

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

JEAN ÍCARO PUJOL VEZZOSI

**ATITUDES CORRETIVAS EM RELAÇÃO A PACIENTES LÉSBICAS, GAYS E BISSEXUAIS:
AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA**

Porto Alegre

2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**ATITUDES CORRETIVAS EM RELAÇÃO A PACIENTES LÉSBICAS, GAYS E
BISSEXUAIS: AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA**

JEAN ÍCARO PUJOL VEZZOSI

ORIENTADOR: Prof. Dr. Angelo Brandelli Costa

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração em Psicologia Social.

Porto Alegre
Novembro, 2018

Ficha Catalográfica

V597a Vezzosi, Jean Ícaro Pujol

Atitudes corretivas em relação a pacientes lésbicas, gays e bissexuais :
avaliação dos(as) profissionais de psicologia / Jean Ícaro Pujol Vezzosi
. – 2018.

114.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Angelo Brandelli Costa.

1. Atitudes Corretivas. 2. Avaliação. 3. Lésbicas, gays e bissexuais. 4.
Profissionais da Psicologia. 5. Pacientes. I. Costa, Angelo Brandelli. II.
Título.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**ATITUDES CORRETIVAS EM RELAÇÃO A PACIENTES LÉSBICAS, GAYS E
BISSEXUAIS: AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA**

JEAN ÍCARO PUJOL VEZZOSI

COMISSÃO EXAMINADORA:

PROF. DR. ELDER CERQUEIRA-SANTOS
Universidade Federal de Sergipe

PROF. DR. HENRIQUE CAETANO NARDI
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

PROF. DR. ANGELO BRANDELLI COSTA
Orientador

Porto Alegre
Novembro, 2018

"Não podemos mudar nossas memórias, mas podemos mudar o sentido e o poder que
elas têm sobre nós"

David Seamands

“Nada do que não foi poderia ter sido. Não há outro tempo sobre esse tempo”

Cristovão Tezza

DEDICATÓRIA

A minha avó Anália que, ainda que vencida pela própria intensidade emocional de suas dores, está presente em nossas histórias e em cada resquício “do sensível”. Você inspirou minha autodeterminação para mudar uma pequena parte do desfecho em nossa família.

AGRADECIMENTOS

Vim de uma família com renda limitada, com dificuldades de atender uma série de necessidades para a manutenção da minha vida acadêmica, considerando que a Psicologia tem uma cultura tradicionalmente elitista. Tive, ao mesmo tempo, muitas oportunidades para avançar e me manter motivado. Agradeço gentilmente as pessoas que estiveram em meu caminho dessa forma, cuja participação com incentivos emocionais e/ou financeiros confirmou tamanha sensibilidade comigo. Agradeço a coordenação de pessoal de nível superior (capes) pela disponibilidade da bolsa, que permitiu a existência do meu Mestrado.

Eu não poderia ser mais grato a meus pais, que transformaram nossa relação em um carinho genuíno a partir da aproximação com o Jean que eu sempre quis que vissem. Me sinto amado demais por vocês. Que eu consiga demonstrar tamanha felicidade por vocês.

A minha irmã, que desde cedo acompanhou e incentivou minha aproximação com os estudos, com sua uma eximia sensibilidade e com seu jeito engraçado. É por você gostar-se hoje que também pode me gostar.

Ao Ivi, que me incentivou, amou e me desenvolveu de uma forma tão forte. Eu não poderia retribuir tamanha paciência e interesse em ser este cara que me ajudou a ser melhor. Espero ter retribuído ao menos uma parte disso.

Tay e Val, vocês me permitiram enxergar a possibilidade de contar com um carinho genuíno. Nosso jeito promoveu uma aceitação mútua que achei que não poderia encontrar. Vocês me provaram que eu estava errado! Nessa amizade, eu me sinto muito cuidado por vocês.

Ao Damião e Mozer, que me lembraram frequentemente do valor da coletividade, da parceria (e dos risos) como algo que não podemos relevar. Que eu possa retribuir de alguma forma o carinho e disponibilidade do povo Nordeste.

Obrigado Ramiro por ser esse cara tão incentivador e crítico positivamente comigo. Jeff, amigo querido, você é incrível! espero poder ser tão gentil contigo quanto sinto de você.

Num sentido diferente, *last but not least*, quero dar um estranho “obrigado” a minha primeira terapeuta. Você inspirou que eu pesquisasse suas próprias intervenções. Curiosamente, por fim isso me fez bem a nível pessoal e profissional. Sou um cara melhor e mais empático, apesar do caminho tortuoso para chegar até aqui. *Grazie mille a tutti!*

RESUMO

Este estudo, realizado no grupo de pesquisa Preconceito, Vulnerabilidade e Processos Psicossociais na unidade de Psicologia Social, teve como principal objetivo avaliar as atitudes corretivas (AC) dos profissionais da psicologia em relação a pacientes lésbicas, gays e bissexuais (LGB) nos conselhos regionais de psicologia (CRP) do Distrito Federal, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná, Goiás, Espírito Santo e Mato Grosso. Foram consideradas as variáveis sociodemográficas, socioculturais, profissionais, as crenças etiopatológicas sobre a homossexualidade e bissexualidade e atitudes corretivas dos(as) psicólogos(as) ativos nos CRPs. Essas foram consideradas em frequência e regressão. A amostra trabalhada foi de 692 profissionais da psicologia registrados nos órgãos da classe que responderam um questionário online. A frequência de atitudes corretivas com e sem a solicitação de um paciente foram quantificadas e estão mais frequentemente presentes em psicoterapeutas familiares/sistêmicos e cognitivo/comportamentais. As crenças etiopatológicas sobre pacientes LGB foram analisadas em frequência. As análises de regressão demonstraram que os preditores mais fortes de AC foram a crença de que a homossexualidade é uma patologia; a crença de que as crianças criadas por pais/mães homossexuais (gays ou lésbicas ou bissexuais) têm maiores chances de desenvolverem problemas no desenvolvimento; a crença de que homossexualidade/bissexualidade é produto de um sentimento de que se é inadequado(a) ou incompetente nas relações heterossexuais; a crença de que existe uma causa para a homossexualidade/bissexualidade dos(as) pacientes; o gênero do(a) psicoterapeuta; e o nível de crença atual em relação a alguma religião. A aplicação adequada de intervenções com a população LGB deveria se dar por meio de aceitação e apoio, avaliação abrangente, enfrentamento ativo, apoio social e a exploração e desenvolvimento da identidade enquanto parte da diversidade sexual. A investigação das crenças psicológicas mais frequentes e preditoras de AC pode fomentar mudanças na abordagem docente do tema. Além disso, há a necessidade de os conselhos regionais de psicologia realizarem intervenções com seus profissionais visando a mudança de atitudes em relação à diversidade sexual.

Palavras-Chaves: Atitudes corretivas; crenças etiopatológicas; homossexualidade; psicologia clínica.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 - Psicologia

Subárea conforme classificação CNPq: 7.07.05.00-3 - Psicologia Social

ABSTRACT

This study, carried out in the research group Prejudice, Vulnerability and Psychosocial Processes in the unit of Social Psychology, had as main objective to evaluate the corrective attitudes (CA) of professionals of psychology towards lesbian, gay and bisexual patients (LGB) in regional councils of Psychology (CRP) of the Distrito federal, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná, Goiás, Espírito Santo and Mato Grosso. Sociodemographic, sociocultural, professional variables, etiopathological beliefs about homosexuality and bisexuality, and corrective attitudes of active psychologists in CRPs were considered. These were considered in frequency and regression. The sample studied was 692 psychology professionals registered in the organs of the class who answered an online questionnaire. The frequency of corrective attitudes with and without a patient's request have been quantified and are more frequently present in cognitive/behavioral and family/systemic psychotherapists. The etiopathological beliefs about LGB patients were analyzed in frequency. The regression analyzes demonstrated that the strongest predictors of CA were the belief that homosexuality is a pathology; the belief that children raised by homosexual parents (gay or lesbian or bisexual) are more likely to develop developmental problems; the belief that homosexuality/bisexuality is the product of a feeling that one is inadequate or incompetent in heterosexual relationships; the belief that there is a cause for the homosexuality / bisexuality of the patients; the gender of the psychotherapist; and the current belief level in relation to some religion. Appropriate implementation of interventions with the LGB population should take place through acceptance and support, comprehensive assessment, active coping, social support, and the exploration and development of identity as part of sexual diversity. The investigation of the most frequent and predictive psychological beliefs of CA can foster changes in the teaching approach of the subject. In addition, there is a need for regional councils of psychology to carry out interventions with their professionals aimed at changing attitudes towards sexual diversity.

Keywords: Corrective attitudes; etiopathological beliefs; homosexuality; clinical psychology

Concentration Area according to CNPq: 7.07.00.00-1 – Psychology

Subarea according to CNPq: 7.07.05.00-3 – Social Psychology

SUMÁRIO

1 Apresentação.....	11
2 Introdução.....	11
2.1 Terapias psicodinâmicas/psicanalíticas e a etiopatologia da homo/bissexualidade.....	13
2.2 Terapias cognitivo e/ou comportamentais e a etiopatologia da homo/bissexualidade.....	17
2.3 Terapias sistêmica e/ou familiares e a etiopatologia da homo/bissexualidade.....	18
2.4 Outras concepções e a etiopatologia da homo/bissexualidade.....	20
2.5 O surgimento das terapias conversivas.....	20
2.6 Atitudes Corretivas e Conversivas.....	26
2.7 Mudanças no posicionamento das abordagens teóricas.....	34
2.8 Contexto dos(as) profissionais da Psicologia.....	37
2.9 Estudo original.....	38
2.10 Apresentação da pesquisa.....	40
3 Artigo empírico.....	44
4 Referências.....	73
5 Anexos.....	78
5.1 Termo de consentimento livre e esclarecido.....	78
5.2 Questionário Geral.....	80
5.3 Escala de Desejabilidade social.....	103
5.4 Ofício de Aprovação da Comissão de Pesquisa da PUCRS.....	106
5.5 Emails enviados aos CRPs.....	110

APRESENTAÇÃO

Introdução

A partir da década de 1970 a Psicologia no Brasil ofereceu atenção para a temática dos direitos humanos, por meio da publicação de seu código de ética do profissional. Sabe-se que a interface entre Psicologia e direitos humanos é especialmente importante para a definição de parâmetros sobre os quais os psicólogos devem atuar (Costa e Nardi, 2013).

Um espaço de psicoterapia que fomenta o fortalecimento de aliança terapêutica e o aumento de boas práticas é aquele que se compromete com os direitos fundamentais. E é para que tais direitos sejam efetivamente cumpridos que profissionais de psicologia, independentemente da abordagem teórica, não devem atuar pautados por crenças individuais e preconceitos (APA, 2000).

A esfera da sexualidade humana é um ponto sensível do cumprimento da interface entre direitos humanos e psicologia. Embora relatos do desejo e de comportamentos não heterossexuais remontem a diferentes sociedades e períodos históricos (Costa e Nardi, 2013) a partir do século XX o discurso sobre a homossexualidade passou a ser vinculado a valores culturais, sobretudo negativos.

Os pronunciamentos oficiais sobre os significados dos comportamentos de indivíduos atraídos por pessoas do mesmo sexo estiveram exclusivamente sob a égide das religiões, muitas das quais consideravam a homossexualidade como maligna ou como a personificação do mal (Haldeman, 2002). Ao longo da história, no entanto, a Psicologia, a Psiquiatria e a Medicina passaram a assumir uma participação importante na atribuição de valor às práticas sexuais não heterossexuais. No fim do século XIX, através da difusão do modelo médico para o estudo da sexualidade, uma série de autores se propunham a discutir a gênese da homossexualidade através da biologia. Foi por volta de 1870 que os psiquiatras começaram a constituí-la (a homossexualidade) como objeto de análise médica, visando intervir e obter controle (Foucault et al., 1992).

Com o desenvolvimento da Psiquiatria, a homossexualidade deixou de configurar um comportamento desviante e passou a representar “um tipo” de indivíduo. O novo paradigma construiu uma nova relação com esses indivíduos, já que aqueles que manifestassem desejos e comportamentos não-heterossexuais passariam a ser identificados e

catalogados (Adaíde, 2017). Algumas “doenças” passaram a obter um caráter de degenerescência, fruto do desenvolvimento da noção de perversão para com a homo/bissexualidade sob a perspectiva da medicina e a sexualidade. A Medicina, portanto, pegou emprestada a noção que a igreja tinha da homossexualidade (Foucault, 1999).

Neste sentido, juízos de valor foram atribuídos através do discurso científico na esfera da sexualidade (Costa e Nardi, 2013). A ciência médica, ao discorrer sobre a sexualidade, teve como ponto de partida a heterossexualidade monogâmica como suposto padrão de normalidade à medida que desenvolvia um modo de atuação clínica para aquilo que considerava perversões, desvios sexuais ou patologias. Nesta última categoria figurou as práticas sexuais e afetivas não-heterossexuais, sobretudo a homossexualidade (Herek, 2010).

No entanto, não foi apenas no campo da medicina que a noção de uma heterossexualidade natural, normal e saudável, em detrimento de uma homossexualidade antinatural, anômala e patológica, prevaleceu. Muitas teorias da psicologia que surgiram ao fim do século XIX consideraram a homossexualidade como patologia (Souza, 2010). Durante grande parte do século XX esta foi a perspectiva da psicologia e da psiquiatria a respeito da homossexualidade, inclusive presente nas duas primeiras edições do manual diagnóstico de Transtornos psiquiátricos da American Psychiatric Association (APA). A APA publicou, em 1952, seu primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais (DSM). Nele, o “homossexualismo” figurou como uma desordem ou transtorno de personalidade (APA, 1952) e, posteriormente, como um transtorno de identidade sexual na edição seguinte (Costa e Nardi, 2015).

As orientações sexuais são manifestações da diversidade humana (APA, 2009; World Association for Sexology, 2008: s/p). Ela consiste em um dos vários aspectos pertencentes a constituição de um indivíduo, de sua personalidade e do sentido de si (Glassgold, 2008). Ela pode ser entendida como um padrão persistente de atração emocional, romântica e/ou sexual por homens, mulheres ou ambos, podendo se apresentar dentro de um *continuum* (APA, 2008). Não há consenso a respeito das determinações de qualquer orientação sexual, havendo a investigação da implicação de aspectos genéticos, hormonais, dos padrões de atividade cerebral, de influências ambientais e também da inter-relação desses elementos (APA, 2008). Embora existam controvérsias e incertezas quanto à gênese da diversidade das orientações sexuais humanas, não há evidências que apoiem a hipótese de que relações disfuncionais com os pais, abuso sexual ou qualquer outro evento adverso (ou

agradável da vida) influenciem na orientação sexual. Este um consenso atual na comunidade científica (Perrin, 2002).

Algumas teorias psicológicas, seguindo a perspectiva de atribuição de psicopatologia a orientações não-heterossexuais, se propuseram a desvendar a etiopatologia da Homossexualidade, partindo do ponto de que a mesma seria uma doença ou condição desviante do desenvolvimento normal ou esperado, e jamais uma condição parte da diversidade humana (Drescher, 2010). A seguir serão destacadas as principais definições etiopatológicas por perspectiva teórica clínica da psicologia a respeito das orientações não-heterossexuais.

Teorias psicodinâmicas/psicanalíticas e a etiopatologia da homo/bissexualidade

Dentre inúmeros expoentes que se propuseram a buscar “causas” relativas as orientações LGB, uma das primeiras perspectivas se deu por meio da Psicanálise, idealizada por Sigmund Freud.

De acordo com ele (Freud, 1905) todas as pessoas nascem com tendências bissexuais. Freud fez uma atribuição entre pulsão sexual e possibilidades de desvios sexuais para explicar a homo/bissexualidade. Os desvios possíveis da pulsão são compreendidos em relação ao fim a que se destinam e, em segundo lugar, ao objeto que ela busca atingir. As perversões, para ele, representariam um desvio da finalidade da pulsão. As inversões, por sua vez, dizem respeito ao desvio do objeto. Pessoas que possuem como objeto de desejo outras do mesmo sexo representam, portanto, a inversão sexual (Klem, 2008).

A perversão está conectada ao que ele considerou como uma transgressão anatômica durante o ato sexual –como também o que considerou como “demora” em se atingir o alvo sexual final (Klem, 2008). Partindo deste pressuposto e considerando que há o que denominou como uma disposição perverso polimórfica da criança, ele caracterizou como uma perversão apenas o modelo de sexualidade experimentado na infância que se manter como uma prática sexual que não pênis-vagina na vida adulta. Para ele, isso seria um indicativo de uma possível imaturidade do desenvolvimento psicosssexual (Kniest, 2005). Ele buscou justificar a homossexualidade por uma definição de complexo de Édipo. Com a noção de mãe fálica (a crença de uma criança de que haveria a presença de pênis na mãe) e diante da

posterior constatação da ausência disso em sua progenitora, a criança passa a assumir a angustia da castração: aceitá-la ao passo que a transgride continuamente através da fantasia de que sua mãe teria pênis. Esta é considerada a saída para as perversões; ou seja, um desvio relacionado ao ato sexual “normal” que levaria, por exemplo, um homem a projetar isso em um outro homem. Para Freud, o que o neurótico do ponto de vista psicanalítico fantasia, o perverso (o homossexual) faz.

Costa (1995) destaca as noções e justificativas para a homossexualidade enumeradas por Freud. O erotismo como um estágio posterior na evolução sexual, a sedução homossexual como uma causa traumática, a homossexualidade associada ao feminino, repressão da homossexualidade por não se conseguir falar dela, a aproximação da homossexualidade com a perversão e a homossexualidade como uma afirmação de uma personalidade ou identidade homossexual. Todas elas foram consideradas manifestações fora de uma normalidade psicológica por serem investigadas para justificar a homo/bissexualidade, mas jamais a heterossexualidade ou uma relação de comportamento sexual heterossexual.

Dentre os mecanismos psicodinâmicos que constituem a homossexualidade masculina, Freud a interpretou também como resultante da combinação mãe/castradora e pai/ausente (Maya, 2008) ou, em outras palavras, uma mãe sedutora e possessiva junto a um pai indiferente, distante e passivo (Ardila, 2007). Percebe-se, portanto, o entendimento dele de que uma estrutura familiar com determinadas características geraria por consequência pessoas não-heterossexuais. Tal visão permitiu, logo adiante, a aplicação de tratamento corretivo através da terapia psicanalítica. Freud definiu outros fatores possíveis, sem ser específico, a formação da homossexualidade: a) falta de resolução do complexo de Édipo (como produto de uma ansiedade de castração excessiva); b) fixação forte à figura da mãe e posterior identificação com ela; C) escolha de objeto narcisista; d) complexo de Édipo negativo (Lingiardi e Capozzi, 2004).

Neste sentido, Freud se adequou ao pensamento emergente a psiquiatria: buscar nos fatores de constituição psicológica uma explicação pela linguagem da psicanálise; ou seja, seu discurso aparece atrelado a moral sexual “civilizatória” a partir de critérios comportamentais que, à época, definiam as orientações LGB como anormalidades sociais, civilizatórias, comportamentais e psicológicas. Porém, cabe ressaltar uma “conquista” Freudiana frente a este período: afastar-se em parte das concepções que buscavam patologizar e penalizar

criminalmente a homossexualidade explicitamente, em alta na medicina da sua época (Klem, 2008).

O psicanalista entendia, portanto, a partir de suas percepções e observações que as expressões do comportamento homossexual adulto seriam causadas, de modo geral, pelo desenvolvimento psicosssexual detido ou interrompido em um determinado estágio, contrariando qualquer caráter não espontâneo e psicologicamente natural de tais orientações sexuais. Próximo de sua morte, no ano de 1935, Freud (1935) escreveu: "A homossexualidade não é, certamente, nenhuma vantagem, mas não há nada de que se envergonhar, nem vício, nem degradação; não pode ser classificada como uma doença; consideramos que ela é uma variação da função sexual, produzida por uma certa detenção do desenvolvimento sexual" (p.423). A pergunta a que se fez durante suas construções teóricas dos supostos motivos pelos quais uma pessoa executaria uma escolha objetual fora da norma (heterossexual), no entanto, contraria a afirmação que fez, já que evidencia a presença de um olhar normativo em Freud ao falar da homo/bissexualidade (Barbero, 2004).

O posicionamento de Freud sobre o assunto, logo, não foi definitivo. Sua teoria apresentou ambiguidades e contradições (Souza, 2010). Embora Freud não fosse específico ao considerar a homossexualidade como algo patológico ou derivado de doença mental, suas publicações a respeito do tema foram extensas, sugerindo sempre a existência de fatores psicodinâmicos na causalidade dessa orientação sexual e jamais atribuindo a mesma investigação a heterossexualidade (Freud, 1914/2016). A posição ambivalente dele, portanto, foi mais um caminho para que vários psicanalistas ou mesmo escolas de psicanálise tomassem a homossexualidade como patologia em si e avançassem na concepção etiopatológica da mesma. Muitos adeptos e admiradores da psicanálise freudiana acabaram por se prender em algumas das sistematizações apresentadas. Estes, portanto, fixaram-se em buscar explicações e porquês das orientações não-heterossexuais, por meio do desejo de encontrar uma “justificativa” definitiva para o que era considerado patológico. Foram desenvolvidos tratamentos para “curá-la”, tendo como objetivo converter homossexuais/bissexuais em heterossexuais.

Promulgou-se também, à época, a ideia de que a aceitação da homossexualidade pela sociedade não seria benéfica, pois promoveria uma negação da condição psicopatológica da homossexualidade e, conseqüentemente, a busca espontânea de tratamento por tais indivíduos (Nunes & Ramos, 2008). Esta transição para uma visão claramente patológica da

homossexualidade foi descrita de modo geral como resposta de vínculo de um(a) homossexual com a fase oral pré-edipiana em conjunto com presença de distúrbios supostamente observados em tais pessoas, como o masoquismo, a agressividade e até o desenvolvimento de um superego patológico (Lingiardi e Capozzi, 2004).

Ferenczi (1914), Rado (1949) e Bergler (1959) foram, seguindo compreensões à época, os Psicanalistas de maior destaque na discussão da Psicodinâmica da Homossexualidade, a declarando explicitamente como patologia. Ferenczi (1914) afirmava a existência de um homoerotismo subjetivo, no qual o sujeito identifica-se com o feminino e provocava uma compulsão para evitar relações sexuais com uma mulher por meio da homossexualidade.

Rado (1949), por outro lado, sustentava que o conceito de bissexualidade constitucional de Freud inexistia, à medida que haveria uma heterossexualidade primária (todos nasceriam heterossexuais). Partindo da heterossexualidade como resultado esperado do desenvolvimento psicosssexual, orientações não-heterossexuais seriam para ele defesas patológicas, que necessitariam de cura e conversão para a heterossexualidade. Ele argumentou que, em geral, o principal fator causal do comportamento sexual destoante era a ansiedade, que inibe o modelo-padrão de reatividade e ocasiona um modelo reparativo e sucedâneo de reatividade alterada (Marmor, 1973).

Bergler (1959), por sua vez, realizou uma diferenciação do que chamou de homossexualidade perversa, uma como um resultado de problemas relacionados à fase oral e outra como homossexualidade espúria, que seria produto de um complexo edipiano não resolvido (Lingiardi e Capozzi, 2004). Para Bergler, homossexuais masculinos eram homens que temiam, a partir de uma neurose de base inconsciente, envolvimento sexual e afetivo com mulheres.

Klein (1932), uma das mais mulheres mais importantes do movimento psicanalítico também incluiu uma própria visão da homossexualidade. Para ela, a mesma seria a manifestação de uma relação de objeto agressivo, como uma consequência de situações que provocam ansiedade e que se fixariam em um período do desenvolvimento psicosssexual da criança. Isso levaria, na perspectiva dela, que um homem/mulher gay se aproximasse sexualmente de pessoas de mesmo gênero.

Do ponto de vista Lacaniano, o Édipo é construído através da metáfora paterna, no qual há uma substituição significativa. Cabe lembrar que o modelo de Édipo utilizado é aquele

centrado na família heterossexual e burguesa (Klem, 2008). Para o psicanalista, a homossexualidade está em uma estrutura independente do contexto social: ela é uma perversão em si pela manifestação do desejo por si só, e não uma prática sexual perversa (Roudinesco, 2003).

Apesar de patologizar, Lacan, ao fundar a escola de Freudiana de Paris, permitiu que homossexuais tornassem-se analistas, contrariando a decisão da international psychoanalytical association (IPA) em voga à época. Há, tanto do ponto de vista freudiano quanto lacaniano, uma sobreposição do termo homossexualidade e perversão: estes autores desenvolveram ideias que sustentam a concordância para o termo tanto quanto ofereceram ideias para se sair do impasse. A psicanálise neste período no entanto, ao manter a sobreposição de perversão e homossexualidade, acabou por reforçar crenças negativas em relação ao grupo das pessoas não-heterossexuais e a patologizar orientações não-heterossexuais (Paoletti, 2007).

Terapias cognitivo e/ou comportamentais e a etiopatologia da homo/bissexualidade

Apesar da predominância da Psicanálise na esfera de concepções etiopatológicas da homossexualidade, outras abordagens teóricas contribuíram fortemente para a construção de saberes que patologizaram orientações não-heterossexuais. Destacam-se, no grande grupo das terapias cognitivo-comportamentais, a Terapia Racional Emotiva comportamental de Albert Ellis (1960). Segundo o autor, a homossexualidade "fixa" seria produto de culpa/medo/temor/sentimento de inadequação/incompetência de relações heterossexuais baseado em crenças irracionais desenvolvidas na infância e adolescência.

Ellis exemplificou que indivíduos LGB possuem um medo ilógico relacionado a relações heterossexuais (que ele lia como uma relação que a priori seria saudável e sem a possibilidade de dano). O “medo” de uma relação heterossexual geraria a homo/bissexualidade, e evidencia a anormalidade, fixação, compulsão, fobia ou neuroticismo de uma pessoa LGB. Seguindo esta concepção, os homens “portadores” da homossexualidade fixa, por exemplo, aderem rigidamente a modalidade sexual anal, ignorando “irracionalmente” os muitos tipos possíveis de participação sexual e se abstendo “medrosamente” de outras modalidades comuns (práticas heterossexuais).

As mulheres homossexuais, por outro lado, se fixariam exclusivamente em práticas sexuais que, por consequência, acabam por ignorar “fobicamente” participações e

adesão a outros formatos de sexo. Ellis destacou estar convencido da possibilidade de reversão sexual e de que o tratamento da homo/bissexualidade poderia ser bem-sucedido se o(a) homo/bissexual superar a relutância em admitir os próprios distúrbios psicológicos e superar o medo de relações heterossexuais e a “irracionalidade” de se manter em relações homo/bissexuais.

O autor acreditou que a homossexualidade não fixada é parte da herança pluri-ssexual do homem, e que experiências sexuais eventuais com pessoas do mesmo gênero são parte da normalidade sexual. Ao mesmo tempo, Ellis declarou em “A arte e ciência do amor” (1966) que um homossexual fixo (pessoa que tem práticas sexuais constantes com outra de mesmo gênero) tem um desvio não porque se entrega a atos invertidos (palavra usada pelo autor), mas porque, devido a um medo irracional da heterossexualidade, não deseja atividades heterossexuais.

Ele diferenciou, em seu conceito de desvio sexual, dois grupos: as pessoas que têm e as que não têm desvios sexuais e aquelas que têm em grande ou pequena escala. Todos aqueles que ele denomina como desviados sexuais diminuem “irracionalmente e arbitrariamente” suas atividades sexuais potenciais heterossexuais a exclusividade da homossexualidade (Ellis, 1960). Esta concepção que busca causas para a homossexualidade – e que acaba naturalizando a heterossexualidade como parte natural e saudável do funcionamento psicológico- deu origem aos pressupostos que se tornaram visões sociais comuns sobre a homo/bissexualidade, para pessoas leigas, inclusive. As afirmações frequentemente utilizadas para justificar a homossexualidade “você é gay porque teve uma relação heterossexual ruim ou traumática” ou “quem sabe tente se masturbar vendo pornô heterossexual/se relacionar com mulheres/homens para verificar se você é realmente gay” evidenciam a inserção desta visão no espaço social.

Terapias sistêmicas e/ou familiares e a etiopatologia da homo/bissexualidade

As terapias sistêmicas e/ou familiares já possuíram como característica principal um caráter desenvolvimentista, no qual foram delimitadas uma sequência previsível de transformações na organização familiar através do cumprimento de tarefas definidas para a normalidade psicológica (McGoldrick, 1995). A essa sequência, em vista da funcionalidade familiar, dá-se o nome de ciclo vital e as “tarefas” caracterizam as suas etapas (Robb, 2004). É de se notar que as tarefas de desenvolvimento da família, para além de se relacionarem com

as características individuais dos elementos que a compõem, relacionavam-se também com a pressão social para o desempenho adequado de tarefas essenciais à continuidade funcional do sistema-família. O conceito chave desta abordagem expressa e integra uma perspectiva desenvolvimentista: representa um esquema de classificação em estádios que demarcam a tal sequência previsível de transformações para a saúde familiar, diferenciando fases ou etapas no que alguns autores designam por “carreira familiar” (Relvas, 1997).

Ao mesmo tempo, a família nuclear mesmo já não sendo considerada a configuração familiar majoritária continuou sendo dominante para efeitos de comparação com outras configurações familiares. Tal mecanismo, utilizado por algumas correntes da Psicologia do Desenvolvimento e até mesmo pela Psicanálise, produziu uma norma como modelo de família, que regulou não apenas a configuração familiar (família nuclear, pais heterossexuais casados e filhos), mas também as funções/papéis de cada indivíduo dentro dessa dinâmica (Moreira & Nardi, 2007).

O ciclo vital nesta perspectiva estabelece por exemplo, em uma das suas etapas, que o nascimento dos filhos é previsto a partir da constituição de um casal (McGoldrick, 1995). A autora, portanto, já assume uma afetividade apenas em uma relação vinculada a uma lógica heteronormativa. Seguindo o sistema de ideias que estabelece a heterossexualidade como norma, estas são manifestações de hierarquias na qual pessoas heterossexuais seriam superiores às que não são (Yep, 2002).

O formato normativo deste modelo de terapia acabou por prescrever uma série de atividades que os(as) terapeutas sistêmicos/familiares deveriam executar com famílias heterossexuais. Isso inevitavelmente produziu intervenções visando corrigir sistemas familiares considerados desviantes para redirecionar a orientação sexual dos(as) participantes da família ‘afetados’. Neste sentido, ‘correções’ visando estabelecer uma nova ordem familiar foram produzidas pelos(as) terapeutas. A conceitualização do ciclo vital da família envolvia, dentre outros, o reconhecimento desta evolução temporal das interações (entre os membros da família, entre esses e outros não familiares, entre a família e outras estruturas sociais). Se o cuidado dos filhos era exclusivamente feminino por exemplo, aí estava o poder significativo da mulher; o controle que algumas delas exercem sobre essa atividade, por exemplo, dificultaria a participação masculina na vida do filho. Isso, na lógica do ciclo familiar, afetaria a proximidade física e emocional do pai na primeira fase de vida do bebê (Arruda & Lima, 2013) e poderia levar ao desenvolvimento de uma orientação não-heterossexual.

Considerando que a terapia sistêmica não trabalha com um diagnóstico psicopatológico específico, este modelo de terapia buscou, sobretudo, a funcionalidade familiar. Utilizando a lógica normativa do ciclo esperado, as terapias familiares se propuseram a alcançar desfechos nos quais os papéis de gênero estivessem bem determinados, como por meio de um pai provedor e uma mãe cuidadora. O trabalho terapêutico, por conseguinte, levou em consideração esses fatores para centrar-se na regulação das relações mãe-filho e pai-filho, em um contexto de tratamento de ligações interrompidas, visando evitar desfechos negativos para o indivíduo e sua família (Bradt, 1995; Minuchin, 1982) e reforçando a ‘superioridade’ psicológica da heterossexualidade.

Outras concepções e a etiopatologia da homo/bissexualidade

Algumas visões frutos de concepções biológicas sobre a etiologia da homossexualidade também surgiram. A partir da constatação de produção endógena dos hormônios no campo da Medicina, inicialmente foram desenvolvidas uma série de teorias de que o comportamento sexual estaria sobre o controle hormonal direto e específico. Partindo disso, foram formuladas intervenções que se propunham a alterar a orientação sexual. Cogitou-se durante o início do séc. XX, inclusive, a manipulação hormonal durante a gestação como uma alternativa preventiva ao surgimento da homossexualidade (Soares, 2008).

Outras visões derivadas sobre a etiopatologia da homossexualidade passaram por uma descrição multivariada, que ia desde efeitos patogênicos, tais como exposição hormonal intrauterina até abuso sexual (Drescher, 2010), predominando, sobretudo, as teorias e intervenções psicológicas/psiquiátricas. De modo geral, diversas teorias acreditaram que existiria um potencial para uma reação excitatória heterossexual em homossexuais masculinos e femininos, embora a consciência destes(as) pacientes seria, sob a perspectiva de tais concepções, reprimida (Marmor, 1973). A cognição consciente destas pessoas poderia, sob o ponto de vista destas teorias, ser resgatada para a cura e conversão.

O surgimento de terapias conversivas

Muitas pessoas enquadradas na definição de homossexuais/bissexuais viraram objetos de estudo de laboratórios de psicologia (eventualmente de antropologia), à medida que se realizavam pesquisas sobre as causas biológicas e sociais da homossexualidade (Peter,

1982). Apesar de algumas teorias considerarem as expressões de sentimentos ou comportamentos homossexuais em uma idade jovem como um passo normal em direção à heterossexualidade e não a patologizarem, a homossexualidade adulta continuou equiparada de forma predominante ao crescimento psicológico atrofiado (Drescher, 2010).

À medida que se desenvolviam terapias específicas para a readequação de pessoas não heterossexuais, indivíduos insatisfeitos com a própria manifestação de suas orientações LGB (Lésbicas, gays e bissexuais) – por pressão do contexto da época em que viviam - passaram a procurar (ou foram obrigados a buscar) orientação psicológica para alcançar uma meta de mudança. As terapias conversivas –nome atribuído a modalidade de terapias de (re)orientação sexual- se destinaram a modificar a expressão espontânea das orientações sexuais (Drescher, 2010).

Haldeman (2002) descreve que a modificação da orientação sexual neste modelo de terapia pode se manifestar desde a busca por eliminação de fantasias afetivas e sexuais em relação a uma ou mais pessoas de um mesmo gênero até a modificação de comportamentos estereotipicamente vinculados à homossexualidade. O objetivo maior foi de que as fantasias homoeróticas dos pacientes cessassem por completo ou continuassem em um nível minimamente possível de gerenciamento ou controle.

Os programas de tratamento que visaram reverter a manifestação de orientações não-heterossexuais fizeram uso de ampla gama de intervenções psicológicas e métodos comportamentais. As abordagens comportamentais mais notórias utilizadas fizeram usos de tratamentos aversivos, incluindo a aplicação de choque elétrico nas mãos e/ou genitais, ou drogas indutoras de náusea, que seriam administradas simultaneamente com a apresentação de estímulos homoeróticos (Rutner, 1970). Métodos comportamentais foram utilizados em distintas abordagens teóricas, como o condicionamento masturbatório, treinamento de habilidades sociais e a prática de sexo com profissionais do sexo (Haldeman, 2002). Foram utilizadas medicações visando a estimulação sexual (especialmente a apomorfina) e a implantação de eletrodos no cérebro de pessoas homossexuais. Dentre os procedimentos médico/cirúrgicos, destacam-se a aplicação da castração unilateral, o transplante do tecido testicular de um homem heterossexual, cirurgia do nervo pudico (Cabaj & Stein, 1996), clitoridectomia, histerectomia (Kats, 1976), transfusão de sangue e terapia hormonal (Hicks, 1999).

É importante ressaltar que os principais expoentes das terapias conversivas (Ellis, 1966; Rado 1949; Bergler 1959) adotaram ênfase na explicação do comportamento homossexual aos fatores familiares, sociais e às circunstâncias ‘acidentais e/ou atípicas’ que produzem ansiedade e conflito. Portanto, as fantasias e atividades homossexuais eram entendidas como manifestações parciais de distúrbios maiores de base psíquica na vida da pessoa.

Marmor (1973) argumentava que os melhores resultados nas conversões sexuais seriam obtidos quando a terapia se dirige a tratar os problemas do(a) paciente como um todo, e não apenas a orientação sexual em si. A Psicoterapia conversiva para pacientes homossexuais iniciava com uma avaliação dinâmica da “doença” apresentada por cada paciente e um perfil do ajustamento de cada um deles nas áreas de sintomas psíquicos e psicossomáticos, relações sociais, relações sexuais e profundidade de percepção interna (insights). Elas se propunham a identificar o perfil do(a) paciente a nível pré-terapêutico, pós-terapêutico e de acompanhamento. Eram realizados esboços da “doença original” e tratamento, buscando definir desde o tipo de comportamento sexual homossexual/bissexual até as supostas etiologias que os teriam desenvolvido.

Marmor (1973) destaca que foram feitos levantamentos de aspectos psicológicos de pacientes LGB com vista a definir o prognóstico dos tratamentos de conversão/correção da homossexualidade/bissexualidade. Os(as) pacientes com menor chance de mudança no curso de tratamento reversivo eram aqueles(as) com uma estrutura de personalidade considerada defensiva, que correspondia ao uso excessivo dos mecanismos de negação e resistência –e essa forma de personalidade geraria o que foi denominado como complexo do medo. Tal complexo envolvia a ideia de que os(as) homossexuais teriam um medo inconsciente de descoberta de desejos e sentimentos heterossexuais e um forte temor de serem incapazes de mudar para a heterossexualidade.

O “mecanismo de resistência” era visto em pessoas LGB que demonstravam ou não interesse em converter-se. Para àqueles(as) que não desejassem a reversão sexual e utilizassem a argumentação de que a homossexualidade seria uma variante natural da sexualidade humana, tal expectativa negativa sobre o tratamento, do ponto de vista dos(as) profissionais da psiquiatria e psicologia, acabaria por inviabilizar o tratamento. Os(as) pacientes com estas características recebiam uma “atenção especial”: eram submetidos às intervenções mais aversivas e eram realizadas, dentre outras, comparações com os(as)

membros(as) dos alcoólicos anônimos. O objetivo era provar para tais pacientes que, assim como os alcoolistas que também teriam dificuldades de reconhecer sua doença e vício, defender a homossexualidade como natural era parte do sintoma da “enfermidade psiquiátrica” (Marmor, 1973).

Efeitos adversos foram observados ao longo do tempo em pacientes submetidos a tais terapias conversivas. As consequências mais comuns descritas vão desde depressão crônica, baixa autoestima, dificuldade de relacionamentos até disfunções sexuais. Na compreensão atual de teóricos e ativistas LGB, o interesse de pacientes por terapeutas que ofereçam quaisquer atitudes conversivas é impulsionado, dentre outros, pelo preconceito social e pelas proibições das expressões da homossexualidade em organizações religiosas e sociais (Haldeman, 2002). A observação da experiência homossexual ao longo da história, associada à observação dos discursos sobre ela e sua apropriação pela medicina, evidenciou que visões patológicas de pessoas LGB se deu especialmente por concepções morais disfarçadas de critérios médicos e/ou psicológicos -ou mesmo estratégias de controle e regulação de uma norma sexual

Mudança de Contexto

Apesar do advento e popularização de terapias conversivas, posteriormente à Segunda Guerra Mundial, nos EUA, alguns grupos se organizaram para contestar a discriminação social, de forma discreta. Em 1969, no entanto, um incidente violento entre a polícia e os/as frequentadores/as gays e travestis de um bar em Nova York, chamado Stonewall, iniciou uma nova fase do ativismo.

A partir daí, situações semelhantes emergiram no conjunto de eventos de maio de 1968, na Europa, apontando para uma militância perceptível (Costa & Nardi, 2015). Movimentos de ativistas por direitos dos homossexuais se organizaram nos Estados Unidos da América fortemente, influenciando outros países, como o Brasil. A importância simbólica de Stonewall foi sentida nas grandes cidades americanas - sobretudo em São Francisco e Nova York -, onde um grande número de pessoas LGB passou a militar pelos seus direitos.

Esta crescente afirmação da diversidade sexual no espaço social ofereceu uma abertura para que as questões relativas à homossexualidade alcançassem um status político, tal como algumas lutas de outras minorias sociais que compunham o cenário da época. O

“sujeito homossexual” surgia aos poucos com reivindicações próprias e também como um modo de vida, com demandas específicas (Trindade, 2004). Ao mesmo tempo, o ativismo gay percebia que as proposições psiquiátricas e psicológicas em relação à homossexualidade eram um importante contribuinte para o estigma social em relação aos homossexuais e que deveria ser revisto (Drescher, 2010).

Na década de 1970 as pesquisas científicas defendendo uma visão não patológica da homossexualidade foram trazidas à atenção da APA. O corpo de cientistas da instituição passou a discutir e analisar as características dos vários transtornos mentais, reconhecendo os aspectos sociais subjacentes e o efeito do prejuízo derivado da discriminação (Drescher, 2006). Isso levou a consideração de que atitudes de preconceito é que levam ao adoecimento de pessoas LGB, e não a orientação sexual *per se*.

À medida que se elevava a pressão dos ativistas e havia uma crescente legitimação de pesquisas empíricas evidenciando falhas metodológicas e éticas em estudos que apoiavam terapias de conversão (Santos, 2013), a APA retirou a homossexualidade da condição de patologia da segunda edição do DSM em 1973 (Carvalho, Silveira, & Dittrich, 2013). O diagnóstico foi substituído por “Transtorno da Orientação Sexual”, que abrangia as pessoas homossexuais que não aceitavam sua orientação sexual e apresentavam sofrimento em decorrência desta (APA, 1973). Apesar da retirada da homossexualidade como condição patológica do DSM-III, este novo diagnóstico serviu como uma ferramenta distorcida para continuar a legitimar a prática de terapias de conversão sexual, que argumentavam que o sofrimento derivado da orientação sexual cessaria com a mudança da mesma (e inclusive favorecendo o reembolso de empresas de seguro para tais intervenções).

É importante ressaltar que além dos achados de pesquisas que traziam evidências técnicas para a mudança de postura da psicologia, emergia um crescente movimento de mudanças geracionais dentro da APA, composta por líderes mais jovens, alimentando na organização uma maior consciência social (Drescher, 2006). O mérito maior para a condenação das terapias conversivas, no entanto, é fruto do ativismo firme à época. No mesmo ano, porém, ficou estipulado que para descrever a angústia e o desconforto com a própria orientação homossexual ou heterossexual, o diagnóstico passaria a ser o de distúrbio de orientação sexual (SOD) (Drescher, 2010), que acabou por se manter como mais uma alternativa para a continuação de intervenções conversivas em pacientes LGB.

Em 1980, o DSM-III revelou que a SOD seria substituída por Homossexualidade Ego-Distônica (EDH) (Nascimento, Leite Junior & Pinho, 2017). A homossexualidade ego-distônica também foi o diagnóstico definido para a CID-10. Tal condição se refere ao sofrimento psíquico resultante do desconforto do indivíduo quanto à sua orientação sexual (Dunker & Neto, 2016). Em vez de se considerar que o tratamento para a homossexualidade egodistônica deveria recair sobre o sentimento de inadequação a si (egodistonia) ou de aversão ao próprio desejo (fruto do preconceito social), muitos profissionais da psicologia se propuseram a converter a homossexualidade como se esta fosse um diagnóstico por si só ou uma patologia (Dunker & Neto, 2016).

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) deixou de considerar orientações sexuais não-heterossexuais como doenças por meio do parecer 05/1985, em 29 de Janeiro de 1985. Em 1991, a Anistia Internacional passou a considerar a discriminação contra homossexuais uma violação aos direitos humanos. Em 1992, a Organização Mundial de Saúde removeu a homossexualidade enquanto doença *per se* da décima edição da classificação internacional de doenças (CID-10).

Um dos principais momentos de despatologização no Brasil, no entanto, se deu por meio da resolução 01/99 proposta pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que estabelece normas de atuação para os(as) psicólogos(as) em relação à orientação sexual. Tal resolução estabelece que a homossexualidade não constitui doença, distúrbio ou perversão e que os psicólogos não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas, nem adotarão ação coercitiva tendente a orientar homossexuais para tratamentos não solicitados (Pinafi e Toledo, 2012).

Tal resolução proíbe psicólogos(as) de exercerem qualquer atividade que favoreça a patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas e de adotarem ação coercitiva tendente a orientar homossexuais para tratamentos não solicitados (Resolução 01/99). Por meio da resolução, o CFP define que a homossexualidade não constitui doença, nem distúrbio e nem perversão. A resolução, portanto, afasta a homossexualidade do rol de patologias e daquilo que possa ser alvo de cura (Resolução 01/99).

Seguindo esta iniciativa e visando eliminar brechas que “autorizassem” terapias conversivas, um grupo de trabalho internacional e interdisciplinar sobre a classificação dos transtornos sexuais e da saúde sexual da CID-11 considerou a eliminação de todas as categorias do código F66 (transtornos psicológicos e comportamentais associados ao

desenvolvimento sexual e à sua orientação) que inclui a orientação sexual egodistônica. O objetivo foi eliminar qualquer abertura ou brecha que ainda permitisse a interpretação de uma resposta de mal-estar frente a discriminação (esperada e natural) como uma patologia, pois a patologização gera estigma, discriminação social e pode ser lavada até chegar em uma terapia conversiva (Diehl, Vieira & Mari, 2014). Com a retirada do código F66 da CID (homossexualidade ego-distônica), foi reconhecido que orientação sexual não está ligada a qualquer interpretação de uma patologia e que não há uma ligação direta entre ela e qualquer doença (Barreto, 2017). Tal medida permitiu a eliminação do principal argumento remanescente para a manutenção das terapias de conversão (Teixeira, 2014).

Atitudes Corretivas e Conversivas

O conjunto de atitudes institucionais que visaram despatologizar a homossexualidade não foram capazes de interromper e cessar com a visão aviltante da diversidade sexual, historicamente construída (Leal, 2004). Apesar de uma série de iniciativas visando a despatologização das orientações sexuais LGB, os psicólogos (as) podem, por vezes, expressar suas crenças de gênero e percepções a respeito das orientações sexuais através da cultura em que vivem, indireta ou explicitamente (Drescher, 2010). Se esta cultura se baseia em princípios heteronormativos e heterossexistas, os profissionais da psicologia naturalmente também a reproduzem. A heteronormatividade corresponde ao sistema de ideias que estabelece a heterossexualidade como norma, criando uma hierarquia na qual pessoas heterossexuais seriam superiores às que não são (Yep, 2002). O heterossexismo, por outro lado, diz respeito a forma como a discriminação opera nas instituições sociais, no ordenamento jurídico, na estrutura da sociedade, de forma a colocar as sexualidades não heterossexuais em vulnerabilidade (Herek, 2004).

Se antes haviam explicitamente abordagens diretivas para a modificação das orientações sexuais não heterossexuais, um fenômeno se faz presente através do novo paradigma em relação as orientações sexuais LGB. Um formato que psicopatologiza a homossexualidade foi, aos poucos, surgindo de forma disfarçada em sua apresentação, considerando os avanços em relação a diversidade sexual e o anacronismo de se manter uma terapia conversiva. Algumas dessas intervenções apresentadas de forma mais sutil se propõem a modificar as manifestações espontâneas das orientações sexuais não heterossexuais. Estas intervenções são denominadas atitudes corretivas (AC) (Lingiardi et al.,

2015). O entendimento da homossexualidade como um sintoma e a caracterização das orientações LGB como fenômenos desviantes da sexualidade humana são exemplos comuns de atitudes corretivas.

As AC são, portanto, manifestadas em Psicoterapia como supostas intervenções, de quaisquer abordagens teóricas de referência do(a) profissional da Psicologia. Elas estão frequentemente camufladas de técnicas ou interpretações da orientação teórica em si e transmitem a impressão, portanto, de estarem vinculadas a um propósito terapêutico. Isso limita, naturalmente, a compreensão e crítica de um(a) paciente sobre o propósito implícito e explícito de tal intervenção (Lingiardi et al., 2015).

Cabe lembrar que não somente a prescrição de condutas que tenham como base algum entendimento etiopatológico dessas orientações denomina-se AC. As interpretações que desnaturalizam o componente natural das mesmas também representam o fenômeno. Soma-se, ao mesmo tempo, a omissão da abordagem do tema da sexualidade LGB de algum(a) paciente em psicoterapia: isso inevitavelmente evidencia o “desvalor” que o(a) terapeuta dá a estas orientações sexuais.

Tais condições sinalizam a manifestação do fenômeno das AC à medida que tais orientações deixam de configurar manifestações naturais do espectro da sexualidade humana e passam a ser vistas como desvios ou alterações do desenvolvimento sexual natural. As AC podem aparecer em espaços de psicoterapia de maneira mais sutil até razoavelmente explícita, por meio de interpretações específicas ou propostas comportamentais de conversão (Lingiardi et al., 2015).

Seguem alguns exemplos de AC em discursos dos profissionais da Psicologia, extraídos de relatos de pacientes LGB a partir de suas experiências em psicoterapia:

“Talvez tu seja gay/lésbica/bissexual por se identificar excessivamente com tua mãe ou teu pai”- AC baseada em pressuposto etiopatológico desenvolvido por Freud (Maya, 2008);

“Tu tem certeza, mesmo sem ter ficado com mulheres/homens?”- AC interpretativa baseada em pressuposto etiopatológico desenvolvido por Ellis (1966);

“Você já tentou se masturbar vendo pornô hétero?”- AC interpretativa baseada em pressuposto etiopatológico desenvolvido por Ellis (1960) e em pressuposto teórico desenvolvido por Rado (1949);

“Você está com medo de relações com meninas(os), por isso que não tenta”- AC interpretativa baseada em pressuposto teórico desenvolvido Bergler (1959);

“Você deve escolher aquilo que é mais saudável para ti, que é uma relação heterossexual”-

AC interpretativa baseada em pressuposto teórico desenvolvido por Klein (1932);

“Você pode estar distorcendo. Você é adolescente, talvez não tenha se identificado direito” -

AC interpretativa baseada em pressuposto teórico desenvolvido por Rado (1949) e Ellis (1966);

“Você é gay/lésbica/bissexual porque teve uma relação anterior (heterossexual) traumática”

– AC interpretativa baseada em pressuposto teórico desenvolvido por Ellis (1960).

A construção das Atitudes Corretivas estão vinculadas a uma série de fatores. Elas são frequentemente derivadas de convicções ideológicas e religiosas, de preconceito implícito e explícito, e podem estar associadas a baixo conhecimento de estudos baseados em evidências. Ao mesmo tempo, elas são baseadas em concepções teóricas não validadas empiricamente de que a orientação homossexual seria o produto final de algo que não seguiu um percurso supostamente esperado ao longo do desenvolvimento pessoal e de que tal alteração poderia ser “reparada” de algum modo (Lingiardi et al., 2015).

Sabe-se que, independente do desconforto de um paciente com a própria orientação, as atitudes corretivas são impulsionadas, dentre outros, pelo preconceito social (Haldeman, 2002). Elas podem, por conseguinte, estarem tanto associadas a características específicas de um terapeuta quanto implicadas por um contexto social maior de preconceito (Lingiardi et al., 2015).

As AC, disfarçadas de intervenções terapêuticas supostamente próprias de uma determinada abordagem teórica, podem aos poucos internalizarem-se em um indivíduo, considerando que são formas de discriminação baseado na orientação sexual. Essa conjuntura pode levar ao mal-estar em relação as manifestações espontâneas da própria sexualidade, bem como gerar uma preocupação com uma vida comprometida negativamente como uma pessoa LGB (Lingiardi et al., 2015). Inclui-se neste rol de antecipação a perspectiva de vivenciar discriminação e violência, rejeição da família e marginalização social, e isso associado a orientação sexual *per se*, e não a fatores externos.

Cabe ressaltar que mesmo os modelos de terapia que não tiveram em seu desenvolvimento histórico original qualquer relação com terapias conversivas são, eventualmente, evocadas para este uso. Essas releituras são feitas atualmente com o propósito de corrigir indivíduos não-heterossexuais. Como exemplo, temos a terapia EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing ou Dessensibilização e Reprocessamento por

Movimentos Oculares). Ela diz respeito a um conjunto de técnicas de ampla validação empírica. Diversos estudos têm sido realizados com intuito de avaliar a eficácia da EMDR, e tem sido comprovado que é um método bem-sucedido para tratamento de fobias específicas, ansiedade, depressão, traumas e queixas somáticas (Lopes, Barbosa e Carvalho, 2013).

Com o propósito de alterar a homo ou a bissexualidade indesejada e contrariando os preceitos originalmente estabelecidos para o uso da intervenção EMDR, o terapeuta clínico Norman Goldwasser apresentou o uso da técnica na modificação da atração homossexual e bissexual, em uma conferência internacional de EMDR em 2004 (Soares, 2008). O terapeuta estabeleceu uma associação entre terapia conversiva e o método de dessensibilização com o intuito de reprocessar memórias traumáticas que, em sua visão, estariam supostamente associadas ao desenvolvimento da homossexualidade/bissexualidade.

O psicólogo realiza avaliações psicodiagnósticas para pressupor uma hipótese psicodinâmica de desenvolvimento da orientação não-heterossexual. A partir daí, os objetivos da utilização do EMDR com tais grupos são enfraquecer diretamente as atrações sexuais por membros do mesmo sexo e fortalecer os padrões de excitação heterossexual por meio de imagens guiadas reforçadas. Como critério de utilização da técnica há a necessidade de relação entre trauma e orientação sexual. Para ele, aqueles que são vítimas de abuso sexual cuja experiência “afetou” sua orientação sexual, o uso do EMDR promove a cura do trauma e ajudar a facilitar o cliente a atingir o nível e o tipo de funcionamento sexual e o estilo de vida que escolheu ter. O Terapeuta entende, portanto, que o EMDR pode curar os efeitos prejudiciais do abuso sexual (ou de outros eventos traumáticos) que estariam direcionando, em sua perspectiva, a comportamentos sexuais indesejados ou viciantes.

As experiências discriminatórias nos diferentes de terapia evidenciados acima podem ser formas de estresse agudo e crônico. Sabe-se que a discriminação possui efeito direto na saúde, alavancando transtornos mentais e agravando condições pré-existentes, como a ansiedade e depressão. Ao mesmo tempo, ela está associada à adoção de comportamentos prejudiciais à saúde, tais como tabagismo ou comportamentos sexuais de risco (Duncan et al, 2000). Ela também impacta na prática de comportamentos saudáveis, tais como a prática de atividades físicas, uma alimentação adequada e a adesão a tratamentos em saúde, dentre eles os medicamentosos. Por fim, através da exposição ao estresse, uma série de respostas fisiológicas do organismo são desencadeadas, promovendo alterações relacionadas ao

aparelho gastrointestinal, cardiovascular, sistema neuroendócrino e o sistema imunológico (Williams & Mohammed, 2009).

No Estado do Rio Grande do Sul, um estudo desenvolvido por Marques (2010) evidenciou a forma como indivíduos que se auto definem homossexuais descrevem a prática psicológica de seus/suas terapeutas no que tange a como abordam na terapia a questão da sexualidade de forma ampla e individualmente. O estudo fez uso da investigação das histórias de vida associadas aos relatos dos aspectos clínicos em psicoterapia. A dissertação traz como resultado a frequência de discursos de profissionais da psicologia que deslegitimam o desejo LGB, que desqualificam tais orientações ou que as concebem como falhas do desenvolvimento. As linhas teóricas dos terapeutas (descritas pelos(as) pacientes) são diversas, e incluem terapias psicodinâmicas/psicanalíticas e terapias cognitivo-comportamentais. O trabalho ressalta, dentre outros, o impacto de tais atitudes na aliança terapêutica e os efeitos percebidos pelos próprios pacientes. Tal estudo, portanto, revela a frequência de atitudes corretivas de profissionais da Psicologia através do olhar de pacientes afetadas pelas mesmas.

Um estudo desenvolvido por Gaspodini & Falcke (2018) investigou de que forma as questões de diversidade sexual e de gênero são vivenciadas por profissionais da prática clínica. As práticas patologizantes identificadas entre os(as) psicólogos(as) foram motivadas por crenças em uma natureza biológica, psicológica, religiosa ou ético-moral sobre a diversidade sexual. Também foram destacadas a reprodução de estereótipos, uso de linguagem inadequada, formação clínica por meio de conhecimentos patologizantes (explícitos e implícitos), silenciamentos e nenhum ou pouco contato interpessoal com pessoas LGBT.

Os autores concluíram que, durante a formação, o(a) psicólogo(a) pode entrar em contato com diversas formas de conhecimento sobre a diversidade e que tais formas de conhecimento estão vinculadas com o tipo de prática clínica realizada, sendo reconhecidos que o conhecimento patologizante e o desconhecimento são os maiores responsáveis por possíveis agravos à saúde mental de pessoas LGBT. As características pessoais do profissional, tais como suas crenças e atitudes, bem como sua formação e preparação implicam na forma como se realizam suas práticas clínicas em psicologia (Gaspodini & Falcke, 2018; Marques, 2010).

Visando analisar as concepções e práticas dos(as) psicólogos(as) frente às normativas do conselho federal de psicologia sobre a diversidade sexual e de gênero, foi desenvolvido um estudo em Minas Gerais por Mesquita (2018) com profissionais da psicologia. Através da análise de discurso, os resultados apontaram a coexistência de práticas éticas e atitudes de preconceito e a persistência de discursos e práticas que (re)inventam formas de abjeção, atribuições psicológicas relativas ao desenvolvimento das orientações não-heterossexuais. Além disso, foram destacadas aproximações sutis de essencialização da homo/bissexualidade com patologias, naturalizando a heterossexualidade como parte de experiência humana saudável e a inferiorização das experiências LGBT.

Os resultados destes estudos sugerem que algumas questões extraclínicas (da vida pessoal e social) dos psicólogos podem frequentemente influenciar de forma prejudicial na psicoterapia com pacientes LGB. Os pressupostos e viéses dos terapeutas surgem em diferentes espaços de psicoterapia e afetam esferas especialmente importantes da saúde mental, ao reproduzirem normas sociais e discriminatórias sobre os(as) pacientes.

Se há uma percepção patologizante em relação as orientações sexuais não-heterossexuais por parte dos profissionais, é possível que os desejos, comportamentos e as identidades sexuais sejam internalizadas como manifestações desviantes da sexualidade nos(as) pacientes. As Atitudes Corretivas acabam, portanto, considerando a fonte dessa insatisfação a própria orientação LGB, e não os elementos sociais que estão empiricamente associados (Lingiardi et al., 2015).

Há elementos jurídicos também implicados nas terapias conversivas. No texto constitucional brasileiro estão explicitados uma ampla gama de direitos individuais e coletivos, pautados, principalmente, pelo Princípio da Dignidade Humana e na construção de uma sociedade livre, justa e solidária. É evidente, no entanto, que muitos direitos fundamentais são preteridos e que o estado acaba frequentemente falhando em atendê-los. Alguns grupos minoritários, historicamente estigmatizados, são os principais alvos da violação vertical e horizontal de direitos fundamentais (Bolwerk e Almeida, 2018).

Apesar de uma série de evidências que ressaltam os prejuízos na esfera do preconceito contra a diversidade sexual, a Resolução 01/99, no entanto, vem sofrendo uma série de ataques de grupos conservadores e religiosos no congresso nacional. Até Julho de 2017, no entanto, tais tentativas de sustar a norma, inclusive por meio de lei federal, não obtinham sucesso. Motivados por preceitos religiosos, muitos psicólogos vinham

reivindicando a retomada de terapias de reorientação sexual, evocando elementos da denominada Psicologia Cristã. Esta existe como uma modalidade de pós-graduação nos Estados Unidos e visa utilizar princípios da psicologia moderna juntamente com a perspectiva religiosa (Mesquita, 2018). O CFP se posicionou através de nota no ano de 2017, afirmando que a denominada Psicologia Cristã não é uma especialidade de psicologia e defendeu a prática psicológica laica (CFP, 2017a).

Porém, na segunda quinzena de Setembro de 2017, a Justiça Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal acatou parcialmente o pedido liminar numa ação popular de um grupo de profissionais da Psicologia autodenominados psicólogos(as) cristãos(as) contra a Resolução 01/99 do Conselho Federal de Psicologia (CFP). O pedido evoca o princípio da Liberdade Científica para autorizar a realização de terapias conversivas, alegando, sobretudo, que essa autorização não viola o Princípio da Dignidade Humana (Ação Popular nº 1011189-79.2017.4.01.3400 JF/DF; Bolwerk e Almeida, 2018).

A decisão liminar do juiz federal Waldemar Cláudio de Carvalho, apesar de manter a integralidade do texto da Resolução 01/99, determinou que o CFP a interprete de modo a não proibir que psicólogas (os) façam atendimento buscando reorientação sexual quando solicitado. A decisão liminar, portanto, abriu a possibilidade de uso de terapias de reversão sexual, desconsiderando uma série de avanços que buscavam o enfrentamento à discriminação baseada na diversidade sexual. A ação foi movida por um grupo de psicólogas(os) defensores dessa prática. Tal questão representa uma violação dos direitos humanos por distintos órgãos em saúde, como a Anistia Internacional que passou a considerar a discriminação contra homossexuais uma violação aos direitos humanos desde 1991 (Nakajima, 2003).

O posicionamento oficial do Conselho Federal de Psicologia destaca que a homossexualidade não é considerada patologia, segundo posição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1992). O conselho alertou que as terapias de reversão sexual não têm resolutividade, apontando estudos feitos pelas comunidades científicas nacional e internacional, e evidenciando os efeitos e agravos ao sofrimento psíquico. A resolução 01/99 está subjugada, infelizmente, ainda a uma interpretação da liminar que permite o uso de tais terapias no contexto brasileiro. Cabe lembrar que esse tipo de posicionamento das terapias conversivas mantém o estigma social que considera a orientação heterossexual como padrão/normal, e a orientação homossexual como desviante/anormal. Portanto, ao considerar

ao orientação homoafetiva como responsável pelo mal estar psíquico e sintomático de um(a) paciente, tal modelo de terapia reforça o preconceito no contexto brasileiro a respeito de orientações LGB (Bolwerk e Almeida, 2018).

A experiência externalizada e internalizada de preconceito de um paciente LGB, aliado ao preconceito social internalizado do terapeuta acaba por levar a síntese de que “os terapeutas parecem ser capazes de fazer os clientes desejarem aquilo que está disponível e o que eles acham que os clientes deveriam desejar”. Neste sentido, transmite-se uma ideia de que isso é construído num espaço terapêutico de base supostamente ética e de confiança (Davidson, 1991).

Cabe lembrar que vedar o preconceito e discriminação em razão de orientação sexual constitui preceito fundamental da república federativa do Brasil. Bolwerk e Almeida (2018) destacam que o que confere dignidade às pessoas é alguma propriedade intrínseca a ela. Neste sentido, não é um direito que é concedido pelo ordenamento jurídico: é simplesmente reconhecido, pois é inerente a todo ser humano. Eles destacam que cabe a república federativa do Brasil a proteção e a promoção da dignidade humana, de forma ampla e irrestrita, por ser fundamento da própria existência e legitimidade do Estado.

Terapias conversivas são, dentre outras, as manifestações mais explícita de AC por meio de interpretações etiopatologizantes e/ou propostas comportamentais de mudança de orientações LGB. Cabe lembrar que esta é a representação de um grande retrocesso, considerando o passo inicial para que a Psicologia no Brasil ofereceu para a temática dos direitos humanos, a partir da década de 1970, por meio da publicação de seu código de ética do profissional (Costa e Nardi, 2013). Terapias conversivas deslocam a fonte do preconceito, que é a discriminação social a respeito, para o indivíduo e constituem, portanto, uma ofensa ao Princípio da dignidade Humana, considerado valor-fonte do ordenamento jurídico brasileiro (Bolwerk e Almeida, 2018).

Sabe-se que os maiores contrapontos as atitudes corretivas são as práticas terapêuticas por meio de posturas afirmativas. Estas, adequadas e validadas empiricamente, possuem a compreensão de que a orientação sexual consiste em um dos vários aspectos pertencentes a constituição de um indivíduo, de sua personalidade e do sentido de si (Glassgold, 2008). Neste sentido, elas lidam com a homofobia internalizada do próprio terapeuta e do paciente e com o contexto social e político de se viver como uma pessoa da diversidade Sexual e de gênero.

Este modo de se fazer terapia, portanto, diz respeito a uma variedade específica de conhecimento psicológico, que desafia a construção social e psicológica estigmatizante. O preconceito em relação à diversidade sexual, portanto, é compreendido como a principal variável patológica no desenvolvimento de certas condições sintomáticas entre pessoas LGB (Maylon, 1982).

O atendimento com pacientes LGB, nesta perspectiva, se dá por um conjunto de princípios comprometidos com a prática terapêutica ética e validante, particularmente com aqueles que apresentam dificuldades relativas à sua homossexualidade (Moita, 2006). Portanto, a aplicação adequada de intervenções com a população LGB se dá por meio de aceitação e apoio, avaliação abrangente, enfrentamento ativo, apoio social e a exploração e desenvolvimento de identidade enquanto parte da diversidade sexual (Trindade, 2004).

Tal conjuntura em um espaço de psicoterapia permite o fortalecimento de aliança terapêutica e o aumento de boas práticas. Em vez de diagnosticar, de buscar supostos determinantes ou fatores causais e de tentar modificar manifestações espontâneas da orientação sexual, o objetivo do(a) terapeuta que partilha desta perspectiva é auxiliar os pacientes a aceitarem a sua orientação sexual (Moita, 2006).

Mudanças no posicionamento das abordagens teóricas

Algumas orientações teóricas passaram a assumir posições consonantes com estudos e avanços alinhados com as evidências de que formato da criação dos filhos ou de que as primeiras experiências da infância ou adolescência não desempenham qualquer papel proeminente na formação da orientação sexual heterossexual ou homossexual (APA, 2008). A constatação de que as orientações LGB seriam especialmente de natureza biológica, porém determinadas por uma complexa interação de fatores permitiu o reconhecimento teórico de que a orientação sexual não é, portanto, uma escolha ou falha psíquica (King, 2007).

As terapias psicanalíticas/psicodinâmicas que, dentre as principais linhas teóricas, se destacavam por uma profícua produção teórica etiopatologizante a respeito da diversidade sexual (Haydée, 1999) passaram a reconsiderar sua posição teórica e prática a respeito, ainda que não em consenso. A extensa crítica recebida em relação a sua postura histórica para com a diversidade sexual de gênero alinhado com avanços teóricos acabou produzindo mudanças no posicionamento de analistas, em consonância com a orientação da International Psychoanalytical Association (IPA) (Roughton, 2003).

Por um longo período, a psicanálise descreveu os relacionamentos homossexuais e a escolha de objetos como uma reprodução das posições masculinas e femininas, apegando-se, portanto, as normativas sociais que centralizam a homossexualidade como parâmetro de anormalidade (Klem, 2008). Atualmente, as terapias psicodinâmicas/psicanalíticas vêm buscando apresentar uma teoria que diferencie claramente os aspectos descritivos e as construções metapsicológicas daqueles aspectos normativos, ideológicos e preconceituosos com os quais muitas vezes são confundidos. Neste sentido, a partir da relação da homossexualidade e direitos humanos, a psicanálise passou a ter o papel de não atribuir para si o poder de legislar ou de emitir juízos sobre o que está certo ou errado, sobre se a forma de estruturação da identidade ou do desejo sexual "escolhida" pelo sujeito é a adequada (Zambrano, 2006).

Do ponto de vista contemporâneo da psicanálise Freudiana, por exemplo, embora a homossexualidade permaneça no campo chamado de perversões, muitos autores entendem que a própria noção de perversão como categoria psicopatológica é relativizada e estendida atualmente para a "sexualidade normal"; ou seja, passa a assumir uma nomenclatura com outros significados (Klem, 2008). Para a psicanálise moderna, pouco servem os conceitos de homossexualidade e heterossexualidade para o entendimento do sujeito. Estes conceitos impedem que se evidencie que as identidades são múltiplas e que estão constantemente sendo construídas. Para a psicanálise, portanto, a nomeação da identidade sexual deve ser evitada por se apresentar como noção potencialmente normativa que utiliza a heterossexualidade como parâmetro e o que for diferente disso, desvio (Berbaro, 2004).

O sujeito, segundo Klem (2008) é construído no e pelo discurso também na sessão analítica. O(a) psicanalista, portanto, não deve se situar frente à homossexualidade dizendo apenas que não tem preconceito e que sua escuta não é preconceituosa. Cabe ao analista, segundo a autora, dialogar com novos estudos e disciplinas se propondo a encontrar meios de se abster de critérios morais ou sociológicos para evitar vieses em sua prática clínica -ainda que assuma não ter qualquer propósito de fazê-lo.

De acordo com Zambrano (2006), a psicanálise considera seu papel exclusivamente da ordem do individual, não tendo legitimidade, nem clínica nem teórica, para emitir pareceres categóricos. Neste sentido é possível que, mesmo que os terapeutas apresentem algum nível de preconceito, a subjetividade do(a) paciente e a suposta abstinência

esperada do(a) analista em uma sessão de psicoterapia/análise possa também proteger um(a) paciente de posturas inadequadas dos(as) analistas/terapeutas (Maya, 2007).

Além da psicanálise, a partir das categorias normativas que produzem critérios morais e/ou sociológicos, os conceitos de família e de sexualidade foram revisitas pelos teóricos de terapias familiares, ao se constatar que essas estão atreladas a noções socialmente construídas. Em consequência da conjunção família e orientação sexual, isso inevitavelmente carregou as tensões históricas e as marcas dos embates teóricos e metodológicos que acompanham os processos sociais, culturais e políticos (Garcêz et al, 2013).

Esse contexto, reverberado pelas pesquisas no campo da Psicologia da família, atingiu a postura dos(as) terapeutas sistêmico/familiares. Emergiram possibilidades de repensar a instituição familiar por meio de suas transformações, dando visibilidade, entre outras, às famílias compostas por casais do mesmo sexo (Garcêz de Souza Santos et al., 2013; Lomando et al., 2011). A partir do entendimento das interações dos casais homossexuais/bissexuais, das concepções em saúde e das práticas parentais, o projeto da existência de filhos, dentre outros, passou a ser cada vez mais discutido. Soma-se a isso, a aprovação da união civil entre pessoas do mesmo sexo no Brasil, no ano de 2011, que impulsionou o reconhecimento dos direitos das pessoas LGBT. Além disso, novas discussões relativas a possibilidade de casais homossexuais vivenciarem a parentalidade, seja por meios biológicos ou adotivos, passaram a ser evocadas na esfera das terapias familiares (Meletti & Scorsolini-Comin, 2015).

Neste sentido, as terapias sistêmicas/familiares passaram a rever as noções de família. McGoldrick (1995), principal expoente da formulação teórica do ciclo familiar -que dentre outros atribuiu funcionalidade as etapas da família seguindo um modelo heterossexual- passou a reconhecer que tais definições foram pautadas pelo contexto sócio-histórico da terapia familiar e que estão ultrapassadas. A autora assumiu recentemente que o ciclo vital é muito mais complexo e amplo do que o imaginado, justamente para dar conta da homoparentalidade e de outras formas possíveis de exercício familiar (Walsh & McGoldrick, 2013).

A psicoterapia cognitivo-comportamental (TCC), no entanto, continuou a manter um hiato teórico a respeito das orientações LGB. Ainda que não exiba atualmente um modelo etiopatologizante tal como outrora, esta abordagem ainda apresenta ausência de marco teórico em relação a orientações LGB, visto que não existem referências nos escritos de Beck às

orientações não-heterossexuais (Gray, 2000). Considerando essa ser uma abordagem baseada em evidências, os(as) pacientes estão sujeitos(as) curiosamente a falta de ancoragem do(a) terapeuta em relação a um modelo teórico afirmativo. Além disso, em função dessa ausência, é possível que as formas de coping desadaptativas (estratégias de enfrentamento) dos(as) pacientes possam estar sobre a compreensão de que seriam patologias individuais ou essenciais a homo/bissexualidade, em vez de estratégias para sobreviver ao preconceito (Nunan & Cerqueira-Santos, 2017). Neste sentido, a TCC mantém atitudes corretivas por se omitir de posicionar-se com intervenções que instrumentalizem adequadamente os(as) terapeutas.

Contexto dos(as) profissionais da psicologia

Apesar dos elementos destacados acima, muitos profissionais da psicologia no Brasil ainda consideram a homossexualidade um transtorno mental ou um desvio daquilo que se consideraria esperado para determinado indivíduo, apesar da ausência de evidências empíricas e dos aspectos sociais implicados nestes julgamentos. De acordo com a literatura, esses profissionais frequentemente praticam intervenções que visam mudar ou reparar a homossexualidade e outras orientações sexuais (Marques, 2010).

É importante evidenciar que, independente de tais atitudes corretivas serem requeridas pelos próprios pacientes, a atitude ética e comprometida com fins terapêuticos deve prevalecer por parte do profissional da psicologia. O que define a intervenção com pacientes LGB são, portanto, as técnicas e intervenções baseadas em atitudes psicoterápicas afirmativas e não pressupostos pessoais e sociais dos(as) terapeutas.

As atitudes corretivas acabam por minimizar o papel da homofobia internalizada, dos atravessamentos sociais nos próprios terapeutas e das normas de gênero socialmente construídas, promovendo, portanto, práticas não terapêuticas de efeito prejudicial (Lingiardi et al., 2015). Considerando a potencialidade danosa de tais atitudes e a possível limitação de reconhecimento dos próprios terapeutas em relação a elas, é estritamente necessário quantificar variáveis preditoras (que indiquem o que em um(a) terapeuta aumenta a chance de se usar terapias corretivas/ conversivas), que possam estar ou não impulsionadas por concepções ideológicas, políticas e religiosas dos próprios terapeutas.

Apesar da existência da resolução 01/99 do CFP de 22 de Março de 1999 para os Psicólogos Brasileiros, que afasta a homossexualidade do rol de patologias e, portanto,

daquilo que pode ser alvo de cura, o caráter heteronormativo se apresenta na construção e manutenção de diferentes clínicas psicológicas (Marques, 2010). Tal conjuntura implica em supostas intervenções psicoterápicas que disfarçam atitudes corretivas, e que estão, dentre outras, marcadas pela ausência de reconhecimento das especificidades da população LGB bem como pelo heterossexismo e heteronormatividade.

Considerando este contexto atual, bem como o anterior a sustentação da resolução 01/99, as questões pessoais dos próprios psicólogos podem frequentemente influenciar de forma prejudicial na atividade clínica com clientes lésbicas, gays e bissexuais, e isso independentemente dos pacientes se identificarem ou não como LGB. Tais questões podem derivar desde o modelo educativo vivenciado pelo próprio profissional da psicologia, sua visão política, e seu nível de contato com a Diversidade Sexual (Lingiardi et al., 2015).

Estudar a prevalência de atitudes corretivas, portanto, é especialmente importante no sentido de suas implicações para a educação, treinamento e prática clínica dos psicólogos brasileiros. Neste sentido, um diagnóstico dos profissionais da psicologia que permita avaliar a capacidade técnica e ética em relação a orientações não heterossexuais pode servir como uma referência para possíveis modificações das estruturas curriculares dos programas de Graduação em Psicologia do Brasil e na inclusão de discussões a respeito de direitos humanos e diversidade sexual.

Estudo original

Este trabalho é uma adaptação de um estudo italiano, que avaliou o mesmo construto psicológico –as atitudes corretivas- por meio da administração online de dois questionários para psicólogos licenciados do país (Lingiardi et al., 2015). Com uma amostra de 3.135 terapeutas, a análise das frequências mostrou que as atitudes corretivas atingiram 58% dos participantes. Além disso, as atitudes corretivas do estudo foram preditas por variáveis que representam características demográficas, socioculturais e profissionais, bem como por alguns pressupostos teóricos sobre a homossexualidade pelos Psicólogos Italianos.

O objetivo do estudo italiano foi compreender de que forma os psicólogos respondem ao paciente que solicita uma mudança de orientação sexual e de que forma o conhecimento de alguém sobre homossexualidade, bem como a orientação política e o envolvimento religioso, afetam as atitudes e a prática clínica com pacientes LGB. Além disso, buscou-se compreender a existência de variáveis específicas que estariam associadas ao

desenvolvimento de atitudes corretivas (como gênero, orientação sexual, educação e compromisso religioso, orientação política, avaliação de preparação sobre homossexualidade e experiência anterior com pacientes lésbicas ou homossexuais insatisfeitos sobre sua própria homossexualidade).

Outra questão avaliada diz respeito aos pressupostos etiopatológicos sobre a homossexualidade e o seu papel na previsão de uma atitude corretiva. Ademais, um questionário ad hoc também foi carregado para medir as atitudes em relação à homossexualidade, lésbicas e gays (atitudes em relação ao homossexualidade, ATH).

Foram fornecidas senhas de acesso para 28.477 psicólogos membros da Associação Italiana de Psicologia para que acessassem o site anonimamente e preenchessem o questionário on-line. O total de psicólogos que completaram o questionário foi de 3.135 (cerca de 86% de mulheres), variando de 25 a 83 anos de idade. Os resultados apontaram que 58% dos psicólogos se propõem a mudar a orientação sexual do paciente (56% apenas se solicitado pelo paciente e 2% em qualquer caso), enquanto 42% não se propõem. As respostas às questões referentes as suposições etiopatológicas sobre homossexualidade mostraram por meio de análise que os preditores mais fortes de atitudes corretivas foram (A) a crença de que a homossexualidade é um sintoma; (B) a crença de que a homossexualidade é uma consequência do desenvolvimento psicológico interrompido ou fixado; (C) a orientação sexual do psicólogo(a); (d) o comprometimento religioso do psicólogo(a); (E) a crença de que a homossexualidade resulta de uma falta de identificação com os papéis atribuídos ao gênero designado; (F) experiência anterior de contato clínico com pacientes preocupados com sua homossexualidade; (G) a crença de que a homossexualidade é o resultado de interações familiares problemáticas; (H) a orientação política do(a) psicóloga; (I) a idade dos participantes.

A desejabilidade social, o nível de educação religiosa, o gênero dos participantes, experiência em psicoterapia pessoal e auto avaliação de preparação sobre questões clínicas e teóricas relacionadas à homossexualidade não foram estatisticamente significantes neste estudo. Do mesmo modo, as crenças sobre teorias que expliquem a psicogênese da homossexualidade feminina e masculina, incluindo as crenças de que a homossexualidade é patológica ou uma doença, causada por trauma ou baseada em um forte componente genético também não foram estatisticamente significantes. Neste sentido, os resultados do estudo

sugerem que algumas questões extra clínicas dos psicólogos podem frequentemente influenciar de forma prejudicial na atividade clínica com pacientes LGB.

Apresentação da Pesquisa deste trabalho

Este é um estudo que investigou quantitativamente as atitudes corretivas de Psicólogos atuantes na Clínica, de diferentes abordagens teóricas, frente a pacientes LGB (Lésbicas, Gays e Bissexuais) que requerem ou não modificação ou minimização de manifestações espontâneas de suas orientações sexuais. Como objetivos específicos analisamos as frequências de crenças etiopatológicas a respeito de orientações não-heterossexuais e das atitudes corretivas executadas pelos(as) psicoterapeutas com e sem a solicitação do(a) paciente.

Foram contatados os 23 conselhos de Psicologia do Brasil, através de ligações telefônicas e e-mails enviados para as comissões de psicoterapia, direitos humanos e comunicação. De todos os conselhos regionais de Psicologia do Brasil, o da 1ª região (Distrito Federal-DF) e o da 4ª região (Minas Gerais-MG) concordaram participar da pesquisa enviando e-mail-convite aos psicólogos registrados, tal como nossa proposta. Os conselhos da 2ª Região (Pernambuco-PE), 3ª Região (Bahia-BA), 5ª Região (Rio de Janeiro-RJ), 6ª Região (São Paulo-SP), 7ª Região (Rio Grande do Sul-RS), 8ª Região (Paraná-PR), 9ª Região (Goiás-GO), 16ª Região (Espírito Santo-ES) e 18ª Região (Mato Grosso-MT) concordaram em contribuir com a pesquisa com ressalvas, alegando problemas de ordem burocrática, problemas com a ferramenta de marketing ou possíveis questões políticas que poderiam ocorrer com a execução da pesquisa por meio do envio de e-mails aos profissionais cadastrados.

Um total de 891 profissionais acessaram o link, porém apenas 692 profissionais responderam ao questionário de forma completa. Pessoas designadas mulheres e que se identificam assim correspondem a 71,8% (n=71,8) do grupo respondente. A faixa etária predominante foi a de 22 a 35 anos com 53,3% (n=369). No que diz respeito a orientação sexual, 75,3% (n=521) se auto identificam como heterossexuais de 31,5% (n=218). A condição econômica auto identificada em maior frequência foi “média”, com 77,3% (n=535). Em relação a linha teórica mais utilizada para a atuação clínica, os(as) profissionais encontram-se predominantemente em Terapias Psicanalíticas e/ou Psicodinâmicas (33,8%, n=234) e Terapias Cognitivo e/ou Comportamentais (25,7%, n=178). A atividade profissional

principal foi a Psicologia Clínica com 60,5% (n=419). A amostra é composta em grande parte por psicólogos(as) pertencentes ao conselho da 4ª região (MG) (66,6%, n=440) e do Conselho da 1ª região (DF) (31,5%, n=218).

Um questionário foi inserido em uma plataforma de dados segura (Qualtrics) para a coleta de dados sociodemográficos, crenças a respeito da homo/bissexualidade e atitudes corretivas em relação a orientações não-heterossexuais. Foi disponibilizado um link para o acesso a plataforma de dados, sem a necessidade de identificação do número de registro profissional, bem como do nome do(a) respondente. Os(as) participante concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os(as) profissionais responderam informações gerais, tais como idade, designação ao nascimento, identidade de gênero, estado civil, orientação sexual e condição socioeconômica. Além disso, os(as) participantes da pesquisa foram solicitados a definir características relativas a intensidade de crença ou prática religiosa e outros tais como orientação política auto identificada e a convivência na família e no trabalho com pessoas LGB. Foram investigadas a atividade principal atual, a forma de atuação profissional, o exercício de docência, a linha teórica utilizada para atuação na clínica. Foram também investigadas características profissionais relativas ao atendimento clínico, tais como o nível de preparação teórica e técnica para atender um(a) paciente LGB e se havia passado pela experiência de possuir pacientes que manifestaram a intenção de mudar a orientação sexual de homo/bissexual para heterossexual.

Um grupo de questões relativas a crenças sobre a homo/bissexualidade avaliou pressupostos positivos e negativos a respeito das orientações não-heterossexuais, considerando construções teóricas etiopatológicas que entendiam a homo/bissexualidade como parte de um desenvolvimento fora da normalidade, derivadas do estudo original (Lingiardi et al., 2015); como no item: “a homossexualidade/bissexualidade é fruto de assédio ou abuso sexual sofrido na infância ou adolescência”.

Foram acrescentadas crenças baseadas em pressupostos teóricos etiopatológicos em relação a homo/bissexualidade que estão vinculadas a discursos de clínicos no contexto brasileiro (Gaspodini & Falcke, 2018; Marques, 2010); tais como: a homossexualidade/bissexualidade é fruto de assédio ou abuso sexual sofrido na infância ou adolescência; a homossexualidade/bissexualidade é consequência de uma identificação maior/excessiva com um dos genitores (Freud, 1905, 1935); a

homossexualidade/bissexualidade é produto de um sentimento de que se é inadequado(a) ou incompetente nas relações heterossexuais (Ellis, 1960); a homossexualidade/bissexualidade é fruto de crenças irracionais e distorcidas desenvolvidas na infância e adolescência (Ellis, 1966); uma pessoa homossexual/ bissexual deve experimentar contato físico ou sexual com uma pessoa de outro gênero para ter certeza de sua homossexualidade/bissexualidade (Bergler, 1959; Ellis, 1960); o medo de uma relação com pessoas de outro sexo está relacionado ao desenvolvimento da homossexualidade/bissexualidade em homens e mulheres (Rado, 1949; Ferenczi, 1914); existe uma causa para a homossexualidade/bissexualidade dos(as) pacientes.

Todas as questões foram apresentadas com níveis de discordo totalmente, discordo em parte, nem concordo nem discordo, concordo em parte e concordo totalmente.

O questionário avaliou as atitudes dos profissionais da psicologia em relação a conversão/correção de pacientes LGB, por meio das afirmações: se o(a) paciente solicitar, o(a) psicólogo(a)/psicoterapeuta deve ajudar a mudar a orientação sexual de homossexual para heterossexual e o(a) psicólogo(a)/psicoterapeuta deve ajudar a mudar a orientação sexual de homossexual (gay ou lésbica ou bissexual) para heterossexual; Estas foram avaliadas desde de discordo totalmente, discordo em parte, nem concordo nem discordo, concordo em parte até concordo totalmente.

Para controlar os vícios relacionados à desejabilidade social que enviesariam respostas autênticas, foi utilizada a Escala de Desejabilidade Social Marlowe-Crowne (Crowne & Marlowe, 1960). A versão C da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne (Crowne & Marlowe, 1960) desenvolvida por Reynolds (1982) inclui os seguintes itens: 3, 6, 13, 15, 16, 19, 21, 26, 28, 30, 33, 12, 10.

Os dados foram analisados a partir do SPSS (v. 22.0). Todos os dados foram concebidos a partir da frequência e, visando tornar mais compreensível as atitudes corretivas e crenças etiopatológicas a respeito da homossexualidade, considerou-se a conversão em dois polos para análise das variáveis: discordo totalmente e discordo parcialmente até concordo totalmente. Definiu-se, também, a frequência dos dados demográficos, socioculturais, profissionais e atitudes corretivas, além da prevalência das crenças e atitudes corretivas pelas abordagens teóricas. Buscou-se desvendar as variáveis que predizem o surgimento do desfecho (as atitudes corretivas), através da regressão hierárquica logística com etapas sucessivas, por meio do método forward condicional. Portanto, foi destacado o conjunto de

dados que melhor prediz a concordância do(a) psicólogo(a) na utilização de atitudes corretivas. As regressões se deram através do passo 1 (apenas para crenças e atitudes corretivas juntamente com o questionário de desejabilidade social) e o passo 2 (as crenças e atitudes corretivas pelos dados sociodemográficos, socioculturais e profissionais).

Artigo Empírico - Folha de Rosto

Crenças e atitudes corretivas de profissionais de psicologia sobre a homossexualidade

Beliefs and Corrective Attitudes of Psychology Professionals on Homosexuality

Creencias y actitudes correctivas de los profesionales de la psicología sobre la
homosexualidad

Jean Ícaro Pujol Vezzosi,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
jeanicaro@yahoo.com.br

Damião Soares de Almeida Segundo
Núcleo de Estudos e Intervenção Psicossocial à Diversidade (NEPsiD/UFRGS)
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
damiao.soares@gmail.com

Mozzer de Miranda Ramos
Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Sexualidade Humana (SexUS – UFS)
Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia
Universidade Federal de Sergipe
mozeramos@gmail.com

Angelo Brandelli Costa

Grupo Preconceito, Vulnerabilidade e Processos Psicossociais (PVPP/PUCRS)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 11, sala 933

Porto Alegre - RS - Brasil - 90619-900

Fone: + 55 51 3320.3500 - Ramal 7745

angelo.costa@pucrs.br

Crenças e atitudes corretivas de profissionais de psicologia sobre a homossexualidade

Beliefs and Corrective Attitudes of Psychology Professionals on Homosexuality

Creencias y actitudes correctivas de los profesionales de la psicología sobre la
homossexualidad

Resumo

Muitos profissionais da psicologia no Brasil ainda consideram a homossexualidade um transtorno mental ou um desvio daquilo que se consideraria, apesar da ausência de evidências empíricas e dos aspectos bioéticos implicados nestes julgamentos. De acordo com a literatura, esses profissionais frequentemente praticam intervenções que visam mudar ou reparar a homossexualidade. Este estudo buscou avaliar as atitudes corretivas (AC) dos profissionais da psicologia em relação a pacientes lésbicas, gays e bissexuais (LGB), através de um questionário online. A análise mostrou que 29,48% dos(as) profissionais exibem AC quando solicitado pelo(a) paciente, e 12,43% quando não. Além disso, elas estão mais frequentemente presentes em psicoterapeutas cognitivo/comportamentais e familiares/sistêmicos. As análises de regressão demonstraram que os preditores mais fortes de AC foram a crença de que a homossexualidade é uma patologia; a crença de que as crianças criadas por pais/mães homossexuais (gays ou lésbicas ou bissexuais) têm maiores chances de desenvolverem problemas no desenvolvimento; a crença de que homossexualidade/bissexualidade é produto de um sentimento de que se é inadequado(a) ou incompetente nas relações heterossexuais; a crença de que existe uma causa para a homossexualidade/bissexualidade dos(as) pacientes; o gênero do(a) psicoterapeuta; e o nível de crença atual em relação a alguma religião. A aplicação adequada de intervenções com a população LGB deveria se dar por meio de aceitação e apoio, avaliação abrangente, enfrentamento ativo, apoio social e a exploração e desenvolvimento da identidade enquanto parte da diversidade sexual.

Palavras-Chaves: Atitudes corretivas; homossexualidade; psicologia clínica.

Abstract

Many professionals in psychology in Brazil still consider homosexuality a mental disorder or a deviation from what one would consider, despite the absence of empirical evidence and the bioethical aspects involved in these judgments. According to the literature, these professionals often practice interventions that aim to change or repair homosexuality. This study aimed to evaluate the corrective attitudes (CA) of psychology professionals in relation to lesbian, gay and bisexual (LGB) patients, through an online questionnaire. The analysis showed that 29.48% of the professionals showed AC when asked by the patient, and 12.43% when they did not. In addition, they are more often present in cognitive / behavioral and family / systemic psychotherapists. Regression analyzes have demonstrated that the strongest predictors of CA were the belief that homosexuality is a pathology; the belief that children raised by homosexual parents (gay or lesbian or bisexual) are more likely to develop developmental problems; the belief that homosexuality / bisexuality is the product of a feeling that one is inadequate or incompetent in heterosexual relationships; the belief that there is a cause for the homosexuality / bisexuality of the patients; the genre of the psychotherapist; and the current belief level in relation to some religion. Appropriate implementation of interventions with the LGB population should take place through acceptance and support, comprehensive evaluation, active coping, social support, and the exploration and development of identity as part of sexual diversity.

Keywords: Corrective Attitudes; homosexuality; clinical psychology.

Resumen

Muchos profesionales de la psicología en Brasil aún consideran la homosexualidad como un trastorno mental o una desviación de lo que uno consideraría, a pesar de la ausencia de evidencia empírica y los aspectos bioéticos involucrados en estos juicios. Según la literatura, estos profesionales a menudo practican intervenciones que tienen como objetivo cambiar o reparar la homosexualidad. Este estudio tuvo como objetivo evaluar las actitudes correctivas (CA) de los profesionales de la psicología en relación con las pacientes lesbianas, gays y bisexuales (LGB), a través de un cuestionario en línea. El análisis mostró que el 29,48% de los profesionales mostraban AC cuando el paciente les preguntaba y el 12,43% cuando no lo hacían. Además, están más presentes en los psicoterapeutas cognitivos / conductuales y familiares / sistémicos. Los análisis de regresión han demostrado que los predictores más fuertes de AC eran la creencia de que la homosexualidad es una patología; la creencia de que los niños criados por padres homosexuales (gays o lesbianas o bisexuales) tienen más probabilidades de desarrollar problemas de desarrollo; la creencia de que la homosexualidad / bisexualidad es producto de la sensación de que uno es inadecuado o incompetente en las relaciones heterosexuales; la creencia de que hay una causa para la homosexualidad / bisexualidad de los pacientes; El género del psicoterapeuta. y el nivel de creencia actual en relación con alguna religión. La implementación adecuada de las intervenciones con la población LGB debe realizarse a través de la aceptación y el apoyo, la evaluación integral, el afrontamiento activo, el apoyo social y la exploración y el desarrollo de la identidad como parte de la diversidad sexual.

Palabras clave: actitudes correctivas; homosexualidad; Psicología clínica.

Introdução

A ciência médica e a psicologia, ao discorrer sobre a sexualidade, teve como ponto de partida a heterossexualidade monogâmica como suposto padrão de normalidade à medida que desenvolvia um modo de atuação clínica para aquilo que considerava perversões, desvios sexuais ou patologias (Herek, 2010). Durante grande parte do século XX esta foi a perspectiva da psicologia e da psiquiatria a respeito da homossexualidade, inclusive presente nas primeiras edições do manual diagnóstico de Transtornos psiquiátricos da *American Psychological Association* (APA) (Costa & Nardi, 2015).

Indivíduos insatisfeitos com a própria manifestação de suas orientações LGB (lésbicas, gays e bissexuais) – por pressão do contexto da época em que viviam - passaram a procurar (ou foram obrigados a buscar) orientação psicológica para alcançar uma meta de mudança. As terapias conversivas se destinaram a modificar a expressão espontânea das orientações sexuais (Haldeman, 2002).

No entanto, na década de 1970 as pesquisas científicas defendendo uma visão não patológica da homossexualidade foram trazidas à atenção das associações psicológicas e psiquiátricas, que reconheceu os aspectos sociais subjacentes e o efeito do prejuízo da discriminação contra pessoas LGB (Drescher, 2006). Hoje, por exemplo, um grupo de trabalho internacional e interdisciplinar que está repensando a classificação dos transtornos sexuais e da saúde sexual da CID-11 considerou a eliminação de todas as categorias do código F66 (transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação) que inclui a orientação sexual egodistônica. O objetivo foi eliminar qualquer “brecha” que permita a interpretação de uma resposta também esperada e natural do desenvolvimento como patologia, pois a patologização gera estigma e discriminação social (Diehl, Vieira, & Mari, 2014). Com a retirada do código F66 da CID (homossexualidade egodistônica), foi reconhecido que orientação sexual não está ligada a uma patologia e que não há uma ligação direta entre ela e qualquer doença (Barreto, 2017). Tal medida permitiu a eliminação do principal argumento atual para as terapias de conversão (Teixeira, 2014).

A Psicologia no Brasil ofereceu atenção para a temática dos direitos humanos, por meio da publicação de seu código de ética do profissional e da resolução 01/99, que estabelece que a homossexualidade não constitui doença, distúrbio ou perversão e que os psicólogos não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização de comportamentos ou

práticas homoeróticas, nem adotarão ação coercitiva tendente a orientar homossexuais para tratamentos não solicitados (Toledo & Pinafi, 2012).

O conjunto de atitudes institucionais que visaram despatologizar a homossexualidade, no entanto, não foi capaz de interromper com a visão aviltante da diversidade sexual, historicamente construída (Leal, 2004). No Estado do Rio Grande do Sul, um estudo desenvolvido por Marques (2010) evidenciou a forma como pacientes LGB descrevem a prática psicológica de seus/suas terapeutas em relação as questões de sexualidade. Como resultados, são descritas a frequência de discursos de profissionais da psicologia que deslegitimam o desejo LGB, com posturas de desqualificação ou concepções que compreendem as orientações sexuais não-heterossexuais como falhas do desenvolvimento. Além disso, um estudo desenvolvido por Gaspodini & Falcke (2018) investigou de que forma as questões de diversidade sexual e de gênero são vivenciadas por profissionais da prática clínica. As práticas patologizantes identificadas entre os(as) psicólogos(as) foram motivadas por crenças em uma natureza biológica, psicológica, religiosa ou ético-moral sobre a diversidade sexual. Também foram destacadas a reprodução de estereótipos, uso de linguagem inadequada, formação clínica via conhecimentos patologizantes (explícitos e implícitos), silenciamentos e nenhum ou pouco contato interpessoal com pessoas LGBT.

Recentemente, visando analisar as concepções e práticas dos(as) psicólogos(as) frente às normativas do conselho federal de psicologia sobre a diversidade sexual e de gênero, foi realizado um estudo por Mesquita (2018) com profissionais da psicologia. Através da análise de discurso, os resultados apontaram a coexistência de práticas éticas e atitudes de preconceito, além da persistência de discursos e práticas que (re)inventam formas de abjeção e atribuições psicológicas justificando o desenvolvimento das orientações não-heterossexuais. Além disso, foram destacadas aproximações sutis de essencialização da homo/bissexualidade com patologias, naturalizando a heterossexualidade e inferiorizando as experiências LGB. Neste sentido, apesar de uma série de iniciativas visando a despatologização das orientações sexuais LGB, os psicólogos (as) podem, por vezes, expressar suas crenças de gênero e percepções a respeito das orientações sexuais através da cultura em que vivem, indireta ou explicitamente (Drescher, 2010). Se esta cultura se baseia em princípios heteronormativos, os profissionais da psicologia também a reproduzem (Herek, 2004).

As intervenções que se propõem a corrigir as manifestações espontâneas das orientações sexuais não heterossexuais – erroneamente – são denominadas atitudes corretivas

(AC) (Lingiardi et al., 2015). As AC, disfarçadas de intervenções terapêuticas supostamente próprias de uma determinada abordagem teórica, são interpretações ou prescrições de condutas sobre os(as) pacientes. Sabe-se que, ainda que tais atitudes estejam associadas a características específicas de um(a) terapeuta elas são impulsionadas, sobretudo, pelo preconceito social (Haldeman, 2002) e estão em desacordo com o fato de que as orientações sexuais são manifestações da diversidade humana (APA, 2009).

Este trabalho é uma adaptação de um estudo italiano, que avaliou as atitudes corretivas por meio da administração online de questionários em psicólogos (Lingiardi et al., 2015). Com uma amostra de 3.135 terapeutas, a análise das frequências mostrou que as atitudes corretivas foram reportadas por 58% dos participantes. Além disso, as AC do estudo foram preditas por variáveis que representam características demográficas, socioculturais e profissionais, bem como por crenças sobre a homossexualidade.

Partindo das evidências de atitudes corretivas de terapeutas no contexto brasileiro, o objetivo da presente pesquisa foi quantificar a frequência de AC e de crenças a respeito das orientações LGB, além de investigar variáveis que em conjunto indicariam a presença de AC através de características específicas dos(as) psicoterapeutas.

Método

Participantes

Considerando as especificidades para a execução de pesquisas, foram contatados os 23 Conselhos de Psicologia do Brasil, através de ligações telefônicas e email enviados para as comissões de psicoterapia, direitos humanos e comunicação. No corpo do email destacou-se a justificativa, os objetivos, o desenho do estudo e a forma com a qual o conselho poderia contribuir. De todos os conselhos regionais de Psicologia do Brasil, o da 1ª região (Distrito Federal-DF) e o da 4ª região (Minas Gerais-MG) concordaram participar da pesquisa enviando email-convite aos psicólogos registrados, tal como nossa proposta. Os conselhos da 2ª Região (Pernambuco-PE), 3ª Região (Bahia-BA), 5ª Região (Rio de Janeiro-RJ), 6ª Região (São Paulo-SP), 7ª Região (Rio Grande do Sul-RS), 8ª Região (Paraná-PR), 9ª Região (Goiás-GO), 16ª Região (Espírito Santo-ES) e 18ª Região (Mato Grosso-MT) concordaram em contribuir com a pesquisa com ressalvas. Estes, portanto, ofereceram a divulgação por meio de mídias sociais (Facebook e/ou Instagram) ou divulgação em seus websites. O restante dos

conselhos não demonstrou interesse ou negou a participação na pesquisa. Um total de 891 profissionais acessaram o link, porém apenas 692 profissionais responderam ao questionário de forma completa.

Pessoas designadas mulheres e que se identificam assim correspondem a 71,82% (n=497) do grupo respondente. A faixa etária predominante foi a de 22 a 35 anos com 53,32% (n=369). No que diz respeito a orientação sexual, 75,29% (n=521) dos psicólogos do estudo se designaram como heterossexuais e 24,71% (n=171) como não-heterossexuais. A condição econômica autoidentificada em maior frequência foi “média”, com 77,31% (n=535). Quando indagados a respeito da filiação religiosa atual, o catolicismo foi a resposta predominante com 26,73% (n=185). Além disso, 40,75% (n=282) indicaram terem níveis de crença religiosa elevados.

Em relação a linha teórica mais utilizada para a atuação clínica, os(as) profissionais encontram-se predominantemente em Terapias Psicanalíticas e/ou Psicodinâmicas (33,54%, n=239) e Terapias Cognitivo e/ou Comportamentais (25,29%, n=175). A atividade profissional principal foi a Psicologia Clínica com 60,55% (n=419). Ainda que não seja a atividade principal, 23,99% dos(as) participantes (n=166) descrevem ser docentes em algum curso de formação/especialização/extensão/graduação/pós-graduação em psicologia, à medida que apenas 15,75% (n= 109) possuem curso de formação/especialização/extensão na área da diversidade sexual e de gênero. A amostra é composta em grande parte por psicólogos(as) pertencentes ao conselho da 4ª região (MG) (63,58%, n=440) e do Conselho da 1ª região (DF) (31,50%, n=218). A tabela 1 destaca as características dos(as) psicólogos(as).

Tabela 1.
Caracterização dos participantes (N= 692).

Variável		n	%
Designação ao nascimento	Mulher	497	71,82
	Homem	195	28,17
Faixa etária	22 a 35	369	53,32
	36 a 65	309	44,65
	66 ou mais	14	2,02
Orientação sexual autoidentificada	Heterossexual	521	75,29
	Homossexual	94	13,58
	Bissexual	71	10,26
	Outro	6	0,87
Condição econômica autoidentificada	Extremamente baixa	1	0,14
	Baixa	76	10,98

	Média	535	77,31
	Alta	77	11,12
	Extremamente alta	2	0,29
	Omisso	1	0,14
Linha teórica utilizada para atuação na Clínica	Terapias Psicanalíticas e/ou Psicodinâmicas	239	34,54
	Terapias Humanistas	176	25,43
	Terapias Cognitivo e/ou Comportamentais	175	25,29
	Terapias Familiares e/ou Sistêmica	60	8,67
	Outras	38	5,49
	Omisso	4	0,58
Atividade profissional principal	Psicologia Clínica	419	60,55
	Psicologia Social	104	15,03
	Psicologia Organizacional e do trabalho	50	7,23
	Psicologia Escolar/Educacional	39	5,63
	Docência em Psicologia	35	5,06
	Outras	45	6,50
Conselho de Psicologia	4ª Região – MG	440	63, 58
	1ª Região – DF	218	31,50
	Outros	29	4,20
	Omisso	5	0,72

Procedimentos

O questionário foi inserido em uma plataforma de coleta de dados (Qualtrics). Foi disponibilizado um link para o acesso a plataforma de dados, sem a necessidade de identificação do número de registro profissional, bem como do nome do(a) respondente. Foram enviados 2 e-mails convite para todos os profissionais registrados nos CRPs, em duas semanas distintas. Os(as) participante concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em caso de dúvida, os(as) participantes foram instruídos a contatar o pesquisador responsável. Foram informados os benefícios da participação, bem como os riscos. Foram assinaladas garantias, tais como a de abandonar a pesquisa sem qualquer prejuízo. Foram atendidas as diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de acordo com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Instrumentos

Características sociodemográficas: os(as) profissionais responderam informações gerais, tais como idade, designação ao nascimento, identidade de gênero, estado civil, orientação sexual e condição socioeconômica.

Características socioculturais: os participantes da pesquisa foram solicitados a definir características relativas à intensidade de crença ou prática religiosa e outros tais como orientação política auto identificada e a convivência na família e no trabalho com pessoas LGB.

Características profissionais: foram investigadas a atividade principal atual, a forma de atuação profissional, o exercício de docência, a linha teórica utilizada para atuação na clínica. Além disso, foram investigadas características profissionais relativas ao atendimento clínico, tais como o nível de preparação teórica e técnica para atender um(a) paciente LGB e se passou pela experiência de possuir pacientes que manifestaram a intenção de mudar a orientação sexual de homo/bissexual para heterossexual.

Crenças a respeito da homo/bissexualidade: esse grupo de questões avaliou pressupostos positivos e negativos a respeito das orientações não-heterossexuais. Um grupo de questões considerou construções teóricas que entendiam a homo/bissexualidade como parte de um desenvolvimento fora da normalidade, derivadas do estudo original (Lingiardi et al., 2015); como no item: “a homossexualidade/bissexualidade é fruto de assédio ou abuso sexual sofrido na infância ou adolescência”.

Foram acrescentadas crenças baseadas em pressupostos teóricos em relação a homo/bissexualidade que estão vinculadas a discursos de clínicos (Gaspodini & Falcke, 2018; Marques, 2010): a homossexualidade/bissexualidade é fruto de assédio ou abuso sexual sofrido na infância ou adolescência; a homossexualidade/bissexualidade é consequência de uma identificação maior/excessiva com um dos genitores (Freud, 1905); a homossexualidade/bissexualidade é produto de um sentimento de que se é inadequado(a) ou incompetente nas relações heterossexuais (Ellis, 1965); a homossexualidade/bissexualidade é fruto de crenças irracionais e distorcidas desenvolvidas na infância e adolescência (Ellis, 1966); uma pessoa homossexual/ bissexual deve experimentar contato físico ou sexual com uma pessoa de outro gênero para ter certeza de sua homossexualidade/bissexualidade (Bergler, 1959; Ellis, 1965); o medo de uma relação com pessoas de outro sexo está relacionado ao desenvolvimento da homossexualidade/bissexualidade em homens e mulheres (Rado, 1949; Ferenczi, 1914); existe uma causa para a homossexualidade/bissexualidade dos(as) pacientes.

Um outro conjunto de questões avaliou pressupostos não-patológicos, como no item “a homossexualidade é uma variante normal de sexualidade”. Estas questões foram apresentadas

com níveis de discordo totalmente, discordo em parte, nem concordo nem discordo, concordo em parte e concordo totalmente. Os níveis de concordância com as afirmações deste grupo também foram quantificados com uma escala do tipo Likert de 5 pontos.

Atitudes corretivas e conversivas: o questionário avaliou a atitude dos profissionais da psicologia em relação a conversão/correção de pacientes LGB, por meio das afirmações: se o(a) paciente solicitar, o(a) psicólogo(a)/psicoterapeuta deve ajudar a mudar a orientação sexual de homossexual para heterossexual e o(a) psicólogo(a)/psicoterapeuta deve ajudar a mudar a orientação sexual de homossexual (gay ou lésbica ou bissexual) para heterossexual. Ambas afirmativas também foram avaliadas com uma escala do tipo Likert de 5 pontos.

Análise de dados

Os dados foram analisados a partir do SPSS 22. Todos os dados foram concebidos a partir da frequência e, visando tornar mais compreensível as atitudes corretivas e crenças a respeito da homossexualidade, considerou-se a conversão em dois polos para análise das variáveis: discordo totalmente e discordo parcialmente até concordo totalmente. Definiu-se, também, a frequência dos dados demográficos, socioculturais, profissionais e atitudes corretivas, além da prevalência das crenças e atitudes corretivas pelas abordagens teóricas. Buscou-se desvendar as variáveis que predizem o surgimento do desfecho (as atitudes corretivas quando o paciente solicitar), através da regressão hierárquica logística com etapas sucessivas, por meio do método *forward* condicional. Portanto, foi destacado o conjunto de dados que melhor prediz a concordância do(a) psicólogo(a) na utilização de atitudes corretivas, com e sem a solicitação do(a) paciente. As regressões se deram através do passo 1 (apenas para crenças e atitudes corretivas) e o passo 2 (as crenças e atitudes corretivas pelos dados sociodemográficos, socioculturais e profissionais), seguindo modelo do estudo original (Lingiardi et al., 2015).

Resultados

No que diz respeito às atitudes corretivas, 29,48% (n=204) dos(as) profissionais da Psicologia concordam em algum nível que, se o(a) paciente solicitar, o(a) psicólogo(a) / psicoterapeuta deve ajudar a mudar a orientação sexual de homossexual para heterossexual. Além disso, 12,43 % (n=86), dos profissionais de psicologia concordam com a afirmação de

que o psicólogo / psicoterapeuta deve ajudar a mudar a orientação sexual de homossexual (gay ou lésbica ou bissexual) para heterossexual.

Em relação a alguma mudança de opinião sobre a homossexualidade/bissexualidade ao longo da vida, a maior parte das psicólogas (64,88%, n=449) afirmaram que mantêm o posicionamento a respeito. Em termos de nível de preparação teórica e técnica para atender um(a) paciente LGB, os(as) terapeutas se situaram em grande parte como bastante preparados(as) (36,42%, n=252) e muito preparados(as) (28,90%, n=200). No que diz respeito os(as) psicólogos(as) possuírem pacientes que manifestaram a intenção de mudar a orientação sexual de homossexual para heterossexual, 17,34% dos(as) psicólogos(as) (n=120) passaram por esta experiência.

Dentre os cinco grandes grupos de abordagens teóricas, os(as) terapeutas cognitivo-comportamentais e familiares/sistêmicos são os(as) que apresentaram maiores níveis de AC, caso o(a) paciente solicite, em ordem de frequência (34,86%, n=61; 33,33%, n=20) (Tabela 2). Por outro lado, em nosso estudo, os(as) terapeutas auto identificados(as) como sistêmica/familiares (18,33%, n=11; 14,28%, n=25) e cognitivo-comportamentais são os que apresentaram as maiores frequências de AC sem o pedido do(a) paciente. Na verdade, os valores de AC estiveram muito próximos entre 4 grandes grupos de abordagens teóricas, exceto as terapias psicanalíticas e/ou psicodinâmicas, que apresentaram 23,85% (n=57) para AC solicitada pelo(a) paciente e 9,62% (n=23) quando não solicitada. A tabela 2 destaca a frequência de AC por abordagem teórica.

Tabela 2.

Frequências das Atitudes Corretivas por abordagem teórica.

		Orientações Teóricas					
		Terapias Humanistas e Existenciais (n = 176)	Terapias Psicodinâmicas e Psicanalíticas (n = 239)	Terapias Cognitivo & Comportamentais (n = 175)	Terapias Sistêmicas & Familiares (n = 60)	Outros (n=38)	Não informado (n=4)
Se o(a) paciente solicitar, o(a) psicólogo(a)/psicoterapeuta deve ajudar a mudar a orientação sexual de homossexual para heterossexual	n	54	57	61	20	11	1
	%	30,68	23,85	34,86	33,33	28,94	25,00

O(a) psicólogo(a)/psicoterapeuta deve ajudar a mudar a orientação sexual de homossexual (gay ou lésbica ou bissexual) para heterossexual.	n	22	23	25	11	4	1
	%	12,50	9,62	14,28	18,33	10,52	25,00

A tabela 3 destaca a frequência das crenças a respeito da homo/bissexualidade. Quanto às crenças relativas a homossexualidade/bissexualidade, constatou-se que: 40,61% da amostra (n=281) acreditam em algum nível que a falha de identificação com seu próprio papel de gênero pode levar a uma orientação LGB, assim como na pressuposição de que o medo de uma relação com pessoas de outro sexo estaria relacionado ao desenvolvimento destas orientações (37,43%, n=259).

A porcentagem de 96,97% dos(as) psicoterapeutas da amostra concordam totalmente com a pressuposição de que a homossexualidade é uma variante normal de sexualidade (n= 671) e 51,59% (n=357) acreditam que existe uma causa para o desenvolvimento destas orientações sexuais. A parcela de 69,65% dos(as) psicólogos(as) pressupõe em algum nível que existe uma teoria explicativa válida sobre a origem psicológica da homossexualidade masculina e feminina.

Tabela 3.
Crenças a respeito da homo/bissexualidade (n=692) e AC na amostra geral.

	Discordo totalmente		Discordo parcialmente até concordo totalmente	
	n	%	n	%
A Homossexualidade é uma variante normal de sexualidade	21	3,03	671	96,97
Existe uma teoria explicativa válida sobre a origem psicológica da homossexualidade masculina e feminina	210	30,35	482	69,65
A homossexualidade tem um forte componente genético e biológico	232	33,53	460	66,47
A homossexualidade é resultado de dinâmicas familiares patológicas/disfuncionais	416	60,12	276	39,88
A homossexualidade é causada por um trauma	465	67,20	227	32,80
A homossexualidade é consequência de uma falha de identificação com seu próprio papel de gênero	411	59,39	281	40,61
A homossexualidade é um sintoma	534	77,17	158	22,83
A homossexualidade é uma patologia	637	92,05	55	7,95
A homossexualidade é a expressão do desenvolvimento psicológico incompleto	557	80,49	135	19,51
Os casais homossexuais são menos estáveis do que os heterossexuais	532	76,88	160	23,12

Casais homossexuais devem ser autorizados a se casar através do casamento civil	70	10,12	622	89,88
Homossexuais (gays ou lésbicas ou bissexuais) podem ser bons pais/mães	20	2,89	672	97,11
As crianças criadas por pais/mães homossexuais (gays ou lésbicas ou bissexuais) têm maiores chance de desenvolverem problemas no desenvolvimento	521	75,29	171	24,71
A homossexualidade/bissexualidade é fruto de assédio ou abuso sexual sofrido na infância ou adolescência	453	65,46	239	34,54
A homossexualidade/bissexualidade é consequência de uma identificação maior com um dos genitores	315	45,52	377	54,48
A homossexualidade/bissexualidade é produto de um sentimento de que se é inadequado(a) ou incompetente nas relações heterossexuais	511	73,84	181	26,16
A homossexualidade/bissexualidade é fruto de crenças irracionais e distorcidas desenvolvidas na infância e adolescência	562	81,21	130	18,79
Uma pessoa homossexual/ bissexual deve experimentar contato físico ou sexual com uma pessoa de outro gênero para ter certeza de sua homossexualidade/bissexualidade	521	75,29	171	24,71
O medo de uma relação com pessoas de outro sexo está relacionado ao desenvolvimento da homossexualidade/bissexualidade em homens e mulheres	433	62,57	259	37,43
Existe uma causa para a homossexualidade/bissexualidade dos(as) pacientes	335	48,41	357	51,59

Alguns grupos de abordagens apresentaram maiores níveis de frequência de crenças a respeito das orientações não-heterossexuais. Os(as) terapeutas familiares/sistêmicos apresentaram os maiores escores na maior parte dos pressupostos, dentre eles o de que a homo/bissexualidade é resultado de dinâmicas familiares patológicas/disfuncionais (53,33%, n=32), de que são causadas por um trauma (45,00%, n=27) e de que seriam produtos de uma falha de identificação com o próprio papel de gênero (48,33%, n=29). Por outro lado, os(as) terapeutas cognitivo-comportamentais apresentaram maior prevalência nas crença de que a homo/bissexualidade é uma patologia (11,43%, n=20) e de que uma pessoa homossexual/ bissexual deve experimentar contato físico ou sexual com uma pessoa de outro gênero para ter certeza de sua homossexualidade/bissexualidade (30,29%, n=53). Os(as) terapeutas de abordagens psicodinâmicas/psicanalíticas, por sua vez, obtiveram altas frequências nas crenças de que a homossexualidade/bissexualidade é consequência de uma identificação maior/excessiva com um dos genitores (69,04%, n=165) e de que existe uma causa para estas orientações sexuais (54,39%, n=130).

Quanto as variáveis consideradas na análise da regressão logística hierárquica, apenas as AC solicitadas serão descritas em nossa análise. A variável de AC solicitada pelo(a) paciente produziu o fator Nagelkerke R^2 de 0,32 e 0,33 no passo 1 e passo 2, respectivamente. Esses valores correspondem a variância de 32% e 33% para o conjunto de dados que melhor

prediz a concordância na utilização de atitudes corretivas, quando o paciente solicita. No passo 1, considerando todas as crenças descritas na tabela 3, as análises demonstraram que os preditores mais fortes de AC com a solicitação do paciente, selecionados a partir do tamanho de efeito, foram (a) a crença de que a homossexualidade é uma patologia ($B = 1,188$; $p < 0,01$); (b) a crença de que as crianças criadas por pais/mães homossexuais (gays ou lésbicas ou bissexuais) têm maiores chances de desenvolverem problemas no desenvolvimento ($B = 0,939$; $p < 0,001$); (c) a crença de que homossexualidade/bissexualidade é produto de um sentimento de que se é inadequado(a) ou incompetente nas relações heterossexuais ($B = 0,829$; $p < 0,001$); (d) a crença de que existe uma causa para a homossexualidade/bissexualidade dos(as) pacientes ($B = 0,985$; $p < 0,001$); Já no passo 2, considerando, além das crenças, os dados demográficos da tabela 1; (e) o gênero do(a) psicoterapeuta ($B = -0,577$; $p < ,009$), e; (f) o nível de crença atual em relação a alguma religião ($B = 0,239$; $p < 0,001$), se mostraram preditores; vide tabela 4.

A orientação sexual do(a) terapeuta e possuir um curso de formação/especialização/extensão na área da diversidade sexual e de gênero não foram estatisticamente significativos para o desfecho (não favorecem nem impedem uma atitude corretiva com a solicitação do(a) paciente).

Tabela 4.

Modelos de Regressão Logística para as características sociodemográficas, profissionais, socioculturais, crenças a respeito do homo/bissexualidade e a atitude corretiva se o(a) paciente solicitar.

Variável	Passo 1						Passo 2					
	B	SE	Wald	P	OR	95% IC	B	SE	Wald	p	OR	95% IC
Constante	-6,64	,76	137,45	,001	,001		-5,81	,637	83,07	,001	,003	
A homossexualidade é uma patologia	1,15	,41	7,91	,005	3,14	[1,41, 6,99]	1,19	,413	8,29	,004	3,28	[1,46, 7,37]
As crianças criadas por pais/mães homossexuais (gays ou lésbicas ou bissexuais) têm maiores chance de desenvolverem problemas no desenvolvimento	1,10	,22	20,25	,001	2,74	[1,76, 4,25]	,94	,23	17,18	,001	2,56	[1,64, 3,99]
A homossexualidade / bissexualidade é produto de um sentimento de que se é inadequado(a) ou incompetente nas relações heterossexuais	,82	,22	13,68	,001	2,27	[1,47, 3,51]	,83	,22	13,80	,001	2,29	[1,48, 3,55]
Existe uma causa para a homossexualidade/bissexualidade dos(as) pacientes	,95	,22	19,08	,001	2,58	[1,68, 3,96]	,98	,22	20,19	,001	2,68	[1,74, 4,11]
Como você foi designado ao nascimento	-	-	-	-	-	-	-,58	,22	6,91	,009	,562	[,37, ,86]
Nível de crença em alguma religião	-	-	-	-	-	-	,24	,07	10,60	,001	1,27	[1,10, 1,47]

Nota: R1= 0,66 (Hosmer e Lemeshow), 0,22 (Cox e Snell), 0,32 (Nagelkerke), x2(1) do Modelo = 175,76

R2= 0,65 (Hosmer e Lemeshow), 0,23 (Cox e Snell), 0,33 (Nagelkerke), x2(1) do Modelo = 182,63 p < 0,001, * p < 0,01, ** p < 0,001

Discussão

Atitudes Corretivas

A parcela de 29,48% dos terapeutas (n=204) concordam em algum nível que, se o(a) paciente solicitar, o(a) psicólogo(a) deve ajudar a mudar a orientação sexual de homo/bissexual para heterossexual, evidenciando explicitamente as atitudes – apesar da existência de uma resolução por parte do sistema conselho que torna essa atitude uma falta ética. Além disso, 12,43% dos(as) psicólogos(as) brasileiros(as) (n= 86) de nosso estudo acreditam que devem ajudar a mudar a orientação sexual de homossexual (gay, lésbica ou bissexual) para heterossexual, sem o pedido do(a) paciente. Essa constatação é intrigante considerando que os espaços que mais deveriam desenvolver a função de amparo afetivo e emocional acabam por se mostrarem mais hostis a expressão espontânea da orientação sexual, deixando o(a) paciente ainda mais vulnerável emocionalmente (Silva, 2017).

Dentre os cinco grandes grupos de abordagens teóricas, os(as) terapeutas cognitivo-comportamentais e familiares/sistêmicos são os(as) que apresentaram maiores níveis de AC, caso o(a) paciente solicite, em ordem de frequência (34,86%, n=61; 33,33%, n=20). Os(as) terapeutas auto identificados(as) como sistêmica/familiares (18,33%, n=11; 14,28%, n=25) e cognitivo-comportamentais são os que apresentaram as maiores frequências de AC sem o pedido do(a) paciente.

Em relação aos valores de AC em psicoterapeutas cognitivo-comportamentais isso pode ser explicado pela ausência de marco teórico em relação a orientações LGB, visto que não existem referências nos principais escritos dessa abordagem às orientações não-heterossexuais (Gray, 2000). Considerando essa ser uma abordagem baseada em evidências, os(as) pacientes podem estar sujeitos(as) a falta de ancoragem do(a) terapeuta em relação a um modelo teórico afirmativo. Além disso, é possível que as formas de coping desadaptativas dos(as) pacientes possam ser compreendidas como patologias individuais ou essenciais a homo/bissexualidade, em vez de estratégias para sobreviver ao preconceito (Nunan & Cerqueira-Santos, 2017). A aplicação adequada de intervenções com a população LGB deveria se dar por meio de aceitação e apoio, avaliação abrangente, enfrentamento ativo, apoio social e a exploração e desenvolvimento de identidade enquanto parte da diversidade sexual (Trindade, 2004).

Em relação a frequência de AC nas terapias sistêmico e/ou familiares, essas já possuíram como característica principal um caráter desenvolvimentista, no qual foram delimitadas uma sequência previsível de transformações na organização familiar através do cumprimento de tarefas definidas (McGoldrick, 1995). Essa sequência, seguindo as tarefas que caracterizam as suas etapas (Robb, 2004) produziu uma noção de família nuclear que regulou não apenas a configuração familiar (família nuclear, pais heterossexuais casados e filhos), mas também as funções/papéis de cada indivíduo dentro dessa dinâmica (Moreira & Nardi, 2007).

Portanto, a partir da elevada frequência de AC sem a solicitação do paciente dos(as) terapeutas sistêmicos/familiares, podemos pressupor que o formato normativo outrora produzido neste modelo de terapia continua a produzir atitudes interventivas visando corrigir sistemas familiares considerados desviantes (Bradt, 1995; Minuchin, 1982) para redirecionar a orientação sexual dos(as) familiares “afetados”.

A Psicanálise possui produção teórica patologizante significativa em relação as orientações não-heterossexuais (Haydée, 1999). Por um longo período, ela descreveu os relacionamentos homossexuais e a escolha de objetos como uma reprodução das posições masculinas e femininas, apegando-se, portanto, as normativas sociais que centralizam a heterossexualidade como parâmetro de normalidade (Klem, 2008). No entanto, esta abordagem teórica não obteve valores significativos quando comparados aos valores das outras abordagens em frequência no que diz respeito às AC. Atualmente, ela vem buscando apresentar uma teoria que diferencie claramente os aspectos descritivos e as construções daqueles aspectos normativos, ideológicos e preconceituosos com os que muitas vezes são confundidos. Neste sentido, a partir da relação da homossexualidade e direitos humanos, a psicanálise passou a assumir aos poucos o papel de não atribuir para si o poder de legislar ou de emitir juízos sobre o que está certo ou errado, sobre se a forma de estruturação da identidade ou do desejo sexual "escolhida" pelo sujeito é a adequada (Zambrano, 2006)

Para a psicanálise moderna, na verdade, pouco servem os conceitos de homossexualidade e heterossexualidade para o entendimento do sujeito (Klem, 2008). Estes conceitos impedem que se evidencie que as identidades são múltiplas e que estão constantemente sendo construídas. Esses conceitos acabam se apresentando, sob o ponto de

vista da psicanálise, como noções entendidas como normativas que utilizam a heterossexualidade como parâmetro e o que for diferente disso, desvio.

Em nossa hipótese, a frequência mais baixa de AC nas terapias psicodinâmicas/psicanalíticas é fruto da extensa crítica recebida em relação a sua postura histórica para com a diversidade sexual de gênero, o que acabou produzindo mudanças no posicionamento teórico e técnico entre terapeutas da psicanálise, em consonância com a orientação da International Psychoanalytical Association (IPA) (Roughton, 2003).

Ao mesmo tempo, de acordo com Zambrano (2006), a psicanálise considera seu papel exclusivamente da ordem do individual, não tendo legitimidade, nem clínica nem teórica, para emitir pareceres categóricos. Neste sentido, é possível também que a subjetividade do(a) paciente em uma sessão de psicoterapia/análise e a abstinência do(a) terapeuta possa também protegê-lo(a) de posturas corretivas e/ou conversivas (Maya, 2007), visto que psicólogos de orientação psicanalítica da amostra também apresentaram AC.

Para o grupo de profissionais da psicologia que se identificaram como heterossexuais (75,29%, n=521), a porcentagem de 35,32% (n=184) concordam que, se o(a) paciente solicitar, o(a) psicólogo(a) / psicoterapeuta deve ajudar a mudar a orientação sexual de homossexual para heterossexual. Os psicólogos do estudo que se designarem como não-heterossexuais 24,71% (n=171) surpreendentemente apresentaram 11,70% (n=20) de concordância em algum nível da afirmação. Esse dado corrobora o que foi encontrado no estudo italiano (Lingiardi et al., 2015). Embora tal nível de AC se apresente em menor frequência do que os terapeutas auto identificados como heterossexuais, a orientação sexual não é uma variável preditora nesse estudo. De acordo com Lingiardi et al. (2015) a orientação sexual *per se* não é fator protetivo o suficiente para o uso de AC. Profissionais da psicologia LGB também estão sujeitos aos preconceitos que podem reverberar com a homofobia internalizada dos clientes. Ao que parece, o sistema de ideias que estabelece a heterossexualidade como norma e que cria uma hierarquia na qual pessoas heterossexuais seriam superiores as que não são (Yep, 2002) é fortemente internalizado e externalizado também na conduta profissional desses terapeutas. Segundo Antunes (2017), a homofobia é composta de alguns elementos, tais como: machismo, heteronormatividade, heterossexismo e misoginia. No processo de socialização ela é introjetada por todas as pessoas, independente da sua orientação sexual. Cabe lembrar que as atitudes corretivas acabam por minimizar o papel

da homofobia internalizada, dos atravessamentos sociais nos próprios terapeutas e das normas de gênero socialmente construídas, promovendo, portanto, práticas não terapêuticas de efeito prejudicial (Lingiardi et al., 2015).

Frequências de crenças e variáveis demográficas, socioculturais e profissionais

Em nosso estudo, cerca de 96,97% dos(as) participantes concordam com a pressuposição de que a homossexualidade é uma variante normal de sexualidade (n= 671). Em relação a alguma mudança de opinião sobre a homossexualidade/bissexualidade ao longo da vida, a maior parte das psicólogas (64,88%, n=449) afirmaram que mantêm o posicionamento a respeito. Isso chama atenção, considerando que a homossexualidade/bissexualidade é vista por 40,61% da amostra (n=281) como uma falha de identificação com seu próprio papel de gênero.

Considerando que 69,65% dos(as) psicólogos(as) pressupõem em algum nível que existe uma teoria explicativa válida sobre a origem psicológica da homossexualidade masculina e feminina, é provável que nesse raciocínio os desejos, comportamentos e as identidades sexuais sejam vistos como manifestações desviantes da sexualidade. Ressalta-se isso justamente porque não há consenso a respeito das determinações da orientação sexual, havendo a investigação de aspectos da genéticos, hormonais, dos padrões de atividade cerebral, de influências ambientais e da interrelação desses elementos (APA, 2008). Nesse sentido, uma leitura que busque uma etiologia das orientações sexuais LGB sem base empírica pode levar a consideração de que a fonte da insatisfação é a orientação *per se*, e não os elementos sociais promotores que estão associados através de evidências (Lingiardi et al., 2015).

Cabe ressaltar que, se há uma percepção patologizante em relação às orientações sexuais não-heterossexuais por parte dos profissionais, ela pode se concretizar em intervenções ou interpretações de quaisquer abordagens teóricas de referência do(a) profissional da Psicologia. A busca de quaisquer justificativas que expliquem o suposto desvio sexual pode levar a pressuposição de que poderia ser modificado por intervenção clínica. Assim, isso leva a apresentação camuflada (ou explícita) através de técnicas ou interpretações da orientação teórica em si em uma sessão de psicoterapia.

Dentre as abordagens teóricas auto identificadas, algumas delas apresentam maiores níveis de frequência de crenças a respeito das orientações não-heterossexuais. Os(as) terapeutas familiares/sistêmicos apresentaram os escores mais elevados na maior parte dos pressupostos, dentre eles o de que a homo/bissexualidade é resultado de dinâmicas familiares patológicas/disfuncionais (53,33%, n=32), de que são causadas por um trauma (45,00%, n=27) e de que seriam produtos de uma falha de identificação com o próprio papel de gênero (48,33%, n=29). Tais pressupostos estão em desacordo com avanços nas pesquisas da área, visto que não há evidências que apoiem a hipótese de que relações disfuncionais com os pais, abuso sexual ou qualquer outro evento adverso da vida na esfera familiar influenciem na orientação sexual (Perrin, 2002).

Por outro lado, os(as) terapeutas cognitivo-comportamentais apresentaram maior prevalência nas crenças de que a homo/bissexualidade é uma patologia (11,43%, n=20) e de que uma pessoa homossexual/ bissexual deve experimentar contato físico ou sexual com uma pessoa de outro gênero para ter certeza de sua homossexualidade/bissexualidade (30,29%, n=53).

Os(as) terapeutas de abordagens psicodinâmicas/psicanalíticas, por sua vez, obtiveram altas frequências nas crenças de que a homossexualidade/bissexualidade é consequência de uma identificação maior/excessiva com um dos genitores (69,04%, n=165) e de que existe uma causa para estas orientações sexuais (54,39%, n=130). Tais pressupostos são derivado especialmente do olhar Freudiano (Freud, 1905). Nesse sentido, a leitura de que a homo/bissexualidade é reflexo de uma identificação excessiva e a busca de justificativas para tanto estão associadas a leituras já produzidas pela psicanálise. Dentre as principais causas atribuídas as orientações LGB, destacam-se a visão de que seria a falta de resolução do complexo de Édipo (como produto de uma ansiedade de castração excessiva), uma fixação forte à figura da mãe e posterior identificação com ela, uma escolha de objeto narcisista e um complexo de Édipo negativo (Lingiardi & Capozzi, 2004). Portanto, Freud manteve-se atrelado aos pressupostos em voga à época. A pergunta a que se fez durante suas construções teóricas dos supostos motivos pelos quais uma pessoa executaria uma escolha objetal fora da norma evidencia isso.

Em termos de nível de preparação teórica e técnica para atender um(a) paciente LGB, os(as) terapeutas se situaram em grande parte como bastante preparados(as) (36,42%, n=252)

e muito preparados(as) (28,90%, n=200). Considerando o nível de AC quando solicitada pelo(a) paciente, isso nos chamou atenção. O mesmo ocorreu no estudo de Lingardi et al. (2015) em que muitos dos profissionais de psicologia com menor preparo ou com menor atualização científica acreditam erroneamente que possuem treinamento suficiente para o exercício profissional com esta população – deixando, inclusive, de buscarem evidências para a prática clínica.

No que diz respeito às psicólogas possuírem pacientes que manifestaram a intenção de mudar a orientação sexual de homossexual para heterossexual, 17,34% dos(as) psicólogos(as) (n=120) passaram por esta experiência. Na compreensão atual, o interesse de pacientes por AC dos(as) terapeutas é impulsionado, dentre outros, pelo preconceito social (Haldeman, 2002).

Um relatório que revisou mais de 80 estudos denominado ‘esforços para mudança de orientação sexual’ da APA (2009) trouxe entre suas conclusões que é improvável que indivíduos possam ter seu desejo pelo mesmo sexo diminuído ou o desejo pelo sexo oposto aumentado por meio de esforços para a mudança de orientação sexual. Além disso, as tentativas de mudança nos estudos demonstraram, de modo geral, que alguns indivíduos sofreram desfechos negativos quando submetidos a tais procedimentos, tais como perda do desejo sexual, depressão, suicídio e ansiedade.

É importante destacar que as experiências discriminatórias nos diferentes espaços podem ser formas de estresse agudo e crônico para a população LGB. Sabe-se que a discriminação possui efeito direto na saúde, alavancando transtornos mentais e agravando condições pré-existentes, como a ansiedade e depressão (Williams & Mohammed, 2009). Tal posicionamento é endossado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011) que destaca que além das implicações na saúde mental considerando os efeitos e agravos ao sofrimento psíquico, as terapias de reversão sexual não têm resolutividade. O atendimento de um pedido explícito de conversão por parte de um paciente, evidencia em um(a) terapeuta, portanto, o descumprimento explícito da resolução 01/99. O posicionamento oficial do CFP destaca que a homossexualidade não é considerada patologia, e segue posição da Organização Mundial de Saúde (OMS). Ademais, AC ferem o princípio da dignidade humana de pessoas LGB – uma propriedade intrínseca - em um espaço que supostamente deveria transmitir cuidado ético e de confiança (Davison, 1991).

O relatório “esforços para mudança de orientação sexual” da APA (2009) propõe que o trabalho dos psicoterapeutas com tais pacientes se dê por meio da psicoterapia afirmativa - os maiores contrapontos de AC. Tal conjunto de posturas possui a compreensão de que a orientação sexual consiste em um dos vários aspectos pertencentes a constituição de um indivíduo, de sua personalidade e do sentido de si (Glassgold, 2008). Dessa forma, elas lidam com a homofobia internalizada do próprio terapeuta e do paciente, com o contexto social e político de se viver como uma pessoa da diversidade sexual e de gênero.

Ainda que não seja a atividade principal, 23,99% dos(as) participantes (n=166) descrevem ser docentes em algum curso de formação/especialização/extensão/graduação/pós-graduação em psicologia, à medida que apenas 15,75% (n= 109) possuem curso de formação/especialização/extensão na área da diversidade sexual e de gênero. Apesar de o estudo conduzido por Gaspodini & Falcke (2018) ter avaliado que práticas despatologizantes dos profissionais da psicologia também são motivadas por formação clínica via conhecimentos específicos da diversidade sexual, essa variável não esteve relacionada a nenhum desfecho em nosso estudo. No entanto, os próprios autores perceberam que um dos temas relevantes entre os profissionais avaliados era o de que a questão LGB é comumente silenciada na clínica em razão do despreparo, incômodo, receio ou falta de apoio por parte de professores/as para discutir ou pesquisar sobre diversidade sexual e de gênero. Ao que parece, o desconhecimento do assunto ou invisibilidade durante a formação pode implicar em desfechos tais como o uso de AC por psicoterapeutas.

Preditores de AC

A crença de que a homossexualidade é uma patologia foi uma das preditoras de AC ($B = 1,188$; $p < 0,01$). Tal modo de concepção é derivado de muitas teorias da psicologia que surgiram ao fim do século XIX, que consideraram a homossexualidade como patologia (Foucault, 1988; Souza, 2010). Durante grande parte do século XX essa foi a perspectiva da psicologia e da psiquiatria a respeito da homossexualidade, inclusive presente nas duas primeiras edições do manual diagnóstico de Transtornos psiquiátricos da APA (Costa & Nardi, 2015). Ainda que ser alvo de qualquer tipo de violência possa levar a efeitos psicológicos negativos, agressões, que têm como base o preconceito, podem gerar consequências mais intensas e duradouras, justamente pelo fato de que estão direcionadas a

um aspecto intrínseco da identidade enquanto pessoa. O estigma sexual, o preconceito e a discriminação contribuem para o aumento de desfechos negativos em saúde mental para esta população (Nunan & Cerqueira-Santos, 2017). Entender a homo/bissexualidade como uma patologia é uma perspectiva aviltante e anacrônica, visto que a APA retirou a homossexualidade da segunda edição do DSM em 1973 (Carvalho, Silveira, & Dittrich, 2013), assim como a OMS que, em 1992, removeu a homossexualidade da décima edição da classificação internacional de doenças (CID-10) (Nakajima, 2003).

A pressuposição de que as crianças criadas por pais/mães homossexuais (gays ou lésbicas ou bissexuais) têm maiores chance de desenvolverem problemas no desenvolvimento (24,71%, n=171) também foi preditora de AC. Essa crença é derivada de um modelo outrora produzido que considera necessária a presença de um "terceiro" para a separação psíquica entre mãe e filho, uma das atribuições da chamada "função paterna" (Zambrano, 2006). Tais crenças hierarquizantes em relação a homoparentalidade estão associadas a discriminação e ao preconceito historicamente construído (Farias, 2017). As evidências (Santos, Araújo, Negreiros, & Cerqueira-Santos, 2018; Cerqueira-Santos & Bourne, 2016; Tasker, 2005), inclusive, não apontam para diferenças significativas entre os filhos criados por tais famílias no que se refere a questões de desenvolvimento psicossocial e representações positivas, exceto no que diz respeito a forma como as crianças podem aprender a lidar com a homofobia, com sua consciência mais aguçada com relação à homossexualidade e com o heterossexismo presente na sociedade ocidental. Portanto, ao acreditarem em tal pressuposição, os(as) terapeutas podem estar revelando uma formação teórica inadequada em relação a temática, visto que reproduzem leituras que não foram apoiadas por pesquisas empíricas e que atualmente são consideradas obsoletas (Lingiardi & Capozzi, 2004).

No que diz respeito a atuação dos (as) psicólogos(as) com a população LGB no contexto brasileiro, a idade do(a) terapeuta não é uma variável preditora quando a AC é solicitada pelo(a) paciente, enquanto o gênero do(a) terapeuta é ($B = -0,577$; $p < 0,01$). Essa é uma diferença importante em relação aos resultados do estudo de AC na Itália, que apresentou o resultado inverso (Lingiardi et al., 2015). Porém, um estudo desenvolvido por Haslam & Levy (2006) que buscou identificar as implicações das crenças essencialistas sobre o preconceito contra a diversidade sexual apontou associações entre preconceito e gênero.

Considerando que terapeutas homens são afetados por modelos sociais de masculinidade hegemônica, é possível que isto se relacione com a heteronormatividade para a produção de atitudes corretivas (Yep, 2002). Tal conjuntura implica em AC camufladas de intervenções psicoterápicas que estão, dentre outras, marcadas pela ausência de reconhecimento das especificidades da população LGB (Herek, 2004). Apesar da existência da resolução 01/99 do CFP para os(as) psicólogos(as) brasileiros(as), que afasta a homossexualidade do rol de patologias e, portanto, daquilo que pode ser alvo de cura, o caráter heteronormativo continua, entretanto, a se apresentar na construção e manutenção da clínica psicológica no Brasil (Marques, 2010).

O modelo educativo vivenciado pelo próprio profissional da psicologia, sua visão política, e seu nível de contato com a diversidade sexual podem incorrer em AC (Lingiardi et al., 2015; Altemeyer & Hunsberger, 1992). No entanto, essas não se apresentaram como variáveis preditoras, nesse estudo. No que diz respeito a ausência do poder preditivo da orientação política, isso contrapõe os resultados do estudo original que apontaram que a auto identificação para o espectro da direita (conservador) indicava o desfecho de AC (Lingiardi et al., 2015) e de outros estudos que apontaram relação entre crenças patologizantes sobre orientações LGB e conservadorismo político (Terrizzi Jr., Shook, & Ventis, 2010; Haslam & Levy, 2006).

Limitações

Este estudo apresenta algumas limitações. A amostra foi por conveniência, considerando o interesse dos profissionais da psicologia em participarem. Portanto, os dados não podem ser generalizados. Além disso, muitos CRPs tiveram poucos profissionais que se disponibilizaram, em detrimento de dois deles com ampla participação (1ª região - DF e 4ª região - MG). Apesar dos(as) psicoterapeutas apontarem afirmações a respeito de suas características profissionais, não é se é possível estimar que todas elas são correspondentes a prática clínica, ainda que a maior parte dos respondentes provavelmente possua maior interesse na prática clínica ao responder os questionários. O estudo também não investigou crenças sobre a natureza da homo/bissexualidade de matriz religiosa, étnico-morais e biológicas, que também poderiam predizer atitudes corretivas (Gaspodini & Falcke, 2018; Lacerda, Pereira & Camino, 2002). Por outro lado, considerando a formação dos profissionais

da psicologia e as diretrizes curriculares da graduação em psicologia, a investigação das crenças mais frequentes e preditoras de AC pode fomentar mudanças na abordagem docente do tema e na necessidade de discussão das leituras teóricas utilizadas atualmente sobre as orientações LGB.

Para outros estudos sugere-se a investigação de atitudes corretivas de outros profissionais em relação a diversidade sexual, tais como os(as) profissionais da psiquiatria e de serviço social. Além disso, seria interessante a investigação de variáveis que possam aprofundar a utilização de AC dos psicoterapeutas com pacientes LGB, como por exemplo a expressão de gênero do(a) paciente e as intervenções conversivas mais frequentemente utilizadas.

Conclusões

Este é um estudo que investigou quantitativamente as atitudes corretivas de psicólogos(as), de diferentes abordagens teóricas, frente a pacientes LGB (Lésbicas, Gays e Bissexuais) que requerem ou não modificação de suas orientações sexuais. Como objetivos específicos analisamos as frequências de crenças a respeito de orientações não-heterossexuais e das atitudes corretivas executadas pelos(as) psicoterapeutas com e sem a solicitação do(a) paciente.

Com uma amostra de 692 terapeutas, a análise das frequências mostrou que as atitudes corretivas foram reportadas por 29,48% dos participantes. Além disso, as AC foram preditas por variáveis que representam características demográficas, socioculturais e profissionais, bem como por pressupostos teóricos sobre a homossexualidade. A partir da quantificação da frequência e da investigação de variáveis em conjunto, foram indicadas a presença de AC através de características específicas dos(as) psicoterapeutas.

Em nosso estudo, podemos pressupor que características sociodemográficas, socioculturais e profissionais dos(as) psicoterapeutas influenciam em suas práticas profissionais em relação a diversidade sexual. No que diz respeito as crenças analisadas percebem-se que produzem um funcionamento em descompasso com avanços e com posicionamento da psicologia em relação aos direitos humanos. Embora existam controvérsias e incertezas quanto à gênese da diversidade das orientações sexuais humanas, não há evidências que apoiem a hipótese de que relações disfuncionais com os pais, abuso

sexual ou qualquer outro evento adverso da vida influenciem na orientação sexual (Perrin, 2002). Ao elencar que as AC estão associadas a características específicas de um terapeuta não deixamos de considerar que as mesmas estão implicadas, sobretudo, por um contexto social maior de preconceito, segundo perspectiva de Lingardi et al. (2015).

O atendimento de pacientes LGB deve ocorrer por meio de um conjunto de princípios comprometidos com a prática terapêutica ética e validante, particularmente com aqueles que apresentam dificuldades relativas à sua homossexualidade (Moita, 2006). Portanto, a aplicação adequada de intervenções com a população LGB deve ocorrer por meio de aceitação e apoio, avaliação abrangente, enfrentamento ativo, apoio social e a exploração e desenvolvimento de identidade enquanto parte da diversidade sexual (Trindade, 2004). Tal conjuntura em um espaço de psicoterapia permite o fortalecimento de aliança terapêutica e o aumento de boas práticas e é intrinsecamente oposta ao formato executado por muitos psicólogos(as) brasileiros(as) que se propõem a converter e corrigir pacientes. Além disso, é importante ressaltar que a frequência de crenças em relação a orientações não-heterossexuais dos(as) profissionais da psicologia denota uma falha importante entre os tipos de aprendizado vivenciados pelo/o psicólogo/a na formação e as práticas clínicas resultantes desse aprendizado mediado ou não por suas crenças pessoais (Gaspodini & Falcke, 2018).

Referências

- Altemeyer, B., & Hunsberger, B. (1992). Authoritarianism, religious fundamentalism, quest, and prejudice. *The international journal for the psychology of religion*, 2(2), 113-133.
- American Psychological Association - APA. (2008). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association - APA (2009). *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*. Washington, DC: APA. Disponível em <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf>
- Antunes, P. P. S. (2017). *Homofobia internalizada: o preconceito do homossexual contra si mesmo*. São Paulo: Annablume.
- Barreto, R. C. (2017). *PDC 234/2011: a "cura gay" e a interferência do Legislativo na liberdade científica no contexto da preservação das minorias dentro da sociedade democrática* (Trabalho de conclusão de curso). UNB, Brasília.
- Bergler, E. (1959). *One thousand homosexuals: Conspiracy of silence, or curing and deglamorizing homosexuals?* Paterson, NJ: Pageant Books.
- Bradt, J. O. (1995). Tornando-se pais: Famílias com filhos pequenos. In B. Carter & M. McGoldrick (Orgs.), *As mudanças no ciclo de vida familiar* (1ª. ed, pp. 206-221). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carvalho, M. R. A., da Silveira, J. M., & Dittrich, A. (2013). Tratamento dado ao tema "Homossexualidade" em artigos do Journal of Applied Behavior Analysis: Uma Revisão Crítica. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 7(2), 72-81.
- Cerqueira-Santos, E., & Bourne, J. (2016). Estereotipia de gênero nas brincadeiras de faz de conta de crianças adotadas por casais homoparentais. *Psico-USF*, 21(1).
- Conselho federal de psicologia – CFP (2011). *Psicologia e diversidade sexual: desafios para uma sociedade de direitos*. Brasília: CFP.
- Costa, Â. B., & Nardi, H. C. (2015). Homofobia e preconceito contra diversidade sexual: debate conceitual. *Temas em psicologia*, 23(3), 715-726.
- Davison, G. C. (1991). "Constructionism and Morality in Therapy for Homosexuality", in J. Gonsiorek & J. Weinrich (orgs.), *Homosexuality: Research Implications for Public Policy*. Newbury Park: Sage Publications.
- de Souza, J. O. M. L. (2010). *Terapias do "armário": clínica, ética e homofobia*. (Trabalho de Conclusão de Curso). UniCEUB, Brasília.

- Diehl, A., Vieira, D. L., & Mari, J. de J. (2014). A CID-11 não reconhecerá possibilidades de patologização da homossexualidade. *Revista Debates em Psiquiatria*, 20-15.
- Drescher, J. (2006). An interview with Lawrence Hartmann, MD. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 10(1), 123-137.
- Drescher, J. (2010). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 427-460.
- Ellis, A. (1965). *Sexo sem culpa e sem medo*. São Paulo: Papel Livros.
- Ellis, A. (1966). *Arte e ciência do amor*. São Paulo: Bestseller.
- Farias, M. O. (2017). Mitos atribuídos às pessoas homossexuais e o preconceito em relação à conjugalidade homossexual e a homoparentalidade. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1), 104-115.
- Ferenczi, S. (1914). The nosology of male homosexuality. In: *First contributions to psychoanalysis*. New York: Brunner /Mazel.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade: Vol. 1. A vontade de saber*. São Paulo: Edições Graal.
- Freud, S. (1905). *Três ensaios sobre a sexualidade infantil*. In Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.
- Gaspodini, I. B., & Falcke, D. (2018). Sexual and gender diversity in clinical practice in psychology. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 28, e2827.
- Glassgold, J. M. (2008). Bridging the divide: Integrating lesbian identity and Orthodox Judaism. *Women & Therapy*, 31(1), 59-72.
- Gray, J. (2000). Cognitive-behavioural therapy. In Davies, D., & Neal, C. (Eds.). *Therapeutic perspectives on working with lesbian, gay and bisexual clients* (pp. 24-38). Buckingham: Open University Press.
- Haldeman, D. C. (2002). Gay rights, patient rights: The implications of sexual orientation conversion therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(3), 260.
- Haslam, N., & Levy, S. R. (2006). Essentialist beliefs about homosexuality: Structure and implications for prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(4), 471-485.
- Haydée, G. (1999). A psicanálise e os modernos movimentos de "afirmação homossexual". *Psicologia: Ciência e Profissão*, 19(2), 50-53.

- Herek, G. M. (2004). Beyond “homophobia”: Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research & Social Policy*, 1(2), 6-24.
- Herek, G. M. (2010). Sexual orientation differences as deficits: Science and stigma in the history of American psychology. *Perspectives on Psychological Science*, 5(6), 693-699.
- Klem, G. (2008). *A homossexualidade e a clínica psicanalítica* (Dissertação de Mestrado). PUCSP, São Paulo.
- Lacerda, M., Pereira, C., & Camino, L. (2002). Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. *Psicologia: reflexão e crítica*, 15(1), 165-178.
- Leal, I. (2004). Parentalidades. Questões de gênero e orientação sexual. *Indisciplinar a teoria: Estudos gays, lésbicos e queer*, 215-243.
- Lingiardi, V., & Capozzi, P. (2004). Psychoanalytic attitudes towards homosexuality: An empirical research. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85(1), 137-157.
- Lingiardi, V., Nardelli, N., & Tripodi, E. (2015). Reparative attitudes of Italian psychologists toward lesbian and gay clients: Theoretical, clinical, and social implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(2), 132.
- Marques, D. M. (2010). *A (s) clínica (s) psicológica (s) e a diversidade sexual: percorrendo trajetórias de vida* (Dissertação de Mestrado). UFRGS, Porto Alegre.
- Maya, A. (2007). O que os analistas pensam sobre a homossexualidade?. *Psychê*, 11(21), 85-104.
- McGoldrick, M. (1995). As mudanças no Ciclo de Vida Familiar. In B. Carter & M. McGoldrick. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (p. 7-29). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mesquita, D. T. (2018). *Análise das concepções e práticas de psicólogos/os frente às normativas do Conselho Federal de Psicologia sobre diversidade sexual e de gênero* (Dissertação de Mestrado). UFJF, Juiz de Fora.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Moita, G. (2006). A patologização da diversidade sexual: Homofobia no discurso de clínicos. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (76), 53-72.
- Moreira, L. E., & Nardi, H. C. (2007). Maternidade, paternidade, homoparentalidade-reflexões sobre o exercício da parentalidade e as questões de gênero. In *Anais de trabalhos completos XIV Encontro Nacional da Abrapso*. Rio de Janeiro: Abrapso.

- Nakajima, G. A. (2003). The emergence of an international lesbian, gay, and bisexual psychiatric movement. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 7(1-2), 165-188.
- Nunan, A., & Cerqueira-Santos, E. (2017). Diversidade de gênero e terapia cognitivo comportamental. In C. B. Neufeld, E. M. O. Falcone & B. P. Rangé. (Orgs.). Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: Procognitiva. (pp. 63–85). Porto Alegre: Artmed Panamericana.
- Perrin, E. C. (2002). *Sexual orientation in child and adolescent health care*. New York: Kluwer.
- Rado S (1949). *Psychosexual development in health and disease*. Editors Hoch P, Zubin J. New York: Grune & Stratton.
- Robb, M. (2004). Exploring fatherhood: masculinity and intersubjectivity in the research process. *Journal of Social Work Practice*, 18(3), 395-406.
- Roughton, R. (2003). The international psychoanalytical association and homosexuality: *Journal of Gay & Lesbian Mental Healthy*, 7(1), 189-196.
- Santos, J. V. D. O., Araújo, L. F. D., Negreiros, F., & Cerqueira-Santos, E. (2018). Adoption of Children by Homosexual Couples: The Social Representations. *Trends in Psychology*, 26(1), 139-152.
- Silva, O. (2017). *Trajetórias de vida e mudança de identidade sexual: quando não se encontra o pote de ouro no final do arco-íris* (Dissertação de Mestrado). UFES, Vitória.
- Tasker, F. (2005). Lesbian mothers, gay fathers, and their children: A review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 26(3), 224-240.
- Teixeira, N. B. V. (2014). *“Cura gay é o meu caralho!”: a normalização da homossexualidade e a Resolução CFP 1/99* (Dissertação de Mestrado). UFG, Goiás.
- Terrizzi Jr, J. A., Shook, N. J., & Ventis, W. L. (2010). Disgust: A predictor of social conservatism and prejudicial attitudes toward homosexuals. *Personality and individual differences*, 49(6), 587-592.
- Toledo, L. G., & Pinafi, T. (2012). The psychological clinic and the LGBT public. *Psicologia Clínica*, 24(1), 137-163.
- Trindade, J. R. (2004). *De dores e de amores: transformações da homossexualidade paulistana na virada do século XX* (Tese de Doutorado). USP, São Paulo.
- Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of behavioral medicine*, 32(1), 20-47.

Yep, G. A. (2002). From homophobia and heterosexism to heteronormativity: Toward the development of a model of queer interventions in the university classroom. *Journal of Lesbian Studies*, 6(3-4), 163-176.

Zambrano, E. (2006). Parentalidades "impensáveis": pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. *Horizontes antropológicos*, 12(26), 123-147.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado/a:

Você está sendo convidada/o como voluntária/o da pesquisa “Atitudes corretivas em relação a pacientes LGB: avaliação dos profissionais da psicologia”, coordenada pelo pesquisador Prof. Dr. Angelo Brandelli Costa, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. Esta pesquisa tem como objetivo investigar quantitativamente as atitudes corretivas de Psicólogos atuantes na Clínica, de diferentes abordagens teóricas, frente a pacientes LGB (Lésbicas, Gays e Bissexuais) que requerem ou não modificação ou minimização de manifestações espontâneas de suas orientações sexuais, identidades de gênero ou expressões de gênero.

Caso aceite participar, será necessário que você responda a um questionário online com duração aproximada de 30 minutos. É possível que ocorra o seguinte desconforto/risco: constrangimentos e/ou mal-estar em compartilhar experiências passadas ou atuais sobre a temática do estudo. Caso isso ocorra, medidas serão tomadas para sua redução, tais como encaminhamentos necessários. A pesquisa possivelmente trará benefícios, como contribuir para o desenvolvimento dos estudos científicos sobre construções de atitudes dos profissionais da psicologia.

Como participante de pesquisa, sua privacidade será respeitada; seu nome e quaisquer outros dados que possam identificá-la/o serão mantidos em sigilo. Os pesquisadores responsabilizam-se pela guarda e confidencialidade das informações, bem como pela não violação dos dados de pesquisa. Será garantida assistência a você durante toda a pesquisa, assim como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos sobre o estudo e suas consequências, ou seja, tudo o que queira saber antes, durante e/ou depois de sua participação. Você pode se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem precisar justificar-se, sem sofrer prejuízo algum na assistência recebida. Quaisquer dúvidas relativas a esta pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador responsável Angelo Brandelli Costa, fone (51) 984054408, ou pela entidade responsável, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, que está localizado na Av. Ipiranga, 6681, Prédio 50 – Sala 703 Porto Alegre/RS, CEP 90619-900. Telefone: (51) 33203345. E-mail: cep@pucrs.br. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas

que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. O grupo tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de maneira ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada de tal forma ou que está sendo prejudicada/o de alguma maneira, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Estado do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS). Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações relacionadas à pesquisa. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Por fim, fui orientada/o a respeito do que foi mencionado neste termo e compreendo a natureza e o objetivo do estudo e manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

- ☐ Declaro que li e estou de acordo em participar desta pesquisa.
- ☐ Não gostaria de participar desta pesquisa.

FICHA DEMOGRÁFICA, CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURAIS E
PROFISSIONAIS, CRENÇAS A RESPEITO DA HOMO/BISSEXUALIDADE E
QUESTIONÁRIO DE ATITUDES CORRETIVAS E CONVERSIVAS

Q2

As questões apresentadas dizem respeito a um tema polêmico de modo geral e pode, talvez, fazer com que você responda de um jeito menos espontâneo. Gostaria de pedir, no entanto, que responda sem constrangimentos, para que eu possa compreender sua visão mais autêntica em relação ao tema investigado.

As informações preenchidas neste questionário são **anônimas** e serão tratadas com estrita **confidencialidade**, de forma a proteger a privacidade e os seus dados pessoais de todos/as os/as participantes.

Por favor, responda todas as afirmações e perguntas.

Por favor, selecione o conselho de psicologia de sua região:



1a Região - DF

2a Região - PE

3a Região - BA

4a Região - MG

5a Região - RJ

6a Região - SP

7a Região - RS

8a Região - PR

9a Região - GO

10a Região - PA e AP

11a Região - CE

12a Região - SC

13a Região - PB

14a Região - MS

15a Região - AL

16a Região - ES

17a Região - RN

18a Região - MT

19a Região - SE

20a Região - AM, AC, RO e RR

21a Região - PI

22a Região - MA

23a Região - TO

Q3 Ano de Nascimento

▼ 1920 ... 2000

Q4 Como você foi designado ao nascimento

☐ Homem

☐ Mulher

☐ Outro

Q5 Como você se identifica agora:

☐ Homem

☐ Mulher

☐ Homem Trans

☐ Mulher Trans

☐ Travesti

☐ Outro: _____

Q6 Estado Civil

- ☐ Solteiro/a
 - ☐ Casado/a ou vive junto
 - ☐ Separado/a
 - ☐ Divorciado/a
 - ☐ Viúvo/a
-

Q7 Você se identifica...

- ☐ Heterossexual
 - ☐ Homossexual
 - ☐ Bissexual
 - ☐ Outro: _____
-

Q8 Como você definiria sua condição socioeconômica:

- ☐ Extremamente Baixa
- ☐ Baixa
- ☐ Média
- ☐ Alta
- ☐ Extremamente Alta

Q9 Você recebeu uma educação religiosa em casa ou na escola (por exemplo, estudou em colégios de tradição religiosa, cumpriu exigências religiosas, assistia cultos/missas, tinha discussões de temas religiosos na escola/família)?

	Nada (1)	Pouco (2)	Moderadamente (3)	Bastante (4)	Muito (5)
Nível de Educação religiosa (1)	☐	☐	☐	☐	☐

Q10 Se você já teve uma educação religiosa, qual delas predominou na família ou na escola?

- ☐ Matriz Africana (Candomblé, Umbanda, Batuque)
 - ☐ Paganismo e Neo-Paganismo (Xamanismo, Wicca)
 - ☐ Asiática oriental (Budismo, Hinduísmo, Hare krishna)
 - ☐ Espiritismo
 - ☐ Judaísmo
 - ☐ Catolicismo
 - ☐ Islamismo
 - ☐ Protestantismos (Adventista, Anglicana, Batista, Luterana, Presbiteriana, Metodista)
 - ☐ Neopentecostais (Assembléias de Deus, Igreja Universal do Reino de Deus, Congregação Cristã do Brasil, Foursquare)
 - ☐ Outros cristianismos (Ortodoxos, Santo Daime, sem designação)
 - ☐ Mórmon (Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias)
 - ☐ Outras práticas religiosas
 - ☐ Agnosticismo
 - ☐ Ateísmo
 - ☐ Nenhuma
-

Q87 Atualmente crê em alguma religião?

	Nada (1)	Pouco (2)	Moderadamente (3)	Bastante (4)	Muito (5)
Nível de Crença religiosa	☐	☐	☐	☐	☐

Q11 Atualmente, qual a sua afiliação religiosa?

- ☐ Matriz Africana (Candomblé, Umbanda, Batuque)
 - ☐ Paganismo e Neo-Paganismo (Xamanismo, Wicca)
 - ☐ Asiática oriental (Budismo, Hinduísmo, Hare krishna)
 - ☐ Espiritismo
 - ☐ Judaísmo
 - ☐ Catolicismo
 - ☐ Islamismo
 - ☐ Protestantismos (Adventista, Anglicana, Batista, Luterana, Presbiteriana, Metodista)
 - ☐ Neopentecostais (Assembleias de Deus, Igreja Universal do Reino de Deus, Congregação Cristã do Brasil, Foursquare)
 - ☐ Outros cristianismos (Ortodoxos, Santo Daime, sem designação)
 - ☐ Mórmon (Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias)
 - ☐ Outras práticas religiosas
 - ☐ Agnosticismo
 - ☐ Ateísmo
 - ☐ Nenhuma
-

Q89 Quanto você pratica sua afiliação religiosa?

	Nada (1)	Pouco (2)	Moderadamente (3)	Bastante (4)	Muito (5)
Nível de prática religiosa (2)	☐	☐	☐	☐	☐

Q12 Que orientação política você mais se identifica?

- ☐ Extrema esquerda
 - ☐ Esquerda
 - ☐ Centro esquerda
 - ☐ Centro
 - ☐ Centro direita
 - ☐ Direita
 - ☐ Extrema direita
-

Q13 Você tem familiares gays, lésbicas e/ou bissexuais (incluindo membros da família biológica ou adotiva)?

☐ Sim

☐ Não

Q15 Você tem amigos gays, lésbicas e/ou bissexuais?

☐ Sim

☐ Não

Q16 Nos espaços ou ambientes que você frequenta, há colegas (de trabalho, universidade) ou conhecidos gays, lésbicas e/ou bissexuais?

☐ Sim

☐ Não

Q17 Você conhece casais de gays, lésbicas e/ou bissexuais?

☐ Sim

☐ Não

Q18 Você conhece pais/mães gays, lésbicas e/ou bissexuais?

☐ Sim

☐ Não

Q19 Sua atividade profissional principal é na área:

- ☐ Psicologia Clínica
 - ☐ Docência em Psicologia
 - ☐ Psicologia Social
 - ☐ Psicologia Organizacional e do trabalho
 - ☐ Psicologia Escolar/Educacional
 - ☐ Psicologia do Trânsito
 - ☐ Psicologia Jurídica
 - ☐ Psicologia do Esporte
 - ☐ Psicologia Hospitalar
 - ☐ Psicopedagogia
 - ☐ Psicomotricidade
 - ☐ Neuropsicologia
-

Q30 Como você atua profissionalmente:

- ☐ De forma autônoma (em consultório particular/sublocado)
 - ☐ Em equipe (em instituições ou estruturas públicas ou privadas)
 - ☐ Outro. Especifique: _____
-

Q20 Você é (ou já foi) professor(a) em algum curso de Formação/ Especialização/ Extensão/ Graduação/ Pós-graduação em Psicologia?

☐ Sim

☐ Não

Q21 Você realizou algum curso de Formação/Especialização/Extensão **na área da Diversidade Sexual e de Gênero**, enquanto aluno(a)?

☐ Sim. Descreva o nome da Formação/Especialização/Extensão:

☐ Não

Q22 Na graduação, você teve alguma disciplina focada em questões da Diversidade Sexual e de Gênero, enquanto aluno(a)?

☐ Sim

☐ Não

Q23 Você realizou/realiza algum curso de Formação/Especialização/Extensão **em alguma linha de Psicoterapia ou em Psicologia Clínica?**

☐ Sim. Descreva o nome da Formação/Especialização/Extensão:

☐ Não

Q25 Você realizou/realiza Mestrado acadêmico e/ou profissional?

☐ Sim

☐ Não

Q26 Você realizou/realiza Doutorado?

☐ Sim

☐ Não

Q27 Dentre as principais grandes linhas teóricas, qual delas você MAIS utiliza para sua atuação na Clínica?

- ☐ Terapias Humanistas
 - ☐ Terapias Psicanalíticas e/ou Psicodinâmicas
 - ☐ Terapias Cognitivo e/ou Comportamentais
 - ☐ Terapias Familiares e/ou Sistêmica
 - ☐ Terapias Transpessoais e Holísticas
 - ☐ Terapias Existenciais/Fenomenológicas
 - ☐ Terapias Positivas
 - ☐ Terapias Corporais
 - ☐ Hipnoterapias
 - ☐ Terapias de Psicodrama, Arteterapia e Musicoterapia
 - ☐ Terapias Analítico-jungianas
 - ☐ Terapias Interpessoais
 - ☐ Outra(o). Descreva: _____
-

Q14 Você realiza neste momento psicoterapia pessoal?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Q29 Você trabalha/oferece serviço de psicoterapia (como profissional)?

☐ Sim

☐ Não

Q28 Você faz supervisão de seus casos clínicos?

☐ Sim

☐ Não

Q31 O quanto você concorda com as seguintes afirmações:	Discordo totalmente (1)	Discordo em parte (2)	Nem concordo, nem discordo (3)	Concordo em parte (4)	Concordo totalmente (5)
B1. A Homossexualidade é uma variante normal de sexualidade (1)	☐	☐	☐	☐	☐
B2. Existe uma teoria explicativa válida sobre a origem psicológica da homossexualidade masculina e feminina (2)	☐	☐	☐	☐	☐
B3. A homossexualidade tem um forte componente genético e biológico (3)	☐	☐	☐	☐	☐
B4. A homossexualidade é resultado de dinâmicas familiares patológicas/disfuncionais (4)	☐	☐	☐	☐	☐
B5. A homossexualidade é causada por um trauma (5)	☐	☐	☐	☐	☐
B6. A homossexualidade é consequência de uma falha de	☐	☐	☐	☐	☐

identificação com seu próprio papel de gênero (6)

B7. A homossexualidade é um sintoma (7)

☐☐☐☐☐

B8. A homossexualidade é uma patologia (8)

☐☐☐☐☐

B9. A homossexualidade é a expressão do desenvolvimento psicológico incompleto (9)

☐☐☐☐☐

B10. Os casais homossexuais são menos estáveis do que os heterossexuais (10)

☐☐☐☐☐

B10a1. Casais homossexuais devem ser autorizados a se casar através do casamento civil (11)

☐☐☐☐☐

B11. Homossexuais (gays ou lésbicas ou bissexuais) podem ser bons pais/mães (12)

☐☐☐☐☐

B11a1. As crianças criadas por pais/mães homossexuais (gays ou lésbicas ou bissexuais) têm maiores chance de desenvolverem problemas no

☐☐☐☐☐

desenvolvimento (13)

B12. Se o(a) paciente solicitar,
o(a) psicólogo(a) /
psicoterapeuta deve ajudar a
mudar a orientação sexual de
homossexual para heterossexual
(14)

☐☐☐☐☐

A. A
homossexualidade/bissexualidad
e é fruto de assédio ou abuso
sexual sofrido na infância ou
adolescência (15)

☐☐☐☐☐

B. A
homossexualidade/bissexualidad
e é consequência de uma
identificação maior com um dos
genitores (16)

☐☐☐☐☐

C. A
homossexualidade/bissexualidad
e é produto de um sentimento de
que se é inadequado(a) ou
incompetente nas relações
heterossexuais (17)

☐☐☐☐☐

D. A
homossexualidade/bissexualidad
e é fruto de crenças irracionais e

☐☐☐☐☐

distorcidas desenvolvidas na infância e adolescência (18)

E. O psicólogo / psicoterapeuta deve ajudar a mudar a orientação sexual de homossexual (gay ou lésbica ou bissexual) para heterossexual (19)

☐☐☐☐☐

F. Uma pessoa homossexual/ bissexual deve experimentar contato físico ou sexual com uma pessoa de outro gênero para ter certeza de sua homossexualidade/bissexualidad e (20)

☐☐☐☐☐

G. O medo de uma relação com pessoas de outro sexo está relacionado ao desenvolvimento da homossexualidade/bissexualidad e em homens e mulheres (21)

☐☐☐☐☐

H. Existe uma causa para a homossexualidade/bissexualidad e dos(as) pacientes (22)

☐☐☐☐☐

Q32 Quanto você se sente preparado(a) teoricamente e tecnicamente para atender um(a) paciente homossexual (gay ou lésbica ou bissexual)?

	Nada (1)	Pouco (2)	Moderadamente (3)	Bastante (4)	Muito (5)
Quão preparado(a) (1)	☐	☐	☐	☐	☐

Q33 Durante sua vida, você mudou de opinião sobre a homossexualidade?

- ☐ Sim. Por quê? _____
- ☐ Não
-

Q34 Você tinha/têm pacientes que manifestaram a intenção de mudar a orientação sexual de homossexual para heterossexual?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Q35 Qual é a primeira palavra que te vem à mente referente a "homossexualidade"?

Q36 Qual é a primeira palavra que te vem à mente referente a "gay"?

Q37 Qual é a primeira palavra que te vem à mente referente a "lésbica"?

Q38 No espaço abaixo, escreva qualquer comentário que você considere importante no que diz respeito às questões abordadas até agora:

QUESTIONÁRIO DE DESEJABILIDADE SOCIAL

Abaixo são apresentadas frases que uma pessoa poderia usar para descrever a si mesmo(a). Leia cada afirmação e decida se ela descreve ou não você. Se você concordar com a afirmação ou achar que ela descreve você, marque Verdadeiro. Se você discordar da afirmação ou achar que ela não descreve você, marque Falso. Responda cada afirmação com V ou F mesmo que você não tenha certeza de sua resposta.

	Verdadeiro (1)	Falso (2)
Algumas vezes é difícil eu continuar com meu trabalho se eu não sou encorajado. (3)	☐	☐
Às vezes eu me ressinto quando não consigo fazer o que eu quero. (6)	☐	☐
De vez em quando eu gosto de fofocar. (11)	☐	☐
Em algumas ocasiões eu senti vontade de me rebelar contra chefes ou pessoas no comando, mesmo sabendo que elas estavam certas. (12)	☐	☐
Eu sempre sou bom ouvinte, não importa com quem eu esteja conversando. (13)	☐	☐
Houve ocasiões em que me aproveitei de alguém. (15)	☐	☐
Eu estou sempre disposto a admitir, quando eu cometo um erro. (16)	☐	☐

Às vezes, em lugar de perdoar e esquecer, eu procuro me vingar. (19)

☐☐

Eu sou sempre educado, mesmo com pessoas desagradáveis. (21)

☐☐

Eu nunca fico irritado quando pessoas expressam ideias muito diferentes das minhas. (26)

☐☐

Em certas ocasiões eu senti bastante inveja da boa sorte dos outros. (28)

☐☐

Às vezes eu fico irritado com pessoas que pedem favores a mim. (30)

☐☐

Eu nunca falei de propósito alguma coisa que tenha magoado alguém. (33)

☐☐

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATITUDES CORRETIVAS EM RELAÇÃO A PACIENTES LÉSBICAS, GAYS E BISSEXUAIS (LGB): AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA PSICOLOGIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Pesquisador: Angelo Brandelli Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85241618.3.0000.5336

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.607.061

Apresentação do Projeto:

Apesar da retirada da homossexualidade enquanto condição psicopatológica e da resolução 01/99 proposta pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que estabelece normas de atuação para os(as) psicólogos(as) em relação à orientação sexual, os psicólogos (as) podem, por vezes, expressar suas crenças de gênero e percepções a respeito das orientações sexuais através da cultura em que vivem, indireta ou explicitamente. As interpretações e propostas comportamentais conservadoras que desconsideram as orientações de Lésbicas, Gays e Bissexuais como variáveis naturais da sexualidade humana, nos espaços de Psicoterapia, são denominadas Atitudes Corretivas. A proposta deste estudo é investigar quantitativamente as atitudes corretivas de Psicólogos atuantes na Clínica, de diferentes abordagens teóricas, frente a pacientes LGB (Lésbicas, Gays e Bissexuais) que requerem ou não modificação ou minimização de manifestações espontâneas de suas orientações sexuais, identidades de gênero ou expressões de gênero. Além disso, o estudo se propõe a identificar as variáveis específicas que podem apresentar-se como preditoras de atitudes corretivas. Trata-se de um estudo quantitativo de caráter exploratório.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar quantitativamente as atitudes corretivas de Psicólogos atuantes na Clínica, de diferentes abordagens teóricas, frente a pacientes LGB (Lésbicas, Gays e Bissexuais) que requerem ou não

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

Continuação do Parecer: 2.607.061

modificação ou minimização de manifestações espontâneas de suas orientações sexuais, identidades de gênero ou expressões de gênero.

Objetivo Secundário:

Identificar as variáveis específicas que podem apresentar-se como preditoras de atitudes corretivas, tais como gênero do(a) Psicoterapeuta, orientação sexual, educação religiosa, orientação política, auto-avaliação de capacidade técnica em relação a população LGB, experiência anterior com pacientes LGB que não estavam satisfeitos com sua própria orientação sexual ou identidade de gênero, orientação política, envolvimento com práticas religiosas e autopercepção dos próprios níveis de preconceito.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta riscos mínimos, ou seja, pode revocar mal estar psicológico em profissionais da psicologia que se identificam com as afirmações de avaliação das atitudes corretivas. Será garantido o direito da/do participante de recusar-se a participar do estudo, bem como sua desistência a qualquer momento da realização da coleta. Como benefícios, temos o conhecimento da prevalência de atitudes corretivas, portanto, é especialmente importante no sentido de suas implicações para a educação, treinamento e prática clínica dos psicólogos brasileiros. Neste sentido, um diagnóstico dos profissionais da psicologia que permita avaliar a capacidade técnica e ética em relação a orientações não heterossexuais pode servir como uma referência para possíveis modificações das estruturas curriculares dos programas de Graduação em Psicologia do Estado do Rio Grande do Sul e em todo Brasil na inclusão de discussões a respeito de direitos humanos e diversidade sexual. Além disso, a criação de uma intervenção educativa semi-presencial permitirá a replicação desse projeto em outros contextos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo terá caráter transversal, de delineamento quantitativo, por meio da pesquisa do tipo Survey. Serão identificadas as variáveis específicas que podem apresentar-se como preditoras de atitudes corretivas, tais como gênero do(a) psicoterapeuta, orientação sexual, educação religiosa, orientação política, auto-avaliação de capacidade técnica em relação a população LGB, experiência anterior com pacientes LGB que não estavam satisfeitos com sua própria orientação sexual ou identidade de gênero, orientação política, envolvimento com práticas religiosas e autopercepção dos próprios níveis de preconceito. O estudo a ser realizado será uma adaptação do estudo original, denominado Reparative attitudes of Italian psychologists toward lesbian and gay clients: Theoretical, clinical, and social implications (Lingiardi et al., 2015). O objetivo do estudo italiano foi compreender de que forma os psicólogos respondem ao paciente que solicita uma

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pu.rs.br

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS**



Continuação do Parecer: 2.607.061

mudança de orientação sexual e de que forma o conhecimento de alguém sobre homossexualidade, bem como a orientação política e o envolvimento religioso, afetam as atitudes e a prática clínica com pacientes LGB. Para o estudo brasileiro, além da população homossexual, será incluída a atitude reparadora em relação a pessoas

transsexuais. O presente estudo será desenvolvido no âmbito do Grupo de Pesquisa Preconceito, Vulnerabilidade e Processos Psicossociais (PVPP/PUCRS). Este estudo é um recorte de um projeto maior que pretende não apenas quantificar tais atitudes, como também oferecer uma intervenção afirmativa para os terapeutas e avaliar a intervenção. A mesma será adaptada a partir de uma intervenção semi-presencial educativas nos temas de diversidade sexual e direitos humanos para os profissionais contatados neste estudo avaliativo (Lelutiu-Weinberger, & Pachankis, 2017). Neste sentido, serão analisados os efeitos das condições sociodemográficas e de treinamento nas competências e práticas de atendimento dos profissionais de saúde para pacientes LGB.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos e estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está eticamente adequado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466 de 2012, nº 510 de 2016 e Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1063047.pdf	16/04/2018 17:58:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	16/04/2018 17:56:50	JEAN ICARO PUJOL VEZZOSI	Aceito
Outros	Carta_de_justificativa.docx	16/04/2018 17:54:17	JEAN ICARO PUJOL VEZZOSI	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoApresentacao.doc	16/04/2018 17:44:22	JEAN ICARO PUJOL VEZZOSI	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencias.doc	16/04/2018 17:37:34	JEAN ICARO PUJOL VEZZOSI	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.docx	16/04/2018	JEAN ICARO PUJOL	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS**



Continuação do Parecer: 2.607.061

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLÉ.docx	17:24:12	VEZZOSI	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	05/03/2018 14:25:00	JEAN ICARO PUJOL VEZZOSI	Aceito
Outros	curriculos.pdf	19/01/2018 17:29:38	Angelo Brandelli Costa	Aceito
Outros	Documento_Unificado_do_Projeto_de_Pesquisa.pdf	19/01/2018 16:07:24	JEAN ICARO PUJOL VEZZOSI	Aceito
Outros	Carta_de_Aprovacao_da_Comissao_Cientifica.pdf	19/01/2018 15:46:30	JEAN ICARO PUJOL VEZZOSI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	19/01/2018 15:22:07	JEAN ICARO PUJOL VEZZOSI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 18 de Abril de 2018

Assinado por:

**Paulo Vinícius Sportleder de Souza
(Coordenador)**

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

Página 04 de 04

EMAILS ENVIADOS AO CRPs

Olá! Faço parte do programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, especificamente do Grupo de Pesquisa 'Preconceito, Vulnerabilidade e Processos Psicossociais' (site: <https://pvpp.co/>). Nosso grupo é coordenado pelo Professor Dr. Angelo Brandelli Costa (link lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4243755U2>), Professor da Graduação e Pós-Graduação em Psicologia e Ciências Sociais da PUCRS, além de Conselheiro da atual gestão do Conselho regional de Psicologia da 7ª região (Rio Grande do Sul).

Estamos entrando em contato para uma proposta de pesquisa, seguindo os parâmetros da diretriz interna de gestão para pesquisas do CRPRS (em anexo o formulário de proposta de divulgação de pesquisa, assim como o documento de aprovação em pesquisa e comitê de ética em pesquisa).

Nosso grupo de pesquisa desenvolveu um estudo com o objetivo de avaliar as práticas dos profissionais da psicologia em relação a pacientes Lésbicas, Gays e Bissexuais (LGB). O estudo é baseado em uma pesquisa original Italiana cuja aplicação se deu através de um Link enviado pelo órgão regulador da prática dos Profissionais da Psicologia do país (Italian Psychological Association) a 28.477 Psicólogos(as) credenciados(as). Com uma amostra de 3.135 Psicólogos(as), o estudo trouxe evidências de que tais profissionais continuam a aplicar intervenções baseadas em pressupostos patologizantes de orientações não-heterossexuais, apesar de as mesmas estarem em desconcontro com as diretrizes desenvolvidas pela APA e OMS (estudo original italiano em 'Anexo 1'). Neste sentido, considerando os recentes ataques de grupos conservadores as resoluções 01/99 e 01/2018 no Brasil, o estudo que desenvolvemos aos moldes do Italiano é uma forma de

quantificar não somente a frequência de tais práticas, quanto também as variáveis e características que predizem a possibilidade dos(as) profissionais da psicologia corrigirem ou se proporem a converter pacientes LGB no Brasil. A pesquisa que desenvolvemos amplia a possibilidade de investigar tais características à medida que inclui a investigação de outras variáveis além das do estudo Italiano, tais como o nível de preconceito explícito e as abordagens psicoterapêuticas que embasam as intervenções dos(as) terapeutas.

Nossa pesquisa já está em execução, considerando a importância de quantificarmos tais atitudes para que possam ser convertidas em melhorias, visando o cumprimento das resoluções do Conselho e a utilização de práticas adequadas e baseadas em evidências nos espaços de psicoterapia (para conferir o projeto de pesquisa na íntegra em '*Anexo 2*'). Cumprimos com todos os requisitos éticos e técnicos para a aplicação de nosso estudo e possuímos a aprovação pelos comitês de ética que regulam as pesquisas com seres humanos (documentos da aprovação em '*Anexo 3*' e '*Anexo 4*'). Nosso estudo portanto, resguarda a confidencialidade, o cuidado e o sigilo dos profissionais da Psicologia no Brasil. Pretendemos aplicar o questionário por meio de um link enviado aos e-mails cadastrados dos profissionais junto ao CRP da região. Não é necessário, ao preencher o questionário, informações pessoais dos(as) psicólogos(as), tais como o número de registro profissional, número de telefone, nome e outros documentos (questionário a ser preenchido pelos(as) profissionais extraído da plataforma de registro online em '*Anexo 5*').

Entro em contato com o objetivo de propor a aplicação desta Pesquisa por meio de uma parceria com o este Conselho Regional de Psicologia. Sua participação se daria pelo envio direto do link de acesso ao questionário online aos e-mails cadastrados dos(as) profissionais da psicologia de seu conselho, convidando-os para a participação. Não queremos

qualquer acesso aos endereços de e-mail cadastrados. As informações preenchidas serão armazenadas no questionário online de forma confidencial. Pretendemos, também, que o conselho envie dois e-mails aos profissionais cadastrados. Neste sentido, isto também deve constar como uma condição em relação a execução de nossa pesquisa durante a avaliação na comissão de orientação e fiscalização. Como contraparte a participação de seu conselho em nossa pesquisa, oferecemos uma devolutiva referente a prática dos profissionais de sua região considerando as informações coletadas na pesquisa e os dados encontrados, que permitiriam intervenções por parte de seu conselho.

Segue abaixo sugestão de título e texto para o e-mail convite do CRP para seus profissionais da psicologia:

1) Título do e-mail:

Pesquisa sobre sua prática enquanto psicóloga(o)

Corpo do e-mail:

“Gostaríamos de saber um pouco mais sobre sua prática profissional nos temas de gênero e sexualidade. Por isso estamos te convidando a participar da nossa pesquisa sobre as atitudes dos profissionais da psicologia. Como você acha que esta questão deve ser desenvolvida? Acesse o link e nos conte! As informações são totalmente anônimas”.

Link: https://pucrs.qualtrics.com/jfe/form/SV_bwlW9hmdC7hl5kN

2) Título do email:

Pesquisa sobre sexualidade e gênero na clínica

Corpo do email:

“Olá!

Gostaríamos de saber como você trabalha os temas de sexualidade e gênero na sua prática profissional. Estamos lhe convidando a participar da nossa pesquisa sobre as práticas dos profissionais da psicologia. Nosso estudo quer compreender como você trabalha essas temáticas, independente de você estar ou não em prática clínica. Suas informações serão armazenadas com sigilo, não serão identificadas e não é necessário preencher quaisquer informações pessoais (não queremos saber do seu registro de psicólogo(a), de seu nome ou de qualquer outra informação que possa identificá-lo(a)). Você também pode responder pelo seu celular.

Logo após a tabulação dos dados, enviaremos um relatório com os resultados da pesquisa para seu conselho, para que ele possa ajudar a qualificar as práticas dos(as) profissionais inscritos(as).

Contamos com você!

Link da pesquisa: https://pucrs.qualtrics.com/jfe/form/SV_bwlW9hmdC7hl5kN”



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br