



**Estudos
sobre
a experiência
da Psicologia
na comunidade
LGBTI+**

Ibson Eduardo Batista
Diego da Silva
(Orgs.)

IBSON EDUARDO BATISTA
DIEGO DA SILVA
(ORGANIZADORES)

Estudos
sobre
a experiência
da Psicologia
na comunidade
LGBTI+
Equipe de Psicólogos (as)
do Grupo Dignidade



Universidade Federal do Paraná

Reitor

Ricardo Marcelo Fonseca

Vice-Reitor

Graciela Bolzón de Muniz

Superintendência de Inclusão, Políticas Afirmativas e Diversidade

Paulo Vinicius Baptista da Silva

Área de Gênero e Diversidade Sexual

Dayana Brunetto Carlin dos Santos

Área de Políticas de Igualdade Racial e Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros

Megg Rayara Gomes de Oliveira



COLEÇÃO LIVRES & IGUAIS

ORGANIZAÇÃO

Humberto da Cunha Alves de Souza (UTFPR) Sérgio

Rogério Azevedo Junqueira (IPFER) Toni Reis (Aliança

Nacional LGBTI+)

CONSELHO EDITORIAL

Dayana Brunetto (UFPR) Eliane

Rose Maio (UEM)

Jaqueline Gomes de Jesus (IFRJ) Leander

Cordeiro de Oliveira (UTFPR) Leandro Franklin

Gorsdorf (UFPR) Luanna Marley (UnB)

Marcielly Cristina Moresco (UnB) Marcio

Caetano (UFPEl)

Megg Rayara Gomes De Oliveira (UFPR) Sérgio Rogério

Azevedo Junqueira (IPFER) Toni Reis (Aliança Nacional

LGBTI+)

PROJETO GRÁFICO

Humberto da Cunha Alves de Souza Juh Moraes

CAPA E DIAGRAMAÇÃO

Juh Moraes

REVISÃO

Viviane Rodrigues

AGRADECIMENTOS

À Deputada Federal Christiane de Souza Ya-red, pelo apoio e carinho. Ao seu Chefe de Gabinete, José Luiz Gonçalves Velloso, pela agilidade no lidar com os trâmites burocráticos. E à Fundação da Universidade Federal do Paraná pelo apoio com a execução financeira do projeto.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Estudos sobre a experiência da psicologia na comunidade LGBTI+ : equipe de psicólogos(as) do grupo dignidade / Ibson Eduardo Batista, Diego da Silva (organizadores). -- Curitiba : IBDSEX, 2020. -- (Coleção Livres & Iguais ; 4)

Bibliografia

ISBN 978-65-991261-3-0

1. Comunidade
2. Comunidade – Aspectos sociais
3. Comunidade – Desenvolvimento
4. Diversidade sexual
5. Psicologia
6. Psicologia comunitária
- 7.

20-

CDD-

Índices para catálogo sistemático:

1. Psicologia social 301.1

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

Sumário

- 5** Prefácio
Toni Reis
- 6** Apresentação
Diego da Silva
- 8** CAPÍTULO 1
A psicologia SICOLOGIA E A SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO LGBTI+
Mailson Palhano de Lima
- 21** CAPÍTULO 2
AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA POPULAÇÃO LGBTI+ E O PAPEL DO PSICÓLOGO
Juliana Maria da Cruz
- 31** CAPÍTULO 3
DUPLA EXCLUSÃO: HOMOSSEXUALIDADE E DEFICIÊNCIA FÍSICA
Roberta Previdi Abdul-Hak
- 39** CAPÍTULO 4
RELIGIÃO E PESSOAS LGBTI+
Isabel Cristina Pereira
- 50** CAPÍTULO 5
ADOLESCENTES LGBTI+ EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL
Diego da Silva
- 71** CAPÍTULO 6
HOMOSSEXUAIS IDOSOS
Ibson Eduardo Batista

Prefácio

A Psicologia é uma ciência da alma, e também do comportamento e da experiência. Como gay de 55 anos de idade, fundador e atual diretor executivo do Grupo Dignidade, nestes 35 anos de militância, pela experiência própria, a questão mais difícil para muitas pessoas LGBTI+ é a auto-aceitação da sexualidade, por todo o preconceito e estigma nas famílias, nas religiões, na educação e na sociedade em geral. Agora não mais, mas já houve tempos em que vivíamos na “ditadura da heteronormatividade compulsória”. Tinha que nascer, crescer, amadurecer, casar, ter muitos filhos.

Nossa comunidade, segundo várias pesquisas no âmbito nacional e internacional, tem oito vezes mais probabilidade de pensar em suicídio e/ou de se suicidar. Na pesquisa nacional realizada em 2018 pelo Instituto Brasileiro de Diversidade Sexual (IBDSEX), Grupo Dignidade, Aliança Nacional LGBTI+ e rede Gay Latino, constatou-se um número assombroso (62%) de respondentes que já pensaram em se suicidar - na era em que a depressão é o mal do século, como previsto pela Organização Mundial da Saúde.

Nesse sentido, é com o maior orgulho que apresento este trabalho de parceria entre o IBDSEX e a área de psicologia do Grupo Dignidade sobre esta atuação destes abnegados psicólogos e psicólogas, que com sua experiência e dedicação procuram, como já recomendava Sócrates, que as pessoas conheçam a si mesmas - e que busquem forças para ter uma vida digna - e uma vida que resista às pressões cotidianas que sofrem - para buscarem a tão sonhada felicidade, que Aristóteles também descreveu, como sendo a finalidade da vida.

Obrigado aos psicólogos e psicólogas voluntários do Grupo Dignidade por esse trabalho humanitário! Estamos contribuindo para um mundo melhor, para que as pessoas vivam conforme a definição de saúde que a Organização Mundial da Saúde preconiza: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”.

Toni Reis

Pós-doutor em Educação

Fundador e atual diretor executivo do Grupo Dignidade.

Apresentação

Ao ser convidado para realizar a apresentação deste livro, me deparei com o grande desafio de refletir sobre as temáticas que englobam a saúde e o cotidiano da população LGBTI+ na atual sociedade. Neste contexto, se faz necessário ressaltar, o quanto tal população ainda em pleno século XXI, sofre com questões relacionadas ao preconceito (homofobia, lesbofobia, transfobia, bifobia e demais “fobias”) em torno do tema. Obviamente tudo isso irá afetar significativamente o cotidiano das pessoas LGBTI+, principalmente em seus aspectos emocionais, sociais, físicos e de cidadania, podendo levar, inclusive, ao suicídio. Diante destes fatores, começo enaltecendo o papel do Grupo Dignidade na construção e desenvolvimento de um movimento LGBTI+ sólido há quase 30 anos, abarcando, inicialmente, a cidade de Curitiba, estendendo-se a todo Brasil e demais países. O Dignidade, nas pessoas de seus fundadores Toni Harrad Reis e David Harrad Reis, além de voluntários e parceiros que já colaboraram - e continuam colaborando pela Organização - fizeram a diferença na vida de muitas pessoas. Parceiros estes que englobam áreas diversificadas como: Direito, Assistência Social, pesquisas, militâncias em direitos humanos, política, Psicologia, entre outras.

Destaco aqui também, o trabalho da Psicologia dentro do Grupo Dignidade (núcleo ao qual faço parte). Desde o início dos trabalhos do Dignidade, muitos profissionais da Psicologia já foram voluntários e desenvolveram trabalhos importantes, no entanto, foi a partir dos últimos cinco anos, que o psicólogo Ibson Eduardo Batista tomou como missão a criação de um núcleo formal de Psicologia. Este trabalho se deu inicialmente de uma forma solitária, com inúmeros desafios, dentre eles a resistência da população LGBTI+ a busca por terapia, justamente por terem experiências negativas com psicólogos em outras instituições, em outros momentos de suas vidas.

Esta resistência foi sendo desmistificada pouco a pouco com um trabalho referencial na área. O tempo foi passando e novos profissionais da Psicologia foram se inserindo no atendimento em psicoterapia e também nas supervisões de estagiários de Psicologia vindos de diversas instituições de ensino. Esta interlocução entre a aprendizagem e treinamento de novos profissionais é importante para que, futuramente, eles desenvolvam um trabalho ético e humanizado, minimizando o impacto de preconceitos sobre a população LGBTI+. Atualmente o núcleo conta com um grupo que varia de 10 a 20 profissionais especializados no atendimento às demandas emocionais da população LGBTI+, sendo que este número é crescente.

Neste trabalho realizado no Grupo Dignidade, nós psicólogos podemos ter a dimensão do quanto a violência, seja ela de qualquer tipo,

impacta a vida dos pacientes que lá são atendidos. Não é raro atendermos pacientes que possuem autohomofobia¹ decorrente de um contexto - religioso e familiar - excludente de pessoas LGBTI+, o que não deixa de ser uma violência verbal e moral. Atendemos muitos pacientes que sofrem preconceito e agressões físicas e psicológicas nos locais de trabalho, nas ruas, nas universidades, nas escolas, dentro de suas próprias casas por seus familiares, etc. Percebemos o quanto essa violação de suas identidades e subjetividades ocasiona problemas emocionais graves como transtornos de ansiedade, depressão, dependência química, transtornos de humor, o que deixa tais pacientes em vulnerabilidade para ideação suicida e suicídio em si. O atual contexto social e político que nosso país vem passando nos faz pensar e perceber que alguns retrocessos nos direitos de pessoas LGBTI+ podem ocorrer, sendo considerado este fator, uma ameaça. Ainda assim, através de um movimento bem organizado e da luta das pessoas em prol da causa, muito ainda se pode conquistar, principalmente, a garantia da dignidade e a minimização das violências, preconceitos e demais pontos negativos que limitam o ser LGBTI+ hoje. Esta luta depende de todos nós, sejam psicólogos, advogados, pedagogos, sociólogos, médicos, administradores - a sociedade civil como um todo. O Grupo dignidade faz a sua parte para estas conquistas. Diante disso, acredito que esta publicação levará mais conhecimento tanto para os profissionais da área, como também para pessoas LGBTI+ que possam estar vivenciando as situações descritas no livro. Vocês podem contar conosco! Desejo uma boa leitura a todos. Atentamente.

Diego da Silva

Psicólogo CRP 08/20229 – Grupo Dignidade.

¹Medo, ódio ou repulsa pela própria homossexualidade.

A psicologia e a saúde mental da população LGTI+

Mailson Palhano de Lima

A população lésbica, gay, bissexual, travesti, transexual, transgênera, intersexual e das demais identidades de gênero e/ou sexualidade (LGBTI+) é notoriamente exposta à vulnerabilidade social, tendo este estigma social, fortes consequências para a saúde mental. A LGBTIfobia interfere nas questões psicológicas desta população e, por conta disso, é preciso pensar de modo crítico o trabalho da Psicologia, desenvolvido com sujeitos que circulam entre a vulnerabilidade e a invisibilidade, tendo em vista que a população LGBTI+ é alvo de inúmeras violações de direitos humanos.

Diante dos estudos sobre a saúde mental de pessoas LGBTI+ é importante que a psicologia pense de qual lugar se fala a respeito das orientações sexuais e identidades de gênero, tendo um olhar para a realidade e subjetividade de sua época, reconhecendo e trabalhando com questões que tal população vivência. Neste sentido Zambrano (2008) coloca que somos ligados, apartados e assujeitados por valores da cultura na qual estamos, assim, é preciso pensar a partir da cultura de nossa época.

Os estudos a respeito da população LGBTI+ nos direcionam a olhar a sua historicidade de construções sócio-histórico-culturais para refletir e levar em conta os estudos sobre a saúde mental de LGBTI+ em nossa época. De tal modo, Foucault (1988) aponta que, ao traçar estudos sobre a história da sexualidade, é recorrentemente uma história dos discursos inerentes ao dispositivo de poder da sexualidade, no sentido de questionamento sobre o que tais discursos pretendem afirmar como mecanismos detentores da verdade e do poder a respeito da sexualidade.

Nesse caminho, os primeiros registros encontrados sobre as homossexualidades na história da humanidade datam do ano de 4.500 antes de Cristo, entre Oros e Seti, em uma sociedade egípcia (MOTT, 2001). Já na Grécia e em Roma, homens que faziam sexo com homens tinha uma concepção totalmente diferente do que na atualidade. As homossexualidades eram algo que envolviam muitos rituais, próprios das diversas sociedades do mundo antigo. Nessas sociedades, as homossexualidades eram praticadas na iniciação de jovens para a vida adulta, assim como aconteciam relações homossexuais entre militares, o que fazia parte desta cultura, como pontua Guimarães (2009).

Já na Idade Média, com o cristianismo, a homossexualidade é incluída como pecado gravíssimo, reconhecida como sodomia (GUIMARÃES,

2009). A Igreja Católica se transforma em uma instituição que busca se apropriar de técnicas de poderes disciplinadoras sobre o sexo e o corpo (FOUCAULT, 1988). A Igreja e a inquisição associavam a prática da sodomia à heresia, a bruxaria e a coisas demoníacas. No auge do seu poder, na Idade Média, a partir do século XI, a igreja realiza uma caça aos homossexuais, a punição aqueles que se colocavam contra a moral da igreja. Os homossexuais eram usados como “lenha” nas fogueiras nas quais lésbicas eram queimadas como bruxas pela Santa Igreja. A relação sexual tinha somente o objetivo de reprodução, tudo que fugia destes moldes da época era considerado imoral e antinatural (GUIMARÃES, 2009).

A Psiquiatria a partir do século XVIII foi mais uma das estratégias de construção de um saber-poder a respeito da sexualidade. Assim, a Psiquiatria começa a considerar as homossexualidades e identidades de gênero trans, como pessoas anormais desviantes, em uma tentativa de construção de um dispositivo que tivesse controle dos corpos, dos discursos e das práticas sociais (FOUCAULT, 1988). Com isso o discurso médico psiquiátrico transformou as relações amorosas e sexuais entre pessoas do mesmo gênero e de pessoas trans de “crime” ou “pecado” em “patologia, doença”, buscando uma “cura” ou “correção”. Com o entendimento das orientações sexuais e identidades de gênero trans como doença, abriram-se as portas dos sanatórios e demais entidades psiquiátricas para segregar esta população, já que estas pessoas eram consideradas detentoras de patologias que, por meio de “experiências científicas”, atingiriam a “cura” (FRAY; MACRAE, 1991).

Para fora desse caminho patologizante, Paoliello (2013) discorre que em 1973, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) avançava, deixando de considerar as homossexualidades como patologia, retirando do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (DSM-II).

No dia 17 de maio de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS), retira o termo “homossexualismo” da sua lista de doenças de Classificação Internacional de Doença (CID-10), afirmando que as homossexualidades não constituem doença, distúrbio e nem perversão, e que os psicólogos (as) não deve colaborar com eventos e serviços que propusessem tratamento e cura das homossexualidades. Esse dia passou a ser considerado como o “Dia Internacional contra a homofobia”. Essa foi uma conquista realizada principalmente pelo movimento LGBTI+ (FRAY; MACRAE, 1991; QUINET; JORGE, 2013).

Em 2019 a Organização Mundial de Saúde (OMS) oficializa durante a 72ª Assembleia Mundial da Saúde, a retirada da classificação da transexualidade como transtorno mental da 11ª versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID) (CFP, 2019). Neste mesmo ano de 2019, o Supremo Tribunal Federal (STF) determinou por oito votos a três que a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero (LGBTIfobia) passe a ser considerada um crime no Brasil. Os mi-

nistros determinaram que a conduta passe a ser punida pela Lei de Racismo (7716/89), que hoje prevê crimes de discriminação ou preconceito por «raça, cor, etnia, religião e procedência nacional» (BARIFOUSE, 2019).

No entanto, ainda existem pessoas que se denominam psiquiatras, psicólogos (as) e psicanalistas que consideram homossexuais e pessoas trans como doentes, desviantes do desejo ou perturbadas e que necessitam de tratamento. Estas pessoas chegam a oferecer “conversão” dos homossexuais para a heterossexualidade ou “tratamento” para as identidades de gênero trans (GUIMARÃES; 2009; PAOLIELLO, 2013). Isso demonstra que a despatologização das homossexualidades e identidades de gênero, tanto pela American Psychological Association (APA) quanto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), não garantiu que esta percepção tenha sido removida da cabeça de todos os psiquiatras, psicólogos (as) e psicanalistas (QUINET; JORGE, 2013).

Para Miskolci (2009) tais tentativas de patologização das identidades de gênero e orientações sexuais, causam grandes danos à saúde mental da população LGBTI+, e estão ligadas a problemática da heteronormatividade, que por sua vez, busca fazer com que todas e todos sigam as normas de gênero e sexualidade, como se a heterossexualidade fosse a única e a melhor forma de expressar a sexualidade. Nesse sentido, a heteronormatividade é entendida como um conjunto de prescrições que se baseia em processos sociais de regulação e controle. Assim, a heteronormatividade “expressa as expectativas, as demandas e as obrigações sociais que derivam do pressuposto da heterossexualidade como natural e, portanto, fundamento da sociedade” (MISKOLCI, 2009, p. 156).

Portanto, a heteronormatividade pode ser entendida como um processo que tenta disciplinar formas de masculinidade e feminilidade a partir de um caráter normatizador, baseando-se na construção do dispositivo da sexualidade como marcado pela norma heterossexual (BUTLER, 1999) - fazendo com que pessoas LGBTI+ que não se enquadram na norma linear fêmea/ feminina/ mulher/ heterossexual ou macho/ masculino/ homem/ heterossexual, sejam vítimas de LGBTIfobia. Deste modo, a heteronormatividade é “um dispositivo regulatório da sexualidade acionado por discursos e ações que vão desde a invisibilização e segregação a formas violentas de opressão e dominação” (TOLEDÓ E FILHO, 2013, p.377).

Diante dos discursos que tentaram produzir um saber-poder sobre a sexualidade, considerando a história da patologização e despatologização da população LGBTI+, existem questões contemporâneas do trabalho da Psicologia, que apontam para uma necessidade de questionar se profissionais da Psicologia estão atentos (as) as questões da heteronormatividade e, conseqüentemente, da LGBTIfobia, que é uma das queixas mais recorrentes de pessoas LGBTI+ dentro dos consultórios.

Nesse caminho, a população LGBTI+ enfrenta diversas barreiras na busca de serviços na área da saúde, que são, por vezes, discriminatórios, issoporcausadasquestõesdaheteronormatividade, que estão enraizadas

em nossa sociedade. Lionço (2008) discorre que é necessário pensar sobre as questões relacionadas a saúde mental da população LGBTI+, as problemáticas em volta da heteronormatividade e problemas relacionadas a contextos de vulnerabilidade, violência social. Sobre isso, a Psicologia vem realizando diversos estudos a respeito da violência que acomete a população LGBTI+. População que é submetida constantemente a contextos sociais invalidantes, hostis e violentos tendo em muitos casos, como consequência, o desenvolvimento de doenças mentais (American Psychological Association APA, 2009) e para produzir esse tipo de estudo sobre a saúde mental da população LGBTI+, é preciso refletir sobre as questões da LGBTIfobia em suas várias nuances.

Nessa perspectiva, as violências psicológicas e a física sofridas pela população LGBTI+ são perpassadas por vários aspectos e acontecem em vários momentos da vida de uma pessoa LGBTI+. O ambiente familiar é o primeiro lugar onde se aprende sobre LGBTIfobia. Assim, a LGBTIfobia familiar pode variar, desde o não reconhecimento da pessoa ou/e desrespeitos, a exclusão e a violência contra a existência de homossexuais ou pessoas trans. No entanto, consequências psíquicas na vida da pessoa que sofre tal violência familiar podem ser diminuídas pela rede de apoio que ela possuir. Diante de tais violências, muitas famílias, assim como a sociedade, perpetuam ações de exclusão e inferiorização da pessoa LGBTI+, fazendo com que sua existência não seja reconhecida e respeitada (SCHUL- MAN, 2012).

Nesse caminho, em muitos casos o “sair do armário”, é acompanhado pelo sair de casa, seja pela dificuldade de convívio, seja pela expulsão do ambiente familiar. Sobre isso, Jorge (2008), pontua que as relações amorosas entre pessoas LGBTI+, que, em muitos casos, são vividas às margens da sociedade, da cultura e da vida cotidiana. Nesse sentido, existe a dor de muitos LGBTI+ que são levados a conduzir suas vidas para longe da família, da cidade de origem e dos amigos de infânciando em direção à cidade grande, a “selva de pedra”, buscando o anonimato e a tolerância que a cidade grande pode oferecer.

Outro lugar onde se sofre LGBTIfobia é o ambiente escolar, onde se encontram muitos relatos de violência contra jovens gays, lésbicas, bissexuais, pessoas trans e intersexuais. Encontrando falas recorrentes de assédio, agressões físicas, perseguições, entre outras situações abusivas que geram violência física e psicológica, o que faz aumentar a evasão escolar dentre as pessoas LGBTI+ (APA, 2009; HEREK e GARNETS, 2007; BRASIL, 2012; LUCON, 2015).

Sedgwick (2007) esboça que uma pessoa LGBTI+ sempre vai ter um “armário” para sair, ou seja, a cada novo lugar que chega, seja ele acadêmico, de trabalho ou outro, a pessoa LGBTI+ terá que arranjar esquemas e demandas de sigilo ou exposição a respeito de sua orientação sexual ou identidade de gênero, sem saber como o outro vai lidar com essa informação.

Analisando a história da população LGBTI+ “sair do armário” e falar

de representatividade é algo muito marcante para a população LGBTI+. Sobre isto, destaca-se um marco importante para a emancipação, liberdade de pessoas LGBTI+ e na luta contra a LGBTIfobia, em 28 de junho de 1969, em um bar chamado Stonewall. Nesse evento, pessoas LGBTI+ que frequentavam este bar em Nova Iorque, reagiram contra uma abordagem policial no local. Em decorrência desta reação contra a opressão dos policiais, o dia 28 de junho passou a ser comemorado como o Dia do Orgulho Gay, hoje sendo o Dia do Orgulho LGBTI+. Depois de 50 anos de Stonewall é possível ver conquistas referentes aos direitos LGBTI+, mas existem retrocessos, entre os quais se destacam os atos de LGBTIfobia e consequentemente, os assassinatos contra a população LGBTI+ (QUINET; JORGE, 2013). Nessa perspectiva, o fato de pessoas LGBTI+ sofrerem violência física e psicológica é algo notável em nossa sociedade, a partir dos dados de vítimas assassinadas em decorrência de LGBTIfobia como mostra o Grupo Gay da Bahia (GGB). Em 2018, 420 pessoas LGBTI+ morreram no Brasil vítimas da LGBTIfobia: 320 homicídios (76%) e 100 suicídios (24%). Uma pequena redução de 6% em relação a 2017, quando registraram-se 445 mortes, número recorde nos 39 anos desde que o Grupo Gay da Bahia iniciou este levantamento. O número de pessoas vítimas de LGBTIfobia pode ser muito maior, pois muitos casos são subnotificados.

Estima-se que a cada 20 horas uma pessoa LGBTI+ é barbaramente assassinada ou se suicida, vítima da LGBTIfobia no Brasil.

Os gays, em termos absolutos, são o segmento LGBT que mais se suicida, com 60% de óbitos, seguidos por 31% lésbicas, 6% de trans e 3% de bissexuais. As lésbicas são, em termos relativos, as principais vítimas da morte voluntária, pois representando 12% das vítimas de homicídios, sobem para 31% nos casos de suicídio. Inversamente, apenas 6% das trans se suicidaram, para 39% que foram vítimas de homicídio (MICHELS, MOTT e PAULINHO, 2018).

De acordo com a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA, 2018) estima-se que a média de vida das pessoas trans seja de 35 anos, enquanto que para o restante da população está média é de 74 anos. Somente no primeiro semestre de 2020, segundo o boletim número 3/2020 da ANTRA, o Brasil chega a 89 assassinatos de pessoas trans, com aumento de 39% em comparação com o mesmo período de 2019.

No caso das lésbicas, a fragilidade social é maior em decorrência do estigma e discriminação social que a mulher ainda sofre, junto com a opressão de serem homoafetivas. Tudo isso faz com que exista “mais vulnerabilidades que causam maior sofrimento psíquico podendo levar a uma maior propensão dos quadros de depressão e suicídios dentro dessa população” (MICHELS, 2018, p. 11). Em sua maioria, os assassinatos de pessoas LGBTI+ são marcados pelos requintes de crueldade. Fazendo

pertinente a pergunta “o que (os assassinos) estão tentando matar depois que a vítima já morreu?” (GABEIRA s/d apud TREVISAN, 1998, p. 152).

A LGBTIfobia causa consequências para a saúde mental da população LGBTI+, apontando para uma sociedade que lida de modo precário e violento com diferenças sexuais e de gênero. Isso eleva o Brasil a condição de um dos países mais perigosos para ser LGBTI+ em decorrência da grande quantidade de assassinatos desta população e o país que mais mata pessoas LGBTI+ (MICHELS, MOTT e PAULINHO, 2018). Ao analisar esses dados, é possível enxergar que a trajetória de vida desta população, em muitos casos, são marcados pelo medo, abandono, vulnerabilidade e agressões, o que pode gerar danos psicológicos profundos. Todo esse cenário de violência, estigma, preconceito e discriminação produz morte subjetiva, social e física.

É notório que a marginalização que a sociedade faz de alguns grupos sociais como o grupo da população LGBTI+, tendo em vista todos os fatores da LGBTIfobia, faz com que surjam consequências, como o aparecimento de problemas psicossociais. Isso faz com que vários fatores de risco interajam entre si, fazendo com que se agrave o risco e as consequências de doenças, principalmente, sob as formas da marginalização social, fazendo com que tal população fique suscetível ou desenvolva problemas de saúde psicossociais, como depressão, ansiedade, baixa autoestima e uso de substâncias proibidas, entre outros, potencializando, dessa forma, o risco da pessoa cometer suicídio (MUSTANSKI et al, 2014).

Além da LGBTIfobia exercida por uma parte da sociedade, existe a LGBTIfobia internalizada, ou seja, algumas pessoas LGBTI+, em uma tentativa consciente ou inconsciente, buscam estabelecer uma “representação positiva”, ou seja, tentam se enquadrar em uma norma heterossexual para serem aceitos na sociedade heteronormativa, o que pode causar muitos danos para a saúde mental. Com isso, o heterossexismo cria subjetividades homofóbicas, fazendo com que pessoas não-heterossexuais e não cis gênero expressem hostilidade pela orientação sexual e identidade de gênero que foge dos padrões da heterossexualidade, fazendo com que surja a LGBTIfobia internalizada, ou seja, quando a pessoa cria temor, medo ou repulsa dos desejos que diferem da ordem social (MISKOLCI, 2009).

Todas essas questões de LGBTfobia tanto externa quanto interna acometida pela população LGBTI+ trazem muitos prejuízos para a saúde mental dessa população. Muitas dessas pessoas crescem e vivem em um isolamento afetivo, sexual e social, trazendo danos para a vida social e profissional, o que leva as pessoas a uma imagem desvalorizada de si mesmo, já que na socialmente, são negativizados (TOLEDO; PINAFI, 2012, p. 151). Assim também, muitos fazem um esforço para “compensar” em várias áreas da vida pelo fato de serem homossexuais ou pessoas trans, buscando uma “supercompensação” uma autoexigência e perfeccionismo, para terem a aprovação e aceitação da sociedade heteronormativa, onde assim,

muitos renunciam/reprimem seus desejos para viverem na norma heterossexual (CASTAÑEDA, 2007).

A violência psicológica produzida por uma sociedade heteronormativa, LGBTIfobia é vista quando a pessoa LGBTI+ em muitos casos, interioriza a violência LGBTIfobia “(física ou emocional), reprimindo-a ou deslocando essa violência aos outros ou a si mesmo – desenvolvendo depressão e atitudes autodestrutivas” (TOLEDO; PINAFI, p. 151, 2012). Estes dados apresentam subsídios para pensar nos 100 suicídios de pessoas LGBTI+ em 2018 como colocado pelo GGB, ou seja, os suicidas são também pessoas vítimas de uma sociedade violenta e perversa contra a população LGBTI+.

Diante deste cenário, um dos maiores documentos que pode ser usado para garantir os direitos da população LGBTI+, a Constituição Federal de 1988, coloca nos princípios fundamentais, Art. 1º que estabelece: “IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”. Na sessão dos direitos e garantias fundamentais no capítulo I dos direitos e deveres individuais e coletivos, no Art. 5º, estabelece que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza” (BRASIL, 1988). Nesse sentido, diante deste histórico de uma busca de saber-poder dos corpos e da sexualidade, na tentativa de patologização das orientações sexuais e identidades de gênero, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) elaborou alguns documentos que ajudam a garantir que tais condições de existir não sejam patologizadas como no passado. Esses documentos, indicados a seguir, podem ser considerados também um modo de proteção e promoção para a saúde mental da população LGBTI+.

No Código de Ética Profissional das Psicólogas e dos Psicólogos de 2005, os princípios fundamentais dispõem que:

I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Das responsabilidades do psicólogo: b) Assumir responsabilidades profissionais somente por atividades para as quais esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente; Art. 2º – Ao psicólogo é vedado: b) Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais; (CFP, 2005).

O CFP, na resolução 001/99 de 22 de março de 1999, “estabelece normas de atuação para psicólogos em relação à questão da orientação sexual”. A resolução considera que a homossexualidade não se constitui

como doença, distúrbio e nem perversão. Para a Psicologia é considerado que seus estudos e práticas podem e devem esclarecer sobre as questões referentes à sexualidade de maneira ética, possibilitando a superação do preconceito e da discriminação. Com o conhecimento que dispõem, os profissionais da Psicologia devem refletir e primar pelo enfrentamento de questões referentes ao preconceito e a discriminação. Os(as) psicólogos(as) não devem patologizar ou impor ação coerciva de tratamento, ou seja, de cura da orientação sexual ou identidade de gênero.

A Nota técnica 001-2019 do Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CR- P-PR) “orienta as/os profissionais de psicologia no atendimento às pessoas Lésbi- cas, Bissexuais, Gays e demais orientações sexuais (LGB+), promovendo o acolhimento, o acompanhamento, a autonomia e a despatologização.” Suas orientações para práticas são que os (as) psicólogos (as), em sua atuação, não devem compreender a homossexualidade, a bissexualidade e demais variações da sexuali- dade como psicopatologias, ou atribuir a causa de outras condições mentais e emocionais à sexualida- de dessas pessoas. Assim, os transtornos e os sofrimentos mentais (como depressões, ansiedades e outros) entre a população LGB+ devem ser compreendidos como efeito dos processos de estigmatização, discriminação, opressão e violência vivenciados por essas pessoas. Os(as) psicólogos(as), devem buscar compreender como essas violações de direitos podem afetar o tratamento e o processo terapêutico (CRP, 2019, p. 04).

Outros pontos que a nota técnica 001-2019 do CRP abordam são: As (os) psicólogos reconhecerem suas atitudes e crenças e conhecimento a respeito das pessoas LGBTI+. Uma atitude a ser evitada é a presunção que o/a paciente ou cliente seja heterossexual, ou buscar a causa da orienta- ção sexual desta/e, uma vez que não existe causa. “Os (As) Psicólogos (as), devem entender as maneiras pelas quais os processos de estigmatização e violência apresentam riscos área a saúde mental e o bem-estar de clien- tes/pacientes” (CRP, 2019, p. 04). Ainda, os (as) psicólogos (as), devem traba- lhar para promover ações que visem o combate das violações das pessoas LGBTI+, visando a qualidade de vida dessas pessoas, atuando conforme o Código de Ética da/do Profissional da Psicologia. Devem reconhecer que casais homoafetivos constituem família, gozando em todos os direitos legais. Deve-se procurar capacitações, formações, treinamentos, consul- torias ou supervisões para reconhecerem seus preconceitos, atuando de forma ética com essa população e levando em conta os direitos previs- tos na Declaração Universal de Direitos Humanos. Em caso de não sentir capaz de atuar, seja por causa de falta de conhecimento ou por crenças e valores pessoais e/ou por outras razões, o/a profissional da Psicologia deverá encaminhar sua/seu paciente a outro/a psicó- logo/a (CRP, 2019).

Nas situações em que seja solicitada(o) pela(o) sua(seu) cliente/ paciente ou familiar desta(e) a realizar algum tipo de terapia que vise à (re)orientação sexual, a (o) Psicólogo(a) deverá recusar-se a proceder, ex-

plicando à/ao solicitante que tal procedimento, além de antiético, não

produz efeito à longo prazo, podendo ainda acarretar prejuízos à saúde mental da(o) cliente/paciente, conforme mencionado anteriormente na nota. Nesse sentido, deve-se explicar que é mais eficaz trabalhar com questões de autoaceitação e enfrentamento as violações de direitos. Caso essa solicitação seja realizada por instituição, a(o) Psicólogo deve se recusar a prestar esse serviço e, ainda, denunciar e/ou notificar à Comissão de Orientação e Fiscalização (COF) do CRP-PR para as atitudes antiéticas de outras(os) profissionais da Psicologia que atuem sob a lógica da (re) orientação sexual (CRP, 2019, p. 05).

Outro documento importante do (CFP) é a Resolução N° 01 de 29 de janeiro de 2018, a qual “estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis”. Essa resolução veda que as (os) psicólogos façam “uso de instrumentos ou técnicas psicológicas para criar, manter ou reforçar preconceitos, estigmas ou estereótipos ou discriminação” contra as pessoas travestis e transexuais. O texto diz ainda: “não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização das pessoas transexuais e travestis. Art. 1º - As psicólogas e os psicólogos, em sua prática profissional, atuarão segundo os princípios éticos da profissão, contribuindo com o seu conhecimento para uma reflexão voltada à eliminação da transfobia e do preconceito em relação às pessoas transexuais e travestis. (CFP, 2018).

Em outra nota técnica - de N° 002/2018 (CRP) - “orienta as (os) profissionais de psicologia no atendimento às pessoas transexuais e travestis, promovendo o acompanhamento, a autonomia e a despatologização.” Os processos de acompanhamentos psicoterapêuticos não deverão buscar a adequação da identidade de gênero ao gênero designado no nascimento ou a padrões/papéis pré-estabelecidos do que se espera socialmente de um gênero ou outro, respeitando a autonomia das pessoas travestis e transexuais sobre sua vida. (CRP, 2018, p. 04).

Essa nota N° 002/2018, ainda orienta a psicólogo ou psicóloga a não atuar de modo patologizante ou corretivo referente a transexualidade e travestilidade, nem de maneira normatizadora a respeito das identidades de gênero. Atuar de forma a dar apoio para a promoção da qualidade de vida, garantindo direitos, considerando cada trajetória como singular. Ainda, o acompanhamento psicológico para o processo transexualizador, requisitado na portaria MS N° 2.803/2013. Pautar seus atendimentos a população trans nos princípios éticos da profissão e fazer encaminhamento para outra/o profissional quando não ter conhecimento técnico e teórico sobre as demandas trazidas (CRP, 2018). “Ao profissional da psicologia não cabe adequar o/a paciente LGBTI+ em uma norma heterossexual, mas possibilitar “o/a paciente a produzir uma existência na qual sinta que pode habitar sem sofrer” (TOLEDO E PINAFI, 2012, p. 152). Nesse sentido, o trabalho psicoterapêutico não deve partir de preceitos morais, religiosos, ou de preceitos heteronormativos (TOLEDO E PINAFI, 2012). Em psicoterapia, o/a psicólogo (a) não pode colocar a homossexualida-

de ou a identidade de gênero trans do (a) paciente como se isso fosse o causador das queixas deste (a) paciente. É preciso entender essa pessoa em um contexto em que ainda existe a LGBTIfobia, ou seja, entendê-lo a partir de um contexto social. Assim, os conflitos podem ocorrer e serem entendidos a partir das questões da heteronormatividade e da LGBTIfobia, tanto externa quanto interna. Nesse sentido, é preciso romper com o saber científico heteronormativo que entende a população LGBTI+ de uma posição moral entre bom/mau, certo/ errado, profano/sagrado, sadio/doente (CASTAÑEDA, 2007). É importante que em psicoterapia ouvir a população LGBTI+ a partir das questões de sua época, é preciso refletir sobre a população LGBTI+, escutando estes sujeitos em sua época, escutando o que essas pessoas têm a dizer sobre si, construindo seu discurso de maneira singular (LIMA, 2018). Em psicoterapia com pessoas LGBTI+ é possível trabalhar possibilidades de encontrar liberdade, a partir de uma leitura singular, permitindo assim que o/a paciente encontre seu modo de viver de maneira subjetiva. A clínica com pessoas LGBTI+ possibilita que essas pessoas possam falar e trabalhar seus sentimentos sobre a LGBTIfobia, tanto internos como externos (TOLEDO e PINAFI, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a história da sexualidade humana se construíram muitas tentativas de saber-poder. Pessoas LGBTI+ foram consideradas como pecadores/as, criminosos/as ou doentes. Na atualidade, existe um movimento mais autoral, referente às questões de saber político e de existência para as pessoas LGBTI+, o que resgata a subjetividade e dignidade do sujeito. Diante disso, a Psicologia, ao trabalhar questões a respeito da saúde mental da população LGBTI+, poderá oferecer esse lugar de escuta, onde este/esta paciente terá a oportunidade de falar sobre suas vivências em uma sociedade ainda tão heteronormativa e LGBTIfóbica. Como Hannah Arendt coloca, “toda dor pode ser suportada se sobre ela puder ser contada uma história”. É através da fala, de um lugar de escuta e um atendimento ético oferecido para uma pessoa LGBTI+ que se poderá elaborar questões que envolvem muitas violências psicológicas e físicas.

Entende-se com isso, que a Psicologia se retira desse lugar de tentativa de construir dispositivos de saber-poder que controla o corpo e a sexualidade. Aqui, é possível entender que quem construirá à sua maneira de vivenciar seu gênero e sua sexualidade será o/a próprio/a sujeito, em um processo singular.

Os (as) profissionais da Psicologia precisam dialogar com a história da sexualidade, atuando no entendimento humano, não buscando enquadrar seus pacientes em modelos rígidos, é preciso dialogar com a teoria a partir de questões contemporâneas, pois ainda existem muitas teorias que são embasadas em um modelo heteronormativo, e ainda, um dos princi-

país e mais importante trabalho de psicólogas e psicólogos é lutar contra a patologização da população LGBTI+.

Por fim, fica evidente a importância de psicólogos e psicólogas estarem atentas/os sobre as questões de gênero e sexualidade, mantendo-se atualizadas/os sobre o tema e ainda, trabalhando para promover ações que visem ao combate das violações, dos preconceitos, dos estigmas e estereótipos, da discriminação ou opressão das pessoas LGBTI+, atentando-se para as resoluções e notas técnicas do CFP e Conselhos Regionais de Psicologia, atuando de forma ética e humana para com as pessoas LGBTI+.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Report of the Task Force on Gender Identity and Gender Variance**. Washington, DC, 2009.

ANTRA. Associação Nacional de Travestis e Transexuais. Mapa de Assassinatos de Travestis e Transexuais 2017. Publicado em 2018. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2018/02/relatc3b3rio-mapa-dosassassinatos-2017-antra.pdf>. Acesso em: 06/07/2020.

BARIFOUSE, R. 2019. **STF aprova a criminalização da homofobia**. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-47206924>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BOLETIM 03/2020. **Assassinatos contra travestis e transexuais 2020**. Associação Nacional de Travestis e Transexuais. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2020/06/boletim-3-2020-assassinatos-antra.pdf>. Acesso em: 07/07/2020.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil.

BRASIL. **Expectativa de vida do brasileiro aumenta para 74 anos**. 29 nov. 2012. Disponível em: Acesso em: 10 jun. 2019.

BUTLER, J. **Corpos que pesam**. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). O corpo educado. Pedagogias da Sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

CASTAÑEDA, M. (2007). **A experiência homossexual: explicações e conselhos para os homossexuais, suas famílias e seus terapeutas**. Tradução de Brigitte Hervot e Fernando Silva-Teixeira Filho. São Paulo: A Girafa.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. 22/05/2019. Disponível em: <<https://site.cfp.-org.br/transexualidade-nao-e-transtorno-mental-oficializa-oms/>>. Acesso em: 23 maio 2019.
CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (2005). Resolução CFP nº 010/2005. Código de Ética Profissional do Psicólogo, XIII Plenário. Brasília, DF: CFP.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (1999). Resolução CFP No. 001/99 de 22 de março de 1999 – Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. Disponível em: <http://pol.org.br/legislacao/pdf/reso-lucao1999_1.pdf> Acesso em: 5 de jun. de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP) (2018). Resolução. No. 01/2018 de 29 de janeiro

ro de 2018– Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. Disponível em: < <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf>> Acesso em: 5 de maio. de 2019.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ (CRP). de 13 de abril de 2019. Orientadas(os) profissionais de Psicologia no atendimento às pessoas Lésbicas, Bissexuais, Gays e de demais orientações sexuais (LGB+), promovendo o acolhimento, o acompanhamento, a autonomia e a despatologização. Disponível em: <<https://crp-pr.org.br/wp-content/uploads/2019/05/Nota-T%C3%A9cnica-CRP-PR-n%C2%B0-001-2019.pdf>>

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ (CRP). Nº 002/2018 de 15 de agosto de 2018. Orienta as (os) profissionais de psicologia no atendimento às pessoas transexuais e travestis, promovendo o acompanhamento, a autonomia e a despatologização. Disponível em: Acesso em: 06 de maio de 2019.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade** – Avontade de saber. Vol. 1. São Paulo: Graal, 1988.

FRAY, P; MACRAE, E. **O que é homossexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 1991. GUIMARÃES, A. F. P. O desafio histórico de “tornar-se um homem homossexual”: um exercício de construção de identidades. Temas psicol., Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 553-567, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1413-389X2009000200023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 maio de 2019.

HEREK, G.M., E GARNETS, L.D. (2007). **Sexual orientation and mental health**. Annual Review of Clinical Psychology, 3, 353-375.

JORGE, M. A. C. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan**. VOLL. As bases conceituais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LENCIONI, Caio. **47 mil crianças e adolescentes vivem em abrigos no Brasil**, Observatório do 3º Setor. São Paulo, 29 jan. 2018, Disponível em: <https://observatorio3setor.org.br/carrossel/47-mil-criancas-e-adolescentes-vivem-em-abrigos-no-brasil/>. Acesso em: 15 jun. 2019.

LIMA, M. P. 2018. 29f. TCC (Graduação). **Cada dia mais gay**: narrativas de histórias de vida de homens homossexuais. Curso de Psicologia, Unibrasil Centro Universitário, Curitiba, 2018.

LIONÇO, T. **Que direito à saúde para a população GLBT?** Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. Saúde soc., São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, June 2008. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0104-12902008000200003&lng=en&nrm=iso.< .>. Acesso em: 15 Jun 2019.

LUCON, N. **Expectativa de vida de travestis é de 35 anos, mas deve aumentar afirma psicólogo social**. Nlucon. 18 fev. 2015. Disponível em: Acesso em: 25 jun. 2019.

MICHELS, E. MOTT, L. PAULINHO. **População LGBT morta no Brasil. Bahia**. Grupo Gay da Bahia – GGB. 2018, 27 p. Mortes violentas de LGBTI+ no Brasil relatório

MISKOLCI, R. (2009). **A Teoria Queer e a sociologia**: o desafio de uma analítica da normalização. Sociologias, Porto Alegre, 11(21), 150-182.

MOTT, L. **História da Homossexualidade no Brasil**. Cronologia dos Principais Destaques. Anais do X Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros, Maceió, 2001.

MUSTANSKI, B. et al. **Syndemic of psychosocial health disparities and associations with risk for attempting suicide among young sexual minority men.** American Journal of Public Health, New York, v. 104, n. 2, p. 287- 94, 2014.

PAOLIELLO, G. **A despatologização da homossexualidade.** In: QUINET, A; JORGE, M. A. C. (Org.). As homossexualidades na Psicanálise: na história de sua despatologização. São Paulo, Segmento Farma, 2013, p. 29-46.

QUINET, A; JORGE, M. A. C. (Org.). Prefácio. In: QUINET, A; JORGE, M. A. C. (Org.). **As homossexualidades na Psicanálise:** na história de sua despatologização. São Paulo, Segmento Farma, 2013, p. 09-14.

REIS, T., org. **Manual de Comunicação LGBTI+.** Curitiba: Aliança Nacional LGBTI/GayLatino, 2018.

SCHULMAN, S. **Homofobia familiar:** uma experiência em busca de reconhecimento. Ba-goa-s - Estudos gays: gêneros e sexualidades, v. 4, n. 05, 27 nov. 2012.

SEDGWICK, E. K. A epistemologia do armário. Cad. Pagu, Campinas, n. 28, p. 19-54, jun. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010483332007000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 Jun. 2019.

TOLEDO, L. G; FILHO, Fernando Silva. **Homofobia familiar:** abrindo o armário 'entre quatro paredes'. Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro , v. 65, n. 3, p. 376-391, 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672013000300005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 jun. 2019. Psicol. clin. [online]. 2012, vol.24, n.1, pp.137-163. ISSN 0103-5665. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652012000100010>.

TREVISAN, J. S. (1998). **Seis balas num buraco só:** a crise do masculino. Rio de Janeiro: Record.

ZAMBRANO, E. (Org.): FRANÇOIA, C. et al. **Narrativas feministas e queer no Brasil e na Argentina.** Curitiba: Calligraphi, 2018.

As tentativas de suicídio na população LGBTI+ e o papel do psicólogo

Juliana Maria da Cruz

Devido à grande procura pelos serviços de psicologia havia uma fila de espera para conseguir iniciar o processo de psicoterapia, porém, alguns casos eram encaminhados mais rapidamente devido à gravidade, e, entre eles, os casos de ideação e tentativas de suicídio. Logo nos meus primeiros meses como estagiária percebi que o número de casos em que o sujeito chegava até a triagem com ideações suicidas era muito grande, assim como aqueles que cometiam automutilações e realizavam tentativas de suicídio, muitas vezes recorrentes.

No ano de 2018 iniciei meu trabalho como psicóloga na ONG e então passei a receber no consultório diversas demandas, mas, novamente, os casos de suicídio se sobressaíam, me levando, mais uma vez, a indagações sobre o que está ocorrendo com a população LGBTI+ para que o suicídio esteja tão presente nos discursos. Dessa forma, buscarei por meio uma revisão bibliográfica entrelaçada com a experiência como psicóloga atuante no Grupo Dignidade compreender se há alguma relação entre questões de gênero, orientação sexual e o enorme índice de ideação e tentativa de suicídio.

GÊNERO E SEXUALIDADE

A forma com que a sexualidade humana é vista e aceita socialmente sofreu diversas mudanças ao longo do tempo. De acordo com Foucault (1976/1999), no início do século XVII havia maior liberdade nos gestos e discursos relacionados ao corpo, falava-se de forma clara e sem excessivos disfarces, tudo era tratado com naturalidade e humor.

O cenário começou a mudar a partir do século XIX, quando a sexualidade muda para dentro de casa, o discurso é silenciado e o casal procriador passa a ser visto como modelo, ditando então as leis. A heterossexualidade é vista como regra e o quarto é o único lugar onde se pode expressar sexualmente. Tudo e todos que fogem desse parâmetro são marginalizados e deverão pagar por seus atos (FOUCAULT 1976/1999).

Nessas mudanças de paradigmas, o que não é aceito passa a ser silenciado e reprimido. Porém, como não é possível de fato silenciar a sexualidade que foge à regra, e a sociedade burguesa encontrou uma forma lucrativa de lidar com ela, através da criação de lugares específicos onde é prevista a tolerância, os chamados prostíbulo. Foucault (1976/1999) ainda compara os prostíbulo com os hospitais psiquiátricos e as prostitutas com os médicos, seguindo a mesma lógica de exclusão do que não é aceito socialmente, longe desses lugares reina o puritanismo.

Durante três séculos então, a sexualidade é reprimida. Foucault (1976/1999) ainda acrescenta que há uma ligação entre poder, saber e sexualidade, sendo necessário uma transgressão das leis, a volta do prazer real e uma modificação na economia dos mecanismos de poder, para que a sexualidade possa ser vivida de outra forma. Isso explica o conformismo da ciência e até mesmo da psicanálise, visto que a repressão do sexo é nada mais do que uma forma de dominação.

A forma com que a Medicina vê o corpo, enquadrando-o num pré-discursivo nunca questionado, estabelece categorias de adequação, dificultando ou até impedindo compreensões não binárias sobre sexo e gênero, patologizando o que não se enquadra a sua lógica (ZAMBRANO, 2018).

De acordo com Butler (2003, p.24) o gênero é culturalmente construído, não sendo resultado causal do sexo, e nem é, aparentemente, fixo. Gênero são os significados culturais assumidos pelo corpo sexuado, o que possibilita que a construção de “homens” não ocorra, apenas, em corpos masculinos - e “mulheres”, em corpos femininos. Ainda segundo Butler (2003, p.25) gênero não deve ser meramente entendido como a uma inscrição cultural de sexo dado, previamente, através de uma concepção jurídica. “Resulta daí que o gênero não está para a cultura como o sexo para a natureza; ele também é o meio discursivo/cultural pelo qual “a natureza sexuada” ou “um sexo natural” é produzido e estabelecido como “pré-discursivo”, anterior à cultura, uma superfície politicamente neutra sobre a qual age a cultura” (BUTLER, 2003, P.25).

As teorias de Judith Butler permitiram desconstruir a ideia de coerência da identidade de gênero. Em primeiro lugar, por não haver uma substância ou essência por trás de gênero, e em segundo lugar, ao tomar figuras como transexuais, intersexos, homossexuais, transgêneros e drags para refletir tais questões. É ainda possível observar o problema de inadequação frente a um ideal normativo, o qual exclui os que são visto como inadequados e os coloca em categorias patológicas (PORCHAT, 2014).

Outro ponto importante abordado pelas teorias de Butler diz respeito ao fato de abordar gênero como não sendo algo masculino e nem feminino, para a autora se trata de algo para além dos lugares compreensíveis. Gênero é discutido a partir daqueles indivíduos que colocam em xeque os limites e as normas que buscam impor possibilidades lógicas para existência sexual e identitária. (PORCHAT, 2014)

Sendo assim, pode-se compreender que a discussão de gênero e

sexo, na teoria de Butler, segue no caminho de uma recusa do debate entre a natureza e a cultura, ou seja, o que é determinado de forma biológica não tem poder para regular as identidades sexuais (PORCHAT, 2014). Butler (2003, p.200) ainda complementa afirmando que gênero é uma identidade construída no tempo por meio da repetição estilizada de atos, ou seja, é o efeito pela forma com que o corpo reage à temporalidade social. Se trata de uma identidade construída a partir do contexto pelo qual o sujeito está inserido, e é realizada através de um ato performático.

Vale também ressaltar que Butler não parte do contexto clínico, onde o que conduz é o sintoma e a doença - ela sai do campo da psicopatologia. Além disso, a autora critica os diagnósticos de psicose para os transexuais e aborda os efeitos nocivos que tais diagnósticos provocam nos sujeitos. Outro ponto importante abordado pela pesquisadora se refere à melancolia de gênero, na medida em que algumas paixões não podem ser vividas, gerando assim sofrimento (PORCHAT, 2014).

Como foi visto, gênero é uma construção, e de acordo com Scott (2012, p.7), trata-se de uma criação inteiramente social sobre os papéis que devem ser assumidos por homens e mulheres. É uma categoria criada socialmente e imposta para todo corpo sexuado - o que provocou o aparecimento de inúmeros estudos sobre o tema e permitiu distinguir a prática sexual dos papéis atribuídos aos homens e as mulheres.

As teorias de gênero e sexualidade são fundamentais para pensar no papel social como agente de construção subjetiva, mas também como ditador de regras, visto que a sociedade determina o que é visto como certo e como errado. Dessa forma surgem outros questionamentos, buscando compreender como surge a construção da normatividade e quais as consequências daqueles que não se enquadram nela.

HETERONORMATIVIDADE

De acordo com Bortolini apud Castro (2004), grandes movimentos de mudança no paradigma social tiveram início nos anos de 1960 e o que deu origem foi o movimento feminista e, posteriormente, os movimentos gays e lésbicos. Do início dessas mudanças até agora, vivemos um período de transição marcado por inúmeras contradições, visto que a diversidade sexual está cada vez mais aflorada. Por outro lado, ainda é comum observar pessoas e instituições conservadoras que reforçam a discriminação, muitas vezes de forma violenta.

A homossexualidade não é mais considerada uma doença desde a década de 1980 pela Associação Psiquiátrica Americana, e desde 1990 pela Organização Mundial da Saúde, porém, há manuais e dicionários que continuam a patologizar o que foge da heteronormatividade. (LIONÇO e DINIZ, 2008). Um dos grandes motivos para sustentar a ideia de norma-

lidade atrelada a heteronormatividade é a naturalização da constituição familiar heterossexual e patriarcal, que exalta o modelo “pai, mãe e filhos”, esquecendo que existem inúmeras formas de constituição familiar. A religião tem um forte papel na construção desse modelo de família, pois justifica com base nas crenças que essa é a forma certa de composição familiar. (LIONÇO e DINIZ, 2008).

Para a sociedade heteronormativa patriarcal, deve existir apenas a dualidade de homem ou mulher, conforme seu sexo biológico, e o comportamento deve ser o de um homem masculino - que dá sustento a família - e o da mulher feminina, frágil e “do lar”, onde os desejos de ambos, devem ser investidos no sexo oposto. A pessoa que não segue essa normativa e foge desse padrão é considerada desviante, pois a heterossexualidade é considerada da natureza do ser humano, assim podem-se criar fatores de desigualdade e preconceito com quem não está dentro desse padrão imposto. (LOURO, 2000)

A cultura é outro fator determinante na construção subjetiva e nas ações. Os comportamentos que se naturalizam tendem a se repetir constantemente em todos os ambientes que o sujeito se encontrar. A escola é um local de aprendizado, logo se o jovem não tiver educação sobre a diversidade sexual, poderá repetir padrões preconceituosos enraizados e, com isso, ocasionar comportamentos violentos com aqueles que não seguem a regra imposta socialmente, segundo o que foi aprendido dentro de seu contexto social. (LIONÇO e DINIZ, 2008).

De acordo com Carmo e Signorelli (2015) o termo gênero está ligado ao histórico dos movimentos sociais feministas e LGBTI+ (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, travestis, transexuais, intersexuais, entre outros) em busca dos direitos civis e humanos que, na década de 80, usaram esse termo no lugar de “sexo”, para reafirmar que os comportamentos não são somente de um sexo biológico, e sim, são todos os aspectos culturais e sociais.

O termo homofobia é uma manifestação de sexismo, ou seja, o fato de discriminar uma pessoa a partir do seu sexo, e mais particularmente, do seu gênero. Em uma sociedade marcada pela dominação masculina e uma virilidade exacerbada, pode-se entender a homofobia como uma “vigilância do gênero”, pois esse sujeito viril tende a não aceitar relações sensíveis entre homens e também relações entre mulheres que fogem do tradicional estereótipo da feminilidade. Assim, é possível perceber que a homofobia visa denunciar os “desvios” dos indivíduos em relação ao seu “sexo e gênero certo”. (BORRILLO, 2001).

Para falar de homofobia hoje no Brasil é preciso entender o contexto sócio-político em que o país vive marcado por uma onda de conservadorismo e retrocesso, afetando diretamente a questão dos direitos humanos. Há um grande setor conservador dentro do Congresso Nacional representado pela bancada evangélica, indo contra às causas LGBTI+ e questões de gênero. Tal bancada possui grande influência capaz de revogar muitos di-

reitos da população, com base em crenças e dogmas religiosos, algo bem contraditório em uma sociedade laica (LEAL, et.al, 2015).

A diminuição dos direitos através do poder político-legislativo pautado em dogmas religiosos, é um fenômeno que é observado em distintos momentos históricos, como, por exemplo, no regime nazista e em períodos de escravocratas. É fato que os direitos humanos são reconhecidos por grande parte dos governos, não excluindo nenhuma categoria, porém, é contraditório observar que os fenômenos discriminatórios continuam se desenvolvendo nesses regimes democráticos (LEAL, et.al, 2015).

Quando se fala em preconceito, inúmeras são as vertentes que esse tema se desdobra, porém, um levantamento feito na SciELO (Scientific Electronic Library On-Line) demonstrou que o preconceito relacionado a questões de sexualidade é pouco estudado. Essa falta de atenção vai contra fatores observados socialmente, como grandes movimentos abordam questões ligadas à homossexualidade e pela igualdade de direitos (FLEURY E TORRES, 2007).

Uma pesquisa realizada pela UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura) lançada no dia 08 de março de 2004 mostrou a necessidade da Psicologia Social se dedicar mais às questões relacionadas com o preconceito contra homossexuais. Segundo dados dessa pesquisa realizada com estudantes, 25% dos entrevistados alegaram que não gostariam de ter um colega homossexual, além disso, quando questionados sobre o motivo para tal rejeição, a maior parte alegou acreditar que a homossexualidade é uma doença. Dessa forma fica claro observar a necessidade de uma maior atenção sobre o tema (JESUS, et. al., 2008);

Ao fazer uma comparação do Brasil com os Estados Unidos observa-se que o risco de assassinato de um homossexual é 800% maior no Brasil. Expondo a negligência do governo com essa parcela da população, não oferecendo a segurança necessária. De acordo com o Grupo Gay da Bahia (2012) o Brasil é o país com maior índice de homossexuais assassinados e tais crimes são justificados, apenas, pela escolha sexual. (LIMA, et.al, 2016).

A homofobia é extremamente presente no Brasil e travestis, gays, lésbicas e transexuais constituem a minoria social mais vulnerável da nossa sociedade. Isso porque o preconceito começa, na maioria das vezes, em casa. Os jovens começam a sentir a dor do preconceito através de suas famílias, por meio de discursos pesados como “prefiro ter um filho morto a um filho homossexual”; a impossibilidade de conversar sobre questões afetivas e, casos mais drásticos, são vítimas de agressão física e expulsos de casa (MOTT E CERQUEIRA, 2000).

O processo que inferioriza e nega a determinados grupos sociais certas características humanas é chamado de “infrahumanização”. A Psicologia Social é responsável por estudar tal fenômeno e, segundo essa abordagem teórica, tal processo ocorre devido à incapacidade da maioria social, chamada de endogrupo, observar características humanas naque-

les que, por algum motivo, não se enquadram nessa maioria, ocorrendo então, a oposição a traços de culturas e a ideia de superioridade. (FLEURY E TORRES, 2007).

Há uma supremacia da heterossexualidade, excluindo e rechaçando aqueles que não se enquadram a tal lógica de identidades sexuais e de gêneros atribuídas a cada um dos sexos. Dessa forma os que estão fora do contexto heterossexual sofrem procedimentos de exclusão, convivendo assim com a experiência social de abjeção, que marca de forma profunda suas subjetividades, interferindo no que se refere à percepção de si. (TOLEDO E PINAFI, 2012)

A intolerância com a diversidade sexual é um dos contextos mais graves e alarmantes da sociedade, pois, de acordo com Jesus (et al, 2008) a violência contra homoafetivos é a terceira mais grave violência cometidas pelos jovens. Isso causa consequências drásticas para a pessoa que sofre a intolerância, causando sofrimento, exclusão e desrespeito com sua sexualidade. (JESUS, et. al., 2008).

Essa violência se manifesta “através de preconceitos, ameaças, agressão física e psicológica, abuso sexual, constrangimentos, assédio moral, entre outras ações que atinjam o bem-estar do outro, tendo as desigualdades de gênero ou de orientação sexual como pano de fundo” (CARMO E SIGNORELLI, 2015, p.113). Essa intolerância está ligada a tudo que ‘foge do padrão’ tradicional da sociedade culturalmente patriarcal e heteronormativa, gerando inúmeras consequências para aqueles que não se enquadram nas normas impostas.

A partir do momento em que um sujeito não se reconhece no contexto da heterossexualidade, abre-se diante dele um futuro isolado e marginalizado, visto que não se enquadram nas normativas de gênero e sexualidade. Esse contexto abre brechas para inúmeros sofrimentos psíquicos e diversas consequências (TOLEDO E PINAFI, 2012).

SUICÍDIO COMO TENTATIVA DE SAÍDA PARA O SOFRIMENTO PSÍQUICO

O sofrimento psíquico daqueles que não se enquadram a norma da heterossexualidade influencia em comportamentos destrutivos, como a prática de sexo não-seguro, consumo descomedido de álcool e drogas, dificuldade de relacionamento e, até mesmo, tentativas de suicídio (TOLEDO e PINAFI, 2012). Pode ser entendido como suicídio o acontecimento ligado aos fenômenos de autodestruição, os quais acontecem em vários graus. O primeiro deles está ligado a esferas inconscientes, ou seja, de alguma forma todo indivíduo possui algum componente ligado à autodestruição, o que não significa que todos irão desenvolver atitudes destrutivas (BASTOS, 2009). O segundo grau é marcado pelo grau intermediário de atitudes autodestrutivas, normalmente marcado por tentativas de suicídio.

Diante desses sujeitos, torna-se importante o trabalho terapêutico, acolhendo o sofrimento e trabalhando as questões que levam ao desejo, e até mesmo, as tentativas de colocar fim a própria vida (BASTOS, 2009). O terceiro grau de autodestrutividade é marcado por níveis extremos de comportamento suicida, ou seja, o forte desejo de se matar. Nesse momento é importante muito cuidado e atenção, visto que o sujeito está fortemente determinado a cometer o suicídio. Recomenda-se nessa fase a intervenção de uma equipe multidisciplinar, composta por psicólogo, médico e a participação do agrupamento familiar do indivíduo, a fim de que se possa tentar reverter essa tendência extrema à autodestruição. O cuidado deve ser intenso, pois o último grau é o suicídio em si (BASTOS, 2009).

Falar de suicídio é um assunto complexo que exige um estudo amplo de diversos fatores, Durkheim (2000) caracteriza como suicídio toda morte que resulta direta ou indiretamente de um ato realizado pela própria pessoa, sabendo no que consiste o resultado de tal ato. Ainda de acordo com Durkheim (2000), o suicídio pode ser entendido com um fator social, variando em cada sociedade e momento histórico. Para ele, em cada contexto, há fatores que influenciam os sujeitos a colocarem fim na própria vida.

Uma pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2018, concluiu que em média 800 mil pessoas colocam fim na própria vida por ano, ou seja, a cada 40 segundos, uma pessoa comete suicídio. Outro fato importante que a pesquisa mostrou é que grande parte dos casos são cometidos em momentos de crises e poderiam ser evitados com políticas públicas adequadas.

De acordo com a portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, o suicídio é entendido como um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e pode ser prevenido. A portaria institui diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, que devem ser implantadas em todas as unidades da federação e respeitadas nas três esferas de gestão.

Ao analisar a Constituição Federal, no capítulo da saúde, entre os artigos 196 e 200, as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pode-se compreender que o suicídio poderia ser evitado por meio de ações de promoção e prevenção, em todos os níveis, de atenção à saúde. Para que isso ocorra, é necessária a organização de uma rede de atenção que garanta cuidados integrais, no manejo dos casos de tentativa de suicídio e também na promoção de estudos e pesquisas sobre o assunto.

Um estudo realizado pelo Grupo Gay da Bahia (GGB) em 2018 mostrou que o suicídio é quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil e, de acordo com os dados da revista científica *Pediatrics*, a pesquisa apontou que gays, lésbicas e bissexuais têm uma probabilidade seis vezes maior de tirar a própria vida do que a população heterossexual - tendo um risco 20% maior, quando convivendo em ambientes hostis em relação à identidade de gênero e orientação sexual.

Os dados da pesquisa mostraram que a discriminação e o preconceito são fatores que influenciam a prática do suicídio pela população LGBTI+, principalmente pelos jovens. A partir do Relatório das Mortes de LGBTI+ do Brasil, em 2016, o Grupo Gay da Bahia começou a contabilizar os casos de suicídio e constatou um crescimento assustador. Em 2017, os casos de suicídio dessa parcela da população tiveram um aumento de 23,8% e 42% em 2018, ano em que a pesquisa foi realizada. Ainda segundo o estudo realizado pelo Grupo Gay da Bahia, em 2018 os gays são o segmento LGBT que mais se suicidam, com 60% de casos, seguidos por 31% de casos de lésbicas, 6% de transexuais e 3% de bissexuais. Em contrapartida 39% das pessoas trans que morrem são vítimas de homicídios. Pesquisas como esta realizada pelo Grupo Gay da Bahia são de suma importância para traçar um panorama dos casos de suicídio nessa parcela da população e entender quais as principais causas para números tão alarmantes.

Um ponto importante sobre essa temática é compreender que não existe suicídio, mas sim suicídios, visto que é preciso levar em consideração, desde a fantasia sobre acabar com a própria vida, os comportamentos destrutivos, as tentativas e o ato em si. Todas essas vertentes são de suma importância para a prevenção (BASTOS, 2009). Além disso, é também fundamental compreender o suicídio como um fenômeno relacionado a uma pluralidade de fatores, podendo ser analisado por diferentes patamares, sociais, institucionais, familiares e individuais, sendo que um fator pode se sobressair sobre os demais (BASTOS, 2009). Ao se falar de prevenção ao suicídio, Fukumitsu (2014) sugere que não é possível trabalhar de forma solitária, sendo assim é necessária a parceria com a família e outros profissionais envolvidos, como psiquiatras e enfermeiros. O sigilo deve acontecer no processo terapêutico, desde que não haja o risco do sujeito colocar fim à própria vida - nesses casos é fundamental que exista uma rede de apoio. Ao profissional de psicologia cabe um manejo adequado, com total respeito e tolerância para lidar com as dores do outro. Outro ponto importante é saber que o foco do tratamento consiste na vida do sujeito e em maneiras de permitir que ele possa lidar com seu sofrimento de forma subjetiva, mas sem colocar em risco sua vida (FUKUMITSU, 2014).

Todo sujeito com ideação suicida precisa de enorme atenção durante o processo terapêutico, porém ao se tratar da população LGBTI+ é preciso ainda maior sensibilidade e preparo por parte do profissional. Uma nota técnica emitida pelo Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP/PR) confirma que pessoas que não seguem o padrão heteronormativo estão mais vulneráveis do que os demais. De acordo com essa nota do CRP/PR, a Psicologia também pode ser um fator contribuinte para o aumento da estigmatização e discriminação, o que, conseqüentemente, provoca aumento no sofrimento psíquico. Sendo assim profissionais que utilizam práticas que visam a (re)orientação sexual, provocam aumento nos casos de sofrimento e suicídio.

Sendo assim, é de suma importância que o psicólogo esteja prepara-

do para lidar com esse tão sensível tema e aja com responsabilidade frente ao sofrimento de seu paciente, seguindo as normas impostas pelo Conselho Federal de Psicologia, sempre amparado pelos suportes teóricos.

A partir da revisão bibliográfica realizada, e também da experiência adquirida enquanto integrante da equipe de Psicologia do Grupo Dignidade, é possível constatar que fatores como o preconceito, a discriminação e a falta de aceitação por parte da família, são fatores que influenciam no aumento dos casos de suicídio na população LGBTI+.

Quando a pessoa está sujeita a não aceitação social e familiar, abre-se diante dela um futuro marginalizado e, conseqüentemente, diversos sofrimentos. Dessa forma, sem um suporte adequado o suicídio pode ser entendido como uma saída. Sendo assim, é de suma importância que sejam políticas públicas adequadas para essa parcela da população, assim como, serviços de saúde que permitam um tratamento digno e igualitário para todos.

Cabe também à Psicologia e suas diversas abordagens, o constante investimento teórico na produção científica referente a temas como sexualidade e gênero, assim como, o diálogo com outras disciplinas a fim de compreender as conseqüências do cenário social atual na vida da população LGBTI+. É por meio de muita responsabilidade e políticas adequadas que o suicídio poderá deixar de ser uma saída para o sofrimento vivido por essa parcela da população que não segue o padrão heteronormativo.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Rogério Lustosa. **Suicídios, Psicologia e vínculos: uma leitura psicossocial.** Psicologia USP, v. 20, n. 1, p. 67-92, 2009.

BORRILLO, Daniel. **Homofobia.** Barcelona: Bellaterra, 2001.

BORTOLINI, Alexandre. **Diversidade sexual na escola.** Pró-Reitoria de Extensão, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. p. 292.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria n.1.876, de 14 de agosto de 2006. **Define diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio.** Diário Oficial da União 2006; 15 ago.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade.** 6 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

CARMO, Ana Luiza Boldrini Werneck do; SIGNORELLI, Marcos Claudio. **Da Violência Intrafamiliar À Violência Contra Mulheres Com Deficiência: Uma Causa de Todos.** IN: **Violência, gênero & diversidade: desafios para a educação e o desenvolvimento.** / Clóvis Wanzinack; Marcos Claudio Signorelli; (Orgs.) – Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2015.

DURKHEIM, Emile. **O Suicídio.** São Paulo; Martins Fontes, 2000.

- FLEURY, Alessandra Ramos Demito; TORRES, Ana Raquel Rosas. **Análise psicossocial do preconceito contra homossexuais**. Estudos de Psicologia, v. 24, n. 4, p. 475-486, 2007.
- FOUCAUT, Michel. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. (1976) Rio de Janeiro, Editora Graal, 1999.
- FUKUMITSU, Karina Okajima. **O psicoterapeuta diante do comportamento suicida**. Psicologia USP, v. 25, n. 3, p. 270-275, 2014.
- GGB–GRUPO, GAY DA BAHIA. **Mortes violentas de LGBTI+ no Brasil: Relatório 2018**. Bahia: Grupo Gay da Bahia, 2018.
- GONSALVESTOLEDO, Livia; PINAFI, Tânia. **A clínica psicológica e o público LGBT**. Psicologia Clínica, v. 24, n. 1, 2012.
- JESUS, Beto de; et al. **Diversidade sexual na escola: uma metodologia de trabalho com adolescentes e jovens**. Ed. Especial, revista e ampliada. – São Paulo: ECOS– Comunicação em Sexualidade, 2008.
- LEAL, Taci Coutinho et al. **A política como retrocesso no Brasil da atualidade: uma dupla morte**, 2015.
- LIMA, Rebecca de Almeida Pessoa, et al. **“A situação de risco dos homossexuais no estado da Paraíba.”**, 2016.
- LIONÇO, Tatiana; DINIZ, Debora. **Homofobia, silêncio e naturalização: por uma narrativa da diversidade sexual**. Revista Psicologia Política, v. 8, n. 16, p. 307-324, 2008.
- LOURO, Guacira Lopes. **Corpo, escola e identidade. Educação & Realidade**, v. 25, n. 2, 2000.
- MOTT, Luiz; CERQUEIRA, Marcelo. **Causa mortis: homofobia**. Salvador: Grupo Gay da Bahia, 2001.
- Organização das Nações Unidas. **OMS: quase 800 mil pessoas se suicidam por ano**. Brasil: ONU, 2018 [internet]. [acesso em 21 de maio de 2019]. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/oms-quase-800-mil-pessoas-se-suicidam-por-ano/>>.
- PARANÁ, Conselho Regional de Psicologia. Nota Técnica CPR-PR 001-2019. **Orienta as (os) profissionais de Psicologia no atendimento às pessoas Lésbicas, Bissexuais, Gays e demais orientações sexuais (LGB+)**. Disponível em < <https://crppr.org.br/wp-content/uploads/2019/05/Nota-T%C3%A9cnica-CRP-PR-n%C2%B0-001-2019.pdf>>.
- PORCHAT, Patrícia. **Ato performativo e desconstrução: o gênero em Judith Butler. Histeria e Gênero: Sexo como desencontro**. Versos Editora. São Paulo, 2014.
- SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. 2012.
- ZAMBRANO, Elizabeth. **Diálogos de uma psicanalista com a Antropologia: um relato pessoal. Psicanálise e Gênero: Narrativas feministas e queer no Brasil e na Argentina**, 1. Ed, Calligraphie, Curitiba, 2018.

Dupla exclusão: homossexualidade e deficiência física

Roberta Previdi Abdul-Hak

As últimas décadas foram marcadas por um aumento expressivo nas produções acerca da diversidade sexual, sejam elas científicas ou culturais. O assunto hoje em dia está presente em nossa realidade, seja em discussões políticas, em conversas familiares ou nas notícias dos jornais. Apesar do assunto estar cada vez mais nos holofotes da sociedade, o preconceito e a exclusão sofridos pela comunidade LGBTI+ não diminuem. O presente capítulo teve como objetivo buscar uma maior conscientização sobre questões ligadas ao sofrimento e à exclusão sofridos por homens homossexuais com deficiência física.

No Brasil, segundo pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011) no ano 2010, 23,9% do total da população possuía algum tipo de deficiência, o que representava cerca de 45 milhões de brasileiros. Os números não são baixos e apenas demonstram como a experiência da deficiência faz parte da vivência humana, assim como, por exemplo, o envelhecimento - não é algo que pode simplesmente ser ignorado. Desta maneira, o estudo desta realidade por parte de psicólogos se faz extremamente importante, justamente por ser inerente à condição e a realidade humana (GESSER, NUERNBERG & TONELI, 2012).

A luta pelos direitos das minorias nas últimas décadas aumentou e vem trazendo maior visibilidade à estas parcelas da população, além da consolidação de direitos sociais. Mais especificamente em relação à população deficiente, também vem crescendo a exigência de ações que promovam acessibilidade e inclusão baseadas no Estatuto da Pessoa com Deficiência instituído pela Lei nº 13.146/15, destinadas a assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

Entre os estudos em relação à população com deficiência, existe um movimento, surgido no fim dos anos 70, que ficou conhecido como modelo social da deficiência. Esta perspectiva busca ultrapassar o pensamento reduzido à compreensão da deficiência como apenas as lesões e impedimentos do corpo, considerando apenas aspectos biomédicos. Busca-se uma transversalidade do pensamento, incorporando um olhar político, social e cultural da questão, trazendo assim uma visão integral (GESSER, NUERNBERG & TONELI, 2012).

Quando se está preso ao paradigma biomédico da deficiência, ocorre um processo perverso de inclusão através da exclusão: incluindo-os e considerando-os parte através da diferença, da falta e da inaptidão, além de generalizá-los, colocando todos os deficientes em um mesmo lugar social, ignorando sua singularidade. O modelo social da deficiência busca, então, romper com estas concepções limitantes e passa a encarar a deficiência como parte do campo das humanidades, e não mais uma tragédia pessoal que necessita de um tratamento ou da caridade dos outros (GESSER, NUERNBERG & TONELI, 2012).

Seguindo, então, uma visão mais abrangente do problema, é de extrema importância a produção de estudos e de espaços de diálogo sobre a questão. Não se pode reduzir a discussão sobre as pessoas com deficiência apenas às questões de educação e trabalho, como de costume. É necessário expandir para todas as dimensões da vida humana, incluindo a sexualidade, geralmente ignorada quando se trata desta população.

Deixar a questão da sexualidade de lado é algo frequente, quando se fala da população com deficiência, pois, esta, normalmente, é vista como assexuada, sem desejos e sem as mesmas necessidades sexuais das pessoas consideradas “normais” (PINEL, 1999). Vários fatores contribuem para a concepção de que são assexuadas. Um deles é o processo de infantilização por parte da sociedade e, principalmente, de familiares e pessoas mais próximas. Estes desenvolvem um cuidado extremo em relação ao deficiente, uma superproteção que imprime em seu imaginário a imagem de fragilidade, vulnerabilidade e da necessidade de cuidado a todo momento, como uma criança (SOARES, MOREIRA e MONTEIRO, 2008). O olhar infantilizado, aliado à negação do desenvolvimento corporal, social e psíquico, acaba servindo como estratégia para manter a pessoa com deficiência num lugar de incapacidade, necessitando cada vez mais de cuidado, alimentando um ciclo vicioso (SOARES, MOREIRA e MONTEIRO, 2008).

A escassez de relatos e produções sobre a sexualidade dessa população, somada ao preconceito e discriminação, criam uma barreira difícil de ser ultrapassada e contribui para a visão de que a pessoa com deficiência não tem espaço para exercer e vivenciar sua sexualidade. Como não compreende a pessoa deficiente como alguém com afetos, desejos e fantasias sexuais, a sociedade limita oportunidades para que o próprio deficiente encontre espaço para exercer sua subjetividade. A questão fica ainda mais complicada quando se soma às vivências da deficiência física e/ou sensorial, outro tipo de tabu: o da comunidade LGBTI+ (SOARES, MOREIRA e MONTEIRO, 2008).

Quando se fala sobre sexualidade é preciso entendê-la como um processo plural. Sua compreensão perpassa não só a dimensão biológica e pessoal, mas também social, histórica, política e cultural. O corpo e a sexualidade se constroem e ganham sentido a partir da vivência social. Desta maneira, as possibilidades da sexualidade – as formas de expressar os desejos e fantasias - acabam sendo socialmente estabelecidas e ditadas.

As formas de expressão do corpo e da sexualidade são moldadas pelos ditames da sociedade sobre ele, e assim se estabelece uma relação de poder: há aqueles que ditam as regras, e aqueles que as seguem (LOURO, 2000).

Os ditos e regras, ou seja, o discurso sobre a sexualidade, acaba por normatizar, regular e produzir “verdades” acerca do assunto, tornando-se um valioso meio de controle. Ao instaurar normas e regras se alcança a generalização e se detém o controle dos comportamentos da população (FOUCAULT, 2012, apud DE ALENCAR, 2015). A normatização da sexualidade veio com o objetivo de impor um corpo simbólico único, regulado, sem marcas ou diferenciações, estabelecendo uma referência de normal para todos os sujeitos, deixando aqueles que não seguiam as regras na anormalidade, considerados desviantes (LOURO, 2000). A parcela que não segue às normas e que acaba ficando à margem, encontra como estratégia de resistência se unir em busca de um mundo de “fuga”, ou seja, um espaço onde poderiam existir.

Ao longo da história pode-se observar algumas instituições que detinham o poder do discurso da sexualidade. Primeiramente, a Igreja rapidamente se apropriou de formas de poder disciplinador sobre o corpo e a sexualidade e passa, então, a ditar as “regras do jogo”. Já a partir do século XVIII surge em cena outra instituição detentora de um discurso da verdade, a ciência. No contexto histórico da época, o que imperava era o positivismo. Este pensamento buscava quantificação, funcionalidade, descrição e controle. Com a sexualidade não foi diferente e, assim, buscou-se enquadrá-la nestes critérios, tornando a ciência detentora do discurso normatizante sobre a sexualidade (SANTOS, 2013, p.5).

A perseguição àqueles que não seguiam as normas, primeiramente realizada pela Igreja, através de um discurso de pecado, passa a ser realizada pelo mundo científico através da patologização. Buscava-se uma tipificação física dos homossexuais que eram considerados frágeis réplicas do corpo feminino. Desta maneira, a criação de um mundo estetizado, de corpos fortes e viris vem como resistência à perseguição. Mesmo no auge da agonia e exclusão, mantém-se belo (MENDONÇA, 2010). A comunidade homossexual foi se aproximando das questões estéticas através do corpo físico e da moda como forma de subsistir à uma sociedade repressora. A busca pelo belo e bem-sucedido caminha no sentido oposto da imagem que o discurso médico e religioso produziu e ainda produz sobre o corpo e sobre o sujeito homossexual. A partir da união dos oprimidos pelo sistema em pauta, criou-se uma comunidade. A comunidade gay se constituiu como um micro-sistema, o qual também acaba por instituir padrões. A união deste grupo funcionou como uma ação organizadora que permitiu a apropriação de um modo de ser e de agir. Ao longo do tempo, o modo de ser e agir deu lugar a um *habitus* homossexual: um sistema de disposições duradouras que designa uma maneira de ser, um estado habitual - ou seja, a organização desta parcela da população, como uma comunidade possuidora de uma identidade, acabou por estabelecer padrões que passam a

guiar o modo/estilo de vida destas pessoas (POLLAK, 1982, apud CASCAIS, 2015),

O *habitus* homossexual se caracteriza por um corpo que é mais que jovem e belo. Ele é abundante em sinais de juventude e beleza, concedendo um poder erótico, mas também em sinais referentes ao domínio de questões profissionais, econômicas e sociais (CASCAIS, 2015). Para ser bem-sucedido neste sistema, pede-se êxito profissional, prestígio, produtividade, sucesso econômico, boas relações sociais, além do corpo extremamente jovem e belo. Uma pesquisa realizada por Pereira, Ayrosa e Ojima (2006) buscou compreender a construção da identidade homossexual através do consumo. Os autores buscaram analisar as mudanças de hábitos de consumo que ocorreram durante o rito de passagem da “saída do armário” de alguns homens, ou seja, no processo de construção da identidade homossexual. Aqui, a identidade diz respeito a um conjunto de características organizadoras que localizam o “eu” deste indivíduo em relação à um grupo social e que, conseqüentemente, influênciam nos produtos e serviços consumidos. Conforme o indivíduo assume essa identidade, começa a se comportar de maneira a estar incluído neste novo grupo, entendendo seus valores e costumes e seguindo, então, o “habitus homossexual”.

Apesar da pesquisa ser realizada apenas com dez homens, de apenas um estado brasileiro (Rio de Janeiro), foi possível validar aquilo que já vinha sendo dito na teoria. O momento de assimilação da identidade, é quando começam a frequentar lugares e a consumir produtos direcionados, especificamente, a este subgrupo, o que faz parte da construção do sentimento de pertencimento. Estes lugares, espaços e produtos, evidenciam a importância de marcas e status pois fornecem um certo código de identificação. Assim, você deve frequentar tal lugar e deve consumir tal marca para ser inserido (PEREIRA, AYROSA E OJIMA, 2006). Os produtos e serviços consumidos pela comunidade gay possuem um grande valor simbólico para construção da identidade, pois concedem a entrada e a integração no grupo. Além disso, “dançar conforme a música”, usar as marcas mais cobiçadas e frequentar os lugares de maior status, significa a saída do armário e, finalmente, a entrada no grupo (PEREIRA, AYROSA E OJIMA, 2006).

Por fim, a pesquisa aponta para a grande ênfase dada pelos entrevistados aos padrões estéticos relacionados à cultura gay, na qual se enfatiza o culto ao corpo, o uso de marcas caras e a maneira de se vestir. Além disso, alguns entrevistados relatam a maior procura por academias de ginástica, cosméticos e procedimentos estéticos após a “saída do armário” (PEREIRA, AYROSA E OJIMA, 2006). Os padrões de comportamento observados na cultura gay evidenciam a correlação feita entre juventude e beleza com felicidade, saúde e sucesso. Este pensamento segue a mesma lógica do modelo biomédico, que enxerga a deficiência com uma visão limitante. Posto isto, fica o questionamento: de que maneira um homem deficiente, já excluído e marginalizado na sociedade brasilei-

ra, através do pensamento biomédico, encontra meios de se relacionar com uma comunidade tão exigente? A partir deste panorama pode-se começar a entender o tipo de dificuldade enfrentada por um indivíduo deficiente e homossexual. Ele é excluído por duas vertentes simultâneas: A do modelo biomédico da deficiência e da homonormatividade estabelecida na comunidade gay.

A exclusão social é um processo sócio-histórico que se caracteriza, perversamente por uma inclusão através da falta. Neste momento, não se fala mais em exclusão social, mas sim em dialética da exclusão/ inclusão social. Os sujeitos inscritos no processo de exclusão/ inclusão social vivem um rompimento que se estende por todas as esferas da vida humana, criando significados e sentimentos provindos da falta (SAWAIA, 2001).

O ser humano é um ser social. As inúmeras relações que o indivíduo estabelece ao longo de sua vida o constroem e constituem sua subjetividade. Ele está constantemente ligado a grupos, instituições e configurações coletivas (sejam elas materiais ou simbólicas) que, também são formados por relações. Os homens se agrupam, estabelecem relações, e estas produzem seus ideais, dão forma aos seus desejos e delinham seu sistema de valores e normas a serem seguidas.

Ainda segundo Sawaia, o sujeito se constitui e se entende quando tem um sentimento de pertencimento ao grupo. Portanto, quando se tem um sentimento de pertencimento aos grupos, um lugar seguro, com um vínculo forte e saudável, o indivíduo passa a ter mais subsídios e recursos para crescer, se desenvolver e se relacionar melhor com a sociedade. A partir desta dinâmica saudável, o sujeito se sente inserido, útil, reconhecido e importante.

Em contrapartida, quando se está inserido de maneira desfavorável nestes sistemas, se fica à margem dos grandes grupos e instituições. Assim, os vínculos criados também são desfavoráveis. Este indivíduo ocupa uma posição social frágil, caracterizada como lugar de sofrimento, desvalorizado. A subjetividade delineada a partir de um lugar social frágil, torna-se frágil. O não reconhecimento social do potencial, da utilidade e da saúde são projetados para a subjetividade do sujeito, o qual passa a ter o sentimento de inutilidade e inferioridade gerando um grande mal-estar psíquico. Aqui, fica clara a dialética da inclusão/exclusão social: sofrimento psíquico passa a ser a forma de estar inserido nesta sociedade, como um sujeito doente (SAWAIA, 2001).

O indivíduo que ocupa mais de um lugar de exclusão, que tem mais de um marcador social marginalizante, fica ainda mais amarrado à uma subjetividade pautada na exclusão e fragilidade, configurando lugares mais delicados de sofrimento psíquico, considerando seu alto grau de exclusão (ABREU, SILVA E ZUCHIWSCHI, 2015). Portanto, o indivíduo deficiente já se desenvolve de maneira desfavorável na sociedade, pois, é privado da convivência e da igualdade. O sujeito deficiente e gay se encontra em uma posição social frágil, da qual se desenvolvem inúmeros sentimentos nega-

tivos como de insuficiência e exclusão.

O corpo, como uma fronteira que demarca as diferenças, é objeto de investimentos sociais e instrumento que liga o homem com o mundo (MAGALHÃES E SABATINE, 2010). O homem deficiente não tem seus direitos plenamente garantidos hoje no Brasil e se vê, além de, excluído e marginalizado, invisível, pois, não frequenta os mesmos lugares que os “normais”, não convive com todos em sua plenitude e nem se vê incluído nas atividades e grupos sociais. Além de invisível, assexuado, pois, a maioria não dá conta de lhe conotar um espaço vivencial, im- gine sexual.

A partir do panorama descrito, um homem deficiente e gay hoje no Brasil se encontra em uma situação bastante delicada. A falta de inclusão dos deficien- tes seja de forma física, arquitetônica, seja de forma simbólica, como participação dos grupos sociais e instituições, impede que o sujeito deficiente desenvolva um lugar social no qual seja reconhecido como saudável, capaz, útil e até interessante. É preciso falar sobre a deficiência. Tanto em instituições e grandes grupos sociais como dentro dos próprios grupos, já excluídos e minoritários, como a comunidade LGBTI+. Moscovici (1961, apud HERNANDEZ, ACCORSSI E GUARESCHI, 2013) descreve o sujeito como agente de mudanças em sua obra Psicologia das Minorias Ativas. Nela, traz a ideia de que o desejo de mudança do indivíduo o faz relacionar-se e envolver-se em pequenos grupos que se tornam agentes de mudança e transformação daquele meio. Para que se torne agente, o indivíduo passa primeiro por uma problematização de consciência, que surge de uma inquietação, um incômodo no qual se vê ao mesmo tempo descontente e desejante de transformação. A tomada de consciência acontece quando o indivíduo assume a posição de sujeito e não mais de mero objeto, levado pela coletividade. Assim, se dá conta de seu papel ativo e transformador, chamado de processo de politização da consciência. A partir disso transforma também seus comportamentos e modos de se relacionar com o meio (HERNANDEZ, ACCORSSI E GUARESCHI, 2013). Numa tomada de consciência, o sujeito passa a existir de uma maneira transformadora em seu meio e acaba se unindo em prol de mudanças mais significativas. Quando um pequeno grupo consegue estruturar uma luta por determinada visibilidade, é possível construir espaços de diálogo, participação e representação crescendo assim o poder transformador deste grupo minoritário (HERNANDEZ, ACCORSSI E GUARESCHI, 2013).

A tomada de consciência da classe dos psicólogos é de extrema importância para que então influencie os principais agentes transformadores desse processo: os próprios indivíduos deficientes e homossexuais. No momento que nos tornamos agentes de mudança, despertamos o desejo transformador desta mi- noria, que acaba sendo invisível aos olhos da sociedade. A tomada de consciência do próprio indivíduo que se encontra na situação de exclusão é, de fato, a mais importante. Porém, considerando seu lugar frágil e marginalizado, esta transformação psíquica para no-

vas maneiras de agir e de se comportar na sociedade acaba sendo dificultada. Por isso é preciso convocar profissionais da saúde para esta tomada de consciência.

Ser psicólogo e agente de mudança significa movimentar. Criar espaços de diálogo, sensibilizar, colocar em pauta estas questões que não são muitas vezes nem lembradas, pois como já dito são pessoas excluídas, marginalizadas e invisíveis.

REFERÊNCIAS

ABREU, Fabrício Santos Dias de; SILVA, Daniele Nunes Henrique; ZUCHIWSCHI, José. **Surdos e homossexuais: a (des)cobertura de trajetórias silenciadas**. Temas em Psicologia, v. 23, n. 3, p. 607-620, 2015.

ALENCAR, Larissa Siqueira de. **Sexualidades e gênero: breve estudo acerca da Homofobia e Heteronormatividade**. Movimentação, v. 2, n. 2, p. 01-15, 2015.

CASCAIS, Antônio Fernando. **O malogro da beleza, ou uma incapacitação crítica da homonormatividade**. Configurações, v. 15, 2015.

GESSER, Marivete; NUERNBERG, Adriano Henrique; TONELLI, Maria Juracy Figueiras. **A contribuição do modelo social da deficiência à Psicologia Social**. Psicologia & Sociedade, v. 24, n. 3, 2012.

HERNANDEZ, Aline Reis Calvo; ACCORSSI, Aline. GUARESCHI, Pedrinho. **Psicologia das minorias ativas: por uma psicologia política dissidente**. Revista Psicologia Política, v. 13, 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). Censo Demográfico 2010: **Resultados Preliminares da Amostra**. Em https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares_amostra/notas_resultados_preliminares_amostra.pdf.

LOURO, Guacira Lopes. **O corpo educado: Pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica. 2000.

MAGALHÃES, Bóris Ribeiro de; SABATINE, Thiago Teixeira. **A saúde como estilo e o corpo como objeto de intervenção. Sexualidade, corpo e direito**, p. 133, 2010.

MENDONÇA, Carlos Magno Camargos. **Beleza pura: A estetização da vida cotidiana como estratégia de resistência para o homossexual masculino**. Porto Alegre: FAMECOS. 2010. p. 1180 – 127.

PEREIRA, Bill; AYROSA, Eduardo André Teixeira; OJIMA, Sayuri. **Consumo entre gays: compreendendo a construção da identidade homossexual através do consumo**. Cadernos Ebape. br, v. 4, n. 2, p. 1-16, 2006.

PINEL, Arletty Cecília. **Educação sexual para pessoas portadoras de deficiências físicas e mentais**. In: RIBEIRO, Marcos (Org.). O prazer e o pensar: orientação sexual para educadores e profissionais de saúde. São Paulo: Gente. 1999. p. 211-226.

SANTOS, Daniel Kerry. **As produções discursivas sobre a homossexualidade e a constru-**

ção da homofobia: Problematizações necessárias à Psicologia. EPOS, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 2013.

SAWAIA, Bader. **As artimanhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social.** Rio de Janeiro: VOZES. 2001.

SOARES, Ana Helena Rotta; MOREIRA, Martha Cristina Nunes e MONTEIRO, Lúcia Maria Costa. **Jovens portadores de deficiência: sexualidade e estigma. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro,** v. 13, n. 1, p. 185-198, 2008.

Religião e pessoas LGBTI+

Isabel Cristina Pereira

A Constituição Federal Brasileira de 1988, no Art. 5º, inciso VI, refere-se a liberdade de crença que todos os brasileiros e pessoas que moram no país possuem: Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

VI - É inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias.

QUAL O GRANDE IMPASSE DA POPULAÇÃO LGBTI+?

Grande parte da população LGBTI+ não se sente aceita dentro de ambientes religiosos uma vez que, de alguma forma, a maioria das religiões embasadas nos fundamentos cristão, judaico e islâmico, condenam comportamentos, crenças e a identidade dessa população. Apesar de seu direito estar garantido por lei, na prática eles são afastados de dentro das suas comunidades ou acabam sentindo-se obrigados a ocultar sua orientação sexual ou identidade de gênero, com receio de sofrer preconceito, exclusão e até mesmo retaliação.

Além de encontrarem conflitos para se apresentarem na sua totalidade como pessoas dentro dos ambientes religiosos, a população LGBTI+ também entra em conflitos internos, pois, ao mesmo tempo que acredita nos preceitos de sua religião, simplesmente não consegue se encaixar nesses padrões. Levando em consideração a pressão do que é pregado como correto e o que de fato esses indivíduos sentem, a possibilidade de adoecimento psicológico é grande.

Em algumas religiões, o celibato e a abstinência são utilizados como soluções encontradas por essa população para não entrarem em desacordo com o que é pregado em sua religião, porém, a sexualidade, que não é apenas o sexo, é uma força que muitas vezes não pode ser contida, visto que faz parte intrinsecamente de quem esse sujeito é.

FOI SEMPRE ASSIM?

Para entender a questão da discriminação dentro das religiões é essencial voltar alguns séculos e perceber que nem sempre fazer parte das denominações atuais LGBTI+ era, necessariamente, um problema.

Evidências interculturais tiveram um papel importante em demonstrar que outras sociedades em volta do mundo integraram algumas formas de, pelo menos, interação erótica e emocional entre o mesmo gênero dentro dos seus costumes sexuais. Quer seja na forma de uma, socialmente aceita, relação pedagógica entre homens adultos e meninos púberes, comumente na Grécia antiga e outras sociedades, ou no desenvolvimento de alguns tipos de “terceiro-sexo”, geralmente, comportamento de cross-dressing, como os berdache nas sociedades nativo americanas (WEEKS, 1981).

Do mesmo modo, no Império Romano, berço da Igreja Católica, não havia classificação de heterossexuais e homossexuais. O homem era autorizado a manter relações sexuais com escravos, sem ocasionar insinuações discordantes, entretanto ao cidadão livre ou guerreiro não era permitido a passividade (RENKE et al, 2017, p.280). O ponto relevante era a preservação das funções e comportamentos culturalmente determinados e socialmente reconhecidos de masculinidade e feminilidade.

QUANDO FOI QUE AS COISAS MUDARAM?

Usando o cristianismo como exemplo, dada a sua influência em diversos acontecimentos históricos e sua potência durante múltiplas décadas, em sua constituição ele se utilizou de alguns princípios gregos, contudo seu fundamento estava na cultura judaica. Na cultura judaica o nascimento, a morte e os impulsos sexuais eram particularidades de poderes ocultos, além do controle humano. O homem sujeito a esses poderes era impossibilitado de alcançar harmonia com Deus. Dessa forma, o contato com a menstruação e o sêmen seriam capazes de transformar o homem em impuro para cultuar Deus (KOSNIK apud TORRES, 2006, p.146). Portanto, a sexualidade em si era vista com maus olhos.

O entendimento dos gregos a respeito das relações sexuais entre homens não foi transmitido para religião cristã. Somente a linha estoica do helenismo é agregado pelo discurso cristão, o sexo começa a ser concebido, exclusivamente, com a finalidade da procriação, repelindo seu aspecto de prazer ou transmissão de conhecimento, tal qual na filosofia grega. Conforme o estoicismo do primeiro século cristão, as relações sexuais entre homens são repudiadas, similarmente a contracepção, uma vez que em ambas não tem como propósito a procriação (RANKE-HEINEMANN apud TORRES, 2006, p.146).

Empregando essa lógica, um ponto que é utilizado para propagar o preconceito dentro da comunidade LGBTI+ é o de Sodoma e Gomorra. O argumento é de que nesse episódio bíblico, as cidades de Sodoma e Gomorra foram condenadas à destruição por fogo e enxofre por apresentar diversos comportamentos ditos “indignos” e pecaminosos. Resumidamente, Deus avisa Abraão que vai destruir as cidades Sodoma e Gomorra, visto que não existem pessoas virtuosas na cidade, contudo Abraão convence Deus de que seu sobrinho Ló é virtuoso. Deus, então, manda seus anjos visitarem Ló, que aplica as leis de hospitalidade, porém, é atacado por habitantes da cidade que querem saber quem são seus visitantes e, provavelmente, abusá-los sexualmente. Ló se recusa a deixá-los entrar e é salvo pelos anjos. Deus, então, avisa Ló do desastre que está por vir, e ele consegue fugir com sua família antes das cidades serem destruídas.

A partir deste relato que surge a palavra que mais se assemelha ao conceito do sujeito homossexual no decurso da Idade Média e Idade Moderna, “sodomita”, e o que servirá para representar as condutas homossexuais executadas por eles, a “sodomia”. Essas duas palavras seguirão a história dos indivíduos relacionados a ações desse tipo, independentemente da sua grande incoerência e de sua mudança de sentido (PINTO, 2015, p.33).

Somente na época de Jesus, em que o helenismo entra com sua cultura em Israel, que o filósofo judaico Philo correlaciona a prática de abusos sexuais de inimigos vencidos, o que seria provavelmente o destino dos hóspedes de Ló, com acontecimento de Sodoma e Gomorra. Essa interpretação veio como uma forma de defender a cultura moral e religiosa de seu grupo em oposição a prostituição masculina dentro da Grécia. Em outras palavras, em nenhum momento antes de Philo, a ameaça do abuso sexual foi apontada como único, ou principal motivo da condenação de Sodoma e Gomorra (LEERS, 2002, p.570).

Sumariamente, conforme o enfoque de Bailey², o pecado de Sodoma não se fundamenta em seus costumes sexuais inadequados, muito menos no suposto propósito dos homens de Sodoma de abusar sexualmente dos anjos que Ló acolheu em sua residência, e sim, na total ausência de acolhimento para os viandantes que por lá estiveram. Em um cenário de periculosidade e complicações pelos percursos, em que, ressalvo, os centros urbanos, as pousadas e estalagens eram locais encontrados esporadicamente, a misericórdia e sensibilidade para com os transeuntes releva-se de grande importância, até mesmo para sua sobrevivência. Essa relevância é sinalizada em inúmeros trechos da bíblia, principalmente, na crítica ao povo egípcio por sua truculência com forasteiros (PINTO, 2015, p.35).

Em Sexo, Desvio e Danação (RICHARDS, 1993, p.136) assinala que o sexo, conforme os ensinamentos cristãos, foi permitido ao homem tão so-

² Derrick Sherwin Bailey, teólogo e historiador, membro da Igreja Anglicana. Suas obras *Homosexuality and the Western Christian Tradition* e o *Wolfenden Report*, auxiliaram na descriminalização da homossexualidade na Inglaterra e no País de Gales.

mente com a finalidade de procriação, nenhuma outra variedade de exercícios sexuais que não direcionasse a reprodução era um pecado contra natureza. Os sacerdotes que iniciaram a Igreja Católica elaboraram um código amplo de ética sexual que até mesmo Cristo não tinha apresentado. Clemente, Jerônimo, Orígenes e Agostinho determinaram o preceito de que, necessariamente, sexo teria a finalidade reprodutiva. Esta posição foi legitimada na ocasião em que o Império Romano assumiu o cristianismo como sua religião verídica. O imperador Justiniano, que se julgava a representação terrestre de Deus, coordenou a prescrição de um regulamento de leis morais extremamente severo se comparado ao do império pagão. Sobre a homossexualidade, a rigidez moral os atingiu como pena de morte, para o imperador os atos homossexuais eram uma violação da natureza, o que acarretava represálias “por causa destes crimes ocorrem fomes coletivas, terremotos e pestes”, declarou.

Nem mesmo aqueles que eram vítimas de violação sexual eram perdoados, muitas das vítimas que sofriam violência, além das dores físicas e dor morais, se calavam com medo das repressões. A questão era que, na visão social, teriam cometido um crime da luxúria, um crime moral e pecaminoso, que ia contra as leis de Deus. O mesmo acontecia para vítimas masculinas, os “sodomitas”, mesmo que o homem sofresse uma violação, a culpa era sua, dado que a sodomia era um dos crimes mais graves da carne. A vítima masculina tinha vergonha em confessar o ato, como homem que não conseguiu se defender e como pecador. Não importava quem era vítima e quem era o agressor: os dois eram pecadores (VIGARELLO, 1998).

Analisando, então, a origem da denominação “sodomia” observa-se que é como se o entendimento de que a violência sexual masculina e o ato de sexo homossexual fossem aglomerados na palavra “sodomia”, o que são coisas extremamente diferentes, sendo separadas pelo consentimento e violência. Esse conceito foi sendo deformado a bel prazer pelas pessoas que estavam responsáveis, na época, por propagar quais seriam as ideias de Deus.

E assim, condensadamente, as leis morais que condenavam a “sodomia” transcorreram para idade média, idade moderna e até mesmo a idade contemporânea, em que a perseguição, intolerância, culpa e assassinato eram permitidas e estimuladas para aqueles que estavam fora do que foi estabelecido como padrão. As crenças que permeiam a intolerância e perseguição da população LGBTI+ foram sendo reproduzidas, sem espaço para questionamentos e abertura para novas perspectivas.

Os livros sagrados utilizados para fundamentar as religiões são passíveis de interpretação, e mesmo dentro de uma mesma nomenclatura religiosa existirão divergência de interpretação entre representantes religiosos. A grande questão é que a crença de cada um serve apenas para determinar como o próprio indivíduo irá se comportar e interpretar os acontecimentos em sua vida, uma vez que não deve e nem pode, por lei, ser imposta para outras pessoas.

DESTRINCHANDO A QUESTÃO

É relevante pontuar o caráter sexista que está interligado com a visão de outras orientações sexuais e identidades de gênero serem consideradas impróprias, para compreender por qual motivo esse pensamento ainda é carregado atualmente. A guerra era um acontecimento recorrente no âmbito greco-romano e, possivelmente, o desdém do feminino emergiu da “inadequação das mulheres enquanto guerreiras”. (DOVER apud POS-SAMAI, 2010, p.83).

Como citado previamente, na Grécia, em Roma e em outras sociedades próximas, os relacionamentos homo eram reconhecidos, porém, não na posição de “passividade”. Em *One Hundred Years of Homosexuality*, Halperin (1989) escreve sobre a “condição” que afligia certos homens na obra *Moribus Chronicis*, uma tradução e interpretação feita por Caelius Aurelianus do latim dos textos de Soranus³. Nela é relatado sobre homens “afáveis” ou emasculados, que estavam fora da norma cultural de masculinidade, à medida que desejavam ativamente ser sujeitos a um papel feminino por outros homens na relação sexual. A essa aflição é atribuída um excessivo desejo sexual, que acaba se modificando para a falta de um “senso de vergonha”, que leva o sujeito a converter partes do corpo a utilização sexual. Esses homens assumiram voluntariamente vestir, andar e outros atributos de mulheres, comprovando que eles padeciam de uma doença mental ou moral (HALPERIN, 1989, p.22). Sendo assim, a questão não era sobre a homossexualidade, apesar deste ser um termo atual, e sim, sobre um “desvio de gênero”. Para Halperin (1989) na Atena clássica, o sexo dispõe da capacidade de dividir, categorizar e repartir seus elementos em ordens drasticamente diferentes. Isso porque, supostamente, é direcionado e se define em torno, essencialmente, de um ato assimétrico da penetração do corpo de uma pessoa por outra, estritamente, pelo phallus (falo). Sexo, contudo, não é apenas direcionador, é, também, hierárquico. O parceiro que insere é interpretado como agente sexual, em que o membro fálico penetra o corpo de outra pessoa expressando “atividade” sexual; enquanto que o parceiro que recebe, é interpretado como paciente sexual, em que a submissão pela penetração fálica simboliza “passividade” sexual. Atividade sexual, é apresentada como uma dominação, a relação entre “ativo” e “passivo” sexual é considerada de maneira similar a relação adquirida pelo meio superior social e inferior social (HALPERIN, 1989, p. 30). Isso demonstra que, mais do que uma questão da orientação para o objeto de desejo sexual é uma questão de poder e dominação que está na raiz do preconceito.

Muitas civilizações ainda influenciam na maneira como nos vesti-

³ Soranus praticava Medicina em Alexandria e, subsequentemente, em Roma, e foi um dos chefes representantes da escola metódica.

mos, falamos, pensamos e até mesmo sentimos, positiva ou negativamente, todavia, é imprescindível filtrar e indagar a necessidade de reproduzir certos tipos de concepções que não tem mais espaço quando se vive em uma sociedade que tem como objetivo o respeito e o entendimento de cada indivíduo como ser único, subjetivo e insubstituível. No grande esquema das coisas, de maneira geral, as sociedades atuais que são consideradas mais desenvolvidas tendem a, pelo menos, respeitar o modo como as pessoas são, externa e internamente, tudo dentro do consentimento. Esse respeito reverbera na possibilidade do indivíduo de se desenvolver plenamente, suscitando a dignidade, autorespeito e autoestima que todos merecem.

Em contraste com esse pensamento, a religião pode ser utilizada como embasamento para o discurso de ódio. Ele se caracteriza por expressões que pretendem afrontar, constranger, assustar ou assediar indivíduos devido a sua raça, cor, etnicidade, nacionalidade, sexo ou religião, ou que tem o potencial de encorajar violência, ódio ou discriminação contra esses sujeitos (BRUGGER, 2009, p. 118). Esse discurso é mascarado como liberdade de expressão - a que toda religião tem direito - e contribui na reprodução de que existem maneiras corretas de existir, e que pessoas que não se encaixam nela devem ser punidas. É um pensamento retrógrado, que se assemelha com o raciocínio da inquisição e, até mesmo, do nazismo.

Não se deve negar a importância das religiões para construção da sociedade civilizada em que vivemos e da espiritualidade para a saúde do ser humano, porém algumas pessoas acabam se utilizando de interpretações delas para projetar seus medos e preconceitos em pessoas que não tem relação com suas demandas pessoais. Alguns dos preceitos religiosos faziam sentido no contexto e época em que foram desenvolvidos, contudo muita coisa mudou e foi descoberta, desde as tecnologias, até o entendimento de humanidade, por isso é crucial polir, refinar e renovar o que esses preceitos significam para contexto atual, na época presente.

NÃO PODEMOS GENERALIZAR!

Dentro do leque da espiritualidade, certas religiões são mais flexíveis com a questão da orientação sexual e identidade de gênero. Algumas religiões de matriz africana, por exemplo, que sofreram e sofrem preconceito, similarmente a população LGBTI+, tornam-se locais de acolhimento da fé desses indivíduos. Nestas cerimônias, a orientação do afeto dessa pessoa não é relevante, visto que a ambivalência sexual é vivida inteiramente por meio das entidades. A celebração à natureza e a circunstância de integrantes incorporarem divindades femininas e masculinas, sem diferenciação tornam terreiros ambientes acessíveis para homossexuais se manifestarem (NOVAIS et al, 2017, p. 2231).

Similarmente, no espiritismo, principalmente, de Allan Kardec, a aceitação da população LGBTI+ assumidamente nesse espaço religioso é maior. Para o espiritismo “(...) a energia sexual é considerada uma força positiva e criativa, fundamental à vida (FRANCO; BARCELOS apud GUIMARÃES, 2018, p.41). Consequentemente, em teoria, as amarras da culpa e da vergonha, que comumente recaem sobre a sexualidade, são menores. No artigo “Corpo e espírito: representações da homossexualidade no espiritismo”, Guimarães (2018) cita diversas teorias de vários autores no campo do espiritismo sobre, essencialmente, a homossexualidade. O que se observa é que a contrariedade está mais na maneira como se vivencia a vida sexual, na questão prazer versus emoção, independentemente, se é homo ou hétero - e que, mesmo não estando de acordo com a forma que uma pessoa vive essa sexualidade, o respeito é fundamental.

Dentro de certas denominações religiosas protestantes, também existe abertura para a população LGBTI+. Elas deixaram de lado o conservadorismo e adotam uma postura de acolhimento. Um exemplo, é a Igreja Cidade Refúgio, criada pela pastora Lanna Holder. Outro, é a Igreja Bola de Neve, que também declara pregar a partir da linha evangélica convencional, mas de maneira mais inclusiva. Há relatos, no entanto, de casos de LGBTIfobia de algumas/alguns frequentadores” Esses são dois exemplos de igrejas que possuem diversas filiais espalhadas pelo Brasil. Alguns representantes da Igreja Católica têm se demonstrado inclinados a dar passos em direção ao respeito às pessoas LGBTI+. Seu representante máximo, o Papa Francisco, deu declarações mais flexíveis sobre o assunto, dentro do que sua doutrina religiosa permitiu, pregando respeito, compaixão e delicadeza.

COMO TUDO ISSO AFETA A SAÚDE MENTAL DE UM INDIVÍDUO?

A saúde mental comumente é menosprezada e desvalorizada em virtude do preconceito que a Psicologia e Psiquiatria ainda sofrem, uma vez que, existe o medo e a aversão a “loucura”. Além desse termo não ser mais utilizado, a saúde mental envolve mais fatores do que somente a ausência de transtornos mentais. Associação Americana de Psicologia (APA) aponta que a saúde mental envolve o funcionamento em atividades diárias como trabalho, estudo, relacionamentos saudáveis e a habilidade de adaptação para enfrentamento de adversidades. Ela é a fundação das emoções, pensamentos, comunicação, aprendizado e autoestima. Saúde mental é a chave para bem-estar pessoal e emocional, o que contribui para uma comunidade ou sociedade.

Olhando por uma lente que compreende o ser humano como biopsicossocial, é fundamental notar que, diversos aspectos irão influenciar a capacidade de resiliência, sendo esta diretamente relacionada à saúde

de mental. Resiliência, consoante a Associação Americana de Psicologia (APA), é a capacidade de se adaptar bem frente a adversidades, traumas, tragédias, ameaças e fontes significativas de estresse. Significa voltar ao seu estado normal depois de passar por experiências difíceis.

Entretanto, os processos de resiliência não são estritamente intrap-síquicos e biológicos, na verdade, eles refletem o processo e a interação entre uma pessoa e o ambiente dela. Por exemplo, eventos estressantes são processados pela percepção e avaliação subjetiva que vai mensurar o impacto deles. A resposta seguinte para o estressor é formada e forçada pelo ambiente, assim como, fatores e recursos pessoais. O indivíduo que se adapta ao estresse não faz isso no isolamento, mas sim em um contexto com recursos disponíveis, outros seres humanos, famílias, culturas e religiões, organizações, e comunidades e sociedades todas as quais se adaptam a desafios também (SOUTHWICK et al, 2011, p.12).

De acordo com uma pesquisa divulgada pelo IBGE do censo 2010, cerca de 64,6% da população brasileira pesquisada se considerava católica; 22% evangélica; 2,0% espírita; 0,3% umbanda e candomblé; 2,7% outra religiosidade; 8,0% sem religião. Isto significa que, de alguma forma, os familiares, amigos, e outros círculos de relacionamento de um indivíduo vão estar conectados a algum tipo de religião, provavelmente, católica ou evangélica. A visão que a população religiosa tem sobre orientação sexual e a identidade de gênero, certamente, influenciará no modo como esse indivíduo vivenciará a sexualidade, questões pertencimento, autoimagem, autoestima, habilidade social e autoproteção, por exemplo.

Para se ajustar a situações de estresse, o ser humano necessita de estratégias, essas condutas são chamadas de comportamentos de coping ou mecanismos de enfrentamento que, conforme a Associação Americana de Psicologia (APA), são ações características e, frequentemente automáticas, ou um conjunto de ações, tomadas no lidar com situações estressantes e ameaçadoras. Esses comportamentos podem ser positivos, por exemplo, adaptativos; ou negativos como evitantes e de maladaptação.

Um notável obstáculo entre a pessoa LGBTI+ e a saúde mental, é a realidade de que em ambientes que, em teoria, auxiliam a promoção da resiliência, são os mesmos que propiciam o auto-preconceito e o sentimento de isolamento. Não tendo o suporte necessário para lidar de maneira assertiva com os estresses ocasionados pela discriminação e preconceito, parte da população LGBTI+ recorre a mecanismos de enfrentamento que podem ser prejudiciais, tanto para saúde mental quanto para a saúde física.

Um indivíduo que cresce em um ambiente que constantemente pontua que o jeito que ele se sente, se expressa, por quem ele é atraído, seus gostos e vontades são mais do que errados, tem o potencial de desenvolver sentimento de culpa. Sobre essa culpa, especificamente sobre jovens gays, Brown e Trevethan (apud MALYON, 1982) assinalam que pode estar associada a homofobia internalizada, definida como o acatamento

de ideias negativas e desnecessárias que existem em diversas comunidades sobre a homossexualidade.

Além dos fatores relacionados à distorção na formação do eu, a falta de respeito sobre a orientação sexual e a identidade de gênero dentro das religiões, suscita também condições para a propagação da violência física, psicológica e até mesmo sexual. O sujeito que executa a violência em uma pessoa LGBTI+ se sente no direito, e apoiado a executar tais atos de violência, visto que, o que é pregado pela sua religião, deve ser obedecido. Mais do que isso, esse sujeito tem uma visão distorcida sobre se sentir na obrigação de punir quem “transgrediu” as regras impostas pela sua religião, pois quer fazer “justiça” com as próprias mãos.

Uma pessoa que tem a oportunidade de se desenvolver plenamente nos aspectos físicos, emocionais e espirituais, possivelmente, terá uma menor probabilidade de desenvolver transtornos mentais. Antagonicamente, uma pessoa que é exposta a um conflito entre seus aspectos da sexualidade e religião, poderá apresentar dificuldade em sua capacidade de resiliência e, conseqüentemente, sua saúde mental estará comprometida.

E O QUE PODEMOS FAZER PARA MUDAR ESSA REALIDADE?

Por esse ângulo a Psicologia entra em algumas frentes de assistência à população LGBTI+. Independentemente da abordagem ou área de atividade, o psicólogo tem sua atuação pautada nos direitos humanos, isto significa a não interferência de qualquer ponto de vista religioso dentro da relação com o cliente e pleno acolhimento, não importando a orientação sexual ou identidade de gênero.

Uma das frentes de assistência à população LGBTI+ é a psicoterapia, que tem como finalidade auxiliar esse indivíduo, que pode ter uma vulnerabilidade maior, a lidar com as adversidades que ele passou e a que ele está exposto diariamente. A psicoterapia permite a ressignificação de acontecimentos traumáticos e a possibilidade de encontrar mecanismos de enfrentamento assertivos. Assim como a fortificação da auto estima e recuperação da auto imagem positiva.

Outra frente é a educação, em que o psicólogo instrui de modo didático a população geral, assim como a população religiosa, sobre tolerância e respeito em relação às diferenças de cada indivíduo no que diz respeito à sexualidade - naturaliza os conceitos da diversidade sexual pela identidade de gênero, orientação sexual, expressão de gênero e sexo biológico; dissipa sentimentos de culpa que estão comumente associados sexualidade; desconstrói mitos relacionados a sexualidade, trazidos por senso comum; e prepara profissionais de inúmeras áreas para lidar com a pluralidade sexual com deferência.

Uma frente que não atua necessariamente com a clínica de modo

direto, todavia é de extrema importância, é a área de pesquisa. Por meio da pesquisa é possível identificar as necessidades da população LGBTI+; trazer conceitos que correspondem a realidade por meio do método científico, desmitificando ideias de senso comum; entender fenômenos que acontecem no meio LGBTI+; entre outros. A pesquisa suscita o desenvolvimento de Políticas Públicas que são imprescindíveis na promoção dos direitos LGBTI+, dado que elas garantem a proteção e asseguram a integridade desse sujeito.

Em suma, o apoio familiar é determinante quando se trata de saúde mental. Por isso, utilizar estratégias de promoção de reintegração ou fortificação de vínculo familiar no meio LGBTI+ mostra-se essencial. É na família que a população LGBTI+ encontra forças e aliados para lidar a hostilidade vinda das fontes de preconceito. A família auxilia na auto aceitação da identidade sexual, tal como no senso de pertencimento e integração social.

REFERENCIAIS

AMARAL, V. L. **Psicologia e Educação: Sexualidade**. - Natal, RN: EDUFRN, 2007.

APA (Associação Americana de Psicologia). **The Road to Resilience**. Disponível em: <<https://www.apa.org/helpcenter/road-resilience>>. Acesso em: 02, jun de 2019.

BROWN, J.; TREVETHAN, R. **Shame, Internalized Homophobia, Identity Formation, Attachment Style, and the Connection to Relationship Status in Gay Men**. American Journal of Men's Health, 4(3) 267–276, 2010.

BRUGGER, W. **Proibição ou Proteção do Discurso do Ódio? Algumas Observações sobre o Direito Alemão e o Americano**. Doutrina Estrangeira. Direito Público, Nº 15, 2000.

GUIMARÃES, F.A. S. **Corpo e espírito: representações da homossexualidade no espiritismo**. Universidade Federal de São Carlos, Centro de Educação e Ciências Humanas, Programa de Pós Graduação em Sociologia. São Carlos, SP, 2018.

HALPERIN, D. M. **One hundred years of homosexuality and other essays on Greek love**. New York ,Routhledge, 1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 02, jun de 2019.

LEERS, B. **Homossexuais e a ética cristã**. Convergência, 2002.

NOVAIS, V. P. S.; MEIRA, C. S.; SOUSA, B.P. A Influência das Religiões Afro-Brasileiras no Falar dos Homossexuais. XII Colóquio Nacional e V Colóquio Internacional do Museu Pedagógico, 2017.

PINTO, M, R. Reconstruindo as muralhas de sodomia: Homossexualidade no mundo luso-

-brasileiro no século XVII. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. Programa de pós-graduação em História. Niterói, 2015.

POSSAMAI, C. P. **Sexo e poder na Roma Antiga: o homoerotismo nas obras de Marcial e Juvenal**. Revista Bagoas, n. 05, 2010.

RANKE, C. A.; SCHEMES, C.; MAGALHÃES, M. L.; KESKE, H. A. G. **Homossexualidade masculina e suas marcas históricas**. MÉTIS: história & cultura, v. 16, n. 31, 2017.

RICHARDS, J. **Sexo, Desvio e Danação: As minorias na Idade Média**. Rio de Janeiro, 1993.

SOUTHWICK, S. M.; LITZ, B. M.; CHARNEY, D.; FRIEDMAN, M. **Resilience and mental health: Challenges across the lifespan**. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

TORRES, M. A. **Os Significados da Homossexualidade no Discurso Moral-religioso da Igreja Católica em Condições Históricas e Contextuais Específicas**. Revista de Estudos da Religião Nº 1 , 2006.

VIGARELLO, G. **História da Violação: Séculos XVI-XX**, Lisboa, Editorial Estampa. 1998. WE-EKS, J. **Sex, Politics and Society: The Regulation of Sexuality since 1800**. New York, Longman, 1981.

Adolescentes LGBTI+ em situação de acolhimento institucional

Diego da Silva

Na atualidade, falar sobre sexualidade na adolescência ainda pode ser considerado um grande tabu. Isso se agrava quando o assunto é sexualidade de adolescentes LGBTI+ que residem em abrigos. Neste sentido, o presente capítulo tem por objetivo problematizar e refletir sobre este tema, que é tão relevante para a sociedade, mas ainda muito invisibilizado.

A adolescência é marcada, entre outras características, pela busca de autonomia sobre as decisões, emoções e ações, pelo desenvolvimento de habilidades e a vivência da sexualidade. É um período em que adolescentes exploram mais intensamente sua identidade sexual e de gênero. Em muitos casos, as buscas e experimentações dessa faixa etária possibilitam uma maior exposição às violências e aos comportamentos de riscos, tais como, o abuso de álcool e de outras drogas, que podem resultar em uma maior suscetibilidade às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Frequentemente, problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade, aparecem pela primeira vez durante a adolescência (OPAS, 2017).

Segundo Moraes (2003) o adolescente pode vir a lidar com intensos conflitos interiores e mudanças corporais. Esta fase do ciclo vital, conturbada e conflituosa, pode ser um desafio para os que tentam compreendê-los, assim como, para os próprios adolescentes, divididos entre querer e não querer ser compreendidos. Caracterizada pelo desabrochar da sexualidade, surgimento de novos tipos de amizades, transição de um espaço na família para um espaço no mundo exterior, tempo de ansiedade, receio e expectativa, do medo e da excitação em face ao desconhecido.

Muitos adolescentes podem passar por problemas graves, que os levem a viver nas ruas ou serem destituídos de suas famílias. A dependência química e os maus tratos familiares são exemplos disso. De acordo com Moraes (2003), nesse sentido, deve-se considerar os aspectos integrais da vida desses adolescentes, seus valores, questões de gênero e o meio sociocultural em que estão inseridos. Sabe-se que eles buscam a rua para viver, não só para escapar da situação de miséria e pobreza em que suas famílias se encontram, mas, também, da violência doméstica da qual são vítimas. Há, ainda, aqueles meninos e meninas que nem mesmo família têm, que são expulsos de casa por serem homossexuais, onde as ruas passam a ser sua residência fixa. Nestes casos, podem ser resgatados pelos

órgãos responsáveis do governo, e passarem a viver em abrigos, sendo acolhidos institucionalmente.

Para Siqueira e Dell’Aglío (2010), a problemática da institucionalização na infância e na adolescência constitui-se em um tema de grande importância social. Sua relevância deve-se ao grande número de jovens em situação de institucionalização⁴. Deste modo, há uma preocupação relacionada à qualidade de atendimento oferecido nos atuais acolhimentos institucionais e à necessidade de oportunizar o desenvolvimento humano e a construção da cidadania. Após a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no ano de 1990, mudanças têm sido constatadas nos acolhimentos institucionais, tanto no que concerne à organização quanto à estrutura física, buscando uma melhor qualidade no seu atendimento. Como enunciam Siqueira e Dell’Aglío (2010, p.409), o ECA (Brasil, 1990) e a Lei nº 12.010, são as legislações que orientam o funcionamento das instituições que atendem crianças e adolescentes afastados do convívio familiar. Estatuto da Criança e do Adolescente, abrigo é uma medida de proteção, que tem caráter provisório e excepcional utilizada quando os direitos das crianças e adolescentes são ameaçados ou violados. Busca o afastamento da criança ou adolescente da convivência familiar e a passagem da guarda provisória desses para o dirigente da instituição.

Mota e Matos (2010) colocaram que o processo de institucionalização pode ser acompanhado de sentimentos de perda, abandono e solidão, na medida em que implica o confronto com a realidade de negligência. Mesmo quando na presença de cenários de maus tratos, ou da percepção de negligência, percebe-se que, para os jovens, o estar inserido em um seio familiar é, de alguma forma, um fator de organização interna e de proteção. Considera-se que conceber o modo como estes jovens encaram a “nova casa” é fundamental no seu percurso desenvolvimental psíquico. Torna-se relevante perceber que os fatores de risco⁵ que frequentemente são associados à institucionalização, podem ser atenuados quando são tidos em conta eventuais fatores protetores⁶ relacionados com as circunstâncias contextuais e emocionais, tanto precedentes, como no presente dos jovens.

Ainda para Mota e Matos (2010) em alguns casos, para adaptação do jovem ao abrigo, pode ser possível para ele manter ligações afetivamente duradouras com figuras significativas, ultrapassando as barreiras do risco.

⁴ Até dezembro de 2017, em todo o Brasil, 47 mil crianças e adolescentes viviam em abrigos. Deste total, 13.418 estão no estado de São Paulo; 4.968, em Minas; e 4.866, no Rio Grande do Sul (LENCIONI, 2018).

⁵ Fatores de Risco: o uso excessivo dos eletrônicos, a falta de convívio e relacionamento adequados com os pais, a falta de bons professores, a falta de modelos íntegros e respeitáveis para se identificarem, violência nas cidades e nas escolas, a falta de ética e princípios, drogas, vulnerabilidade sexual, entre outros (MOTA; MATOS, 2010).

⁶ Fatores protetores: afeto, segurança, limites, um bom sistema de valores, normas e princípios de conduta, confiança, reconhecimento, valorização, rede de apoio, entre outras (MOTA; MATOS, 2010).

Nesta medida, considera-se que o desenvolvimento destes jovens pode ser pautado pela vivência com outras figuras que podem dar respostas pessoais, afetivas e sociais de qualidade, proporcionando um desenvolvimento adaptativo. As experiências relacionais com figuras cuidadoras vão criando uma organização interna mais positiva de si e dos outros nos jovens. Dentre estas figuras destacam-se, a relação com os professores, os funcionários da escola, os pares e, em especial, os funcionários da instituição onde vivem, como os auxiliares, monitores e técnicos.

Deste modo, o presente ensaio justifica-se pela necessidade científica e social de entender os aspectos emocionais de adolescentes LGBTI+ que, normalmente, sofrem uma série de ataques e vitimizações por conta de sua sexualidade, principalmente, no ambiente escolar/educacional, e, nos abrigos em que residem. Isto pode vir a prejudicar os estudos, o desenvolvimento e, conseqüentemente, a qualidade de vida dos mesmos.

Por estes motivos, é importante que existam estratégias de intervenções psicoeducacionais e de saúde pública que fortaleçam a identidade e o autoconhecimento dos adolescentes LGBTI+ em situação de acolhimento institucional. De acordo com Freitas e Dias (2010, p. 354).

A educação deve envolver vários aspectos da evolução psicológica do adolescente. É relevante que o profissional ou a pessoa que irá abordar essa temática tenha ciência dos processos evolutivos e conflitivos que envolvem a adolescência e seja desprovido de preconceitos e julgamentos, atuando como mediador nas discussões sobre a sexualidade, construindo, em parceria com os adolescentes, alternativas e formação de opiniões coerentes com a realidade de cada um deles. É importante ressaltar que a educação sexual deve ser abordada pela escola, em conjunto com a família e a rede de saúde e educação. Todos devem ter uma mesma linguagem e preocupação com a transversalidade dessa temática.

Dentro deste contexto, surge o problema: quais as principais características e reflexões sobre a temática do adolescente LGBTI+ em situação de acolhimento institucional?

Sob o aspecto metodológico, a pesquisa será guiada pelo método dedutivo, que parte de conclusões gerais, para chegar a particulares. Quanto à abordagem do problema, pode ser definida como qualitativa, porque eleger como necessária a descrição e interpretação do fenômeno a ser estudado. Relativamente aos objetivos pretendidos, define-se como exploratória, uma vez que assumirá a forma de levantamento bibliográfico, incluindo, desta forma, como procedimento técnico, a utilização de material já publicado. Leituras analíticas e interpretativas gerarão deduções ou inferências, para a obtenção de resultados. Como fontes de busca de textos foram utilizadas as bases de dados Scielo, Pepsic, Google acadêmico, dissertações e teses, além de documentos técnicos sobre o assunto,

publicados nos últimos 30 anos.

O desenvolvimento da exposição que leva aos achados da pesquisa, a respeito do tema em destaque, tem início com a necessária análise de alguns conceitos, tais como a institucionalização, de um modo geral, as peculiaridades do acolhimento institucional de adolescentes LGBTI+, e, por fim, estratégias de inter-venções da Psicologia neste contexto.

SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Para Mota e Matos (2010) as diretrizes do ECA, quando envolve os acolhimentos institucionais devem assumir caráter residencial, oferecendo atendimento personalizado, em pequenas unidades e grupos reduzidos. Também devem disponibilizar um ambiente acolhedor, satisfatório e propício ao desenvolvimento da autonomia e da identidade desses adolescentes. Assim, a instituição pode ser caracterizada como um contexto de desenvolvimento, proporcionando o provimento material, um ambiente seguro e afetivo.

Segundo as diretrizes do ECA (1990) as entidades que desenvolvem programas de acolhimento institucional deverão adotar os princípios:

QUADRO 1: PRINCÍPIOS DAS ENTIDADES QUE FAZEM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Preservação dos vínculos familiares e promoção da reintegração familiar
Integração em família substituta, quando esgotados os recursos de manutenção na família natural ou extensa
Atendimento personalizado e em pequenos grupos
Desenvolvimento de atividades em regime de co-educação
Não desmembramento de grupos de irmãos
Evitar, sempre que possível, a transferência para outras entidades de crianças e adolescentes abrigados
Participação na vida da comunidade local
Preparação gradativa para o desligamento
Participação de pessoas da comunidade no processo educativo

FONTE: ECA (1990).

Ainda, neste sentido, o ECA (1990) apontou algumas obrigações que as entidades que desenvolvem programas de internação ou acolhimento institucional devem seguir.

QUADRO 2: OBRIGAÇÕES DAS ENTIDADES QUE FAZEM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Observar os direitos e garantias de que são titulares os adolescentes;
Não restringir nenhum direito que não tenha sido objeto de restrição na decisão de internação;
Oferecer atendimento personalizado em pequenas unidades e grupos reduzidos;
Preservar a identidade e oferecer ambiente de respeito e dignidade ao adolescente;
Diligenciar no sentido do restabelecimento e da preservação dos vínculos familiares;
Comunicar à autoridade judiciária, periodicamente, os casos em que se mostre inviável ou impossível o reatamento dos vínculos familiares;
Oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e os objetos necessários à higiene pessoal;
Oferecer vestuário e alimentação suficientes e adequados à faixa etária dos adolescentes atendidos;
Oferecer cuidados médicos, psicológicos, odontológicos e farmacêuticos;
Propiciar escolarização e profissionalização;
Propiciar atividades culturais, esportivas e de lazer;
Propiciar assistência religiosa àqueles que desejarem, de acordo com suas crenças;
Proceder a estudo social e pessoal de cada caso;
Reavaliar periodicamente cada caso, com intervalo máximo de seis meses, dando ciência dos resultados à autoridade competente;
Informar, periodicamente, o adolescente internado sobre sua situação processual;
Comunicar às autoridades competentes todos os casos de adolescentes portadores de moléstias infecto-contagiosas;
Fornecer comprovante de depósito dos pertences dos adolescentes;
Manter programas destinados ao apoio e acompanhamento de egressos;
Providenciar os documentos necessários ao exercício da cidadania àqueles que não os tiverem;
Manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do adolescente, seus pais ou responsável, parentes, endereços, sexo, idade, acompanhamento da sua formação, relação de seus pertences e demais dados que possibilitem sua identificação e a individualização do atendimento.

FONTE: ECA (1990).

Como visto no quadro anterior, os lares em que os adolescentes irão morar após a destituição familiar devem garantir elementos-chaves para o desenvolvimento biopsicossocial dos mesmos. Mas e a afetividade? E os vínculos de afeto? Estes também são aspectos importantes para o desenvolvimento dos indivíduos e os lares podem trabalhar isso. As ligações de proximidade e afeto podem ser proporcionadas pelos funcionários da instituição onde o jovem vive. As relações estabelecidas, neste contexto, podem alcançar a satisfação em muitas das dimensões vinculativas necessárias, conferindo ao jovem uma maior sensação de confiança. No entanto, esta ligação se depara com dificuldades que se prendem com a despersonalização e falta de disponibilidade pessoal por parte dos adultos, o que inviabiliza a qualidade das relações com os jovens (MOTA e MATOS, 2010).

Diversas instituições apresentam um quadro de recursos humanos em número insuficiente, o que pressupõe dificuldades no cumprimento das tarefas. Poucos membros das equipes assumem a importância da prestação de cuidados emocionais e da educação para o crescimento psicológico enquanto objetivos primários do trabalho institucional. É comum nestas instituições um elevado absentismo, à rotatividade de funcionários e uma grande desproporcionalidade de número de jovens para um só cuidador. Isto dificulta a formação de vínculos estáveis e seguros para os adolescentes em situação de acolhimento (MOTA e MA-TOS, 2010).

Para Siqueira e Dell'Aglio (2010) os adolescentes em situação de acolhimento institucional precisam ter uma boa rede de apoio, rede que normalmente é negligenciada antes do período de acolhimento. Estes autores definem que rede de apoio social é um conjunto de sistemas e de pessoas significativas que compõem os elos de relacionamento recebidos e percebidos do indivíduo. A rede de apoio social está associada à saúde e ao bem-estar, sendo um fator fundamental para o processo de adaptação a situações de estresse e de suscetibilidade a distúrbios físicos e emocionais, atuando como fator de proteção.

Para as crianças e adolescentes que vivem em acolhimentos institucionais, as pessoas com as quais eles convivem passam a integrar as suas redes de apoio social e afetivo, fazendo da instituição o seu ambiente principal. É no acolhimento institucional que realizam um grande número de atividades, desempenham papéis e funções e interagem, abrindo espaço para o desenvolvimento de relações recíprocas, de equilíbrio de poder e de afeto estável. Assim, embora a institucionalização geralmente esteja relacionada a sofrimento, os acolhimentos institucionais podem proporcionar um espaço seguro e protetivo, possibilitando acolhimento e relações satisfatórias (SI-QUEIRA e DELL'AGLIO, 2010, p. 411).

Nesse sentido, Moraes (2003) coloca que quando o adolescente é negligenciado, principalmente, em seus aspectos emocionais e sociais, dentro da instituição de acolhimento, é mais provável que seu risco social seja aumentado. Pode ocorrer a presença precoce de experimentação de drogas, baixo desempenho escolar, alto índice de repetência entre os jovens, desenvolvimento de problemas emocionais como ansiedade, depressão, stress, automutilação, transtornos alimentares, transtornos antissociais, etc. Contatos positivos na instituição podem indicar que o acolhimento institucional se constitui em fonte de apoio e satisfação. Programas de intervenção para o desenvolvimento desses jovens devem ser discutidos e implementados para a melhoria da qualidade de vida deles.

Para Moraes (2003) ser adolescente não é sinônimo de ser pessoa perigosa ou considerada de risco para a sociedade, mas, sim, pessoas que passam por um período de inúmeras descobertas, dentre elas:

- a) O jovem vê-se diante da necessidade de crescer, deixar de ser criança e assumir o mundo e postura de adulto;
- b) Tem medo desta responsabilidade e, além disto, encontrará a resistência de seus pais e da sociedade para percorrer o caminho de sua independência;
- c) Necessitará libertar-se das amarras com a família para poder alcançar mais liberdade;
- d) Passará a ser crítico e questionador do mundo a sua volta;
- e) Acentuado desenvolvimento físico;
- f) Intensos conflitos mentais, resultando em possíveis crises;
- g) Modificações a nível social; h) Amadurecimento sexual.

De acordo com Fonseca et al. (2010), a adolescência é uma fase de transição gradual da infância para a idade adulta, que vem sendo cada vez mais estudada por profissionais que se dedicam ao atendimento de jovens na faixa etária de 10 a 19 anos. É uma etapa crucial do processo de crescimento e desenvolvimento humano, que se manifesta por intensas, bruscas e marcantes transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. É um período caracterizado por conflitos, crises e sentimentos de indefinição, insegurança, necessárias à busca de identidade e liberdade (FONSECA, et al., 2010).

Ainda para Fonseca et al., (2010), para os adolescentes:

A dependência comum na infância cede espaço a uma confusão de papéis, pois o adolescente, não sendo mais criança e não sendo ainda adulto, tem dificuldade em se definir como indivíduo, em assumir seu papel social e suas novas responsabilidades, inclusive com o autocuidado. Nesse contexto, adolescentes tornam-se mais vulneráveis, o que torna urgente a implementação de propostas de prevenção de doenças e promoção de saúde. Nessa etapa da vida, risco e vulnerabilidade estão atrelados às características próprias do desenvolvimento psicoemocional, como o sentimento de iminência, a onipotência, o desejo de experimentar coisas novas; por outro lado, a timidez e a baixa autoestima podem torná-lo potencialmente frágil, levando-o à vinculação com soluções externas inadequadas para os seus problemas (FONSECA et al., 2010, p. 332).

Para Freitas e Dias (2010) os adolescentes, dentre eles os adolescentes LGBTI+ passam por questões em seu ciclo vital que envolvem a sexualidade, e isso faz parte de seu crescimento enquanto indivíduo e para seu autoconhecimento. Nesse sentido, a sexualidade é o desejo de contato, calor, carinho ou amor. Trata-se de um aspecto central dos humanos, que abrange o ato sexual, as identidades, os papéis sociais, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. A sexualidade também é percebida através dos pensamentos, fantasias, desejos, opiniões, atitudes, valores, comportamentos, práticas e nos relacionamentos. A interação dos fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais influenciam as práticas sexuais de cada grupo social (FREITAS e DIAS, 2010).

A adolescência é uma fase de transição na vida do ser humano, época de mudança que traz muitos questionamentos, e quando formam-se hábitos, atitudes e opiniões sobre diversos assuntos, dentre estes, os relacionados ao homem e à mulher, ou seja, às relações desiguais de gênero. Nota-se que há uma necessidade significativa de orientação sobre temas relacionados à sexualidade. Os pais e professores devem estar preparados para esclarecer dúvidas e questionamentos dos adolescentes, repassando conhecimento, e a mídia deve ousar da criatividade, abrindo espaço para que esse assunto possa ser mais divulgado, para que o adolescente saiba receber informações sobre a vida sexual, conscientizando-se do certo e o errado, e assim, fiquem preparados para encarar a sexualidade de maneira responsável (REIS e SANTOS, 2011, p.3981).

Segundo Duque (2012) estudar gênero, sexualidade, comportamento, emoções, autoconhecimento entre adolescentes é um desafio para qualquer pesquisador quando se leva em consideração a perseguição erótica que esses sofrem por parte da legislação, por serem classificados como “menores de idade”. Em vez de reconhecer a sexualidade dos jovens e tentar dar-lhe suporte, nossa cultura nega e pune o interesse e a atividade erótica de qualquer pessoa que não atingiu a maioridade, ainda mais quando se trata do público LGBTI+ em situação de acolhimento institucional, que já passa por outros tipos de problemas que vão além de sua sexualidade.

Sousa Neto et al. (2012) apontaram que no Brasil, a discussão sobre a quem cabe a responsabilidade de informar os jovens e adolescentes quanto à sexualidade data do século passado. Vai além de determinantes socioculturais e instituições de diversas ordens, inclusive o Estado, bem como de ser influenciada por fenômenos sociais que afetam diretamente o comportamento sexual da juventude. Até 2012, havia cerca de 35,5 mi-

lhões de adolescentes no Brasil, o que correspondia a 23,4% da população do País, números que justificam a importância da saúde dessa população. As intervenções nessa área devem considerar as peculiaridades dos problemas dos adolescentes e respeitar suas individualidades. No que se refere à formação dos adolescentes, os educadores, os profissionais de saúde e os pais, participantes desse processo, frequentemente não têm consciência ou sensibilidade quanto ao problema desse grupo populacional (SOUSA NETO et al., 2012).

Deste modo, realizar oficinas e trabalhos psicoeducativos que viabilizem o fortalecimento da identidade e autoconhecimento de adolescentes é de extrema importância. A escola e espaços diferenciados de discussão - como ONGs - apresentam-se como locais estratégicos de intervenção, devido a sua importância para os adolescentes, e por constituir um veículo para a educação e saúde. Intervenções dirigidas a este público justificam-se pela visão da educação como criação, de possibilidades para a produção de conhecimento e não um ato de simples transferência (SOUSA NETO et al., 2012).

Para Levandowski e Schmidt (2010) no Brasil, o início da atividade sexual entre os adolescentes tem ocorrido cada vez mais precocemente. Esse início precoce acarreta muitas vezes alguns problemas para os jovens, justamente por não estarem maduros emocionalmente o suficiente para desempenharem ou exercerem sua sexualidade. Infelizmente, existem poucos estudos avaliando a efetividade de programas de orientação sexual, de fortalecimento emocional e autoconhecimento em adolescentes em nosso país. Isso é ainda pior quando se trata da população LGBTI+ em situação de acolhimento institucional. Desse modo, o oferecimento de um espaço de diálogo, pautado pelo acolhimento das dúvidas e o fornecimento de informações diretas e adequadas ao desenvolvimento e ao contexto do adolescente, parece ser a melhor forma para se abordar estas temáticas.

Fica evidenciada, dessa maneira, a necessidade de organizar oficinas criativas, envolvendo os participantes em um clima de confiança e abertura ao diálogo, sem preconceitos, com atividades diversificadas (tanto de cunho informativo, para abarcar o fornecimento de informações e o esclarecimento de dúvidas, quanto lúdico e vivencial, para estimular a reflexão sobre essas temáticas) (LEVANDOWSKI; SCHMIDT, 2010, p. 433).

Silva (2002) realizou uma pesquisa com adolescentes acerca das percepções deles sobre os relacionamentos amorosos, inclusive os LGBTI+. Através dessa convivência diária, na área educacional, em sala de aula, com crianças e adolescentes e a observação de algumas de suas atitudes e comportamentos relacionados à vida amorosa e sexual, a autora trouxe

como consequência a anotação de que: existe um desconhecimento, entre eles, de questões envolvidas com sua sexualidade, assim como das mudanças corporais pelas quais passam ao longo de suas vidas, dos cuidados de higiene e prevenção às doenças, das dificuldades e obstáculos no desenvolvimento da afetividade e autoestima e, finalmente, a sua vivência amorosa. Considera-se que isso seja resquício de um autoconhecimento defasado por parte deles.

Iborio (2005) mencionou que adolescentes, entre eles os LGBTI+ em situação de acolhimento institucional estão mais sujeitos a violência, de todas as ordens, inclusive a sexual. Fortalecer a identidade desta população é uma tarefa que todos os profissionais da saúde e educação precisam se atentar, bem como ações efetivas da sociedade geral.

O contexto da violência estrutural interfere no fenômeno da exploração sexual, pois enquanto o Estado não tiver condições de cumprir seu papel como promotor dos direitos da população em situação de exclusão social, permitindo o acesso às políticas públicas de qualidade em diversas áreas e o acesso a benefícios sociais, esta população estará sujeita a violações de várias naturezas. Inserida no contexto da violência estrutural e refletindo-se a partir dos valores culturais contemporâneos, a violência social - dirigida a determinados grupos sociais detentores de menor poder político, econômico e social no seio da sociedade. A violência estrutural e a violência social, expressa nas dimensões de raça-etnia, gênero e geração, pavimentam o caminho para a manifestação da violência interpessoal (IBORIO, 2005, P.415).

Segundo Rondini et al. (2017) apesar de na atualidade a tolerância ao público LGBTI+ ser maior, a violência e preconceito sobre esse público ainda é grande. Ao que parece, apesar de a homossexualidade ser tema frequente na mídia, de a cidade de São Paulo sediar a maior Parada LGBTI+ do planeta e de já ser um direito o casamento entre pessoas do mesmo sexo, ainda encontramos preconceito no contexto escolar. A homossexualidade já foi retirada do Código de Doenças Internacionais (CID) em 1973. A Organização Mundial de Saúde (OMS) já declarou em 1990 que a homossexualidade é uma vicissitude da sexualidade humana tanto quanto a heterossexualidade e a bissexualidade. O Conselho Federal de Psicologia do Brasil, em 1999, já proibiu os psicólogos de “curarem” a pessoa homossexual de sua homossexualidade, que não se configura como orientação sexual desviante e patológica. Mesmo assim os jovens não são informados sobre isso, o que aumenta sua vulnerabilidade a riscos psicossociais (REIS, 2006; REIS, 2012).

Os estudos sobre as violências em geral e, em particular, as que encontram na escola o espaço adequado para sua manifestação, ganham destaque por sua complexidade exigindo

respostas no campo das políticas públicas de educação, saúde, segurança pública, direitos humanos e ação social, prioritariamente. A escola ainda se mantém, depois da família, como o núcleo mais importante de socialização e desenvolvimento humano onde a diversidade humana coloca em ação as mais diversas formas de relações sociais balizadas pela cultura, valores, princípios éticos, morais, espirituais, modelo de gestão escolar, níveis de tolerância e respeito entre as pessoas. Os episódios de agressão interpessoal que ocorrem no espaço escolar, a despeito de sua forma de manifestação (ex.: agressão física, verbal, exclusão), podem ser compreendidos por meio de fatores como, por exemplo, a etnia dos participantes, que são usados como motivo ou justificativa para violar direitos de pessoas que apresentam características ou comportamentos considerados desviantes. Dentre essas diferentes formas de discriminação, ressalta-se o preconceito por orientação sexual e identidade de gênero, genericamente conhecidos como homofobia, que tem recebido atenção crescente na sociedade brasileira em anos recentes (ASINELLI-LUZ e CUNHA, 2011, p. 90).

Para Dinis e Asinelli-Luz (2007) o sexo, cada vez mais, torna-se objeto de saber por meio de dispositivos de poder nos discursos sobre a sexualidade presentes, por exemplo, no discurso médico-científico que busca a normatização da sexualidade, com especial atenção sobre a sexualidade da mulher, da criança, do adolescente, e das chamadas sexualidades periféricas, como as LGBTI+. No entanto, apesar de alguns avanços, elementos de uma cultura repressiva parecem ainda sobreviver nos discursos religiosos ou familiares que se posicionam contra a perspectiva de uma educação sexual nas escolas e espaços diversificados (DINIS e ASINELLI-LUZ, 2007).

Isso prejudica o autoconhecimento e o fortalecimento emocional dos adolescentes LGBTI+ em situação de acolhimento institucional, que necessitam de políticas públicas e olhares mais abrangentes sobre eles.

COMO A PSICOLOGIA PODE COLABORAR?

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) possui uma resolução que elenca as possíveis atribuições dos psicólogos nos mais variados contextos e especialidades. Esta resolução é a de número 13/2007, e no quadro abaixo foi realizado um levantamento, a partir dos dados da mesma, sobre as atribuições que melhor se enquadram no atendimento do psicólogo clínico e social junto à demanda de adolescentes LGBTI+.

QUADRO 3: ATRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO CLÍNICO QUE MELHOR SE APLICAM A ADOLESCENTES LGBTI+

Contribuir para a promoção de mudanças e transformações visando o benefício de sujeitos, grupos, situações, bem como a prevenção de dificuldades.
Estudo, diagnóstico e prognóstico em situações de crise, em problemas do desenvolvimento ou em quadros psicopatológicos, utilizando, para tal, procedimentos de diagnóstico psicológico tais como: entrevista, utilização de técnicas de avaliação psicológica e outros.
Trabalho de orientação, contribuindo para reflexão sobre formas de enfrentamento das questões em jogo.
Atendimentos terapêuticos, em diversas modalidades, tais como psicoterapia individual, familiar ou em grupo, psicoterapia lúdica, terapia psicomotora, arteterapia, orientação de pais e outros.
Atua junto a equipes multiprofissionais, identificando, compreendendo e atuando sobre fatores emocionais que intervêm na saúde geral do indivíduo, especialmente em unidades básicas de saúde, ambulatórios e hospitais.
Atua junto aos indivíduos ou grupos na prevenção, orientação e tratamento de questões relacionadas a fases de desenvolvimento, tais como adolescência.
Participa de programas de atenção primária e centros e postos de saúde na comunidade, organizando grupos específicos na prevenção de doenças ou no desenvolvimento de formas de lidar com problemas específicos já instalados, procurando evitar seu agravamento em contribuir ao bem estar psicológico.
Acompanha programas de pesquisa, treinamento e desenvolvimento de políticas de saúde mental, participando de sua elaboração, coordenação, implementação e supervisão, para garantir a qualidade da atenção à saúde mental em nível de macro e microsistema.

FONTE: RESOLUÇÃO CFP 013/2007.

QUADRO 4: ATRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO SOCIAL QUE MELHOR SE APLICAM A ADOLESCENTES LGBTI+

Atua fundamentado na compreensão da dimensão subjetiva dos fenômenos sociais e coletivos, sob diferentes enfoques teóricos e metodológicos, com o objetivo de problematizar e propor ações no âmbito social.
Desenvolve atividades em diferentes espaços institucionais e comunitários, no âmbito da Saúde, Educação, trabalho, lazer, meio ambiente, comunicação social, justiça, segurança e assistência social.
Propor políticas e ações relacionadas à comunidade em geral e aos movimentos sociais de grupos étnico-raciais, religiosos, de gênero, geracionais, de orientação sexual, de classes sociais e de outros segmentos socioculturais, com vistas à realização de projetos da área social e/ou definição de políticas públicas.
Realiza estudo, pesquisa e supervisão sobre temas pertinentes à relação do indivíduo com a sociedade, com o intuito de promover a problematização e a construção de proposições que qualifiquem o trabalho e a formação no campo da Psicologia Social.

FONTE: RESOLUÇÃO CFP 013/2007.

A partir do levantamento mostrado anteriormente pela Resolução CFP 013/2007, será dado um enfoque teórico em estratégias como escuta clínica, psicoeducação e ludicidade que são atribuições importantes e bastante utilizadas por psicólogos neste contexto.

De acordo com Maiana e Jurkiewicz (2012) pode-se dizer que a oferta da escuta é uma possibilidade de elaboração de vivências. Ocorre através da fala do paciente e da escuta do profissional, abrindo-se um espaço para que o mesmo fale mais do que sabe conscientemente, a seu respeito. Enquanto fala, ele se surpreende com efeitos em si de seus eventos cotidianos e experiências de vida, mas que revelam parte de quem ele é e o ajudam a elaborar/conviver com estes acontecimentos - como uma história. Através da palavra, o método da escuta trabalha a angústia do paciente como forma de elaborar a vivência, sabendo-se principalmente que esta angústia é descarregada no corpo, e pode trazer reações comportamentais e emocionais adversas.

Para Cerioni e Herzberg (2016) o encontro entre terapeuta e cliente é muito valorizado e o foco principal passa a ser o acolhimento das pessoas e a elaboração das questões que mobilizaram a busca de ajuda psicológica. Entende-se que há uma diferença importante entre ouvir e escutar. Ouvir é uma condição fisiológica ligada aos órgãos sensoriais, escutar diz respeito a uma disponibilidade integral e não só sensorial àquele que fala de sua dor, dor que traz consigo um significado próprio e singular. A verdadeira escuta precisa estar desprovida de preconceitos e, principalmente, excluir qualquer possibilidade de um pré-conhecimento a respeito daquele que chega e, agora, fala.

Assim, ao escutar as expectativas escuta-se, também, o desejo, pois as expectativas do paciente revelam como aquele sujeito se articula com o desejo e com o sofrimento, portanto escutá-las significa também escutar e compreender parcialmente essa articulação; é uma porta de entrada. Mas, prioritariamente, escutar as expectativas é dar voz e legitimar o desejo e, só a partir daí, poder esclarecer e ajudar o paciente a entrar em contato com uma parte de si muitas vezes desconhecida. Isso, por si só, já caracteriza uma intervenção psicológica. Expectativas e desejos são experimentados pelo sujeito a partir da sua própria subjetividade e está se relaciona com a história afetiva de cada um. Supostos direitos, possibilidades, pressupostos, promessas e esperanças passam pela interpretação que cada pessoa tem de si, do mundo e do outro. Não é simples pensar em expectativa, pois esta articulação com a vida pessoal a torna complexa (CERONI e HERZBERG, 2016, P.21).

Segundo Velasco et al. (2012) a escuta é uma importante ferramenta do cuidado no campo da saúde. Escutar, neste cenário, significa acolher a queixa ou relato do usuário, mesmo quando possa parecer não interessar

para o diagnóstico e ao tratamento. Para além disso, é através da escuta que psicólogo auxilia a reconstruir os motivos que levaram ao adoecimento dos pacientes e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida, as relações com suas redes de apoio e com seus desafios. A escuta qualificada e comprometida implica em ouvir o sujeito, a fim de conhecê-lo para além dos contornos patológicos. Isso pode permitir que os adolescentes LGBTI+ tornem-se sujeitos autônomos em seus processos de saúde integral.

Realizar um atendimento por meio de uma escuta diferenciada significa, entre outras atitudes, inserir o sujeito que se encontra angustiado no seu tratamento. É importante reposicioná-lo como agente de seu próprio processo de saúde, construindo assim maior grau de responsabilização sobre seu cuidado e que esses processos se estendam para além do contexto clínico. Isso só é possível, na medida em que se viabiliza esse espaço de escuta e intercâmbio de informações entre profissional e usuário, envolvendo este num elo de acolhimento e engajamento terapêutico (VELASCO et al., 2012).

Braga et al. (2012) elencou aspectos que são necessários para um bom atendimento psicológico e escuta clínica de pacientes, principalmente que estão na adolescência. Estes aspectos variam desde o:

- 1) Contato telefônico com o paciente ou seu responsável;
- 2) Primeira Entrevista;
- 3) Entrevistas Preliminares (com os pacientes e responsáveis legais);
- 4) Planejamento (escolha e aplicação de técnicas a serem utilizadas);
- 5) Condução dos atendimentos;
- 6) Conclusão Diagnóstica;
- 7) Devolução do trabalho para o paciente e responsáveis legais;
- 8) Encaminhamento do mesmo, quando necessário, seja para psicoterapia, atendimento psiquiátrico, ou quaisquer outros encaminhamentos que se façam necessários;
- 9) Elaboração de Relatório, haja vista que o psicólogo precisa registrar por escrito os procedimentos que adota nas sessões de psicoterapia e demais atuações.

O quadro a seguir detalha estes dados.

QUADRO 5: ALGUNS ASPECTOS NECESSÁRIOS PARA O PROCESSO DE ESCUTA CLÍNICA

O primeiro contato telefônico: atenção ao uso das palavras, tom de voz, atenção ao momento de fazer a ligação e a postura frente ao contato.
Entrevista inicial: busca identificar e compreender a demanda do paciente, bem como todo o seu contexto familiar, social, história de vida e situação acadêmico/profissional. Inclui a atenção à comunicação verbal e não verbal, ao conteúdo apresentado e a forma como se apresenta.
Entrevistas preliminares: vai variar de estrutura, duração e forma, de acordo com a abordagem escolhida pelo profissional, podendo ser mais ou menos estruturada a depender da escola adotada. Devem cumprir o objetivo de possibilitar ao paciente se colocar, para além do que inicialmente o fez procurar o Serviço de Psicologia, dando possibilidade para que outras questões surjam.

Planejamento e condução dos atendimentos: Envolve as escolhas das técnicas utilizadas. Essas técnicas variam, desde a escuta clínica, que permeia todo o trabalho, até o uso de testes psicológicos, passando pelos recursos de jogos, desenhos e materiais diversos que podem se fazer necessários para auxiliar a compreensão do caso clínico.

Devolutivas: feedbacks sobre o processo de trabalho desenvolvido, conclusões construídas e encaminhamentos sugeridos, a depender de cada situação.

Relatórios: Registro por escrito que contempla dados do paciente, queixa inicial, técnicas utilizadas, análise dos atendimentos, síntese diagnóstica, etc.

FONTE: BRAGA et al. (2012).

Deste modo, a escuta apresenta-se como uma estratégia de comunicação essencial para a compreensão do outro, pois é uma atitude positiva de calor, interesse e respeito, sendo assim terapêutica. A Escuta pode ser demonstrada como um método de responder aos outros de forma a incentivar uma melhor comunicação e compreensão mais clara das preocupações pessoais. É um evento ativo e dinâmico, que exige esforço por parte do ouvinte a identificar os aspectos verbais e não verbais da comunicação (MESQUITA; CARVALHO, 2014). Ela se faz essencial no processo terapêutico de adolescentes LGBTI+ e que também estão em situação de acolhimento institucional para que seus aspectos emocionais e comportamentais sejam avaliados e tratados.

PSICOEDUCAÇÃO

Lebon (1997) coloca que o educador e o terapeuta são profissionais qualificados que se interessam, essencialmente, pelos aspectos da vida do adolescente. Eles cumprem seu papel profissional compartilhando os acontecimentos cotidianos da vida do adolescente e planejando os momentos de vida, de modo a colocar diretamente em jogo o desenvolvimento psíquico, moral social e intelectual deles. Através dos contatos cotidianos, os profissionais desenvolvem com o adolescente uma relação terapêutica, sobretudo no plano de suas inquietações e de seus sentimentos.

A psicoeducação pode propiciar ao adolescente LGBTI+ autoconhecimento e mudanças de comportamentos que podem estar incomodando a eles mesmos. O quadro a seguir explana sobre os objetivos e resultados da psicoeducação.

QUADRO 6: OBJETIVOS E RESULTADOS DA PSICOEDUCAÇÃO JUNTO À ADOLESCENTES LGBTI+ EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

- | |
|----------------------------------------------------------------------------|
| - Tomar consciência de certos comportamentos. |
| - Lembrar-se de seus êxitos e encarar-se de maneira mais positiva.. |
| - Refazer a cronologia dos acontecimentos, rever seu desenrolar no espaço. |

- Estabelecer uma relação entre seus comportamentos atuais e passados.
- Decodificar alguns sinais ou algumas situações que não foram compreendidas.
- Aprender a sintetizar.
- Descobrir suas aptidões em uma atividade.
- Saber expressar suas emoções e seus estados de tensão substituindo a ação pela palavra.
- Descobrir o prazer da comunicação verbal.

FONTE: LEBON (1997).

Lemes e Ondere Neto (2017) apontam que a psicoeducação é uma intervenção psicoterapêutica a qual tem como objetivo focar mais as satisfações e ambições relacionadas aos objetivos almejados pelo paciente do que uma técnica voltada para curar determinada doença. A psicoeducação propiciou uma maneira de auxiliar o tratamento das doenças mentais a partir das mudanças comportamentais, sociais e emocionais cujo trabalho permite a prevenção na saúde. Dessa forma, a psicoterapia iniciou um processo de ter um caráter também educativo tanto para o paciente quanto para seus cuidadores cujo objetivo é ensiná-los sobre o seu tratamento psicoterápico para que possam ter consciência e preparo para lidar com as mudanças a partir de estratégias de enfrentamento, fortalecimento da comunicação e da adaptação. Assim, a maneira mais efetiva para auxiliar as pessoas é ensiná-las a se ajudarem, propiciando conscientização e autonomia.

O modelo psicoeducacional envolve diferentes teorias psicológicas e educativas, além disso, utiliza dados teóricos de outras disciplinas como a educação, a filosofia, a medicina e entre outras com intuito de ampliar o fornecimento de informações ao paciente para que obtenha um entendimento não fragmentado acerca de seu diagnóstico. Sendo assim, as informações teóricas de distintas disciplinas são fornecidas no sentido de que o paciente possa obter um entendimento holístico de seu padecimento. Também não há apenas um ambiente em que a psicoeducação possa ser empregada, ela pode ser utilizada em instituições hospitalares, ambulatoriais, militares, industriais e educacionais. Além das diferentes áreas disciplinares e instituições em que a psicoeducação pode ser utilizada, é possível aplicá-la em diferentes problemáticas como: terapia de luto, comportamento passivo-agressivo, ansiedade, redução de estresse e etc (LEMES E ONDERE NETO, 2017, P. 19).

Para Bazon (1997) com a Psicoeducação inicia-se um processo de modificação na organização das instituições, sendo que a estrutura e o funcionamento passam a ser revisados em função das necessidades e características identificadas na clientela. A Psicoeducação propicia a elaboração de instrumentos pedagógicos apropriados à implementação de projetos educacionais específicos; a pesquisa visando o apoio científico à ação educativa; e uma formação específica para a atuação no cotidiano das

instituições, buscando qualificar os serviços.

No mais, dentro da perspectiva da Psico-Educação, considera-se que no cotidiano das instituições numerosas são as interações passíveis de influenciar o sujeito e de promover seu desenvolvimento, de tal modo que o terapeuta, consciente do potencial educacional das vivências cotidianas, demonstre grande competência na colocação de seus gestos e em suas ações frente ao indivíduo em dificuldades. O terapeuta e o educador são figuras centrais, pois eles representam e dão vida ao ambiente que se concebe, cabendo-lhes estabelecer e manter uma relação de ajuda e de acompanhamento, através da vivência compartilhada de situações cotidianas, mediando, também, outras interações que o indivíduo venha estabelecer.

ESTRATÉGIAS LÚDICAS

A adolescência LGBTI+ é bastante complexa, como visto nos itens anteriores deste capítulo. No processo de psicoterapia com este público, tal complexidade fica ainda mais evidente, haja vista que o espaço de fala (que é tolhido ao público LGBTI+ durante toda a vida) pode demorar um pouco mais para acontecer, bem como a formação da relação terapêutica. Nesse sentido, o profissional terá que utilizar estratégias lúdicas para permitir um espaço de expressividade por caminhos não totalmente verbais.

Para Rosseti (2005) os jogos, as brincadeiras e a ludicidade encontram-se associados às crianças e adolescentes desde os primórdios da civilização humana. De fato, há uma surpreendente unanimidade de opiniões entre psicólogos, pedagogos e profissionais que cuidam da adolescência de uma maneira geral, que apontam para a importância das manifestações lúdicas como o modo espontâneo de meninas e meninos, de todos os grupos sociais e etnias, interagirem, se expressarem e se desenvolverem.

Segundo Silva (2015) a educação moderna, herdeira da tradição epistemo- lógica racionalista e mecanicista, ao reproduzir a fragmentação entre as instâncias da experiência humana, caracterizou-se por instituir um ensino eminentemente voltado para a aprendizagem cognitiva conceitual, promovendo uma dissociação entre o pensar, o sentir e o fazer do educando e, deste modo, desprezando toda a experiência subjetiva, estética e lúdica no processo de aprendizagem. Sendo assim, modificar este padrão é uma necessidade crescente. Com a ludicidade, por exemplo, pode-se considerar o ser humano em sua totalidade, auxiliando-o não apenas cognitivamente, mas também emocional e espiritualmente.

Ludicidade é um estado interno do sujeito que vivencia uma experi-

ência de forma plena, é sinônimo de plenitude da experiência - considerando aqui “plenitude da experiência” como a máxima expressão possível da não divisão entre pensar/ sentir/ fazer. A ludicidade não está diretamente relacionada a jogos e brincadeiras - embora nestas atividades comumente se vislumbre a ludicidade: como brincar de “cacique”, “baleado”, “escravos de Jó”, se nosso corpo, nossa mente e nossa emoção não estiverem presentes no momento em que as estamos vivenciando? A ludicidade está, sim, relacionada à atitude interna do indivíduo que experimenta uma experiência de integração entre seu sentir, seu pensar e seu fazer (SILVA, 2015, p. 103).

Através de recursos artísticos e demais estratégias de intervenção, pode-se chegar mais efetivamente perto desse adolescente. Como apontou Asinelli-Luz e Fernandes Junior (2008) pode-se promover no adolescente senso de autoeficácia, tomada de decisão, responsabilidade e compromisso de saúde para com a sua própria sexualidade. Pode-se permitir que o mesmo estabeleça uma relação mais interessante com as questões de identidade sexual, competência verbal, a habilidade em planejar o futuro, a variáveis familiares, a pressões grupais, a auto-estima e outras, ficando em menor vulnerabilidade. A consciência da necessidade de prevenção vai se tornando mais efetiva com o desenvolvimento cognitivo do adolescente que é estimulado com recursos lúdicos e reforçadores.

De acordo com Coelho (2016) o lúdico é a dimensão central tanto para a compreensão do comportamento do adolescente que está em atendimento psicológico quanto para criar intervenções clínicas por meio de jogos, filmes e/ou interações verbais. O lúdico pode auxiliar o terapeuta e paciente a descrever e explicar como e por que as pessoas reagem de determinadas formas ao ambiente, e procura predizer várias reações das pessoas a estímulos complexos. Para Moura e Venturelli (2004) a coleta destes dados nas sessões se dá através de desenhos, redações, inventários e, quando necessário, obtenção de dados com outros profissionais que acompanham o adolescente (pediatra, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicopedagogo, etc).

Deste modo, com o recurso lúdico, o terapeuta irá trabalhar para que o adolescente se torne mais consciente de seu comportamento, sentimentos e pensamentos, facilitando sua capacidade para expressar-se e resolver seus problemas. O uso destes recursos na terapia com adolescentes poderá facilitar:

- 1) parear a terapia e o terapeuta com atividades agradáveis, favorecendo uma generalização nesta direção;
- 2) explorar o comportamento lúdico como forma de expressão in- direta do adolescente sobre suas relações com o mundo, suas reações públicas e privadas;
- 3) avaliar a relação terapeuta-adolescente e o curso do processo terapêutico;
- 4) explicitar as situações antecedentes e consequências de

suas respostas para ajudá-los a identificar a ocorrência de comportamentos semelhantes fora de sessão;
e 5) estudar, com o adolescente, alternativas mais adaptativas de comportamento e treiná-las (MOURA e VENTURELLI, 2004).

CONCLUSÃO

Considera-se que a adolescência é um período do ciclo vital bastante conturbado, o que fica ainda mais complicado quando se trata de adolescentes LGBTI+ em situação de acolhimento institucional. Isto por conta do tabu existente na sociedade em relação à sexualidade, o que deixa as pessoas em vulnerabilidade, sofrendo violências de todas as ordens e preconceitos.

Quando este adolescente é institucionalizado, as violências não deixam de ocorrer, pois os preconceitos e agressões continuam dentro dos lares, o que pode causar prejuízos a eles como transtornos mentais (ansiedade, depressão, stress, transtornos alimentares, sexuais, antissociais, etc) e físicos (machucados, dores, DSTs, etc). Por isso a importância de se ter uma equipe multiprofissional que acompanhe este adolescente.

No caso deste ensaio, com foco na Psicologia, o psicólogo pode trabalhar ativamente no processo de escuta clínica, psicoeducação e ludicidade. A escuta pode permitir que o adolescente se expresse, o que pode trazer autoconhecimento e modificações de comportamentos que o incomodem. Através da psicoeducação, este adolescente pode ser melhor orientado quanto as duas dúvidas, o que é um grande fator de proteção, haja vista que um adolescente bem informado corre menos riscos de estar em vulnerabilidade em situações conflitantes. As estratégias lúdicas são as melhores formas de se tentar chegar ao diálogo com eles, e pode facilitar o processo terapêutico.

Para finalizar, cabe ao estado e a sociedade de um modo geral trabalhar para que estes adolescentes LGBTI+ em situação de acolhimento institucional tenham o melhor atendimento possível a suas necessidades básicas e para que sua qualidade de vida seja potencializada de forma global.

REFERENCIAIS

ASINELLI-LUZ, Araci; CUNHA, Josafá Moreira da. **Percepções sobre a discriminação homofóbica entre concluintes do ensino médio no Brasil entre 2004 e 2008**. Educar em revista, Curitiba, n. 39, p. 87-102, 2011.

ASINELLI-LUZ, Araci; FERNANDES JUNIOR, Nelson. **Gênero, adolescências e prevenção ao HIV/aids**. Pro-Posições, Campinas, v. 19, n. 2, p. 81-97, 2008.

BAZON, Marina Rezende. **Psico-educação: um projeto visando aumentar a eficiência das**

intervenções sociais junto às crianças e adolescentes em situação de risco psicossocial em Ribeirão Preto- S.P. Paidéia, Ribeirão Preto, 1997.

BRAGA, Ana Aparecida; DALTRO, Mônica Ramos; DANON, Carlos Alberto Ferreira. **A escuta clínica:** um instrumento de intervenção do psicólogo em diferentes contextos. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, Salvador, v. 1, n. 1, p. 87-100, 2012.

CERIONI, Rita Aparecida Nicioli; HERZBERG, Eliana. **Triagem psicológica:** da escuta das expectativas à formulação do desejo. Psicologia, teoria e prática, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 19-29, dez. 2016.

COELHO, Laura dos Santos Gomes. **Recusa Escolar:** um Estudo de Caso em Ludoterapia Comportamental. Psicologia, ciência e profissão, Brasília, v.36, n. 1, p. 234-245, março. 2016.

DINIS, Nilson; ASINELLI-LUZ, Araci. **Educação sexual na perspectiva histórico-cultural.** Educar em revista, Curitiba, n. 30, p. 77-87, 2007.

DUQUE, Tiago. **Reflexões teóricas, políticas e metodológicas sobre um morrer, virar e nascer travesti na adolescência.** Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 489-500, 2012.

Estatuto da Criança e do Adolescente. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 29/12/2018.

FONSECA, Adriana Dora da; GOMES, Vera Lúcia de Oliveira; TEIXEIRA, Karina Correa. **Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos(as) de enfermagem.** Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 330- 337, 2010.

FREITAS, Kelly Ribeiro de; DIAS, Silvana Maria Zarth. **Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade.** Texto contexto - enfermagem, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 351-357, 2010.

IBORIO, Renata Maria Coimbra. **Adolescentes em situação de prostituição: uma análise sobre a exploração sexual comercial na sociedade contemporânea.** Psicologia Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 413-420, 2005.

LEBON, André. **Psico-educação:** a ciência do “viver com” educativo e terapêutico. Paidéia, Ribeirão Preto, n. 12-13, p. 11-27, Aug. 1997.

LEMES, Carina Belomé; ONDERE NETO, Jorge. **Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde.** Temas psicologia, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 17-28, mar. 2017.

LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro; SCHMIDT, Márcia Moura. **Oficina sobre sexualidade e namoro para pré-adolescentes.** Paidéia, Ribeirão Preto, v. 20, n. 47, p. 431-436, 2010.

MAIANA, Jugend; JURKIEWICZ, Rachel. **A assistência psicológica através da escuta clínica durante a internação.** Revista SBPH, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 3-21, jun. 2012.

MESQUITA, Ana Cláudia; CARVALHO, Emilia Campos. **A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde:** uma revisão integrativa. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 48, n.6, p.1127-36, 2014.

MORAES, Leila Memória Paiva. **Adolescentes institucionalizados e sua relação com as drogas: uma abordagem de inspiração sociopoética.** 141f. Dissertação – Programa de pós-gra-

duação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2003.

MOTA, Catarina Pinheiro; MATOS, Paula Mena. **Adolescentes institucionalizados**: O papel das figuras significativas na predição da assertividade, empatia e autocontrole. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 28, n. 2, p. 245-254, 2010.

MOURA, Cynthia Borges de; VENTURELLI, Marlene Bortholazzi. **Direcionamentos para a condução do processo terapêutico comportamental com crianças**. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 17-30, jun. 2004.

Organização Pan-Americana de Saúde. Ministério da Saúde. *Saúde e Sexualidade de adolescentes. Construindo equidade no SUS*. Brasília, DF: OPAS, MS, 2017. Referenciais.

REIS, Antonio Luiz Martins. **Sexualidade, ética e o princípio do consentimento em Alan Soble**. 183f. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Universidade Gama Filho, 2006.

REIS, Antonio Luiz Martins. **Silêncio está gritando**: A homofobia no ambiente escolar, um estudo qualitativo no ensino fundamental de escolas públicas em Curitiba, Paraná. 317f. Tese – Doutorado em Educação, Universidad de la Empresa, 2012.

REIS, Cássia Barbosa; SANTOS, Nayana Rosa dos. **Relações desiguais de gênero no discurso de adolescentes**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 3979-3984, 2011.

Resolução Conselho Federal de Psicologia 03/2007. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/02/resolucao2007_3.pdf. Acesso em: 18/11/2018.

RONDINI, Carina Alexandra; TEIXEIRA FILHO, Fernando Silva; TOLEDO, Livia Gonsalves. **Concepções homofóbicas de estudantes do ensino médio**. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 57-71, 2017.

ROSSETTI, Claudia Broetto; SOUZA, Maria Thereza Costa Coelho de. **Preferência lúdica de uma amostra de crianças e adolescentes** da cidade de Vitória. *Psicologia, teoria e prática*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 87-114, dez. 2005.

SILVA, Dulciene Anjos de Andrade e. **Educação e ludicidade**: um diálogo com a Pedagogia Waldorf. *Educar entrevista*, Curitiba, n. 56, p. 101-113, 2015.

SILVA, Sheyla Pinto da. **Considerações sobre o relacionamento amoroso entre adolescentes**. *Caderno CEDES*, Campinas, v. 22, n. 57, p. 23-43, 2002.

SIQUEIRA, Aline Cardoso; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. **Crianças e Adolescentes Institucionalizados**: Desempenho Escolar, Satisfação de Vida e Rede de Apoio Social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol. 26 n. 3, pp. 407-415, 2010.

SOUZA, Priscila Morais Galvão; BRITO, Paula Vieira Nunes; DYTZ, Jane Lynn Garrison. **Programa de educação pelo trabalho para a saúde nas escolas**: oficina sobre sexualidade. *Revista brasileira educação médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 86-91, 2012.

VELASCO, Karine; RIVAS, Ligia Andreia Ferrony; GUAZINA, Félix Miguel Nascimento. **Acolhimento e escuta como prática de trabalho do psicólogo no contexto hospitalar**. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas*, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 243-255, 2012.

Homossexuais idosos

Ibson Eduardo Batista

Compreender as especificidades de uma pessoa idosa pode ser um desafio, pois o número de idosos só cresce, e com isso suas demandas também, muitas vezes o psicólogo ou profissional de saúde não está atento a estas mudanças, e quando falamos sobre o homem homossexual idoso, o número de profissionais capacitados para lidar com esta população é muito pequeno.

De acordo com o Estatuto do Idoso (2003), é considerado uma pessoa idosa qualquer indivíduo que apresente a idade mínima de 60 anos em países de terceiro mundo e acima de 65 em países de primeiro mundo. Segundo Marinho (2013) podemos definir como idoso um conjunto de transformações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e bioquímicas que fazem o indivíduo perder, gradualmente, suas capacidades em seu ambiente - e este processo ocorre de forma dinâmica e progressiva.

Segundo Moraes (2012) por muito tempo, ser idoso foi relacionado com velhice, com falta de saúde, contudo, é importante compreendermos que este conceito de idoso, associado a falta de saúde está mudando. Por mais que o idoso esteja passando por um processo, no qual, muitas vezes suas capacidades motoras, fisiológicas e psicológicas são afetadas, este idoso pode continuar fazendo seus papéis sociais - assim sendo, ele pode gerir sua própria vida e ter autonomia para cuidar de si mesmo. Quando falado sobre saúde da pessoa idosa, o conceito utilizado pela Portaria n.2528, de 19 de outubro de 2006, institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, no qual estabelece que a saúde do idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia do que pela presença de doença (BRASIL, 2006).

Já, quando falamos sobre a saúde de idosos homossexuais, é importante o profissional de saúde compreender que para muitos idosos, vivenciar esta fase da terceira idade, pode ser algo difícil, pode ser até um momento de sofrimento, questões como saúde, sexualidade entre outros fatores podem influenciar a qualidade de vida deste idoso.

Com a experiência que tenho atendendo a comunidade LGBT, tenho a oportunidade em atender alguns homossexuais idosos e compreender que, por mais que sejam pessoas idosas, suas demandas que parece ser tão similares a de um idoso heterossexual, na realidade são demandas extremamente distintas e com suas próprias peculiaridades.

Para compreendermos estas diferenças é importante sermos sensíveis às vivências deste homossexual que está agora na fase da terceira idade, é necessário entender que alguns fatores podem ser responsáveis pela forma de se comportar e pensar do indivíduo.

Um dos fatores a ser observado é a história de vida deste homossexual idoso, pois vivenciar sua sexualidade em uma cidade do interior, pode ser totalmente diferente de vivenciar sua sexualidade em uma cidade grande. Isto não significa que o indivíduo que viveu na capital tenha sofrido menos preconceito, e nem que o do interior tenha sofrido mais, cada indivíduo tem sua própria história, e suas próprias demandas.

No momento que estiver atendendo um homossexual idoso, é importante se ser sensível às suas bagagens, compreender que a identidade deste indivíduo foi criada através das relações sociais que obteve de sua infância até os dias de hoje. Todo este histórico, de como vivenciou sua vida, sua sexualidade, nos ajuda a compreender o funcionamento deste indivíduo.

Como era ser homossexual na década de 1950 período que o Brasil estava passando por uma redemocratização; como era vivenciar sua sexualidade no período de Ditadura Militar; como foi ser homossexual na década de 1980 e 1990 - na qual houve a epidemia do HIV/AIDS e milhares de homossexuais morreram no mundo todo; como é ser homossexual nos tempos de hoje, no qual a homossexualidade não é considerada doença e a estética o corpo são extremamente importantes?

Em todos estes períodos históricos a homossexualidade foi vista de uma forma diferente, tanto para a sociedade, quanto para a ciência, e a construção da identidade de cada indivíduo que hoje que se encontra na terceira idade, foi concebida através destes períodos.

Década de 1940 e 1950, por exemplo, vivenciar sua orientação sexual era quase impossível, principalmente em cidades pequenas, pois muitos homossexuais não tinham referências de outros homossexuais; falar sobre homossexualidade era algo impensável e uma grande parte de homossexuais daquela época tiveram que viver uma vida dupla, uma na qual podia agradar sua família, amigos e sociedade e outra, na qual vivenciava seus desejos às escondidas.

Segundo Green (2000), na década de 1950, milhares de homens gays que queriam poder vivenciar seus desejos sexuais e fantasias por outros homens, acabaram migrando das cidades pequenas para grandes capitais como São Paulo e Rio de Janeiro, longe de seus familiares e amigos, e assim poderiam se sentir um pouco mais livres.

Décadas de 1940 e 1950, ser homossexual no Brasil não era crime, você não sofreria nenhuma punição pelo Código Penal, mas isso não significa que homossexuais não eram presos. Naquela época, muitos homens gays eram presos por atentado ao pudor, vadiagem, entre outros. Perseguições policiais eram um grande problema para homossexuais e muitos homens ao serem abordados por policiais eram obrigados a pagar propi

na, pois a possibilidade de que seus familiares soubessem que havia sido preso pelo fato de ser homossexual ou por estar em um local considerado para homossexuais, geraria vergonha e humilhação (GREEN, 2000).

Vivenciar sua orientação sexual nesta época era algo muito perigoso, pois tanto religião e ciência não consideravam algo certo. Quando falamos da Igreja, ser homossexual nesta época, era considerado algo pecaminoso, algo imoral, já na área da ciência, ser homossexual era considerado do ença, anomalia e as formas utilizadas para uma “ possível reversão” eram horrendas - estes tratamentos iam desde medicação até tratamento de choque. Segundo Green (2000) a homossexualidade na década de 1950 estava muito correlacionada com o crime. Homens que tinham relações sexuais com outros homens eram chamados de “pederastas” e aqueles que tinham comportamentos sexuais mais passivos, eram acusados de criminosos, e também vítimas da situação que estavam envolvidos.

Nas décadas de 1940, 1950 e início 1960, temas como a homossexualidade e a transexualidade não eram abordados pela sociedade, era tudo um tabu. A religião tinha uma grande força e influência nos comportamentos familiares, de crianças e adolescentes, que tiveram suas vivências nestas épocas é provável que tenham aprendido através da família, escola, igreja e da sociedade geral que ser homossexual era algo ruim, algo vergonhoso, quando religioso um desrespeito a Deus. Muitas crianças e jovens da época não tinham referências de outros homossexuais e quando conheciam outra pessoa que fosse assumida, sabiam o quanto esta pessoa era estigmatizada pela sociedade, desta forma, acabavam reprimindo ou vivenciando suas experiências de forma escondida.

DITADURA MILITAR E HOMOSSEXUAIS

No período entre 1964 a 1985, no qual estava implantada no Brasil a Ditadura Militar também não foi um momento bom para a comunidade LGBT, pois gays, lésbicas, e transexuais sofreram perseguições, discriminações e em alguns casos, até torturas. Segundo Puff (2014) muitos gays, lésbicas, bissexuais e transexuais, sofreram violência físicas e psicológicas durante a Ditadura Militar. Neste período existia uma prática de “higienização”, ser homossexual era considerado algo grave, pois, ameaçava o moral e os bons costumes.

No período de ditadura militar existiam rondas policiais que ameaçavam e prendiam gays, travestis e lésbicas, muitos eram torturados, espancados e extorquidos. Temas como homossexualidade não eram autorizados a serem abordados pela imprensa e, quando desobedecido, o regime militar tratava de perseguir (PUFF, 2014).

Segundo o site memoriasdaditadura.org.br (2019) o período de ditadura militar, foi uma época no qual o regime militar construiu um meca

nismo de controle moral no qual gays, lésbicas e transexuais tinham seus comportamentos sexuais considerados como desviantes, eram considerados perversos, marginais, anormais, muitos foram perseguidos, sofreram violências, foram presos de formas arbitrárias, expurgados de cargos públicos. Em 1969 o Ministério das Relações Exteriores do Itamaraty organizou a “Comissão de Investigação Sumária” no qual tinha como objetivo a repressão a homossexuais e outros grupos que eram considerados descompromissados dos valores do regime dentro do Itamaraty.

Devido ao fato de gays, lésbicas e travestis viverem um período de terror, no qual eram perseguidos por policiais, muitos que traziam as demandas desta população eram censurados. Homossexuais nesta época viviam em guetos, bares e casas noturnas, locais no qual poderiam socializar e sentiam-se mais confortáveis em expressar sua identidade, muitos começaram a frequentar estes locais para encontrar anonimato e seus iguais.

ANOS 80 E AIDS

Segundo Terto (2002) no fim da década de 1970 e o começo dos anos 1980 o mundo é apresentado para o advento da AIDS, doença que impactou milhares de pessoas pelo mundo, porém, o número de homossexuais portadores da doença era muito grande, desta forma gerando muito estigma para esta comunidade. A chegada da Aids em 1980 deixou mais complicada a visão que as pessoas tinham em relação aos homossexuais e, a partir deste momento, os homossexuais foram estigmatizados, pois ser homossexual ficou associado a Aids.

No período de 1980 a força da associação da Aids com a população homossexual foi tão grande que a doença que tinha acabado de ser descoberta, foi chamada de GRID (Gay Related Immunedeficiency) nos meios científicos e pela imprensa - a sociedade chamou de peste ou câncer gay, gerando muito mais estigmas para esta comunidade (TERTO, 2002).

Com o surgimento da AIDS em 1980 e com o pouco conhecimento científico sobre o tema, começaram a surgir os discursos de diversas instituições de saber, que neste caso seriam o Estado, Igreja entre outros, que tratavam em demonizar a pessoa que estava contaminada. Além de ser considerado uma praga gay, a pessoa também era considerada castigada por Deus, por estar vivendo do pecado, que no caso seria a homossexualidade (BRITO & ROSA, 2018).

A epidemia da Aids que afetou milhares de homossexuais deu para os homofóbicos e outros ignorantes a possibilidade de associar o comportamento sexual com um suposto castigo, desta forma afirmavam que a Aids era algo de homossexuais, era um castigo, pois eles estão fazendo algo errado, algo doentio (HARDIN, 2000).

Muitos homossexuais que foram contaminados pelo vírus HIV na

década de 1980 e 1990, tinham vergonha de contar para familiares aos amigos, pois a doença vinha com muitos estigmas. Homossexuais contaminados com o vírus nestas épocas, eram considerados condenados a morte, promíscuos, castigados por Deus, e todos estes fatores faziam o indivíduo se reprimir, viver sua doença em silêncio. Segundo Hardin (2000) os homossexuais contaminados pela doença na década de 1980 foram levados pela sociedade a se sentir culpados envergonhados, pois a doença vinha junto com um julgamento moral. O estigma que a doença trazia para o infectado era tão forte, que muitos homossexuais da época ao descobrirem que estavam contaminados recorreram ao suicídio.

1990 AOS DIAS DE HOJE

Com o número de homossexuais contaminados pelo vírus do Hiv pelo mundo e principalmente no Brasil, fez com que a comunidade LGBT se unisse na luta por formas de tratamento, prevenção e políticas públicas, fazendo com que os homossexuais ficassem mais visíveis. Segundo Hardin (2000) com o advento da Aids e a movimentação da comunidade LGBT pela luta contra doença, as questões sociais relacionadas a comunidade gay, tornaram-se extremamente visíveis, desta forma tornando-se mais difícil ignorá-las, pois a atenção do mundo estava voltada nas questões homossexuais.

No dia 17 de maio de 1990, a Organização Mundial da Saúde excluiu a homossexualidade como doença e considera como mais uma forma de vivenciar sua orientação sexual, sendo assim algo natural e não patológico. Com isso gays começam a lutar por outras demandas, além da Aids, e começa a surgir os movimentos LGBT - lutas pelos direitos sociais, lutas por direitos que até o momento não eram pensados.

Na década de 1990 começa a surgir uma nova visão da homossexualidade, ela continuava sendo estigmatizada e associada com a Aids, porém, começou também, uma nova organização, na qual, as vivências homossexuais começaram a ter um pouco mais de liberdade. Já era possível ver em algumas mídias como televisão, jornais e revistas a abordagem do tema homossexualidade, famosos começaram a assumir sua sexualidade gerando referência para muitos homossexuais.

Com o advento da internet na década de 1990, muitos homossexuais utilizaram este meio para se autodescobrir e para marcar encontros amorosos. Segundo Miskolci (2009) por muito tempo homossexuais mantiveram suas vivências em segredo, fazendo com que eles se sentissem únicos em suas experiências e, desta forma, tendo que carregar seus sofrimentos e angústias sozinhos. No entanto, com a chegada da internet iniciou o processo de expansão da sexualidade, pois, muitos encontraram seus iguais e a internet virou uma rede de apoio, no qual homossexuais encontravam

outros para falar sobre seus desejos, fazer amizades, falar sobre suas dores.

Com a possibilidade de homossexuais interagirem pela internet, muitos gays de cidades pequenas tiveram a oportunidade de interagir com outros gays de cidades grandes ou de outros estados e países, sem precisar se expor, ficando mais confortáveis em vivenciar suas sexualidades. Para Miskolci (2009) a internet para os gays veio para facilitar a vivências homossexuais, pois, através dela veio o rompimento do isolamento de gays e lésbicas que, até o momento vivenciavam sua vida de forma camuflada, escondida, sigilosa.

A década de 1990 foi o período no qual gays começaram a ter mais coragem de assumirem seus desejos sexuais, foi o momento no qual, através da internet, muitos puderam se expressar sexualmente e emocionalmente. Com a chegada do novo milênio, também vieram novas demandas para os homossexuais, questões como casamento, adoção, políticas públicas, lutas contra a homofobia: fazem parte da década de 2000 aos dias de hoje, pois com o declínio da relação estado e igreja, e uma melhor relação das suas vivências, homossexuais começaram a ter uma maior aceitação por sua orientação sexual. Mas, infelizmente, a comunidade LGBT no Brasil não vive só de conquistas, segundo dados do Grupo Gay da Bahia e da ONG Transgender Europe, o Brasil é o país com maior número de casos de agressões e assassinatos a homossexuais e travestis, transexuais.

OS EFEITOS DA HOMOFOBIA INTERNALIZADA E O PAPEL DA PSICOTERAPIA

Todo este histórico no qual o homossexual idoso vivenciou suas experiências podem gerar sérias consequências nas vivências atuais do indivíduo, é muito comum encontrar em homossexuais idosos questões de homofobia internalizada. Segundo Hardin (2000) quando o homossexual vivencia em sua família, amigos e cultura, questões de intolerâncias contra homossexuais, acabam sendo impossível não interiorizar estas informações, desta forma o indivíduo acaba criando uma batalha interna entre seus desejos e comportamentos, gerando muito sofrimento.

Para Borges (2009) a homofobia internalizada é consequência de uma exposição diária à homofobia social e cultural, desta forma fazendo que o homossexual desenvolva questões de isolamento social, ansiedade, depressão, auto-abuso por meio de álcool e substâncias ilícitas, baixa autoestima, entre outros.

Para Hardin (2000) a autoestima pode influenciar todas as vivências de uma pessoa, desde situações amorosas, profissional, espiritual e de lazer. Ela também pode afetar o modo como o indivíduo se percebe em relação ao seu corpo, e interfere na forma de como ele se comporta ao se socializar com outras pessoas.

Segundo Hardin (2000) quando uma criança começa a reconhecer

que está tendo atração por pessoa do mesmo sexo, e vem de uma família no qual são muito rígidos ou religiosos que não apoiam esta forma de vivenciar a vida, muitas acabam desenvolvendo uma fragmentação do seu eu e assim criando duas vidas, uma pública e outra privada. Assim a criança acaba vivenciando uma vida de mentiras, para poder agradar socialmente família, amigos, escola. Este processo, muitas vezes, continua na adolescência e na fase adulta.

Esta forma de vivenciar a vida tendo duas identidades, pode trazer prejuízos ao indivíduo que acaba reprimindo suas vivências. Para Borges (2009) na infância é quando a criança apresenta algumas variações de sua orientação sexual e identidade de gênero, ela pode receber críticas, sanções, abusos, violência física, emocional e sexual, assim, gerando sofrimento psíquico e fazendo, muitas vezes, a criança internalizar que existe algo errado com ela.

Assim é importante compreendermos que o homossexual idoso, começou a construção de sua identidade quando criança no período de 1950, 1960 no qual ser homossexual era muito difícil, a maioria das vivências homossexuais eram reprimidas, sua adolescência e começo da fase adulta foram em um período de ditadura militar e início do vírus da Aids. Muito destes idosos homossexuais perderam amigos, namorados e conhecidos com a chegada da Aids, foi um período conturbado no qual segundo Borges (2009) para muitos pode vir associado com sentimentos de alívio, por não ter se contagiado e ser um sobrevivente, mas também pode vir com sentimento de culpa, angústia, por ter sobrevivido a uma epidemia que dizimou milhares de pessoas e uma grande parte da comunidade gay. A chegada da internet na década de 1990 e o maior acesso dela pela população gay nos anos 2000 permitiu uma maior liberdade de suas vivências, porém, não impediu um crescente aumento na violência contra LGBTs no Brasil. Todo este processo gera adoecimento. Existem estudos nos dias de hoje que comprovam o quanto reprimir sua orientação sexual pode trazer prejuízo e sofrimento para o indivíduo. De acordo com Hardinb (2000), a sociedade em que vivemos passa para gays e lésbicas mensagens confusas, muitas destas mensagens estigmatizam e discriminam a vivência homossexual, gerando vários problemas psicológicos no indivíduo.

Atualmente, a realidade de muitos idosos homossexuais é a solidão, gerando muito sofrimento para este indivíduo. Segundo Borges (2009) devido ao preconceito, muitos gays acabam se afastando fisicamente e emocionalmente de sua família biológica, e assim, acabam ficando isolados, sem alguém para contar, sem um apoio emocional. Quando o gay está na fase da terceira idade é comum encontrar pessoas nesta situação, que pode ser agravada quando o sujeito ainda não tem sua orientação sexual reconhecida pelos familiares.

Isolamento, depressão, ansiedade, homofobia internalizada, baixo autoestima são características encontradas em muitos homossexuais ido

sos, e encontrar um profissional de saúde que esteja atento às suas especificidades é muito importante para um bom tratamento. Segundo Hardin (2000) um atendimento no qual o indivíduo seja ouvido sem julgamento ajudará ele a organizar seus pensamentos e, assim, conseguirá ver a situação de uma outra perspectiva, conseguindo atravessar uma crise.

Segundo Antunes (2017) homens homossexuais que encontram-se na fase idosa, podem internalizar os preconceitos vivenciados pela vida, assim podem acreditar que são pessoas repulsivas, podem sentir ódio por si mesmo, acreditam que todos seus problemas pessoais são consequências do fato de ser homossexual.

A internalização da homofobia em homens homossexuais pode gerar a negação de sua orientação sexual, tanto para si quanto para os outros, e alguns acabam tendo que vivenciar uma vida heterossexual, casando com alguém do sexo oposto, assim esperando uma aprovação social, ou ainda, com uma esperança de ser curado. Estes comportamentos geram mais sofrimento ao indivíduo pois pode gerar crises de ansiedade, depressão entre outros. (ANTUNES, 2017)

Segundo Borges (2009) quando o homossexual expressar insatisfação ou infelicidade com sua orientação sexual, o psicólogo(a) deve estar preparado para auxiliar o paciente a compreender, que todos os sentimentos negativos que fazem ele não se aceitar, são resultados de um mecanismo de opressão social no qual ele vivenciou e vivencia sua vida, este processo pode não ser fácil, pois muitos homossexuais não têm facilidade em identificar sua própria homofobia internalizada.

Para que a saúde mental do homossexual idoso seja com qualidade é necessário a diminuição das questões de homofobia internalizada, pois assim conseqüentemente existirá o aumento em sua auto estima e o fortalecimento do indivíduo.

Como psicólogo, e trabalhando em uma organização LGBTI+, percebo o quanto o tema homossexualidade e envelhecimento é pouco trabalhado entre os psicólogos. Não saímos da graduação com uma base forte em sexualidade, temas como transexualidade, interssexualidade, HIV e orientação sexual, muitas vezes, não são nem tratados, dependendo da instituição. Muito do que hoje, sei, sobre a população homossexual idosa está relacionado com o fato de eu "correr atrás" da informação, através de consultas ao CRP (Conselho Regional de Psicologia), leitura de materiais como artigos, livros, revistas, e através de muita conversa com homossexuais idosos.

O que é possível perceber ao conversar com um idoso homossexual é que muitas vezes existe um cansaço. Eles estão cansados de tentar sobreviver a este novo mundo esta nova realidade, muitos não conseguem se adaptar socialmente ao mundo que está sendo apresentado no momento para ele. Muito desta dessocialização está relacionado com seu histórico de vida, pois as repressões sociais que viveram fazem hoje dele uma pessoa refém da culpa, vergonha, agonia, dor.

Nos dias de hoje apesar de ainda sermos um dos países que mais mata a população LGBT, podemos ver homossexuais de mãos dadas na rua, temos famosos de várias áreas da mídia assumindo sua orientação sexual, o Brasil tem a maior parada LGBTI+ do mundo, é possível ver personagens gays em novelas e filmes, as vivências mudaram o cenário é outro. Mas como sobreviver a este novo cenário, quando as cicatrizes de uma vida ainda interferem, na forma como você pensa, como se comporta?

É neste momento que nós psicólogos(as), profissionais da saúde em tramos, é mostrar para este homossexual idoso que ele não está só, é ajudar a desconstruir pensamentos que foram segmentados durante a vida e gerando sofrimento, é mostrar que ele tem importância neste mundo e que também tem direitos. Como profissionais da saúde temos a obrigação de trazer esclarecimento ao indivíduo, assim estabelecendo formas de despatologizar suas vivências e assim gerando melhor qualidade de vida.

REFERENCIAIS

- ANTUNES, Pedro Paulo Sammarco. **Homens homossexuais, envelhecimento e homofobia internalizada**. Revista Kairós: Gerontologia, v.20, n.1, p.311-335, mar.2017. ISSN-2176-901X. Disponível em: <<https://revistas-pucsp.br/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i1p311-335/23086>>.
- BORGES, Klecius. **Terapia afirmativa: uma introdução à psicologia e à psicoterapia dirigida a gays, lésbicas e bissexuais/** Klecius Borges. - São Paulo: GLS, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso/**Ministério da saúde. 1.ed. Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.2528**. Brasília 2006.
- GREEN. James Naylor. **Além do Carnaval. A Homossexualidade masculina no Brasil do século XX**. São Paulo: Editora Unesp,2000.
- HARDIN, Kimeron N. **Autoestima para homossexuais - Um guia para o amor - próprio**. São Paulo. Sumus,2000.
- MARINHO, L. M et al. **Degree of dependence of elderly residents in geriatric long-term care facilities in Montes Claros, MGa. Rev. Gaúcha Enferm., Minas Gerais**, v. 1, n. 34, p. 104- 110, fev.2013.
- MEMÓRIAS DA DITADURA. 2019. Disponível em:<http://memoriasdaditadura.org.br/lgbt/>
- MISKOLCI, Richard. **O Armário Ampliado: notas sobre sociabilidade homoerótica na era da internet**. Gênero, v.9, p.171-190,2009.
- PUFF, Jefferson. **LGBTs sofriram torturas mais agressivas diz CNV**. BBC Brasil. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em:https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/12/141210_gays_perseguido_ditadura_rb
- TERTO JUNIOR, V. S. **Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS**. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, v. 8, n.17, p. 147-158, 2002.

BRITO, Fábio Leonardo Castelo Branco; ROSA, Johnny de Moura. **Os Leprosos dos anos 80, câncer gay.** Castigo de Deus: Homossexualidade, AIDS e capturas sociais no Brasil dos anos 1980 e 1990. REVISTA OBSERVATÓRIO, v. 4, p. 751-778, 2018.



SOBRE A COLEÇÃO

A Coleção Livres & Iguais do Instituto Brasileiro de Diversidade Sexual busca discutir os avanços, limites e desafios das questões LGBTI+ na América Latina, especialmente as condições de precariedade e estratégias de resistências das pessoas LGBTI+, promovendo, a partir de um diálogo interdisciplinar, o conhecimento e o respeito à diversidade sexual e de gênero.

OBRAS PUBLICADAS

Livro 1 - Estudos sobre diversidade sexual e de gênero: atualidades, temas, objetos

Livro 2 - Caminhos da pesquisa em diversidade sexual e de gênero: olhares interdisciplinares

Livro 3 - Ensaios sobre o Perfil da Comunidade LGBTI+

Livro 4 - Estudos sobre a experiência da Psicologia sobre a comunidade LGBTI+

AUTORES

Diego da Silva - CRP 08/20229

Psicólogo. Mestre em Medicina Interna e Ciências da Saúde pela UFPR. Atualmente professor universitário e colaborador do Grupo Dignidade.

Ibson Eduardo Batista - CRP 08/19822

Psicólogo com especialização em Educação Sexual, Coordenador do núcleo de Psicologia do Grupo Dignidade.

Isabel Cristina Pereira - CRP 08/27160

Bacharela em Psicologia, com especialização em Sexualidade Humana: Educação e Clínica. Atende como psicóloga clínica no Grupo Dignidade.

Juliana Maria da Cruz - CRP: 08/27388

Psicóloga, pós-graduanda em Psicologia clínica: abordagem psicanalítica, integrante do Núcleo de Psicologia do Grupo Dignidade.

Mailson Palhano de Lima - CRP: 08/28657

Bacharel em Psicologia pela UniBrasil, com orientação psicanalítica. Pós-graduando em psicologia da saúde e hospitalar pela faculdade Pequeno Príncipe. Foi estagiário na ONG

Grupo Dignidade, atualmente é psicólogo no Pequeno Cotoengo e no Grupo Dignidade.

Roberta Previdi Abdul-Hak - CRP 08/28599

Graduada em Psicologia e pós-graduanda em Psicologia Analítica pela PUCPR, psicóloga clínica e atua junto ao Grupo Dignidade.

Livres & Iguais

Neste trabalho realizado no Grupo Dignidade, nós psicólogos podemos ter a dimensão do quanto a violência, seja ela de qualquer tipo, impacta a vida dos pacientes que lá são atendidos. Não é raro atendermos pacientes que possuem auto-homofobia¹ decorrente de um contexto - religioso e familiar - excludente de pessoas LGBTI+, o que não deixa de ser uma violência verbal e moral. Atendemos muitos pacientes que sofrem preconceito e agressões físicas e psicológicas nos locais de trabalho, nas ruas, nas universidades, nas escolas, dentro de suas próprias casas por seus familiares, etc. Percebemos o quanto essa violação de suas identidades e subjetividades ocasiona problemas emocionais graves como transtornos de ansiedade, depressão, dependência química, transtornos de humor, o que deixa tais pacientes em vulnerabilidade para ideação suicida e suicídio em si. O atual contexto social-político que nossa pátria vem passando nos faz pensar e perceber que alguns retrocessos nos direitos de pessoas LGBTI+ podem ocorrer, sendo considerado este fator, uma ameaça. Ainda assim, através de um movimento bem organizado e da luta das pessoas em prol da causa, muito ainda se pode conquistar, principalmente, a garantia da dignidade e a minimização das violências, preconceitos e demais pontos negativos que limitam o ser LGBTI+ hoje.