RESUMO EXPANDIDO - IV. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS E GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

PRÁCTICAS DE CUIDADO EN FAMILIAS NO HETEROSEXUALES: SUBJETIVIDAD E INCLUSIÓN EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Ana María Calderón Jaramillo (anacalderon113@gmail.com)

Catalina Sandoval (c.sandoval74@alumnos.santotomas.cl)

Javiera Lucila Fernanda Lafuente Vera (j.lafuente@alumnos.santotomas.cl)

Gloria Catalina Gallardo Soto (g.gallardo16@alumnos.santotomas.cl)

Introducción

La disciplina de enfermería se fundamenta en el cuidado humano, el cual debe ser gestionado bajo principios de equidad, inclusión y respeto por la diversidad. Históricamente, los sistemas de salud han operado bajo una lógica heteronormativa que invisibiliza las dinámicas de grupos familiares diversos, limitando la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Las familias no heterosexuales desarrollan prácticas de cuidado de sí y del otro mediadas por sus trayectorias vitales, experiencias de discriminación y búsqueda de espacios de validación. Comprender estas prácticas desde la perspectiva de los propios sujetos resulta fundamental para reconfigurar la gestión de enfermería, transitando desde un modelo estandarizado hacia uno que reconozca la

subjetividad y las necesidades específicas de salud de las poblaciones de la diversidad sexual.

Objetivo

Analizar y evaluar las prácticas de cuidado de sí y del otro en familias no heterosexuales como insumo para fortalecer la gestión de una atención de enfermería humanizada.

Método

Se realizó una investigación cualitativa con enfoque narrativo y hermenéutico, orientada a interpretar los significados que los sujetos atribuyen a sus experiencias de cuidado. La unidad de análisis estuvo conformada por familias no heterosexuales — parejas del mismo sexo y sus redes de apoyo— en un entorno urbano. Para la recolección de información se utilizaron entrevistas semiestructuradas y relatos autobiográficos, técnicas que facilitaron la emergencia de narrativas sobre el cuidado

cotidiano y la interacción con los servicios de salud. El análisis se realizó mediante codificación temática para identificar patrones en la configuración de las prácticas de cuidado. Se respetaron los principios éticos de autonomía, beneficencia y confidencialidad.

Resultados

A partir de las narrativas se identificaron cuatro categorías principales:

1. La familia como refugio y resistencia a la heteronorma. Las familias no heterosexuales atraviesan situaciones de alta complejidad asociadas a la persistencia del modelo heteronormativo. El rechazo social genera “dolor emocional” y puede llevar a postergar la explicitación de la composición familiar. Sin embargo, estas familias se construyen a partir de vínculos afectivos y rechazan formas de reconocimiento percibidas como de “segunda categoría”. La resiliencia familiar favorece la legitimación del vínculo sexo-afectivo, el respeto y la autoaceptación.

2. Cuidado de sí: de la postergación al empoderamiento. Las prácticas de cuidado de sí —ocio, actividad física, alimentación e higiene del sueño— emergen como ejercicios de libertad. Durante la niñez y adolescencia, bajo modelos tradicionales, los sujetos pueden postergar sus necesidades o

experimentar malestar por no ajustarse a la norma. Procesos como “salir del clóset” son significados como experiencias de liberación. El cuidado de sí se configura como una herramienta de protección, bienestar emocional y afirmación identitaria frente a contextos sociales adversos.

3. La salud mental como eje de la gestión del cuidado. Las familias participantes otorgan especial relevancia a la salud mental. La gestión del autocuidado adquiere un carácter multidimensional e incluye terapia psicológica, espacios de ocio, viajes y prácticas cotidianas de bienestar. El hogar emerge como espacio de “tranquilidad mental”, mientras las parejas desempeñan un rol activo de acompañamiento y apoyo frente a enfermedades crónicas o de alta complejidad. La red de apoyo se configura como un recurso fundamental para el bienestar y el desarrollo del ciclo vital.

4. Transición del concepto de familia. Se evidencia una transformación desde concepciones tradicionales, heteronormativas y religiosas hacia configuraciones familiares diversas. Las familias participantes incorporan parejas del mismo sexo, hermanos, abuelos e incluso animales domésticos como integrantes significativos del núcleo familiar. Aunque persisten tensiones o distancias con algunas familias de origen, los sujetos han flexibilizado estas concepciones y priorizado redes de apoyo que reconocen y respetan su identidad.

Conclusión

El análisis de las prácticas de cuidado en familias no heterosexuales evidencia la necesidad de transformar la gestión de enfermería. El cuidado no constituye únicamente una práctica técnica, sino también un acto ético y político que requiere reconocer la subjetividad del otro. Comprender estas dinámicas familiares puede contribuir al diseño de planes de cuidado que, además de atender la dimensión biológica, protejan la dignidad humana y reconozcan las particularidades de las personas y sus redes significativas. La incorporación de la diversidad sexual en la gestión de la atención constituye un requisito para avanzar hacia la excelencia profesional y la justicia social en salud. En este sentido, la gestión del cuidado requiere reconocer al hogar diverso como un espacio en el que se articulan cuidado, justicia y responsabilidad afectiva.

Referencias

1. Foucault M. La hermenéutica del sujeto. Madrid: Akal; 2005.

2. Tronto J. Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. New York: Routledge; 1993.

3. Roudinesco E. La familia en desorden. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2003.

4. Butler J. Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”. Buenos Aires: Paidós; 2002.

5. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Colorado: University Press of Colorado; 2008.

Práticas de cuidado em famílias não heterossexuais: subjetividade e inclusão na atenção de enfermagem

Introdução

A disciplina de enfermagem fundamenta-se no cuidado humano, que deve ser gerenciado segundo princípios de equidade, inclusão e respeito à diversidade. Historicamente, os sistemas de saúde têm operado sob uma lógica heteronormativa que invisibiliza as dinâmicas de grupos familiares diversos, limitando a qualidade da atenção e a segurança do paciente. As famílias não heterossexuais desenvolvem práticas de cuidado de si e do outro mediadas por suas trajetórias de vida, experiências de discriminação e busca por espaços de validação. Compreender essas práticas a partir da perspectiva dos próprios sujeitos é fundamental para reconfigurar a gestão de enfermagem, transitando de um modelo padronizado para outro que reconheça a subjetividade e as necessidades específicas de saúde das populações da diversidade sexual.

Objetivo

Analisar e avaliar as práticas de cuidado de si e do outro em famílias não heterossexuais como subsídio para fortalecer a gestão de uma atenção de enfermagem humanizada.

Método

Foi realizada uma pesquisa qualitativa com abordagem narrativa e hermenêutica, orientada à interpretação dos significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências de cuidado. A unidade de análise foi constituída por famílias não heterossexuais — casais do mesmo sexo e suas redes de apoio — em um contexto urbano. Para a coleta de informações, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e

relatos autobiográficos, técnicas que favoreceram a emergência de narrativas sobre o cuidado cotidiano e a interação com os serviços de saúde. A análise foi realizada por meio de codificação temática, buscando identificar padrões na configuração das práticas de cuidado. Foram respeitados os princípios éticos de autonomia, beneficência e confidencialidade.

Resultados

A partir das narrativas, foram identificadas quatro categorias principais:

1. A família como refúgio e resistência à heteronorma. As famílias não heterossexuais vivenciam situações de alta complexidade associadas à persistência do modelo heteronormativo. A rejeição social gera “dor emocional” e pode levar ao adiamento da explicitação da composição familiar. Entretanto, essas famílias são construídas a partir de vínculos afetivos e rejeitam formas de reconhecimento percebidas como de “segunda categoria”. A resiliência familiar favorece a legitimação do vínculo sexo-afetivo, o respeito e a autoaceitação.

2. Cuidado de si: da postergação ao empoderamento. As práticas de cuidado de si

— lazer, atividade física, alimentação e higiene do sono — emergem como exercícios de liberdade. Durante a infância e a adolescência, sob modelos tradicionais, os sujeitos podem postergar suas necessidades ou experimentar sofrimento por não se adequarem à norma. Processos como “sair do armário” são significados como experiências de libertação. O cuidado de si configura-se como ferramenta de proteção, bem-estar emocional e afirmação identitária diante de contextos sociais adversos.

3. A saúde mental como eixo da gestão do cuidado. As famílias participantes atribuem especial relevância à saúde mental. A gestão do autocuidado assume caráter multidimensional e inclui terapia psicológica,

espaços de lazer, viagens e práticas cotidianas de bem-estar. O lar emerge como espaço de “tranquilidade mental”, enquanto os parceiros desempenham papel ativo de acompanhamento e apoio diante de doenças crônicas ou de alta complexidade. A rede de apoio configura-se como recurso fundamental para o bem-estar e o desenvolvimento ao longo do ciclo vital.

4. Transição do conceito de família. Evidencia-se uma transformação de concepções tradicionais, heteronormativas e religiosas para configurações familiares diversas. As famílias participantes incorporam casais do mesmo sexo, irmãos, avós e até animais domésticos como integrantes significativos do núcleo familiar. Embora persistam tensões ou distanciamentos em relação a algumas famílias de origem, os sujeitos flexibilizaram essas concepções e priorizaram redes de apoio que reconhecem e respeitam sua identidade.

Conclusão

A análise das práticas de cuidado em famílias não heterossexuais evidencia a necessidade de transformar a gestão de enfermagem. O cuidado não constitui apenas uma prática técnica, mas também um ato ético e político que requer o reconhecimento da subjetividade do outro. Compreender essas dinâmicas familiares pode contribuir para o desenvolvimento de planos de cuidado que, além de atender à dimensão biológica, protejam a dignidade humana e reconheçam as particularidades das pessoas e de suas redes significativas. A incorporação da diversidade sexual na gestão da atenção constitui um requisito para avançar em direção à excelência profissional e à justiça social em saúde. Nesse sentido, a gestão do cuidado requer reconhecer o lar diverso como um espaço no qual se articulam cuidado, justiça e responsabilidade afetiva.

Referências

1. Foucault M. La hermenéutica del sujeto. Madrid: Akal; 2005.

2. Tronto J. Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. New York: Routledge; 1993.

3. Roudinesco E. La familia en desorden. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2003.

4. Butler J. Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”. Buenos Aires: Paidós; 2002.

5. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Colorado: University Press of Colorado; 2008.

Care practices in non-heterosexual families: subjectivity and inclusion in nursing care

Introduction

Nursing is grounded in human care, which should be managed according to principles of equity, inclusion, and respect for diversity. Historically, healthcare systems have operated within a heteronormative logic that renders diverse family dynamics invisible, limiting the quality of care and patient safety. Non-heterosexual families develop practices of caring for oneself and others that are mediated by their life trajectories, experiences of discrimination, and search for spaces of validation. Understanding these practices from the subjects' own perspectives is essential to reconfigure nursing care management, moving from a standardized model toward one that recognizes subjectivity and the specific health needs of sexually diverse populations.

Objective

To analyze and evaluate practices of caring for oneself and others in non-heterosexual families as a basis for strengthening the management of humanized nursing care.

Method

A qualitative study with a narrative and hermeneutic approach was conducted to interpret the meanings that participants attribute to their experiences of care. The unit of analysis consisted of non-heterosexual families — same-sex couples and their support networks — in an urban setting. Semi-structured interviews and autobiographical narratives were used to collect information, facilitating the emergence of narratives concerning everyday care and interactions with healthcare services. The data were analyzed through thematic coding to identify patterns in the

configuration of care practices. The ethical principles of autonomy, beneficence, and confidentiality were observed.

Results

Four main categories were identified from the participants' narratives:

1. Family as a refuge and resistance to heteronormativity. Non-heterosexual families experience highly complex situations associated with the persistence of the heteronormative model. Social rejection generates “emotional pain” and may lead individuals to postpone openly acknowledging their family composition. Nevertheless, these families are built upon affective bonds and reject forms of recognition perceived as “second-class.” Family resilience contributes to legitimizing sexual-affective relationships, respect, and self-acceptance.

2. Self-care: from self-postponement to empowerment. Self-care practices — leisure, physical activity, nutrition, and sleep hygiene — emerge as exercises of freedom. During childhood and adolescence within traditional models, individuals may postpone their own needs or experience distress because they do not conform to established norms. Processes such as “coming out” are experienced as forms of liberation. Self-care becomes a means of protection, emotional well-being, and identity affirmation in the face of adverse social contexts.

3. Mental health as a central component of care management. Participating families place particular importance on mental health. Self-care management is multidimensional and includes psychological therapy, leisure activities, travel, and everyday well-being practices. The home emerges as a space of “mental tranquility,” while partners play an active role in providing support and accompaniment in the context of chronic or highly complex illnesses. Support networks constitute an essential resource for well-being and development throughout the life course.

4. Transition in the concept of family. The analysis reveals a shift from traditional, heteronormative, and religious conceptions toward diverse family configurations. Participating families include same-sex partners, siblings, grandparents, and even companion animals as significant members of the family unit. Although tensions or distance from some families of origin persist, participants have developed more flexible understandings of family and prioritize support networks that recognize and respect their identities.

Conclusion

The analysis of care practices in non-heterosexual families highlights the need to transform nursing care management. Care is not merely a technical practice but also an ethical and political act that requires recognition of the subjectivity of others. Understanding these family dynamics can contribute to developing care plans that address not only biological dimensions but also protect human dignity and recognize the particularities of individuals and their significant networks. Incorporating sexual diversity into healthcare management is a requirement for advancing professional excellence and social justice in health. From this perspective, care management must recognize the diverse home as a space where care, justice, and affective responsibility are articulated.

References

1. Foucault M. La hermenéutica del sujeto. Madrid: Akal; 2005.

2. Tronto J. Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. New York: Routledge; 1993.

3. Roudinesco E. La familia en desorden. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2003.

4. Butler J. Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”. Buenos Aires: Paidós; 2002.

5. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Colorado: University Press of Colorado; 2008.

Palavras-chave: cuidado; inclusión; atención de enfermería; minorías sexuales y de género; subjetividad.