother is assumed as a member of the lesbian community may moderate the relationship between homophobic stigma and psychological adjustment. These results are important not only for its relevance to theories of development, but also for its potential influence on the social assistance policies, adoption and custody of children by gay and lesbian parents.

Keywords: "adoption" "child development", "homoparentally", "co-adoption", "gay families", "homophobia", "psychological adjustment", "protective factors", "lesbian mothers", "parenting" "self-esteem", "stigma".

LISTA DE ABREVIATURAS

CBCL, Child Behaviour Checklist;

TRF, teacher report form

SDQ, Strength and Difficulties Questionnaire

NVOS, Nijmeegse vragenlijst voor de opvoedingsituatie (Nijmegen questionnaire regarding child-rearing circumstances)

PCSC, Perceived Competence Scale for Children

LBGT, Lesbian/Bisexual/Gay/Transgendered

INTRODUÇÃO

É crescente o número de países onde é permitido o casamento entre casais homossexuais, sendo também crescente o número de países em que é permitida a adoção pelos mesmos casais. Atualmente, a adoção por casais / famílias homossexuais, está legalmente regulada em quinze países: Holanda (2001), África do Sul (2002), Espanha (2005), Canadá (2005), Andorra (2005), Bélgica (2006), Islândia (2006), Israel (2008), Noruega (2009), Brasil (2009), Suécia (2009), Uruguai (2009), Dinamarca (2010), Argentina (2010) e França (2013). Ainda em vinte e um estados dos EUA, duas regiões do México e três estados australianos.

Em Portugal, é assunto de grande discussão. A 28 de Agosto de 2013, foi aprovada a lei que permite a coadoção por casais do mesmo sexo. O Diploma foi aprovado com 99 votos a favor, 94 contra e 9 abstenções. Os homossexuais podem assim coadotar os filhos adotivos ou biológicos da pessoa com quem estão casados ou com quem vivem em união de facto.

Colocando no cerne da questão as crianças adotadas / a adotar, é pertinente perguntar: a adoção por casais homossexuais é benéfica para as crianças ou pode, de alguma forma, acarretar aspetos negativos e prejudiciais ao seu desenvolvimento? Centrando-nos, essencialmente, numa perspetiva social, psicológica e educacional, esta questão é polémica. Uma união conjugal / família constituída por homem/ mulher apresenta modelos diferentes de uma união conjugal / família constituída por duas pessoas do mesmo sexo. Aqui residirá, a meu ver, a principal diferença. E, conseqüentemente, existe muita resistência por parte das pessoas e da sociedade a este tipo de famílias, pelo que a criança poderá ser socialmente discriminada.

Por família, entende-se o conceito lato de instituição social e, enquanto tal, uma formação social onde se desenvolve um conjunto sistemático e persistente de relações e, onde surgem estruturados estatutos, papéis (funções) e práticas. Como qualquer instituição social, a família está também sujeita à história da sociedade e reflete a sua evolução. Partindo do facto de o

conceito ter evoluído ao longo dos tempos, este conceito enquanto instituição constituída por pessoas do mesmo sexo é um fenómeno relativamente recente, diferente de famílias homossexuais que têm filhos de anteriores relacionamentos. Aqui reside o foco de diferença entre coadoção e adoção. A coadoção implica uma filiação preestabelecida com um dos membros desse relacionamento, quer por via natural, quer por adoção singular. A adoção “plena” pressupõe que é uma adoção em simultâneo pelos dois membros desse casal sendo, em Portugal, vedado este tipo de adoção.

Perante a diversidade de famílias que na realidade existem e podem vir a existir, temos de ter em consideração um mínimo denominador comum e centrar aí o conceito de família enquanto refúgio e segurança que podemos e esperamos “receber e dar no nosso núcleo familiar”. Isto levaria a que qualquer tipo de família devesse e pudesse ser legalmente protegida. É fundamental principalmente para as crianças. Todas as crianças têm as mesmas necessidades, e direito a carinho, segurança e estabilidade social. As crianças precisam da orientação, afecto, protecção, apoio e amor por parte dos pais. A sua resiliência deriva do sentido de permanência e segurança. Para isto, muito contribui o reconhecimento que a estabilidade afectiva e emocional de um relacionamento não depende do género, mas do envolvimento das pessoas, ao poderem viver com quem amam.

Partindo da escassa literatura existente sobre o tema "adoção e acolhimento familiar por casais homossexuais", mais concretamente dos estudos comparativos entre crianças adotadas/que vivem por/com casais homossexuais e por casais heterossexuais, pretende-se analisar quais as vulnerabilidades/particularidades deste tipo de famílias e a possível influência da orientação sexual dos "pais" sobre estas crianças.

RESULTADOS

A questão sobre a orientação sexual dos pais é uma falsa questão, porque a questão a colocar será sobre a qualidade das interações familiares que se estabelecem, e o seu impacto no desenvolvimento saudável das crianças.

É importante saber se a orientação sexual influencia ou determina a qualidade das interações familiares. Estudos realizados indicam que a qualidade das interações familiares por parte de pais/mães do mesmo sexo é boa e não se repercute negativamente no desenvolvimento dos filhos. São pais com muita motivação e desejo.

Aliás, a legislação que tem vindo a ser publicada parte da realidade, ou seja, são inúmeros os casais homossexuais que têm filhos fruto de um anterior relacionamento heterossexual ou de uma adoção singular.

Da literatura existente ressalta a ideia de que um dos maiores obstáculos a este tipo de famílias é o preconceito. É uma problemática de carácter social. Todos sabemos que o preconceito pode afetar negativamente a vida das pessoas e o seu saudável desenvolvimento. A nossa história está, infelizmente, recheada de situações de racismo e preconceito, com efeitos massivos e muito negativos.

Vítimas do anátema que a sociedade quase sempre lançou sobre os homossexuais e a homossexualidade, os casais homossexuais têm vindo, contudo, a conquistar direitos que, à luz da lei e aos olhos de todos, os aproximam dos casais heterossexuais.

É um facto, como já foi dito, que a sociedade evolui e com ela o conceito de família, que é cada vez mais abrangente, incluindo a família homossexual (Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados, Caniço et al).

Estudos anteriores sobre a influência da orientação sexual dos pais suportam a tese de que esta não é um elemento determinante. Concluem que os pais homossexuais são tão competentes e capazes quanto os pais heterossexuais (Patterson 2002; Shechner et al 2010;

Tasker 2010).^{5, 11} Recentemente também, num artigo da Sociedade Americana de Pediatria, é afirmado que, de facto, a maioria dos dados sugere que as crianças crescem com sucesso em famílias homossexuais, apesar da ruptura familiar quase universal e o estigma social a que estiveram sujeitas, o que comprova a resiliência dessas famílias.¹²

Por muito boas que sejam as interacções familiares numa família homossexual, é-lhes impossível controlar as reacções externas e colmatar ou atenuar as dificuldades que surjam e o impacto negativo que possam ter nos seus filhos.

Deste modo, conhecendo as suas particularidades de cada família, será mais fácil ao profissional de saúde reconhecer situações de risco e centrar a sua actuação de forma a resolver o problema, tal como acontece em outras situações relativamente a famílias heterossexuais.

Cada tipo de família tem suas limitações. “Por exemplo, a família está em desagregação, nas grandes cidades. As separações, os divórcios com todas as sequelas que arrastam; a adolescência cada vez mais ameaçada, os pais que já não sabem lidar com os filhos; a solidão crescente das mulheres, jovens e menos jovens; o abandono dos velhos; a baixa taxa de natalidade; o desaparecimento da sociedade rural, a falta de emprego, etc. – Tudo isso contribui para o desaparecimento da antiga família, regida por normas tradicionais ancestrais.” (José Gil, Portugal, Hoje – o medo de existir, pp 60-61)

Estas conclusões baseiam-se essencialmente em estudos comparativos entre famílias homossexuais e heterossexuais e ainda em estudos que se focam em problemas específicos das famílias homossexuais, nomeadamente através de entrevistas e questionários feito aos pais, às próprias crianças e, algumas vezes, aos professores das mesmas.

No livro “Novas formas de família” de Relvas, Ana Paula e Alarcão, Madalena relativamente aos novos modelos de família defendem que “no nosso país, existem ainda poucos estudos que nos ajudem a ter uma olhar não enviesado sobre estas novas formas de família e a

construir, com elas, diálogos que lhes permitam crescer na sua própria especificidade e, entre nós, estudiosos da família, a ter um conhecimento mais ajustado (*fit*) às realidades familiares.”

De facto, as novas formas de família têm ganho crescente relevo entre nós, muito embora existam ainda muitas dúvidas e dogmas enraizados no nosso país. Se é universal que as crianças quando nascem precisam de ser amparadas, educadas, cuidadas, as novas formas de família, nomeadamente a família homossexual e a homoparentalidade, não são vistas tão unanimemente. No entanto, são uma realidade. E é esta realidade que está liderar a mudança da sociedade.

Ultrapassada a questão de os casais homossexuais poderem ser bons pais, facto que sobressai em recentes revisões sobre o tema, apresentam-se outras questões, que se pretendem objectivar neste trabalho.

Será a actual conjuntura social incontornável e demasiado forte para esta nova família, ou, pelo contrário, existe um lugar para estas famílias? Será a influência exterior tão discriminatória? Que modelos parentais criam as crianças adotadas? Perante esta situação, o objectivo será fazer uma revisão com o intuito de procurar particularidades deste tipo de famílias para deste modo dirigir a actuação médica. Como se actua face a uma família que enfrenta este tipo de dificuldades? Existem factores protectores, que podem ajudar este tipo de família a contornar as suas dificuldades? Qual o papel do Médico de Família?

AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO DAS CRIANÇAS

Para avaliar o ajustamento psicológico das crianças, na maioria dos estudos revistos, foi utilizada a escala Child Behavior Checklist, ^{13, 14} adaptada a população em questão (CBCL, Achenbach, 1991) ^{3, 8, 9, 10}. A CBCL inclui cento e dezoito itens³. Cada item é pontuado com “2” se aquele comportamento for muito frequente na criança, “1” se ocorrer algumas vezes e “0” se nunca ocorrer ³.

A CBCL é muito utilizada e bem validada para avaliar problemas emocionais / comportamentais das crianças com base num questionário preenchido pelos pais. A soma da pontuação de cada item resulta numa pontuação total sobre os problemas, que varia de 0 a 240. São definidos como problemáticos, resultados acima do percentil 90, face ao da amostra considerada normal. ^{9, 13, 14}

A soma de todos os itens produz uma pontuação total, que oferece uma medida geral de ajustamento emocional / comportamental de uma criança. As síndromes identificadas na CBCL são os seguintes: Isolamento, Queixas Somáticas, Ansiedade/Depressão, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Delinvente e Comportamento Agressivo. Relativamente a estas oito síndromes centrais, o autor efectuou uma distinção entre problemas de externalização (dois últimos síndromes) e internalização (três primeiros síndromes). ^{3, 8, 9, 10, 13, 14}

Outras escalas foram utilizadas para avaliar aspectos do ajustamento psicológico da criança, (problemas de conduta, sintomas emocionais, hiperatividade) como no caso do questionário Strength and Difficulties Questionnaire [SDQ]: Goodman et al 2000)⁴ e sub-escalas da In-Home Interview⁷.

Na escala SDQ, os dados também são colhidos através do relato dos pais (a mãe biológica da criança), utilizando sub-escalas. Cada sub-escala do SDQ consiste em cinco itens. As mães devem indicar o item que corresponde a uma verdadeira descrição do comportamento do seu

filho nos últimos seis meses (0 = não é verdade; 2 = certamente verdade)), produzindo uma pontuação de 0-10 em cada uma das sub-escalas. Exemplos destas questões são: "muitas vezes tem birras ou comportamentos impulsivos" (problemas de comportamento); "muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado" (sintomas emocionais), e "agitado, hiperativo, não pode ficar parado por muito tempo" (hiperatividade)⁴.

Nas sub-escalas da In-Home Interview, nomeadamente os sintomas depressivos foram avaliados com uma versão de 19 perguntas do Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES – D; Radloff, 1977), incluindo questões sobre a frequência de sintomas, tais como sentir-se deprimido, sentir-se cansado demais para fazer as coisas, e sentir-se solitário. As pontuações mais elevadas indicam maiores níveis de sintomas depressivos. A ansiedade adolescente foi medida com uma escala de sete itens também da In-Home Interview, que incluía perguntas sobre a frequência de sintomas como sensação de mau-humor ou ter problemas em relaxar. Pontuações mais altas indicam níveis mais elevados de ansiedade.⁷

Num estudo,¹⁰ o ajuste comportamental das crianças, foi avaliado não só pela CBCL através de relatos feitos pelos pais, mas também utilizando a escala Teacher Report Form (TRF ; Chenbach, 1991b). Esta escala é semelhante à CBCL, mas foi projetada para ser respondida por um professor/ prestador de cuidados da criança em causa. É constituída por vinte e duas questões específicas para situações que ocorrem na sala de aula (por exemplo, “medo de errar”, “não consegue terminar uma tarefa”, “fala fora de hora”), permite, tal como a escala CBCL, identificar problemas de internalização e de externalização e distingui-los.

A auto-estima foi avaliada em vários estudos revistos.^{4, 7} A Escala Rosenberg Self-esteem Scale, foi utilizada para avaliar as crianças sobre a sua auto-estima. É composta por dez itens (por exemplo, "Tomo uma atitude positiva em relação a mim mesmo ": 1 = discordo; 4 = concordo completamente) 4. Também foi avaliada usando uma escala de seis itens do questionário In-School Questionnaire, que inclui itens como sentir-se socialmente aceite e

sentir-se amado e desejado. Os itens foram medidos numa escala que varia de 1 (discordo completamente) a 5 (concordo totalmente), com pontuações que variam de 6 a 30, e pontuações mais altas indicando maior auto-estima⁷.

Salientando os resultados que se referem às famílias homossexuais, não houve diferenças significativas no que se refere a problemas de internalização e externalização entre crianças criadas em famílias lésbicas e crianças criadas em famílias heterossexuais.^{3, 4, 5, 8, 9, 10}

Como se pôde verificar, comparando diferentes amostras de crianças, relativas a problemas de conduta, sintomas emocionais e hiperatividade, nomeadamente uma amostra não clínica de crianças holandesas da mesma idade (também baseada em relatos dos pais)⁴, uma amostra de crianças criadas por famílias heterossexuais biparentais israelitas⁵, uma amostra de adolescentes nos Estados Unidos recolhidos pela Quality Education Data for Add Health (Bearmanetal.,1997)⁷, uma amostra de crianças norte-americanas da mesma idade³, uma amostra de crianças adoptadas por casais heterossexuais⁸, uma amostra de crianças concebidas por inseminação artificial criadas por famílias heterossexuais⁹, uma amostra de crianças concebidas naturalmente e criadas em famílias heterossexuais⁹, uma amostra de crianças concebidas por inseminação artificial criadas por famílias heterossexuais, mono e biparentais¹⁰, não foram encontradas diferenças significativas relativamente às famílias homoparentais.

Em geral, os adolescentes relataram resultados psicossociais positivos, com baixos níveis de sintomas depressivos e de ansiedade⁷ e não tendo sido encontradas diferenças/ associação significativa entre a orientação sexual dos pais e o ajustamento psicossocial da criança^{3, 4, 5, 7, 8, 9, 10}

No entanto, estudos indicam outras variáveis que podem interferir no desenvolvimento das crianças, nomeadamente, no que respeita a mono ou biparentalidade. É de salientar que alguns estudos sugerem, relativamente aos problemas de exteriorização, que crianças criadas em

famílias monoparentais apresentaram níveis mais elevados de problemas de comportamento do que aqueles criados em famílias biparentais, independente da orientação sexual dos pais ⁵.

Outro dado que se pode apurar é relativo às diferenças entre rapazes e raparigas. Estudos indicam que a maneira como os rapazes se desenvolvem é diferente das raparigas. Por exemplo, relativamente ao ajustamento psicológico, estudos indicaram diferenças significativas entre meninos e meninas relativamente a problemas de comportamento e hiperatividade⁴. Os meninos tiveram uma pontuação mais elevada em ambos. Pontuações mais elevadas indicam que apresentam mais problemas comportamentais e de hiperatividade.⁴ Por seu lado, estudos indicam que independentemente do tipo de família, os adolescentes eram mais propensos a mostrar ajuste favorável quando perceberam mais carinho dos adultos e quando os pais descreveram relações estreitas com eles⁷. Mais uma vez se pode concluir que o determinante é a qualidade das interações que se estabelecem entre os membros da família. Assim, como esperado, o ajuste do adolescente não estava relacionado com o tipo de família (por exemplo, pais do sexo mesmo vs. pais do sexo oposto), mas foi fortemente associado com a qualidade das relações dos adolescentes com os seus pais⁷.

Noutro estudo¹⁰, pretendendo avaliar a importância de variáveis estruturais, como o facto de estarmos perante uma família mono ou biparental e a orientação dos pais, como preditores de desenvolvimento das crianças, não se verificam diferenças significativas em relação ao ajustamento psicológico das crianças, isto é, tanto as mães biológicas, como as mães não biológicas, como os professores, relataram bons níveis de ajustamento.

Neste estudo, dez relatos de maior stress parental tanto por parte das mães biológicas, como por parte das mães não biológicas, como os por professores, foi significativamente associado a um maior número de problemas de internalização, de externalização e problemas totais de comportamento nas crianças, mas não com variáveis estruturais.¹⁰

Num estudo⁸, que examinava a associação entre a orientação sexual dos pais e desenvolvimento das crianças, utilizando os dados recolhidos a partir de pais, bem como de professores e profissionais de saúde, também não houve diferenças significativas entre as crianças, em função dessa orientação, relativamente às medidas de internalização, externalização, ou problemas totais de comportamento, tendo sido a primeira vez que os relatórios de comportamento das crianças, por parte dos professores foram considerados a par dos pais, numa amostra de crianças adotadas por pais homossexuais e heterossexuais⁸.

Estes resultados evidenciam que filhos de mães lésbicas são emocional e comportamentalmente bem adaptados e não apresentam resultados psicológicos negativos que possam ser atribuídos à orientação sexual da mãe biológica.^{3, 4, 5, 8, 9, 10}

Relativamente aos níveis de auto estima, os resultados encontrados também foram positivos, na medida em que crianças criadas por casais homossexuais evidenciaram altos níveis de auto-estima.^{4,7}

Quando analisadas todas as variáveis aqui apresentadas, e com base nos estudos realizados, com várias amostras, conciliando crianças, pais, professores e profissionais de saúde, pode concluir-se que a orientação sexual dos pais não é, directamente, um factor negativo no desenvolvimento das crianças. Poderá, contudo, ter efeitos negativos em função de terceiros factores. Estes terceiros factores não podem ser desvalorizados, para bem do saudável crescimento das crianças.

De uma forma geral, são absolutamente negativos, todo e qualquer tipo de homofobia que afecta não só o próprio como toda a família envolvida.

EXPERIÊNCIAS HOMOFÓBICAS

Em Maio de 2011, em referência ao Dia Internacional contra a Homofobia, a Alta Comissária das Nações Unidas para os Direitos Humanos, Navi Pillay, declarou: "[...] Em última análise, a homofobia e a transfobia não são diferentes do sexismo, da misoginia, do racismo ou da xenofobia. Mas enquanto essas últimas formas de preconceito são universalmente condenadas pelos governos, a homofobia e a transfobia são muitas vezes negligenciadas. A história mostra-nos o terrível preço humano da discriminação e do preconceito. Ninguém tem o direito de tratar um grupo de pessoas como sendo de menor valor, menos merecedores ou menos dignos de respeito. [...]"

Os dados relativos a experiências homofóbicas e à ocorrência de estigmatização com relação à orientação sexual dos pais (maioritariamente mães) ou de situações familiares não-tradicionais, foram obtidos através de questionários feitos às crianças e aos pais.

No estudo The USA National Longitudinal Lesbian Family Study, adiante designado NLLFS³, crianças foram avaliadas através da resposta à questão: "Alguma vez outra criança disse alguma coisa relacionada com o facto da(s) sua(s) mãe(s) ser(em) homossexual(ais)?" (1 = sim, 2 = não).³

Foi utilizada uma versão infantil da escala de estigma (9 items), usada em estudos anteriores para avaliar os efeitos de experiências de paternidade e adaptação da criança em famílias lésbicas planeadas, reformulada de forma a se aplicarem às experiências das crianças com a estigmatização e rejeição no seu ambiente social⁴, incluindo questões como: " As crianças usam linguagem abusiva por causa da orientação sexual das suas mães"; "as crianças fazem perguntas inconvenientes sobre o facto de ter duas mães ". As crianças foram convidadas a indicar numa escala de 3 pontos (1 = nunca; 3 = regularmente) quantas vezes as diversas formas de rejeição tinham ocorrido no ano anterior.⁴

Noutro estudo¹¹, que pretendia avaliar as experiências de estigmatização de 76 crianças criadas por mães lésbicas e analisar de que forma estas se associavam com a auto-estima das mesmas, a estigmatização foi medida usando uma escala com 10 itens adaptada, Likert-type.

¹¹ Esta escala avalia os sentimentos destas crianças face às atitudes dos outros em relação às crianças filhas de mães lésbicas, através de itens tais como: " A maioria das crianças está disposta a fazer amizade com uma pessoa que tem uma mãe lésbica." Por outro lado, a auto-estima foi avaliada através da escala Harter Self Perception Profile for Adolescents. Esta consiste num questionário de 45 itens, que avalia sete domínios: competência escolar, aceitação social, competência atlética, aparência física, conduta comportamental, amizade e auto-estima global. Neste estudo, as pontuações de auto-estima da amostra foram semelhantes às relatadas por Harter, ou seja, semelhantes aos níveis considerados normais. ¹¹

Quando se estudou a associação entre estigma e auto-estima, verificou-se que maiores sentimentos de estigma estavam relacionados com pontuações mais baixas em cinco de sete sub-escalas: a aceitação social, auto-estima, a conduta comportamental, aparência física e amizade.¹¹ Não foram associados com a estigmatização a competência escolar e a competência atlética.¹¹

No estudo NLLFS feito nos que são considerados os estados mais liberais dos Estados Unidos, publicado em 2008, 43% das crianças referiram ter experimentado situações de homofobia.³ Num estudo realizado na Austrália, que envolveu a participação de quarenta e oito crianças criadas por casais homossexuais, 18% dos pais de alunos do ensino básico ("primary school", dos 5 aos 12 anos de idade) e 28 % dos pais que tiveram filhos na escola secundária ("secondary school", dos 12 aos 16 anos de idade) relataram que seus filhos haviam experimentado situações de discriminação ou bullying².

Em relação às crianças e adolescentes em famílias lésbicas, os investigadores têm mostrado uma associação significativa entre a estigmatização homofóbica e ajustamento psicológico.^{3,4}

Estudos evidenciam que crianças que experimentaram homofobia apresentaram maiores níveis de ansiedade/ depressão, problemas sociais, problemas de atenção, comportamentos delinquentes e comportamentos agressivos. E mostram, também, que as crianças que referiram experiências de homofobia, em comparação com aqueles que as não referiram, mostraram mais problemas de internalização e externalização.^{3,4}

As crianças da amostra relataram, geralmente, baixos níveis de estigmatização, que foram semelhantes aos encontrados em estudos baseados numa amostra da população holandesa.⁴ Apesar disso, os níveis mais elevados de rejeição (estigmatização) foram, como esperado, associados com níveis mais baixos de bem-estar psicológico (mais hiperatividade para meninos (referido pelas mães) e baixa auto-estima para as meninas).⁴

No estudo “Children in planned lesbian families: Stigmatisation, psychological adjustment and protective factors” de Henny M. W. Bos & Frank van Balen, relativamente a experiências de estigmatização⁴ os aspectos mais frequentemente referidos foram: “os colegas fazem piadas, porque é filho de duas mães lésbicas”(60,7%) e “pares fazem perguntas inconvenientes sobre os seus pais e a sua orientação sexual ” (56,7 %). Outras experiências frequentemente referidas foram exteriorizadas/manifestadas através de expressões tais como “crianças usam linguagem abusiva relacionada com a orientação sexual das mães” (45,2%), “colegas comentam sobre a criança e as suas mães lésbicas” (30,6%), “os pares excluem-na (a criança) devido à situação familiar não-tradicional” (26,2%) e “colegas fazem observações de desaprovação sobre a situação da família não-tradicional” (21,0%) Experiências menos frequentemente assinaladas foram: “colegas dizem coisas negativas sobre a sua família” (14,5%), “colegas fazem comentários de desaprovação sobre a orientação sexual das suas mães” (13,3%) e “colegas usam linguagem abusiva para se referirem às suas mães” (8,1%), não tendo sido encontradas diferenças entre meninas e meninos, excepto que os primeiros assinalaram mais frequentemente que os seus colegas coscuvilhavam sobre eles.⁴

Noutro estudo de H.M.W.Bos et al.¹, em que as mães eram questionadas sobre as suas experiências de estigmatização, os resultados foram semelhantes, com 68% das mães biológicas e 72% das mães sociais (não biológicas) a referirem que as pessoas fazem perguntas inconvenientes e intrometidas relacionadas com seu estilo de vida. Outra experiência frequentemente relatada foi a de que outras pessoas se pronunciam intrometidamente sobre o estilo de vida familiar não-tradicional (27,3% das mães biológicas e 32,7% das mães sociais). Experiências menos frequentemente relatadas dizem respeito a comentários de desaprovação relacionados com a sua situação familiar (13% das mães biológicas e 12,1% das mães sociais) e da exclusão por outras pessoas (12% das mães biológicas e 9,1% das mães sociais). Ainda menor percentagem de entrevistados relatou outras formas de experiências com a rejeição.¹

Mais uma vez se pode concluir que a influência social e externa, pode ser muito significativa e ter um impacto negativo no desenvolvimento das crianças e adolescentes. São factores que não dependem directamente de pais homossexuais, mas são resultantes do facto de eles serem homossexuais e da sociedade não estar suficientemente/amplamente receptiva a estes novos tipos de família. Não é de desvalorizar o facto de o nível de estigmatização relativamente à homofobia ser similar a outras fontes de estigmatização.

É pertinente e oportuno apresentar, neste ponto do trabalho, a definição dos conceitos “homofobia”, “lesbofobia” e “bifobia”. Após uma pesquisa e análise das várias publicações realizadas sobre o assunto, constata-se que não existe uma única e unívoca definição, pelo que se apresentam abaixo aquelas que parecem mais significativas.

“A lesbofobia recrimina os sujeitos percecionados como lésbicos por, ao não cumprirem a compulsão heterossexual natural e não estarem ao dispor sexual dos sujeitos masculinos, não serem verdadeiras mulheres, estatuto que só merecem os sujeitos femininos heterossexuais e/ou maternais, e domésticos. Por outro lado, ao recusarem uma sexualidade falocêntrica, os

sujeitos lésbicos são acusados de não possuírem de facto uma sexualidade ou de possuírem uma sexualidade incompleta, cujo único valor erótico é pornográfico (exclusivamente para um olhar masculino). A independência sexual face ao patriarcado leva, no seu extremo, à violação punitiva, ou mesmo à morte.”¹⁷

E, “lesbofobia: o medo que as mulheres têm de amar outras mulheres, assim como o medo que os homens (incluindo gays) têm das mulheres não os amarem”. (the fear that women have of loving other women, as well as the fear that men (including gay men) have of women not loving them)¹⁸

A palavra “homofobia” significa medo ou rejeição da homossexualidade. Esse medo pode parecer instintivo, como o medo do fogo, mas não o é. Constitui mais um fenómeno cultural que está longe de ser universal, e que reveste diferentes formas e significações segundo o contexto.¹⁹

Foram várias as ocasiões ao longo deste trabalho em que se deu especial relevo ao impacto da sociedade, mais concretamente do preconceito e da discriminação, relativamente às diferentes orientações sexuais das pessoas e relativamente aos diferentes opções de vida que as pessoas decidem tomar. Adiante, será abordada mais especificamente a influência destas fobias nas experiências de parentalidade.

Dada a complexidade de temáticas que afectam as famílias homoparentais, por exemplo, consequências de se pertencer a um grupo estigmatizado, falta de reconhecimento legal, medo de verem os seus direitos não reconhecidos, é comum associar a estas famílias o fenómeno de stress parental. Possivelmente as experiências de rejeição, níveis de estigmatização e de homofobia internalizada, também se repercutem a nível das experiências de parentalidade.⁶

Em 2004, H. M. W. Bos, estudaram os níveis de rejeição, de estigmatização e homofobia internalizada, numa amostra de mães lésbicas e a possível relação com as experiências de parentalidade, nomeadamente o stress parental e a necessidade de justificação parental.⁶ Foi

utilizado o questionário, *The Nijmegen questionnaire regarding child-rearing circumstances, NVOS*, para avaliar o stress parental. Foram seleccionadas duas dimensões: a preocupação dos pais para com os filhos (sentimentos de sobrecarga) e competência parental (ser capaz de lidar com a criança). Exemplos de declarações desta escala são: “dedico pouca atenção aos outros (o meu companheiro) por causa do meu filho ” (sobrecarga parental)” e "sinto que estou a perder o controlo sobre meu filho” (competência parental). Estas afirmações têm categorias de resposta que variam de 1 (discordo plenamente) a 5 (concordo plenamente). Também foi usada uma escala para avaliar a tendência ou não, por parte dos pais, para justificar as suas qualidades parentais, em relação a outras pessoas no seu ambiente social. Esta escala é composta por quatro itens (por exemplo: "antecipando reações negativas, dou aos meus filhos mais atenção que a dada por outros pais aos seus filhos”). Cada item é pontuado numa escala de 6 pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 6 (concordo plenamente).⁶

Os resultados indicam que estes pais sentiram baixos níveis de estigmatização e de homofobia internalizada.⁶ No entanto, foi significativamente relacionado com experiências de parentalidade. Sentimentos de rejeição correlacionaram-se significativamente com maior sobrecarga dos pais bem como com a competência parental.⁶

Por outro lado, os resultados indicam que quase todas as dimensões de stress minoritário (associado ao facto de terem um estatuto social minoritário)²⁰ estão significativamente correlacionados com maior necessidade de justificação parental. Isto é, mais experiências de rejeição, altos níveis de sentimentos negativos em relação à sua própria homossexualidade, altos níveis de sentimentos negativos em relação a outras mulheres lésbicas e gays e a crença de que os heterossexuais pensam negativamente sobre a homossexualidade, também levaram à necessidade de justificar as qualidades parentais mais frequentemente.⁶

PERCEPÇÃO DA COMPETÊNCIA

É importante a criança ir desenvolvendo a capacidade de percepção, de discernimento, de conhecimento, pela inteligência ou entendimento, independentemente dos sentidos, das competências ou capacidades para exercer determinadas funções ou para se relacionar com terceiros. Esta percepção da competência vai influenciar o seu crescimento e a aceitação pelos outros.

Como se pôde verificar, comparando diferentes amostras de crianças, relativamente à percepção da competência, nomeadamente, numa amostra não clínica de crianças holandesas da mesma idade (também baseada em relatos dos pais) ⁴, numa amostra de adolescentes nos Estados Unidos recolhidos pela Quality Education Data for Add Health (Bearmanetal., 1997) ⁷, numa amostra de crianças criadas por quatro diferentes tipos de famílias de Israel (famílias heterossexuais e famílias lésbicas e, para cada de modelo de família, ou pais mono e biparentais) ⁵, também se pôde concluir que o tipo de relação dos pais não interfere na percepção da competência.^{5,4,7}

Num dos estudos revistos, ⁵ a percepção da competência das crianças foi avaliada utilizando a escala ilustrada de competência percebida e aceitação social para crianças e jovens (Harter & Pike, 1984). Esta escala é composta de quatro sub-escalas – percepções de competência cognitiva (por exemplo, bom em números), a competência física (por exemplo, bom em execução), aceitação materna (por exemplo, a mãe brinca comigo) e aceitação pelos pares (por exemplo, outros sentam-se ao meu lado). ⁵

Noutro ⁴, a aceitação social pelos pares foi avaliada usando a versão holandesa of Harter's Perceived Competence Scale for Children (PCSC: Harter 1982, Van Den Berghand Van Ranst 1998) para avaliar a percepção de sua aceitação social pelos pares. Nesta versão, o formato de resposta é mais simples. Às crianças é solicitado que classificaem numa escala de 4 pontos, se certas declarações (por exemplo, ' ser feliz ') em que 1 = não eram totalmente

verdade e 4 = muito verdadeiro. A pontuação na aceitação social pelos pares das crianças no presente estudo (média) foi comparada com uma amostra não-clínica de dezenas de crianças holandesas entre 8 e 11 anos de idade.⁴

Noutro estudo⁷, foi utilizada uma escala cinco itens para avaliar os sentimentos de integração dos entrevistados na sua escola, relativamente a questões sobre o grau em que os adolescentes se sentiram perto de outros alunos, se sentiram como parte da sua escola, se sentiram seguros na sua escola, sentiram que os professores trataram os alunos de forma justa, e foram felizes na sua escola. Pontuações possíveis variaram de 1 (discordo plenamente) a 5 (concordo plenamente).⁷

A percepção da autonomia foi avaliada com uma escala de sete itens (1 = sim, 0 = não) que abordava a medida em que os adolescentes estão autorizados a tomar decisões sobre aspectos de suas vidas, tais como alimentos, dormir, ver televisão, e amigos; a percepção da aceitação dos adolescentes em relação aos dos adultos e amigos foi medida com três itens sobre o quanto o adolescente acredita que os adultos, professores e amigos se preocupam com eles. A média dos três itens foi tomada como a pontuação do adolescente, e pontuações possíveis variaram de 1 (nada) a 5 (muito), com pontuações mais altas a indicar percepções de mais carinho.⁷

Num estudo⁷ sobre a percepção dos adolescentes relativamente à integração no bairro em que vivem foram medidos através de uma escala de três itens (1 = sim, 0 = não) retirados do In-Home Interview. Itens incluídos, especificam se os adolescentes conhecem os vizinhos, se conversam com eles, ou sentem que os vizinhos tomam conta/ se preocupam uns dos outros/uns com os outros. Os três itens foram somados e as pontuações possíveis variaram de 0 a 3, com pontuações mais altas indicando uma maior integração do bairro.

Este estudo indica que o nível da integração foi de 2,3, numa escala de 0 a 3, em que o 3 significa um melhor nível de integração. Não houve diferenças índices de percepção da

competência ^{5,4,7} nomeadamente das competências cognitivas ⁵, físicas ⁵, aceitação pelos pares ^{5,4,7} e aceitação pelas mães/pais ^{5,7}

Para as meninas, também se constatou que aqueles que percebem altos níveis de aceitação social pelos seus pares apresentam baixos níveis de problemas de comportamento.⁴

Ou seja, quanto melhor a aceitação pelos seus pares menos problemas comportamentais manifestam. Os adolescentes também relataram níveis relativamente altos de autonomia⁷, manifestando uma boa integração nos seus bairros.⁷

Foi encontrada uma diferença significativa ao nível do género, na adolescência. O estudo de Wainright, Russell, and Patterson indica que as raparigas apresentaram um nível mais alto de percepção de cuidado e atenção por parte dos adultos e dos pares do que os rapazes.⁷

Além disso, não foram encontradas diferenças relacionadas com o tipo de família no que se refere à afinidade parental, atenção por parte dos outros, autonomia pessoal ou à integração bairro, em função do tipo de família.⁷ Como já foi referido, encontraram uma diferença significativa, com resultados indicando que as meninas referem uma maior percepção de cuidados e carinho por parte adultos e colegas do que os meninos.⁷

FACTORES PROTECTORES

Vários estudos incidem sobre o impacto de dois potenciais factores protectores: a integração de questões relacionadas com a homossexualidade e famílias homossexuais nos currícula escolar e no facto das mães integrarem ou não uma comunidade lésbica.^{2,3,4,5}

Num dos estudos revistos,³ 47% das crianças frequentavam escolas que integram no seu currículo assuntos relacionados com homossexualidade e famílias homossexuais.³

Neste mesmo estudo,³ 79% das mães referiram que se identificam como membros da comunidade lésbica.

Foram encontrados efeitos significativos e positivos relacionados com a inclusão de currícula que abordem questões como a homossexualidade e a família homossexual e que promovam a tolerância, a diversidade e ensinam a importância de não discriminar o outro, no ajustamento psicológico, nomeadamente, em relação aos problemas de isolamento e comportamentos agressivos, bem como na escala de problemas sociais (encontrados pela escala CBCL).³

Nestes estudos, as crianças que não frequentavam escolas que integravam este tipo de currículo mostraram níveis mais elevados de problemas de isolamento e agressividade, juntamente com mais problemas sociais.³ Mostraram ainda mais problemas de externalização.³

Relativamente ao papel protector da inclusão deste currículo sobressai ao verificar-se que, crianças que experimentaram homofobia e que frequentam escolas com estes currícula apresentaram menos problemas sociais do que as crianças que tinham experimentado homofobia, mas não frequentavam estas escolas, sugerindo que a inclusão deste tipo de currículo pode reduzir os efeitos da homofobia como fonte de problemas sociais.⁵

De modo semelhante, crianças que referiram experiências homofóbicas e frequentam escolas com currícula sobre homossexualidade e famílias homossexuais apresentaram menores níveis

de problemas de agressividade do que as crianças que tinham experimentado homofobia e não frequentavam estas escolas.⁵

Num estudo em que os pais eram questionados sobre as principais preocupações relativas aos filhos e problemas vivenciados pelos filhos na escola,² entre as principais preocupações encontravam-se os possíveis problemas que filhos poderiam ter de enfrentar como resultado de atitudes negativas em relação ao facto de os pais serem homossexuais, nomeadamente de serem alvo de piada ou intimidação, seguindo-se a preocupação relativa ao facto de a discussão sobre famílias homossexuais não ser incluída no currículo escolar e pré-escolar,² seguindo a preocupação de as crianças terem de responder a perguntas difíceis.²

Neste estudo,² algumas crianças que foram entrevistadas, individualmente, expressaram a necessidade de fazer parte de um grupo de apoio, ou pelo menos conhecer outras pessoas numa situação semelhante.²

Relativamente a participação das mães na comunidade lésbica poderá funcionar positivamente porque se sentem apoiadas, têm com quem partilhar experiências e não se sentem tão isoladas. Na realidade, os estudos não são consensuais no que se refere à integração por parte das mães na comunidade lésbica e/ou contacto com outras crianças com pais homossexuais^{3,4}. Alguns estudos não revelam efeitos significativos de participação das mães na comunidade lésbica, nomeadamente, no que se refere às escalas de síndrome (isolamento, queixas somáticas, ansiedade / depressão, regra de comportamento de ruptura, comportamento agressivo, problemas sociais, problemas de pensamento, e problemas de atenção) ou na internalização, externalização³. Nenhuma correlação significativa foi encontrada para os meninos entre o contato com outras crianças que têm pais homossexuais e ajustamento psicológico⁴. No entanto, meninas que têm mais contato com outras crianças que têm pais homossexuais apresentaram níveis mais baixos de hiperatividade⁴. A auto-estima foi de forma significativa e

negativamente correlacionada com a estigmatização, apenas quando as crianças tinham menos contato com outras crianças que têm mães homossexuais.⁴

DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO

Face à bibliografia existente sobressai o facto de um dos maiores obstáculos à adopção por casais homossexuais, se prender mais com aspectos sociais e com a resposta da sociedade a este fenómeno¹, podendo ter repercussões negativas no desenvolvimento da criança, do que com a capacidade destes pais proporcionarem o ambiente ideal e adequado, quer a nível da qualidade das interações familiares, quer a nível da sua formação enquanto transmissores de valores e princípios.

Neste aspecto, as famílias homossexuais lidam com dificuldades diferentes das sentidas pelas famílias heterossexuais. É importante avaliar o modo como isto influencia as experiências de paternidade e simultaneamente de que forma a falta de compreensão/discriminação de que podem ser alvo por parte dos pares e sociedade pode afectar a saúde e desenvolvimento destas crianças e o ambiente familiar.

Não devemos partir do princípio do mal menor. Não serve dizermos que é melhor ter dois pais ou duas mães do que viver numa família desestruturada ou disfuncional. De facto, os meios acessíveis para a paternidade, que incluem técnicas de reprodução medicamente assistida, adoção e coadoção devem centrar-se na competência dos pais, e não na orientação sexual dos mesmos.¹²

Serão dois homens ou duas mulheres, a viver no mesmo lar, por isso formando uma família, capazes de transmitir os valores e princípios adequados ao desenvolvimento saudável de uma criança e proporcionar-lhes o ambiente físico, psicológico e social adequado? Isto remete-nos para a definição de saúde. Por saúde entende-se "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade" (OMS).

Não podemos esquecer que todas as famílias têm as suas limitações e que não existe relação causa efeito entre crescer no seio de uma família heterossexual e um desenvolvimento ideal.

As crianças filhos de casais homossexuais são desejados, são fruto de decisões conscientes e planeadas por ambos os membros desse casal¹. Grande parte da investigação existente tem por base as famílias homossexuais com filhos frutos de anteriores relações. A investigação sobre famílias homossexuais planeadas é uma recente área de investigação¹.

Estes estudos indicam que não existe uma fundamentação para a tese de que apenas famílias nucleares mãe/pai tradicionais conseguem proporcionar o ambiente ideal para as crianças crescerem, pelo contrário.

O aumento da diversidade dos tipos de família levanta questões relacionadas com o bem-estar e desenvolvimento das crianças.

Como é um fenómeno recente é difícil concluir sobre a sua influência. Muito provavelmente, só quando estas crianças, filhas destes recentes modelos de famílias, crescerem e se tornarem adultos responsáveis é que podemos chegar a uma conclusão fundamentada e clara sobre o impacto da adopção homossexual no crescimento da criança.

De qualquer modo, são inegáveis os potenciais impactos da estigmatização e homofobia nas experiências de uma família.

Deste modo, os médicos devem estar informados sobre os crescentes estudos relacionadas com a influência de diferentes tipos de famílias no desenvolvimento das crianças, não devendo assumir erroneamente uma correlação directa entre distúrbios comportamentais ou emocionais das crianças e orientação sexual dos pais.^{5, 4} No entanto, devem estar cientes das dificuldades particulares que enfrentam.

Numa perspectiva médica é fundamental aperceber-se de qual a importância do estudo de uma família, em que o bem-estar familiar é essencial para o seu desenvolvimento.

Deste ponto de vista, torna-se assim fundamental saber reconhecer situações de risco e aplicar estratégias que possam minimizar o impacto negativo e aumentar a capacidade de resiliência destas famílias.

Face ao que vem sendo exposto e às alterações que se vêm realizando ao nível da nossa sociedade, conclui-se que, do ponto de vista médico, também surgem novas exigências e adaptações. Famílias homossexuais assumidas são uma minoria e os profissionais de saúde ainda não têm um histórico significativo de convivência com as mesmas, o que se pode traduzir no facto de poderem ter pouca experiência com as mesmas. Portanto, mesmo prestadores de cuidados de saúde adequados podem não ter a eficácia necessária e desejada para lidar com todas as configurações familiares não - tradicionais. Contudo, não me parece que o ónus da questão esteja na atitude dos profissionais de saúde, que dificilmente manifestariam atitude de preconceito, mas estaria sim nos doentes que poderiam não estar confortáveis com a situação. Aqui, os profissionais de saúde estarão confrontados com o desafio de desbloquear e naturalizar qualquer constrangimento por parte dos doentes. Ultrapassar estas limitações e dificuldades implica educação e compreensão de ambos os lados. Fornecer cuidados centrados na família exige demonstração, por parte dos profissionais de saúde, de compreensão e respeito por todas as famílias, independentemente da sua constituição, orientação sexual, opções de vida. Ao agir deste modo, os serviços de saúde podem garantir um cuidado eficaz, ideal para essas famílias. De facto, penso que a falta de compreensão das necessidades das famílias homossexuais é um impedimento para a efectiva prestação de cuidados de saúde.

Será importante que o médico promova o ambiente adequado para que seja possível averiguar quais as reais preocupações sentidas por estas famílias, abordar questões como a homofobia, lesfobia, bifobia, e quais as repercussões psicológicas da assumpção da orientação sexual na família restante.²¹ É necessário estar atento e sensível às possíveis divergências de opinião e mentalidade e suscetibilidades perante as diferentes opções de vida dos restantes membros da família. Como foi sobejamente debatido, ao longo deste trabalho, é de famílias que se trata. E, por vezes, existem resistências dentro da própria família. Aqui, também, o médico de família

pode intervir e minimizar o impacto negativo e as dificuldades com que cada indivíduo se pode confrontar. O estigma e a discriminação podem começar dentro da própria família ou, numa outra perspectiva, podem afectar os seus membros por causa da estigmatização exterior. Duas vertentes a que é necessário prestar atenção.

Aprofundar quais as repercussões que o estigma e a discriminação, a existirem, têm no desenvolvimento da criança e no bem-estar da família, e sua possível influência em termos de saúde. Dada a evidência científica, será importante informar os pais dos benefícios que a inclusão de currículos que abordem questões como a homossexualidade e as famílias homossexuais e a participação na comunidade lésbica podem ter na saúde e bem-estar das crianças.¹⁵ Neste sentido, será um cuidado centrado em todos os membros da família, pais e filhos, e também na sociedade. É de salientar, que está em implementação em todas as escolas do país, desde o ensino básico ao secundário, atualmente, um projeto de educação para a sexualidade, onde estas temáticas poderão e são, muitas vezes, abordadas. A própria participação do médico junto das escolas nas aulas de educação para a saúde poderia ter um impacto positivo.

Por outro lado, os serviços de saúde podem promover a mudança cultural e fazer uso de uma medicina mais sensibilizadora, inclusiva e menos discriminatória, através do uso de formulários e publicações que usam a linguagem não - género e não - heterossexual, por exemplo, pais, em vez de mãe/ pai; parceiro, em vez de marido/ esposa,¹⁵ através da garantia que ambos os pais são incluídos e podem participar ativamente nos cuidados de saúde dos filhos e que os seus direitos e deveres são respeitados e reconhecidos; no fundo, criar um ambiente inclusivo de todas as famílias.

Actualmente os vários estudos existentes sobre o assunto baseiam-se essencialmente em casos de mães lésbicas e pais gays em que houve a concepção dos seus filhos numa anterior relação

heterossexual. É evidente a dificuldade que estes casais têm em atingir a parternidade e deste modo impõe-se também a questão da coadoção e da adoção.

A coadoção surge num encadeamento em que número de casais do mesmo sexo, casados ou unidos de facto, que constituem família e cujos filhos, biológicos ou adotados, crescem num contexto familiar desprovido de proteção jurídica adequada, in Projeto de Lei n.º 278/XII.¹⁶

Sendo em Portugal a adoção conjunta por um casal do mesmo sexo, vedada pelo artigo 3º da Lei nº 9/2010, de 31 de Maio e pelo artigo 7º da lei 7/2001, de 11 de Maio,¹⁶ “politicamente não é possível pôr termo a todos os resquícios de discriminações fundadas no preconceito quanto à homossexualidade”.

Ao longo desta revisão bibliográfica foi possível destacar algumas conclusões. Os resultados do presente estudo ressaltam os efeitos negativos da estigmatização sobre a vida das crianças em famílias homossexuais (maioritariamente lésbicas) planeadas.

No fundo, uma maior aceitação e apoio irá proporcionar um ambiente ainda mais propício para o sucesso do desenvolvimento social e emocional destas famílias. Os resultados também indicam que um ambiente social positivo em torno da homossexualidade combate os efeitos negativos da homofobia sobre o bem-estar psicológico dessas crianças.

As mães que se identificam com a comunidade lésbica também são mais propensas a ter contacto com outros homossexuais, com efeitos protectores de conhecer as crianças de famílias semelhantes pelo mecanismo de ingroup, comparação social.

Os resultados mostram que frequentar escolas que integram no seu currículo assuntos relacionados com a homossexualidade e o facto de a mãe se assumir como um membro da comunidade lésbica pode moderar a relação entre estigma homofóbico e ajustamento psicológico. Neste contexto seria pertinente a participação de médicos em debates sobre o tema em escolas com o objectivo de facilitar o desenvolvimento com o objectivo de preparar as crianças para a perspectiva de homofobia. Estas escolhas, por parte das escolas, também

podem ser caracterizadas como forma de orientação dos pais para melhorar o bem-estar das crianças, ou seja, as escolas também actuarem junto dos pais de forma a sensibilizá-los e a levá-los a aceitar a diferença.

Com a inclusão de questões sobre homossexualidade e famílias homossexuais nos programas pedagógicos das escolas, os alunos aprendem o que significa ser estigmatizado por ser "diferente" e essa consciência, por sua vez, reduz a estigmatização e a intimidação. Crianças a frequentar a escola básica e secundária acreditam que a formação de alunos e professores e a desconstrução de ideias erradas sobre pessoas cuja orientação sexual não é a heterossexualidade, essas pessoas seriam mais compreensivas e menos predispostas a intimidar² e discriminar.

De uma forma geral podemos concluir que cada família tem as suas especificidades, vive num contexto único, numa sociedade que pode estar mais ou menos familiarizada com este novo tipo de famílias e mais ou menos aberta a esta nova realidade.

Em relação ao estudos revistos, as suas limitações prendem-se essencialmente com o facto de os dados relativos aos indicadores psiquiátricos serem obtidos na grande maioria através de relatórios/questionários preenchidos pelas mães biológicas e pelas crianças, não tendo participado, por exemplo, a co-mãe, pai, irmãos ou professores.⁵

Antes de discutir e interpretar os resultados, é importante ter em mente que a maioria das famílias que participaram no estudo “The USA National Longitudinal Lesbian Family Study” residia em áreas progressistas, áreas metropolitanas dos Estados Unidos, tal com em outros estudos, realizados noutros países. Por exemplo, é reconhecido que os baixos níveis de estigmatização vividos pelas crianças em famílias lésbicas planeadas no estudo pode ser explicada pelo clima relativamente positivo na Holanda sobre a homossexualidade.

A frequência observada de homofobia pode ser mais pronunciada noutras regiões. Além disso, deve notar-se que os resultados do presente estudo são baseados numa amostra de

conveniência. É concebível que uma amostra de probabilidade pode mostrar os níveis mais baixos de ajustamento psicológico. Não nos podemos alhear do modo da formação das amostras que sustentam alguns dos estudos revistos. Numa comparação entre a amostra não seleccionada (aleatória) de famílias homossexuais, com uma população semelhante, numa amostra de conveniência, haverá provavelmente mais problemas psicológicos entre a amostra probabilística, ou seja, os seus resultados podem estar enviesados.

Além disso, deve-se ter em mente que as mães que participaram em alguns destes estudos apresentavam um nível relativamente alto, quer cultural quer económico. Seria interessante fazer um estudo sobre a relação entre o nível socioeconómico e cultural e a propensão para experimentar homofobia por parte dos pais.

De destacar que pouca pesquisa tem sido conduzida em adolescentes filhos adotados de pais gays ou lésbicas, e alguns autores têm sugerido que deve haver cautela ao generalizar os resultados de pesquisas realizadas com estas crianças e adolescentes. Uma amostra de crianças adotadas será diferente de uma amostra de crianças coadotadas. Até porque muitas crianças coadoptas têm experiências de pais heterossexuais.

O presente estudo reforça a tese de que a orientação sexual dos pais não afeta diretamente o desenvolvimento psicológico das crianças. Com toda a probabilidade, o principal fator que influencia o desenvolvimento das crianças é a qualidade das relações dentro da família, como o stress parental, conflitos entre pais e bem-estar dos pais e dos filhos, em vez da sua orientação sexual.

Estes resultados são importantes tanto pela sua relevância para as teorias de desenvolvimento, como pela sua potencial influência sobre as políticas de assistência social, de adoção e de guarda dos filhos por pais gays e lésbicas.

REFERÊNCIAS

¹ Parenting in planned lesbian families.H.M.W. Bos. Faculty of Social and Behavioural Sciences. 2004

² Vivien, Ray and Robin, Gregory. School experiences of the children of lesbian and gay. australian institute of family studies. Family Matters No. 59 Winter 2001.

³ Henny M. W. Bos , Nanette K. Gartrell , Heidi Peyser & Frank van Balen (2008). The USA National Longitudinal Lesbian Family Study (NLLFS): Homophobia, Psychological Adjustment, and Protective Factors, Journal of Lesbian Studies, 12:4, t455-471

⁴ Henny M. W. Bos & Frank Van Balen (2008). Children in planned lesbian families: stigmatisation, psychological adjustment and protective factors, culture, health & sexuality: an international journal for research, intervention and care, 10:3, 221-236.

⁵ Children's adjustment in non-traditional families in Israel: the effect of parental sexual orientation and the number of parents on children's developmentcch_1337 178..184

T. Shechner, M. Slone, T. E. Lobel and R. Shechter (2011) Department of Psychology, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel.

⁶ H. M. W. Bos, F. Van Balen & D. C. Van Den Boom. Minority stress, experience of parenthood and child adjustment in lesbian families. Department of Education, Faculty of Social and Behavioural Sciences, University of Amsterdam, The Netherlands

⁷ Jennifer L. Wainright, Stephen T. Russell, Charlotte J. Patterson. Psychosocial adjustment, school outcomes, and romantic relationships of adolescents with same-sex parents.

⁸ Rachel H. Farr (University of Virginia) Stephen L. Forssell (George Washington University) Charlotte J. Patterson (University of Virginia) Parenting and Child Development in Adoptive Families: Does Parental Sexual Orientation Matter?

⁹ A Brewaeys, I Ponjaert, E V Van Hall and S Golombok. Donor Insemination: Child Development And Family Functioning In Lesbian Mother Families.

¹⁰ Raymond W. Chan, Barbara Raboy, And Charlotte 1. Patterson. Psychosocial Adjustment Among Children Conceived Via Donor Insemination By Lesbian And Heterosexual Mothers.

¹¹ Stigmatization, Self-Esteem, And Coping Among The Adolescent Children Of Lesbian Mothers. Tamar D. Gershon, M.D.' Jeanne M Tschann, Ph.D.' John M Jemerin, M.D.

¹² Ellen C. Perrin, MD, MA,. Benjamin S. Siegel, Md. From The American Academy Of Pediatrics. Technical Report. Promoting The Well-Being Of Children Whose Parents Are Gay Or Lesbian. The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health.

¹³ Achenbach, T. M. (1991a). Manual for The Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

¹⁴ Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1983). Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington: University of Vermont, Dep. of Psychiatry.

¹⁵ Rose Chapman, Joan Wardrop, Phoenix Freeman, Tess Zappia, Rochelle Watkins, Linda Shields. A descriptive study of the experiences of lesbian, gay and transgender parents accessing health services for their children.

¹⁶ Projeto de Lei n.º 278/XII, Consagra a possibilidade de co-adoção pelo cônjuge ou unido de facto do mesmo sexo e procede à 23.ª alteração ao Código do Registo Civil, consultado em <http://mediaserver2.rr.pt/NEWRR/projectops14848d1a.pdf>.

¹⁷ Anabela Rocha. To the 80's and back. Que visibilidade lésbica afinal? 2010

¹⁸ Cynthia Petersen, "Living Dangerously: Speaking Lesbian, Teaching Law" (Canadian Journal of Women & the Law 7(2), 1994)

¹⁹ Castañeda, Marina. Comprendre l'homosexualité: des clés, des conseils pour les homosexuels, leurs familles, leurs thérapeutes. Paris: Robert Laffond, 1999

²⁰ Ilan H. Meyer. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. 2007

²¹ Caniço et al. "Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados." Imprensa da Universidade de Coimbra. 2010

²² Relvas, Ana P. e Alarcão, Madalena. “*Novas formas de família*”. Quarteto Editora. 2002

²³ Gil, José. “*Portugal, Hoje: O Medo de Existir*”, Relógio d'Água, Lisboa, Novembro de 2004.