



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

LEANDRO HERKERT FAZZANO

**Psicoterapia e população LGBTIA+:  
Habilidades específicas ao atendimento**

---

Londrina  
2023

LEANDRO HERKERT FAZZANO

**Psicoterapia e população LGBTIA+:  
Habilidades específicas ao atendimento**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, da Universidade Estadual de Londrina como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Análise do Comportamento.

Área de concentração: Análise do Comportamento

Orientador: Prof. Dr. Alex Eduardo Gallo.

Londrina  
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Fazzano, Leandro Herkert.

Psicoterapia e População LGBTIA+ : Habilidades específicas ao atendimento / Leandro Herkert Fazzano. - Londrina, 2023.  
133 f. : il.

Orientador: Alex Eduardo Gallo.

Tese (Doutorado em Análise do Comportamento) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, 2023.

Inclui bibliografia.

1. Psicoterapia - Tese. 2. População LGBT - Tese. 3. Habilidades do terapeuta - Tese. 4. Análise do Comportamento - Tese. I. Gallo, Alex Eduardo. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. III. Título.

CDU 159.9

LEANDRO HERKERT FAZZANO

1

**Psicoterapia e população LGBTIA+:  
Habilidades específicas ao atendimento**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, da Universidade Estadual de Londrina como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Análise do Comportamento.

Área de concentração: Análise do Comportamento

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Alex Eduardo Gallo  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Prof. Dra. Ana Cláudia Bortolozzi  
Universidade Estadual Paulista – UNESP

---

Dr. Denis Roberto Zamignani  
Instituto Par Ciências do Comportamento

---

Prof. Dra. Nádia Kienen  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Prof. Dra. Sílvia Aparecida Fornazari da Silva  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 09 de outubro de 2023.

Que sabem do sol  
os morcegos e corujas?  
São filhos da noite

**(Que sabem? - Helena Kolody)**

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente, gostaria de agradecer à CAPES, pelo fomento da pesquisa, ao Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento e a todos os professores que dele fazem parte. Em especial ao meu orientador, o professor Alex Eduardo Gallo, quem (novamente) aceitou me orientar em uma temática “espinhosa”, pouco estudada na Análise do Comportamento, mas que me é muito preciosa. Também gostaria de prestar agradecimento ao Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento (PGAC), no qual estive como professor colaborador concomitante ao doutorado. Em especial às professoras Ednéia, que, na chefia do departamento, compreendeu minha correria e os apuros de trabalhar e fazer o doutorado simultaneamente, e Silvia Murari, pela qual sempre tive grande admiração e pude me aproximar e me encantar mais ainda pela pessoa maravilhosa que ela é.

Agradeço também à minha família, que sempre foi um suporte, me erguendo e segurando minha mão nos momentos de desânimo, me ajudando e apoiando em algumas decisões difíceis que tive que tomar nesses quatro anos de doutorado. Sem vocês, eu não conseguiria chegar aqui! E como já dizia o saudoso “Vô Fazzano”, de quem eu sempre sinto muitas saudades: “o Leandro vai ser doutor!”.

Aos meus amigos, que me acompanharam e me apoiaram nesse período do doutorado, principalmente quando algumas situações pessoais ocorreram. Em especial ao Thainã e à Amanda, que sempre estiveram presentes na alegria e na tristeza. Ao Beto, pelas infindáveis horas de conversas e diversão. Ao “Julinho”, pelo apoio e pelas conversas que me ajudaram a entrar no doutorado e a realizar esse sonho. Aos “Gabriéis” (Vaz e Zambon), que, mesmo adentrando mais recentemente na minha vida, foram fundamentais para me ajudar nas “bads” e me animar. À Flavinha, à Keila e ao Lucas Lincon, grandes amigos que, por tramas da vida, ficaram fisicamente distantes, mas que estão sempre próximos. À Natalia, a quem o doutorado me fez aproximar e vou levar para o resto da vida. A todos os outros amigos que eu, eventualmente, possa ter esquecido de mencionar.

Gostaria de agradecer a todos que compuseram comigo no Núcleo de Diversidade e Gênero (Diverges), no CRP-Londrina, que viabilizou muito do trabalho aqui realizado. Também, àqueles com quem eu pude compor, criar e conviver no Coletivo do Vale da Análise do Comportamento (CVAC). As aprendizagens, os debates, os incentivos e os avanços que tivemos juntos foram essenciais para conseguir seguir, além de me encher de esperança ao ver diversas e diferentes pessoas se engajando e pensando em práticas mais adequadas para a população LGBTIA+ a partir da Análise do Comportamento.

A todos os meus alunos de graduação com quem tive contato ao longo do doutorado. Em especial à Ana Julia, Camilla, Daniele, Emily, Julia, Luma e Miguel, a quem eu tive a honra de orientar o estágio clínico e que me incentivavam e davam forças para continuar escrevendo a tese. Também à Bianca e à Fernanda, a quem eu tive o prazer de orientar a Iniciação Científica.

Aos participantes da pesquisa, sejam eles os terapeutas ou as pessoas atendidas. Sem a colaboração voluntária de vocês, não teria sido possível realizar este estudo. Também se faz necessário que eu agradeça aos juízes externos, pela disponibilidade em participar e me ajudar na pesquisa. E a todos que, de alguma forma, contribuíram para a construção deste trabalho.

E, por fim, gostaria de dedicar a presente tese a todos, todas e todes da população LGBTIA+ que, de alguma forma, passaram por serviços inadequados de profissionais da Psicologia, seja na clínica ou em outra área. Ainda que soe pretensioso escrever isso em uma tese, espero que saibam que não estão sozinhos e, aos poucos, “tijolinho por tijolinho”, essa realidade irá mudar.

FAZZANO, L. H. **Psicoterapia e População LGBTIA+ : Habilidades específicas ao atendimento**. 2023. 133 f. Tese (Doutorado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2023.

## RESUMO

A presente tese debruça-se sobre compreender e descrever as práticas clínicas da Psicologia com a população LGBTIA+, buscando intervir nas habilidades necessárias ao terapeuta que atende alguém dessa população. Para tal, a tese encontra-se dividida em três estudos. O primeiro diz respeito à revisão bibliográfica realizada a respeito da população LGBTIA+ e o processo terapêutico. Para isso, buscou-se em base de dados, utilizando descritores referentes a essa população e ao processo terapêutico. Foram selecionados apenas 14 artigos, sendo a busca ampliada para os bancos de teses e dissertações, selecionando mais quatro produções. Os trabalhos analisados foram agrupados em diferentes eixos temáticos e apontam para práticas inadequadas e LGBTfóbicas da Psicologia, além de, quando mencionam práticas adequadas, não descreverem o comportamento do terapeuta. Assim, o segundo estudo busca descrever os repertórios do terapeuta necessários para atender, de forma adequada, a população LGBTIA+. Esses repertórios foram decompostos tendo como comportamento-objetivo “prestar serviços psicoterapêuticos precisos e adequados à população LGBTIA+”. Essa decomposição também se baseou nas características descritas na literatura como úteis ao atendimento da população. Já o terceiro estudo descreve a criação, aplicação e avaliação de um treinamento dos repertórios descritos. A capacitação ocorreu em três fases, sendo a primeira uma etapa de formação realizada em 17 encontros semanais; na segunda fase foram realizados atendimentos clínicos à população LGBTIA+, os quais foram gravados e analisados por dois juízes, fornecendo *feedbacks* aos terapeutas em treinamento; e a terceira fase, na qual os atendimentos e as avaliações dos terapeutas foram mantidos, porém sem a ocorrência das devolutivas. Participaram da primeira fase nove terapeutas, enquanto, nas fases II e III, participaram seis. Os resultados encontrados demonstram a efetividade e a eficácia do treinamento, posto que os participantes desenvolveram repertórios necessários para adequar os atendimentos clínicos à população LGBTIA+. Alguns participantes apresentaram dificuldades em relação a comportamentos relacionados à formação em Psicologia. A presente tese demonstra a necessidade e a pertinência de desenvolver classes comportamentais específicas ao atendimento da população LGBTIA+, apontando para a necessidade de se rever algumas práticas da formação dos profissionais de Psicologia.

**PALAVRAS CHAVES:** LGBTIA+; Terapia; Psicologia Clínica; Diversidade Sexual e de Gênero.

FAZZANO, L. H. **Psychotherapy and LGBTIA+ Population: Specific skills for care.** 2023. 133 f. Doctoral dissertation (Doctorate in Behavior Analysis) – State University of Londrina, Londrina, 2023.

## ABSTRACT

This thesis focuses on understanding and describing the clinical practices of Psychology towards the LGBTIA+ population, seeking to intervene on the skills necessary for the therapist who works with this population. To do this, the thesis is divided into three studies. The first one concerns a literature review carried out regarding the LGBTIA+ population and the therapeutic process. We searched databases using descriptors referring to this population and the therapeutic process. Only 14 articles were selected, and the search was expanded to the thesis and dissertation banks, selecting four more productions. The works analyzed were grouped into different axes and point to inappropriate and LGBTphobic practices in psychology, in addition, when they mention appropriate practices, they do not describe the therapist's behavior. Thus, the second study seeks to describe the therapist's behavior necessary to adequately serve the LGBTIA+ population. These repertoires were broken down with the objective of “providing accurate and appropriate psychotherapeutic services to the LGBTIA+ population”. This decomposition was also based on the characteristics described in the literature as useful in serving the population. The third study describes the creation, application and evaluation of the training using the described repertoires. This training took place in three phases, the first being a training stage carried out in 17 weekly meetings; in the second phase, clinical services were provided to the LGBTIA+ population, which were recorded and analyzed by two judges, with feedback being provided to therapists in training; and the third phase, in which the therapists' services and evaluations were maintained, however, without feedback. 9 therapists participated in the first phase, while in phases II and III, 6 participated. The results found demonstrate the effectiveness of the training, as participants developed the repertoire necessary to adapt clinical care to the LGBTIA+ population. Some participants presented difficulties in relation to behaviors related to their training in Psychology. This thesis demonstrates the need and relevance of developing specific behavioral classes for care, pointing to the need to review some practices in the training of Psychology professionals.

**KEY-WORDS:** LGBTIA+; Therapy; Clinical Psychology; Sexual and Gender Diversity.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Média dos resultados Pré e Pós-teste.....	70
Figura 2 - Resultado pré e pós-teste de cada participante.....	70
Figura 3 - Resultado Fase I, II e III de P3, P8 e P9 .....	73
Figura 4 - Resultado Fase I, II e III de P1.....	74
Figura 5 - Resultado das Fases I, II e III de P6 .....	75
Figura 6 - Resultado das Fases I, II e III de P5 .....	76

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos artigos selecionados para a revisão .....	7
Tabela 2 - Caracterização das dissertações encontradas para a revisão .....	9
Tabela 3 : Lista de ações adequadas e inadequadas levantadas a partir da revisão bibliográfica .....	33
Tabela 4 - Descrição da resposta de prestar serviço psicoterapêutico adequado.....	34
Tabela 5 - Respostas decompostas necessárias ao atendimento .....	35
Tabela 6 - Decomposição da classe "Caracterizar a população LGBTIA+" .....	37
Tabela 7 - Classes que compõem "Identificar a LGBTfobia como importante variável que afeta a vida do cliente".....	39
Tabela 8 - Classes que compõem "Diferenciar as demandas da população LGBTIA+ em relação a outras populações" .....	42
Tabela 9 - Classes que compõem "Identificar ações discriminatórias no contexto clínico" .....	43
Tabela 10 - Comportamentos relevantes a "Caracterizar recursos diversificados para dar suporte à população LGBTIA+" .....	47
Tabela 11 - Comportamentos relevantes à "Relacionar-se com o cliente de forma que produza neste sentimentos de apoio, aceitação e validação" .....	48
Tabela 12 - Caracterização dos participantes da pesquisa .....	60
Tabela 13 - Descrição da capacitação realizada.....	67
Tabela 14 - Pontuação Pré e Pós testes dos participantes .....	71
Tabela 15 - Quantidade de sessões por fase.....	72

## SUMÁRIO

Apresentação.....	1
Estudo 1 – Revisão integrativa da literatura a respeito do processo psicoterapêutico com a população LGBTIA+ 4	
MÉTODO.....	5
RESULTADOS .....	6
<i>Eixo 1 – Interlocuções discursivas baseadas em teorias pós-estruturalistas ou queer .....</i>	10
<i>Eixo 2 – Relato de experiência com o atendimento à população LGBTIA+.....</i>	11
<i>Eixo 3 - Estudos survey que buscam caracterizar as práticas dos profissionais de Psicologia.....</i>	13
<i>Eixo 4 - Estudos survey a partir do relato de usuários LGBTIA+ do serviço.....</i>	15
DISCUSSÃO.....	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	24
Estudo 2 – HABILIDADES DO TERAPEUTA NECESSÁRIAS AO ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO DA POPULAÇÃO LGBTIA+ .....	29
MÉTODO.....	33
RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	49
Estudo 3: CONSTRUÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM TREINO DE HABILIDADES PARA O ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO LGBTIA+.....	58
MÉTODO.....	58
<i>Participantes.....</i>	59
<i>Aspectos Éticos .....</i>	60
<i>Local.....</i>	60
<i>Instrumentos .....</i>	61
<i>Procedimento.....</i>	62
<i>Fase I - Formação Teórica .....</i>	62
<i>Fase II – atendimentos com feedbacks .....</i>	63
<i>Fase III – atendimentos sem feedback.....</i>	64
<i>Análise dos Dados.....</i>	65
RESULTADO .....	65
DISCUSSÃO.....	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	81
CONCLUSÃO .....	85
Apêndices .....	93

## Apresentação

Para melhor compreender o trabalho aqui apresentado, penso que, inicialmente, seria importante contar um pouco do caminho percorrido e algumas das variáveis que controlaram meu comportamento até a entrada no programa de doutorado, em 2019, e a eleição da temática trabalhada. Para isso, temos que voltar em 2014 – e tentarei ser breve e sucinto.

Após a defesa do mestrado (2014), no qual trabalhei com a temática da homofobia, meu orientador, o professor Alex, sugeriu que eu desse uma entrevista a um jornal local (Folha de Londrina), contando um pouco sobre os dados da violência que levantei no mestrado. Com a entrevista publicada, algumas pessoas ligadas a alguns coletivos e movimentos LGBTIA+ entraram em contato comigo, para que apresentasse os dados. Marcamos uma reunião, que virou duas, três e assim por diante, até ser formado o Fórum LGBTIA+ de Londrina e Região. Permaneci no Fórum até meados de 2020, participando das reuniões mensais e auxiliando na militância conforme podia.

Durante esse período, tive acesso a relatos de outros participantes que me contavam suas experiências com a Psicologia, em suas múltiplas áreas de atuação, e me chocavam algumas práticas que me relatavam. Lembro de uma conhecida trans contando que, quando era criança, foi obrigada pelos seus familiares a ficar em uma “comunidade terapêutica”, na qual sofria constantes abusos para deixar de ser gay (na época, ela ainda não se reconhecia como mulher trans). Também me recordo de outro relato, de uma pessoa não-binária, que contou já ter passado por seis profissionais da Psicologia diferentes, não permanecendo muito tempo com qualquer um, pois constantemente sentia-se forçada por esses profissionais a se adequar a algum dos gêneros ou por presenciar falas LGBTfóbicas em sessão.

Com o ingresso, como professor, em algumas instituições de ensino, pude observar, ao mesmo tempo, a ausência de espaço dentro das grades curriculares de Psicologia para debater sobre minorias sociais e a ânsia dos estudantes em compreender mais e se aprofundar em questões envolvendo a população LGBTIA+. Percebi essa “ânsia” tanto pelos constantes e frequentes convites para falar em eventos da Psicologia em diferentes lugares, quanto por estar com audiência cheia em tais eventos. Recordo-me, também, de uma situação, em uma instituição que trabalhei, em que a coordenação me solicitou, por demanda dos alunos, que criasse um grupo de estudos LGBTIA+.

Em 2018, fui convidado a participar do Núcleo de Diversidade e Gênero (DIVERGES), da Comissão de Direitos Humanos do Conselho Regional de Psicologia, sede Londrina, onde permaneci até encerrar, com a pandemia, as atividades do Núcleo. Lá, éramos

constantemente convocados a pensar ações que trouxessem a pauta LGBTIA+ para dentro da profissão. Escrevíamos reportagens para a revista do Conselho, promovíamos ciclos de palestras em instituições de ensino, realizávamos eventos para profissionais formados (geralmente esses eventos eram esvaziados, exceto quando envolviam a clínica) e criávamos Notas Técnicas para orientar a categoria sobre como trabalhar com essa população. Não raro, também éramos procurados por algum profissional querendo alguma orientação de como proceder com o atendimento, ou mesmo relatando alguma prática antiética de outro profissional com a população.

Ainda, estando no DIVERGES, tive acesso ao livro (que estava sendo produzido) “Tentativas de aniquilamento de subjetividades LGBTIs”, vindo a ser publicado, em 2019, pelo Conselho Federal de Psicologia. Esse livro é inteiramente composto por relatos de pessoas LGBTIA+ sobre as violências sofridas ao longo de suas vidas, devido à sexualidade. Dentre os capítulos, há um dedicado aos relatos das violências e opressões sofridas em que o agressor era um profissional da Psicologia. Destaco aqui dois relatos:

“Sou lésbica, mulher cis, amarela e tenho 34 anos de idade: Agora, no psicólogo que eu fui, que era por indicação, na primeira consulta, ele falou que eu não tinha cara de gostar de mulher. Daí, eu fiquei até o final e depois não fui mais” (p. 165).

“Sou gay, homem cis, negro e tenho 24 anos de idade: O que o psicólogo me dizia sobre as pessoas LGBTI é que, por exemplo, os homens gays eram promíscuos, incapazes de serem fiéis, que eram pessoas tristes, que eram pessoas com a sensação de serem incompletas, com vazio, pessoas solitárias. Ele sempre trazia dados, por exemplo, de que os gays têm mais distúrbios psicológicos, os gays têm mais depressão, os gays cometem mais suicídio e tudo mais. Não fazia uma leitura ampla, não fazia uma leitura sistemática do porquê disso, sabe? Falava: ‘Olha, a homossexualidade é errada e produz esses aspectos negativos nas pessoas’, sem analisar se aquelas pessoas estavam em um ambiente homofóbico, em um ambiente repressor para elas. Falava também que os gays tinham mais DSTs (doenças sexualmente transmissíveis)” (p. 166).

Acredito que, até mesmo como posição política pessoal e pela importância em demarcar e ocupar espaços gerando maior visibilidade (e, quiçá, representatividade), seja importante sinalizar que esta tese de doutorado foi produzida por uma pessoa homossexual que também passou por atendimentos psicológicos inadequados e prejudiciais, com uma psicóloga inapta. Em um processo terapêutico anterior, lembro que uma das minhas demandas à profissional era sobre estabelecer relacionamentos afetivos. Já estava com ela há algum

tempo, por outras demandas, e quando coloquei esse ponto, sua proposição foi que trabalhássemos para que eu fosse “mais discreto”. À época, eu não havia ainda construído o repertório necessário para entender isso como violência e acabei aderindo, embora tenha ficado desconfortável. Afinal, não é (ou não deveria ser) função do cliente saber quando o terapeuta está sendo inadequado. Se eu, que na época já estava no curso de graduação em Psicologia, acatei sua sugestão, como seria para outros LGBTIA+ que não possuem esse repertório e “veneram” a posição em que o profissional de Psicologia se encontra?

A amálgama dessas variáveis (estar na militância, na docência, no Conselho e ter vivenciado) me levaram a questionar sobre as práticas, principalmente clínicas, que a Psicologia estabelece com a população LGBTIA+. O que faz com que a Psicologia, que se apresenta tão libertária, continue reproduzindo práticas opressivas contra minorias? Quais habilidades deveriam ser necessárias ao terapeuta que se propõem a atender essa população e que, aparentemente, não são suficientemente desenvolvidas? O que, enquanto psicólogo apaixonado pela Análise do Comportamento, eu poderia fazer para entender e (talvez seja presunçoso) mudar essa situação? Foi em torno dessas perguntas (e angústias) que eu cheguei ao doutorado e esta tese foi construída.

Nesse sentido, a tese encontra-se dividida em três estudos. O primeiro trata-se de uma revisão bibliográfica sobre as produções acadêmicas envolvendo o processo terapêutico com a população LGBTIA+. Esse estudo busca descrever o que está sendo feito, pensado e produzido na academia sobre o trabalho clínico com essa minoria, assinalando alguns *déficits* e expondo práticas inadequadas na postura dos profissionais.

Já o Estudo 2 visa identificar e descrever os repertórios necessários para que o terapeuta atenda adequadamente a população LGBTIA+. Assim, partindo da decomposição das classes de comportamento, o capítulo apresenta quais as classes de comportamento deveriam ser apresentadas pelos psicoterapeutas, considerando a multiplicidade de situações e as especificidades que a população possa estar sujeita.

Dadas as classes propostas e descritas no Estudo 2, o terceiro estudo refere-se à criação e ao treino de tais repertórios, bem como à efetividade e eficácia da implementação do treinamento. Nesse estudo são apresentados uma capacitação criada com o objetivo de desenvolver os repertórios necessários ao atendimento, sua aplicação e os resultados obtidos.

## **Estudo 1 – Revisão integrativa da literatura a respeito do processo psicoterapêutico com a população LGBTIA+**

Ao longo do desenvolvimento das sociedades, a homossexualidade, a bissexualidade e a transexualidade foram vistas de formas diferentes. Desde a aceitação na Grécia clássica ao *status* de pecado no medievo e de ilegalidade na modernidade, em cada período histórico e a cada mudança social, as formas de sexualidade não-heterocisnormativas adquiriram valores morais diferentes (Mott, 2006; Nascimento, 2010; Santos, 2013). No século XVIII, com o surgimento dos saberes “psi” (Psiquiatria, Psicologia e Psicanálise), essas sexualidades passaram a ser vistas como doença, inclusive sendo assim categorizadas nos compêndios médicos da época (Santos, 2013).

Em 1973, há uma mudança no *status* da homossexualidade e da bissexualidade. Nesse ano, a *American Psychiatry Association* (APA) retira do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) a categoria tida como “homossexualismo”, a qual equiparava a homossexualidade e a bissexualidade a outros transtornos mentais. Na mesma linha, em 1990, a homossexualidade e a bissexualidade também são retiradas da Classificação Internacional de Doenças (CID).

No Brasil, importante avanço se dá com a publicação da Resolução 01/1999, do Conselho Federal de Psicologia (CFP). Ainda que 26 anos após a decisão da APA e nove anos após a retirada do CID, essa resolução segue a mesma tendência internacional de naturalização das orientações sexuais não-heterossexuais. Essa afirmação é possível principalmente pela observação do Art. 3º da resolução, o qual dispõe que

Art. 3º – Os psicólogos não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas, nem adotarão ação coercitiva tendente a orientar homossexuais para tratamentos não solicitados.

Parágrafo único – Os psicólogos não colaborarão com eventos e serviços que proponham tratamento e cura das homossexualidades. (CFP, 1999).

Em 2000, a APA publicou um guia para a psicoterapia com lésbicas, gays e bissexuais (LGB), objetivando, de acordo com o próprio documento, orientar as pesquisas e o treinamento de psicólogos, fornecendo um quadro de referências e informações básicas. No Brasil, embora não se tenha a publicação de um guia propriamente dito, é possível observar a Nota Técnica 01/2019, emitida pelo Conselho Regional de Psicologia do Paraná, a qual fornece várias orientações à atuação com a população de lésbicas, gays e bissexuais.

É válido aqui fazer uma ressalva: a retirada das categorias do DSM se deu apenas em relação à homossexualidade e à bissexualidade, permanecendo a transexualidade no compêndio, sendo classificada como disforia de gênero (APA, 2013). Já em relação ao CID, em 2018, a Organização Mundial de Saúde (OMS) oficializou a retirada da transexualidade da classificação, sendo que na próxima edição (CID-11), que passou a vigorar a partir de 2022, a transexualidade não constará como doença mental.

Embora seja importante o reconhecimento da inexistência de caráter psicopatológico atrelado às sexualidades não-heterocisnormativas, sobretudo por autarquias reguladoras de profissões, apenas esse reconhecimento não implica necessariamente na mudança na prática de parte dos profissionais. Para além da retirada da classificação, é necessário que se pense em mudanças nas práticas e nos repertórios de atuação dos profissionais da Psicologia, posto que, historicamente, esse saber auxiliou na manutenção do *status* de doença, e, conseqüentemente, na manutenção de agressões à população LGBTIA+. Nesse sentido, o presente estudo teve por objetivo realizar uma revisão da literatura sobre a atuação da Psicologia no contexto clínico, junto à população LGBTIA+, procurando compreender quais as habilidades necessárias e as ações efetivas dos profissionais e quais práticas precisam ser revistas.

## **MÉTODOS**

O levantamento foi realizado no portal CAPES, o qual reúne diversas bases de dados (PePsic, Psychinfo, Psyweb, *etc*) de acesso livre e permitindo acesso às bases restritas. As buscas nos portais ocorreram entre agosto de 2019 a julho de 2020. Como descritores, foram utilizados os termos “LGBT”, “homossexual”, “Gay”, “Lésbicas”, “bissexuais” e “transexuais”, todos pareados com os termos “Terapia”, “clínica” e “psicoterapia”. Dessa forma, ocorrem 15 combinações de termos. Não foram estabelecidos critérios do ano de publicação ou idioma, permitindo assim uma busca ampla.

O critério de inclusão para análise deu-se sobre trabalhos que versavam sobre (1) o processo psicoterapêutico da população LGBTIA+, incluindo descrições sobre características e práticas apresentadas pelos terapeutas sobre o atendimento da população LGBTIA+; e (2) experiências ou avaliações dessa população com os serviços prestados pela Psicologia Clínica.

Os resumos dos itens localizados eram lidos e, caso cumprissem o critério de inclusão, os mesmos eram recuperados para posterior leitura e análise. Os estudos que não cumprissem esses critérios (p. ex.: relato de atendimento de uma pessoa LGBTIA+ cujo foco da publicação era algum transtorno e não o processo terapêutico com a população) foram

excluídos. Devido ao número reduzido de artigos recuperados, incluíram-se o Catálogo de Dissertações e Teses (CAPES) e o Banco Digital de Dissertações e Teses. Foram utilizados os mesmos termos e combinações, além de aplicar os mesmos critérios de inclusão, selecionando especificamente a área da Psicologia como filtro da busca.

Os trabalhos recuperados foram lidos e foi realizado o fichamento dos mesmos, destacando-se a natureza do trabalho (teórico ou empírico), o ano da produção, o periódico (para os artigos), a abrangência (nacional ou internacional) e a população referida. Para as produções da pós-graduação, incluiu-se o grau relativo à formação (dissertação ou tese). Em todos os fichamentos, foram elencados os principais temas abordados, e, partindo da natureza do trabalho (teórico ou empírico) e das temáticas, as produções foram agrupadas em eixos temáticos. Considerando que o objetivo do presente trabalho é estabelecer um panorama sobre as produções que envolvam a clínica psicoterapêutica e a população LGBTIA+, os resultados apresentados contam com breve descrição das produções e sua localização nos eixos temáticos estabelecidos.

## **RESULTADOS**

Foram encontrados, no total, 89 artigos, porém, apenas 14 foram selecionados. Incluindo-se ambos o Catálogo de Dissertações e Teses (CAPES) e o Banco Digital de Dissertações e Teses, foram encontrados no total 71 trabalhos, sendo apenas quatro selecionados. A diferença entre o número de trabalhos encontrados e o número de selecionados ocorreu devido à maioria dos trabalhos não ter cumprido o critério de inclusão ou devido à plataforma de busca utilizada não permitir acesso ao material. As publicações excluídas versavam sobre a) estudos de casos (sem o foco na sexualidade ou no processo psicoterapêutico) ou b) apenas mencionavam os termos utilizados na busca, sem discorrer sobre os mesmos. Vale ressaltar que, dentre os excluídos, havia trabalhos que focavam na atuação da Psicologia com a população LGBTIA+, porém, com foco na atenção primária à saúde, relacionando-se à assistência social.

Para melhor visualização, os resultados foram apresentados nas tabelas abaixo, sendo a Tabela 1 referente às produções localizadas nos periódicos, enquanto a Tabela 2 apresenta os itens recuperados no Catálogo de Dissertações e Teses (CAPES) e no Banco Digital de Dissertações e Teses. Na Tabela 1, encontram-se descritos os autores, ano de publicação, periódico publicado (destacando a abrangência do mesmo, ou seja, se a revista é de publicação nacional [N] ou internacional [I]) e título da produção. Também foi destacada a natureza do estudo, sendo classificados como “empíricos” os estudos que apresentam alguma

metodologia de coleta de dados e como “teóricos” os que não apresentam. Ademais, ao compreender que a sigla LGBTIA+ é composta por diferentes populações (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Travestis, Transexuais, entre outras), será ressaltada, ainda, a população sobre a qual a produção versa a respeito. Na Tabela 2, encontram-se descritos o autor da produção, o ano da publicação, a natureza do trabalho (no caso, sendo tese de doutorado ou dissertação de mestrado), o título do trabalho, o orientador e a instituição ou programa em que ocorreu. Destaca-se que todos os trabalhos de pós-graduação localizados eram referentes a produções para obtenção do título de mestre, não sendo localizados trabalhos de doutorado.

Tabela 1 - Caracterização dos artigos selecionados para a revisão

<b>Autor(s)</b>	<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Título</b>	<b>Natureza</b>	<b>Pop.</b>
<b>Ardila, R.</b>	2007	Revista Colombiana de Psiquiatria (I)	Terapia afirmativa para homosexuales y lesbianas.	Teórica	LG
<b>Barreto et. Al.</b>	2016	Athenea Digital (N)	Discursos e consumos das sexualidades - tramando novas possibilidades para atuação nas psicologias.	Teórica	-
<b>Israel et. al.</b>	2008	Psychotherapy Research (I)	Helpful and unhelpful therapy experiences of LGBT clients	Empírica	LGBT
<b>Liddle, B. J.</b>	1996	Journal of Counseling Psychology (I)	Therapist sexual orientation, gender, and counseling practices as they relate to ratings of helpfulness by Gay and Lesbians Clients	Empírica	LG
<b>Menassé, A. A., Cosme, J. A. G., &amp; Rodríguez, M. G.</b>	2014	Cuicuilco (I)	Experiencias de familias homoparentales con profesionales de la psicología en México, Distrito Federal. Una aproximación cualitativa	Empírica	LG
<b>Moleiro, C., &amp; Pinto, N.</b>	2009	Ex Aequo (I)	Diversidade e psicoterapia: expectativas e experiências de pessoas LGBT acerca das competências multiculturais de psicoterapeutas.	Empírica	LGBT
<b>Moleiro, C., &amp; Pinto, N.</b>	2012	Psicologia (I)	Improving provision of effective psychological care for LGB persons: client perceptions of diversity competences of clinical psychologists and psychotherapists.	Empírica	LGB
<b>Oliveira, M.</b>	2014	Revista Estudos Feministas (N)	Uma etnografia sobre o atendimento psicoterapêutico a transexuais	Empírica	T

<b>Pereira et al.</b>	2019	Community Mental Health Journal (I)	Affirmative Competence and Practices of Mental Health Professionals with LGB clients: An Ibero-American Study	Empírica	LGB
<b>Peres, W. S.</b>	2010	Revista Estudos Feministas (N)	Cartografias clínicas, dispositivos de gêneros, estratégia saúde da família	Teórica	-
<b>Rivera, M. V., Esteban, C., &amp; Toro-Alfonso, J.</b>	2018	Perspectivas En Psicología (I)	Hacia una psicología libre de paños tibios: actitudes, prejuicio y distancia social de psicoterapeutas hacia gays y lesbianas.	Empírica	LG
<b>Toledo, L. G., &amp; Pinafi, T.</b>	2012	Psicologia Clínica (N)	A clínica psicológica e o público LGBT	Teórica	-
<b>Zakabi, D. (2014)</b>	2014	Rev. Bras. Psicodrama (N)	Clínica LGBT: contribuições do psicodrama para superação do estigma e da discriminação	Empírica	LGB
<b>Vezzosi et Al.</b>	2019	Psicologia: Ciência e Profissão (N)	Crenças e atitudes corretivas de profissionais de psicologia frente a homossexualidade	Empírica	-

**Tabela 1** - Caracterização dos artigos recuperados, constando autores, ano de publicação, revista publicada, título, natureza do trabalho (teórica ou empírica) e referente à qual população o trabalho diz respeito.

Pode-se observar uma maior parcela de estudos publicados em revistas de abrangência internacional (8) do que em periódicos nacionais (6), também sendo possível constatar um número maior de estudos compreendidos como empíricos (10 artigos dos 14 analisados). Todavia, ao cruzarmos a abrangência da publicação com sua natureza, é possível observar que os estudos publicados em periódicos nacionais são majoritariamente teóricos (3 artigos do total de 6 nacionais), enquanto os internacionais focam mais em pesquisas empíricas (7 artigos do total de 8). Em relação à população específica sobre a qual os trabalhos versam, é nítida a escassez de produções que busquem correlacionar práticas clínicas com a população de travestis, transexuais e transgêneros, sendo maior foco dado a lésbicas e gays.

Todos os trabalhos de pós-graduação recuperados foram desenvolvidos a partir de entrevistas. Desses, no trabalho de Kniest (2005) e Gaspodini (2017) foram entrevistados psicoterapeutas, enquanto no de Marques (2010) e Pereira (2014) as entrevistas foram realizadas com pessoas LGBTIA+ que já estiveram em terapia.

Tabela 2 - Caracterização das dissertações encontradas para a revisão

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Natureza</b>	<b>Título</b>	<b>Orientador</b>	<b>Instituição</b>
<b>Kniest, D. R.</b>	2005	Dissertação	Relação terapêutica frente a homossexualidade	Francisco, A. L.	Mestrado em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco
<b>Marques, D. M.</b>	2010	Dissertação	A(s) Clínica(s) Psicológica(s) e a Diversidade Sexual: percorrendo trajetórias de vida	Nardi, H. C.	Programa de pós-graduação em Psicologia Social e Institucional. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<b>Pereira, G. B. F.</b>	2014	Dissertação	Sentidos de Psicoterapia para homens gays	Rasera, E. F.	Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia
<b>Gaspodini, I. B.</b>	2017	Dissertação	Preconceito contra Diversidade Sexual e de Gênero e Prática Clínica em Psicologia	Falcke, D.	Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Tabela 2 - Caracterização dos trabalhos de pós-graduação recuperados, constando autor, ano, título, orientador e programa no qual o trabalho foi realizado.

Sobre o conteúdo dos trabalhos, pode-se constatar características em comum entre alguns deles, podendo agrupá-los em quatro eixos temáticos: 1) Interloquções discursivas baseadas em teorias pós-estruturalistas ou *queer* (Ardila, 2007; Barreto et al., 2016; Peres, 2010; Toledo & Pinafi, 2012); 2) Relato de experiências de atendimento à população LGBTIA+ (Kniest, 2005; Oliveira, 2014; Zakabi, 2014); 3) Estudos *survey* que buscam caracterizar as práticas dos profissionais de Psicologia relacionando-as com algumas variáveis (Gaspodini, 2017; Pereira et al., 2019; Rivera et al., 2018; Vezzosi et al., 2019); e 4) Estudos *survey* que buscam caracterizar práticas de profissionais da Psicologia com a população LGBTIA+ a partir do relato de usuários do serviço (Israel et al., 2008; Liddle, 1996; Marques, 2010; Menassé et al., 2014; Moleiro & Pinto, 2009, 2012; Pereira, 2014). Abaixo, segue a descrição dos estudos pertencentes a cada eixo.

### Eixo 1 – Interloquções discursivas baseadas em teorias pós-estruturalistas ou queer

Em relação ao primeiro eixo temático, observa-se que os estudos agrupados caracterizam-se pela ausência de averiguações empíricas, focando em expor reflexões sobre a prática da Psicologia junto à população LGBTIA+. Ardila (2007) discorre que a chamada “terapia afirmativa” seria uma alternativa às práticas terapêuticas tradicionais, visando corrigir alguns desentendimentos e práticas inadequadas com a população LGBTIA+. O autor discorre que a homossexualidade seria um estilo ou opção de vida e que o psicoterapeuta deveria trabalhar para que os indivíduos aprendam a viver em paz consigo mesmos e com os demais, apesar do contexto social, buscando solucionar o estresse de viver em uma sociedade homofóbica. Entre os erros comuns cometidos pelos terapeutas, Ardila (2007) aponta para: a) a pressuposição da heterossexualidade dos clientes; b) enquadrar o paciente LGBTIA+ em estereótipos; e c) desencorajar os clientes a se assumirem, o que pode dificultar o engajamento ou gerar o abandono do processo terapêutico. O autor sinaliza que o psicoterapeuta deve conhecer minuciosamente suas crenças e atitudes referentes à homossexualidade, pois, mesmo que de modo não explícito, elas podem influenciar no processo terapêutico.

Toledo e Pinafi (2012) também apontam para a necessidade de os terapeutas estarem cientes e enfrentarem seus preconceitos e ignorância, uma vez que, historicamente, há grande influência da religião e de visões patologizantes e negativas sobre sexualidades não-heterossexuais na prática da Psicologia. Nesse sentido, discorrem que a homofobia, estabelecida socioculturalmente, pode influenciar pessoas heterossexuais (e, no caso, a figura do terapeuta), considerando que todos estão inseridos em uma rede de opressão, devendo esse aspecto ser considerado no processo terapêutico.

Já Barreto et al. (2016) afirmam que a Psicologia funciona como dispositivo social normatizador, sendo a norma social heterossexual. Nesse sentido, os autores afirmam que as identidades ou subjetividades dos indivíduos são sempre construídas através da norma social e que a Psicologia, com suas construções teóricas, pode ter como prática adequar os usuários dos seus serviços à heteronormatividade. Essa afirmação novamente é encontrada em Peres (2010), discorrendo também que a psicoterapia atua como

“dispositivo da sexualidade que, aliado ao dispositivo do gênero [...] produzem sujeitos restritos às normativas do sistema sexo/gênero/desejo/práticas sexuais que funciona dentro de uma perspectiva binária e reducionista, cristalizando e fixando os determinantes de como deve ser e funcionar um homem e uma mulher na contemporaneidade” (p. 210-211).

Assim, Barreto et al. (2016) e Peres (2010) concluem que a Psicologia precisaria rever suas práticas, promovendo uma clínica que dialogue com os estudos sobre gênero e sexualidades. Os autores apontam, também, para a necessidade de superação da lógica binária dos sexos, ampliando a possibilidade de várias e diferentes subjetividades.

Apesar de destacarem a importância da Psicologia em rever suas práticas, pode-se afirmar que os quatro artigos desse eixo são especulativos. Ou seja, ainda que apontem que práticas da Psicologia estariam inadequadas, não descrevem precisamente quais seriam essas práticas, nem a frequência de ocorrência das mesmas, não caracterizando de modo preciso quais ações dos profissionais devem ser revistas. Nesse sentido, o segundo eixo temático pode representar um avanço, uma vez que os artigos agrupados têm em comum a descrição de algumas características tangentes ao processo terapêutico com a comunidade LGBTIA+, a partir de levantamentos feitos com profissionais atuantes.

### *Eixo 2 – Relato de experiência com o atendimento à população LGBTIA+*

Este eixo é composto pelos trabalhos de Kniest (2005), Oliveira (2014) e Zakabi (2014). Os trabalhos consistem em relatos de observações, experiências, reflexões e do trabalho realizado pelos autores ao atenderem a população LGBTIA+. A dissertação de Kniest (2005) tinha como objetivo investigar a experiência de terapeutas ao trabalharem com clientes homossexuais. Oliveira (2014) relata sobre um grupo voltado à população de transexuais, enquanto Zakabi (2014) discorre sobre atendimentos à população de lésbicas, gays e bissexuais.

Kniest (2005) entrevistou quatro terapeutas que já atenderam clientes gays. Essas entrevistas eram gravadas, transcritas e apresentadas aos entrevistados, a fim de checar se estavam de acordo ou se gostariam de fazer algum acréscimo. De acordo com o descrito no método, as entrevistas eram iniciadas com a pergunta sobre como tem sido, enquanto terapeuta, trabalhar com clientes quando a questão da homossexualidade é abordada. Nos resultados, Kniest (2005) relata que todos os terapeutas entrevistados enfatizaram uma visão holística, não tendo a sexualidade como foco do trabalho. Também sinaliza sobre a importância do autoconhecimento do terapeuta, pois o “conteúdo interno” do terapeuta poderia influenciar no processo.

O trabalho de Oliveira (2014) tem por objetivo compreender como os profissionais elaboram o diagnóstico de transtorno de gênero<sup>2</sup> para a população transexual atendida em um Hospital Universitário. Os atendimentos eram realizados em grupo, sendo que o número de participantes variava a cada encontro. O autor realizou observações pelo período de seis meses, entrevistando alguns pacientes do programa e os terapeutas responsáveis. Ao longo do trabalho, é argumentado, a partir das observações realizadas, que a função da clínica é tornar a sexualidade um dos pilares da constituição do indivíduo, “uma identidade, uma substância fixa” (p. 848), e que os terapeutas possuem visões de orientações e identidades de gênero não cis-heteronormativas como sendo uma falha, desvio ou uma falta do indivíduo. Afirma ainda que, na compreensão dos psicólogos, o que define a identidade de gênero dos participantes estava relacionado à posição sexual (ativo ou passivo) e não relacionado a sentir atração sexual por homens ou mulheres. Embora Oliveira (2014) faça essas afirmações todas, não são apresentadas evidências (como registro de observação ou mesmo falas das entrevistas) que deem suporte a essas conclusões, o que coloca em questão a confiabilidade do estudo.

O relato de Zakabi (2014) parte da experiência em um Centro de Referência LGBTIA+, cujo trabalho é fornecer “assistência social, jurídica e psicológica à população LGBT e a pessoas intersexuais [...] vítimas de violência e discriminação” (Zakabi, 2014, p. 8). Partindo da concepção de psicoterapia breve (podendo durar de um único encontro até seis meses), os atendimentos ocorriam em grupo e a estrutura das sessões iniciava com um aquecimento corporal (alongamento ou *tai chi chuan*), dramatização (tendo a psicóloga função de ego-auxiliar e a técnica utilizada mudava de acordo com as necessidades do grupo) e compartilhamento das experiências. A autora finaliza o trabalho descrevendo avanços que alguns casos tiveram.

O modo como os dados são apresentados no estudo de Zakabi (2014), no entanto, pouco contribui para uma sistematização. Os atendimentos relatados eram pontuais, por vezes parecendo meramente aconselhamentos, sem descrições detalhadas do processo. Tampouco o trabalho apresenta descrição sobre as habilidades do terapeuta ou o desenvolvimento de estratégias para superação do preconceito, como o próprio título sugere. Não apenas, é possível observar algumas afirmações realizadas pela autora que podem denotar preconceito, como, por exemplo, “também houve a demanda de transexuais [...] Nesse caso, o processo psicoterápico poderia ser prejudicado, já que a demanda não era do próprio sujeito, porém

---

<sup>2</sup> Embora conste no DSM-V a categoria diagnóstica chamada “disforia de gênero”, manteve-se aqui a escrita original de Oliveira (2014), o qual utiliza a terminologia “transtorno de gênero”. O autor em questão não discorre sobre os motivos para utilizar tal nomenclatura.

uma demanda externa que tornava o atendimento um pré-requisito para realização da cirurgia” (Zakabi, 2014, p. 10).

### Eixo 3 - Estudos survey que buscam caracterizar as práticas dos profissionais de Psicologia

Os estudos pertencentes a este eixo (Gaspodini, 2017; Pereira et al., 2019; Rivera et al., 2018; Vezzosi et al., 2019) têm em comum o objetivo de levantar, avaliar e correlacionar a prática de psicoterapeutas em relação à população LGBTIA+ com outras variáveis (sociodemográficas, abordagem teórica, crenças e valores pessoais, entre outras). Para tal, partiram de delineamentos *survey*, com a utilização de questionários e escalas aplicados com psicoterapeutas de diferentes localidades.

A dissertação de Gaspodini (2017) teve como objetivo investigar como as crenças, as atitudes dos psicólogos e o conhecimento psicológico se relacionam com preconceitos contra a diversidade sexual e de gênero na prática clínica, sendo realizados dois estudos, um quantitativo e outro qualitativo. Pereira et al. (2019) buscaram averiguar os níveis de práticas e competências afirmativas de psicoterapeutas ibero-americanos, comparando esses níveis com variáveis sociodemográficas de cada país. Participaram desse estudo psicoterapeutas de diferentes países (Portugal, Brasil, Espanha, México, Argentina, Bolívia, Paraguai, entre outros), tendo no total 630 participantes. Já Rivera et al. (2018) buscaram avaliar as atitudes e o distanciamento social dos profissionais de Psicologia de Porto-Rico (n = 181). No contexto nacional, com 692 participantes, Vezzosi et al. (2019) objetivaram quantificar as atitudes corretivas<sup>3</sup> e crenças dos psicólogos em relação à homossexualidade e à bissexualidade.

Com exceção do estudo qualitativo de Gaspodini (2017), o qual foi realizado a partir de entrevistas com 14 psicólogos, todos os outros estudos ocorreram de forma *on-line* e contaram com a presença de questionários sociodemográficos, com o objetivo de averiguar a relação entre as práticas dos profissionais e outras variáveis, tais como visão política, religiosidade, formação, *etc.* A diferença metodológica entre os estudos se dá pelo instrumento utilizado na coleta, posto que todos também realizaram análises estatísticas com cruzamento entre variáveis. O estudo quantitativo de Gaspodini (2017) foi composto por uma escala de crenças sobre a homossexualidade e uma escala de preconceito contra a diversidade sexual e de gênero. Pereira et al. (2019) utilizaram e adaptaram dois instrumentos, sendo eles a escala “The Sexual Orientation Counselor Competency Scale” (escala likert, com 28 itens, avaliando três dimensões: habilidades, consciência do comportamento e conhecimentos) e a

---

<sup>3</sup> Os autores definem “atitudes corretivas” como sendo as ações ou crenças que partem da concepção de que a homossexualidade ou bissexualidade devem ser corrigidas, atenuadas e/ou eliminadas.

escala “Gay Affirmative Practice Scale” (16 itens, likert). Já Riveira et al. (2018) aplicaram três instrumentos, sendo eles a escala “Actitudes de Gays y Lesbianas” (desenvolvida para medir atitudes positivas ou negativas ao oferecer psicoterapia para gays e lésbicas, escala likert, com 28 itens); “Prejuicio hacia Gays y Lesbianas” (46 itens, likert); e “Escala de Distanciamiento Social hacia gays y lesbianas”. Vezzosi (2019) aplicou questionário likert, contendo afirmações sobre homossexualidade e bissexualidade, sendo que os participantes deveriam assinalar as respostas entre “discordo completamente” e “concordo completamente”. Dentre essas afirmativas, o autor destaca que duas objetivavam avaliar as atitudes corretivas dos psicoterapeutas, sendo elas: “Se o(a) paciente solicitar, o(a) psicólogo(a)/psicoterapeuta deve ajudar a mudar a orientação sexual de homossexual para heterossexual” e “O(a) psicólogo(a)/psicoterapeuta deve ajudar a mudar a orientação sexual de homossexual (gay ou lésbica ou bissexual) para heterossexual”.

Em relação aos resultados, 497 psicólogos participaram do estudo quantitativo de Gaspodini (2017). O autor aponta para maior prevalência de preconceitos entre psicólogos heterossexuais, encontrando correlação estatística ( $p < 0,05$ ) com “psicanálise”, “avaliação psicológica/psicodiagnóstico” e “neurociência do comportamento”. Entre as crenças dos psicólogos, “má resolução de conflitos parentais”, “abuso sexual na infância”, “perversão” e “falta de fé” apareceram como maior poder preditivo. No segundo estudo, Gaspodini (2017) realizou entrevistas com 14 psicólogos, buscando descrever como questões da diversidade aparecem e são evidenciadas na prática clínica. Entre os resultados, destaca-se que os profissionais demonstraram incerteza sobre a relevância, para o processo terapêutico, de procurar as possíveis “causas” da orientação sexual do cliente; apresentaram discursos marcados pelos termos “preferência” e “escolha” ao se referirem à orientação sexual; e reproduziram alguns estereótipos sobre a população (p. ex.: gays são promíscuos).

No estudo de Pereira et al. (2019), apesar dos participantes demonstrarem competências e práticas afirmativas positivas, foi encontrada significância estatística ( $p$ ) na relação entre competências e práticas afirmativas com treinamento específico para atendimento à população LGBTIA+ ( $p = 0.005$ ), sendo que os terapeutas que indicaram possuir algum treino (como formação complementar), apresentaram melhores competências e práticas para o atendimento dessa população, enquanto terapeutas com pós-graduação apresentaram maior índice de competência ( $p < 0.001$ ), porém não apresentaram relação de significância estatística com prática afirmativa ( $p = 0.559$ ). Também foram observadas relações de significância estatística com visão política ( $p < 0.001$ ) dos participantes, sendo que visões políticas de esquerda apresentaram maiores escores nas escalas. Em relação à

orientação sexual ( $p < 0.001$ ), os terapeutas autodeclarados como homossexuais ou bissexuais apresentaram maiores pontuações nas escalas; em relação às crenças religiosas ( $p < 0.001$ ), as maiores pontuações nas escalas referiam-se aos participantes sem qualquer crença religiosa; e em relação ao estado civil ( $p = 0.024$ ), os menores escores foram obtidos por terapeutas casados. Não foram encontradas relações estatísticas significativas com o gênero do terapeuta e com a idade.

Rivera et al. (2018) obtiveram como resultado que 90,9% dos psicólogos entrevistados apresentaram baixo preconceito com a população LGBTIA+, 8,1% apresentaram preconceito moderado e 1% alto índice de preconceito, ocorrendo também relação de significância estatística com a religião. Os autores apontam, também, para 17% de distanciamento social entre os profissionais da Psicologia e a população de lésbicas e gays. Por fim, descrevem que 10% da amostra consultada apresenta autoavaliação negativa sobre seus atendimentos com a referida população minoritária.

Embora Pereira et al. (2019) e Rivera et al. (2018) apontem para uma aparente baixa incidência de ações negativas emitidas por psicoterapeutas sobre a população LGBTIA+, a mesma afirmação não pode ser feita sobre os dados de Vezzosi et al. (2019). Entre os resultados encontrados, 29,48% dos psicoterapeutas brasileiros consultados concordam em algum nível que, caso solicitado pelo paciente, o psicólogo deve ajudar a mudar a orientação sexual de homossexual para heterossexual e 12,43% concordam com a afirmação de que deveriam ajudar a mudar a orientação sexual (destaca-se que a segunda afirmação independe da solicitação do paciente). Em relação à abordagem teórica, Vezzosi et al. (2019) apontam que atitudes corretivas foram mais presentes em profissionais que se declararam cognitivo-comportamentais e sistêmicos, sendo que 34,86% dos terapeutas cognitivo-comportamentais e 33,33% dos terapeutas sistêmicos demonstraram concordância com as asserções averiguadas.

É válido destacar que todos os estudos pertencentes a esse eixo partem da perspectiva dos profissionais de Psicologia. Assim, ainda que sejam relevantes por focarem em práticas exercidas com usuários pertencentes à população LGBTIA+, faz-se necessário compreender tais práticas a partir da perspectiva dos usuários, posto que pode não haver relação entre o que o agressor considera como violência e o que a vítima sente ou percebe como sendo uma agressão. Nesse sentido, avanço importante se dá nos estudos compreendidos no quarto eixo.

#### *Eixo 4 - Estudos survey a partir do relato de usuários LGBTIA+ do serviço*

Os estudos agrupados neste eixo buscam caracterizar a LGBTfobia dos profissionais de Psicologia a partir de descrições e relatos realizados por pessoas autodeclaradas como

LGBTIA+ que, de maneira geral, tiveram contato com os serviços de psicoterapia em alguma esfera. Anteriormente à descrição de cada estudo, faz-se necessário um apontamento: todos os artigos encontrados e pertencentes a esse eixo (Israel et al., 2008; Liddle, 1996; Menassé et al., 2014; Moleiro & Pinto, 2009, 2012) são referentes a produções que não ocorreram no Brasil. As produções que abrangem o contexto nacional são as dissertações de Marques (2010) e Pereira (2014).

O primeiro estudo a ser pontuado aqui é o de Moleiro & Pinto (2009), no qual as autoras realizaram entrevistas semiestruturadas com quatro participantes LGBTIA+ (um para cada letra do acrônimo), buscando investigar as expectativas e visões que essa população teria sobre os serviços de saúde mental. Todos os participantes relataram consultar psicólogos/as como um recurso possível, especialmente na ausência de outras formas de apoio, enquanto que os demais profissionais da saúde foram relatados como potencialmente homofóbicos e capazes de permitir que os preconceitos atravessassem sua prática profissional. Todavia, apesar dessas informações, apenas um dos participantes relatou já ter utilizado os serviços de saúde mental (no caso, frequentava a psicoterapia), enquanto os demais relataram não ter contato. Assim, há uma lacuna metodológica muito grande para compreender a real LGBTfobia no espaço psicoterapêutico, fazendo-se necessário dar maior ênfase aos próximos estudos.

O trabalho de Liddle (1996) possui dois objetivos: a) observar a relação entre gênero e orientação sexual de clientes e terapeutas; e b) correlacionar a prática dos terapeutas com o relato dos clientes. A pesquisa ocorreu com 392 pessoas autodeclaradas lésbicas ou gays e que já passaram, em média, por três terapeutas diferentes. Era solicitado aos participantes que descrevessem até quatro terapeutas diferentes, sendo eles a) mais recente ou atual, b) primeiro, c) mais útil e d) pior ou mais prejudicial. O participante deveria caracterizar, então, o gênero do terapeuta, sua orientação sexual e o número aproximado de sessões que teve com ele. Para cada terapeuta era apresentada a questão “quão útil foi este terapeuta?”, sendo necessário assinalar uma das opções (a saber: destrutivo; nada útil; bastante útil; ou muito útil). Na sequência, eram apresentadas 13 afirmações referentes às práticas do terapeuta e era solicitado que assinalassem quais eram apresentadas pelos terapeutas. Em relação ao gênero e à orientação sexual dos terapeutas, os resultados encontrados apontam que terapeutas lésbicas ou gays, assim como mulheres heterossexuais, possuem práticas mais adequadas. Assim como terapeutas que revelavam sua orientação sexual foram avaliados mais frequentemente como úteis. Em relação às práticas terapêuticas, Liddle (1996) aponta que terapeutas que apresentavam práticas avaliadas como inadequadas foram de três a quatro vezes mais classificados como prejudiciais, além de haver relação com o término precoce do processo

terapêutico (clientes eram cinco vezes mais propensos a não voltar à terapia após a primeira sessão).

O estudo de Israel et al. (2008) teve como objetivo identificar características da terapia como benéficas (*helpful*) ou prejudiciais (*unhelpful*), por meio do relato da experiência de pessoas LGBTIA+ com o processo terapêutico. Participaram da pesquisa 42 pessoas LGBTIA+, com idade entre 20 e 56 anos, sendo que todos estavam em terapia nos últimos seis meses. Os autores realizaram entrevistas semiestruturadas, solicitando que os participantes descrevessem uma situação benéfica e uma prejudicial, sendo essas analisadas e agrupadas nas seguintes categorias: 1) descrições sobre o cliente; 2) descrições sobre o terapeuta; 3) ambiente/aspectos contextuais; 4) intervenções terapêuticas e relacionamento; 5) descrições das situações; e 6) consequências das situações, sendo os resultados descritos conforme cada uma dessas categorias. Em relação à primeira das categorias (descrição do cliente), as queixas mais comuns foram sobre relacionamentos (apareceu em 23,8% nas situações benéficas e 19% nas prejudiciais); depressão/suicídio (19% nas situações benéficas e 23,8% nas prejudiciais); carreira (21,4%; 11,9%); orientação sexual/identidade de gênero (16,7%; 16,7%); ansiedade/estresse (14,3%; 9,5%); e família (7,1%, 14,3%).

Em relação à segunda categoria (descrição do terapeuta), 66,7% dos participantes consideraram suas experiências como positivas, 9,5% como negativas e 23,8% como mistas. Estagiários e terapeutas indicados/escolhidos por outros (p. ex.: indicado pela escola) foram mais frequentemente indicados como prejudiciais. Outro dado interessante aponta que os clientes eram um pouco mais propensos a identificar a orientação sexual do terapeuta nas situações benéficas (89,1%) em comparação com as situações prejudiciais (73,85%). Em relação ao ambiente/aspectos contextuais, nas situações prejudiciais foram mencionadas situações em que os clientes sentiram-se inseguros, desrespeitados ou desconfortáveis (por exemplo, suposições heterossexuais embutidas em formulários de admissão e perguntas, uso de pronomes não preferidos pelos clientes transgêneros, entre outros), ou sentiram que sua autodeterminação estava comprometida.

Sobre intervenções terapêuticas e relacionamento, apareceram nas situações benéficas aceitação; validação; “normalização” da orientação sexual; envolvimento do terapeuta com a comunidade LGBTIA+; focar na orientação sexual/identidade de gênero apenas quando é pertinente; terapeuta ter treinamento em questões LGBTIA+; ter sessões estruturadas; fazer perguntas; terapeuta fornecer sua perspectiva (interpretações, *feedbacks*, observações); terapeutas sendo flexíveis (com as necessidades, locais, valores, *etc*); estar disponível fora da sessão; passar tarefas; responder positivamente ao cliente; criar um ambiente acolhedor e

confiável; e fazer autorevelações. Como prejudiciais: foco inapropriado na sexualidade; encorajar o cliente a não ser LGBTIA+ (propor terapia de reversão ou desencorajar o cliente a se assumir); julgamentos e invalidações do cliente; não compreender o cliente; não criar vínculo; propor internações; fornecer diagnósticos; e prescrever medicações.

Com relação à descrição das situações, juntamente com a sexta categoria (consequências das situações), Israel et al. (2008) apontam que as situações benéficas eram marcadas pela cordialidade do terapeuta, respeito, confiabilidade, confidencialidade, carinho e escuta; sendo afirmativos ao lidar com a orientação sexual ou identidade de gênero dos clientes; gerando esperança, otimismo e expectativas positivas e que tranquilizaram seus clientes, acarretando como consequência melhora na qualidade de vida, melhora nas relações, aumento da autoconsciência e autoaceitação, boa percepção na terapia e ajuda em assumir-se. Já as situações prejudiciais envolviam terapeutas vistos como frios, desrespeitosos, desinteressados, distantes ou indiferentes; utilizar intervenções que os clientes consideraram ineficazes ou prejudiciais; impor seus valores, julgamentos ou decisões sobre os clientes; demonstrar reações negativas ou insatisfatórias à orientação sexual do cliente; violar a confiança ou confidencialidade dos clientes; não estar disponível para os clientes; e violar sexualmente pelo toque ou linguagem. Tais situações negativas tiveram como consequências relatadas: sentimentos de insatisfação, rejeição, traição, frustração e desesperança; término do processo terapêutico; diminuição na qualidade de vida; má impressão sobre terapia; e impacto negativo sobre a sexualidade e sobre assumir-se.

Menassé et al. (2018) buscaram levantar as experiências que famílias homoparentais tiveram com profissionais de Psicologia, em diferentes contextos, ao longo de suas vidas. Para tal, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito casais homoparentais (quatro casais compostos por lésbicas e quatro por gays). Os resultados encontrados apontam para experiências negativas em múltiplos contextos de atuação da Psicologia, com destaque para a Psicologia Escolar, Jurídica (referente ao processo de adoção) e Clínica. Sobre a atuação da Psicologia Escolar, as quatro famílias que tiveram contato com a área relataram a ênfase, por parte dos psicólogos, no caráter “anormal” da família, atribuindo à composição familiar homoparental como possível causa de transtornos e *déficits* dos filhos. Referente aos serviços da Psicologia em instituições de adoção, três famílias relataram que os profissionais da área criaram obstáculos para a adoção (por exemplo, afirmando que, por se tratar de um casal composto por dois homens, teriam pouco tempo para se dedicar à criança, ou questionando se a vida sexual do casal iria melhorar com a adoção) e pouca capacitação para trabalhar com famílias homoafetivas (p. ex.: em um grupo de pais obrigatório para a adoção, o psicólogo

responsável agradeceu aos casais heterossexuais por serem tão tolerantes com a presença de um casal homossexual). No contexto do consultório clínico, as falas dos participantes foram acerca do processo de terapia como um instrumento de normatização, principalmente no sentido de o terapeuta corroborar e validar o que era imposto pelas famílias desses indivíduos homossexuais, além dos relatos de *déficits* em habilidades sociais (p. ex.: terapeutas inflexíveis com horários, distantes dos clientes e utilizando formas depreciativas ao falar sobre a sexualidade do cliente).

Partindo do entendimento de que psicólogos exerçam competências multiculturais, ou seja, que estejam cientes de seus próprios preconceitos, suas reações e seu contexto cultural, Moleiro e Pinto (2012) buscam descrever as competências requeridas ao terapeuta, a partir da percepção de clientes LGBTIA+. Nesse sentido, as autoras realizaram uma pesquisa com 15 pessoas, que foram divididas em três grupos. Para cada grupo era solicitado que construíssem uma lista com oito itens, exprimindo as competências necessárias que o terapeuta deveria ter para trabalhar com a população. Os 24 itens resultantes foram agrupados em três categorias: consciência (*awareness*), conhecimento (*knowledge*) e habilidades (*skills*). As falas dos participantes durante as discussões a respeito da construção das listas também foram analisadas conforme as três categorias já citadas, incluindo-se três subcategorias para cada dimensão, sendo elas denominadas como “presença” (quando os participantes indicavam perceber tal competência no exercício clínico), “ausência” (quando indicavam a percepção de ausência na clínica) e “formulação neutra” (quando a presença ou ausência não eram observadas). Os resultados indicam a ausência de conhecimentos sobre a população LGB; ausência de consciência (*awareness*) do terapeuta; e habilidades sendo classificadas mais frequentemente como “formulação neutra”. As autoras concluem que a situação torna-se paradoxal, uma vez que, embora as três dimensões sejam descritas como importantes no contexto terapêutico, as mesmas são frequentemente percebidas como ausentes ou simplesmente não são percebidas – e justamente tal paradoxo se apresenta como um fator de risco ao processo terapêutico.

O trabalho de Marques (2010) foi desenvolvido por meio de entrevistas com cinco pessoas autodeclaradas lésbicas, gays e bissexuais que já estiveram em terapia, tendo como objetivo averiguar a experiência desses com o serviço e o impacto para suas vidas. Alguns dos relatos obtidos na pesquisa foram fortes, tais como: a) Gabi: sua psicóloga afirmava para a mesma que sua atração por mulheres devia-se ao fato de ter sofrido abuso sexual de um tio, que resultou em uma gestação (de acordo com o relatado pela entrevistada, a psicóloga estaria mais preocupada em achar as “causas” da lesbianidade, ao invés de trabalhar com o abuso e

com a gestação); b) Rafa: procurou terapia aos 19 anos, quando se percebeu apaixonado por um colega seu, e estava conflituoso com esses sentimentos (de acordo com o descrito, a psicóloga questionava constantemente sua atração por alguém do mesmo gênero, incentivando-o a “ficar” com meninas para se descobrir), durante esse processo, relata ter tentado suicídio; c) Bere: passou por quatro psicólogos diferentes, desses, dois destacam-se (de acordo com o relato, um tentava associar o fato de ser lésbica com o uso de maconha, enquanto a outra, por quem se sentia constantemente julgada em sessão, propôs que ela adotasse um filho para que pudesse se sentir “uma mulher de verdade” (p. 44)); d) Kaká: após o falecimento de sua esposa, começou a entender-se enquanto bissexual ao se envolver com um rapaz, motivo que o levou à terapia (de acordo com o relato, a psicóloga perguntava se a “opção sexual” não teria a ver com a morte da esposa, como se fosse uma forma inconsciente de não traí-la com outra mulher, mesmo depois de viúvo). A autora da dissertação concluiu que a postura desses profissionais estava impregnada pela heteronormatividade, patologizando as orientações que fogem à norma (seja pela busca de “causas” ou pela tentativa de associar a sexualidade a um trauma ou abuso de substâncias). Afirma ainda que a clínica tem funcionado como mecanismo para tentar adequar os indivíduos à norma social e a um modelo de família heterocentrado.

O objetivo principal de Pereira (2014) foi analisar os sentidos construídos por pacientes e/ou ex-pacientes gays sobre suas experiências com a psicoterapia, refletindo sobre o papel do(a)s psicólogos no que se refere ao atendimento à população de homens gays. Para tal, realizou 10 entrevistas individuais semiestruturadas. Apesar das múltiplas descrições e compreensões sobre a psicoterapia, o autor elencou três categorias de resultado, sendo elas:

- a) Queixa/demanda: cinco dos entrevistados foram para a terapia durante a infância e adolescência devido a suas famílias “suspeitarem” ou estarem “preocupadas” com a orientação sexual; outras demandas comuns foram “ansiedade”, “lidar com a família” (devido à orientação sexual) e aceitar/lidar com a sexualidade ao perceberem atração por outro homem (todavia, esta última apenas aparecia como demanda quando sentiam confiança no terapeuta).
- b) Durante o processo: os participantes apontaram que alguns terapeutas trabalharam com auto aceitação (intervenções objetivavam que o cliente se sentisse capaz de viver sua sexualidade; dar “apoio” às decisões do cliente; respeitar a vontade e disposição do cliente no que se refere a debater sobre a homossexualidade; ampliar as informações que o cliente tinha sobre temas como identidade sexual, o que permitia rever compreensões preconceituosas sobre homossexualidade); no processo

de assumir-se para a família (apoiar a decisão; oferecer reflexões sobre a real “necessidade” e sobre “redução de danos”; houve um relato de incentivo a não assumir-se); e com a promoção da necessidade de assumir uma identidade homossexual ou heterossexual (neste caso, a bissexualidade foi invalidada pelo terapeuta, que incentivava o cliente a se relacionar com mulheres). Nenhum entrevistado relatou que foi estimulado a se relacionar com homens enquanto estava “em dúvida” sobre sua orientação sexual.

- c) Desfecho: diz respeito à avaliação do processo terapêutico pelos homens gays entrevistados. Houve discursos avaliando a psicoterapia como um ponto de ajuda (apoio para que a pessoa se aceitasse e para que lidasse com a família, com clima de aceitação e não julgamento). Porém, também houve relatos sinalizando a ausência de pontos positivos (terapeutas foram vistos como indiferentes ou como preconceituosos).

## DISCUSSÃO

Independentemente do eixo temático, todos os trabalhos acima expostos descrevem uma realidade preocupante que pode ocorrer no contexto clínico. Muitas das práticas e muitos dos profissionais não estão preparados adequadamente para trabalhar com a população LGBTIA+, contribuindo para a manutenção de padrões heteronormativos e, por vezes, servindo como instrumento de opressão contra essa população minoritária.

Um ponto importante destacado em alguns dos trabalhos diz respeito à religião perpassando as práticas da Psicologia (Pereira et al., 2019; Rivera et al., 2018; Gaspodini, 2017; Toledo & Pinafi, 2012). Enquanto Pereira et al. (2019) e Rivera et al. (2018) apontam para correlação estatística entre o terapeuta possuir alguma religiosidade e uma menor qualidade no serviço prestado por esses profissionais, Toledo e Pinafi (2012) alegam que a religião fez e faz parte da história ocidental, o que pode influenciar as visões dos psicólogos a respeito da população LGBTIA+, uma vez que os mesmos também estão inseridos nesse contexto cultural. Também é possível notar, no trabalho de Gaspodini (2017), a crença de que a homossexualidade deve-se a “falta de fé” como um preditor de ações preconceituosas contra a população LGBTIA+.

Concomitantemente aos atravessamentos religiosos, também é possível observar, com algumas das práticas descritas nos trabalhos, a manutenção do *status* de psicopatologia de sexualidades não-heterossexuais. Ações como promover ou concordar com a terapia de reversão da orientação sexual (Israel et al., 2008; Menassé et al., 2014; Oliveira, 2014;

Vezzosi et al., 2019), fornecer diagnósticos baseados na orientação sexual (Israel et al., 2008; Marques, 2010; Menassé et al., 2014) e a prescrição de medicamentos (Israel et al., 2008) podem ser interpretadas como ações que estão baseadas em uma concepção psicopatológica da transexualidade e da homo-bissexualidade.

Toledo e Pinafi (2010) argumentam que a atribuição do *status* de psicopatologia à qualquer sexualidade não cis-hetero não é recente, sendo que, ao longo da história, foram atribuídos à homossexualidade os rótulos de “pecaminosa” e “ilegal”, e com o surgimento da Psiquiatria e da Psicologia, ela passou a ser vista como “doença”. Essas novas áreas de conhecimento assumem o papel de “ditar” o que é considerado “normal” e o que é “anormal”, regulamentando e estabelecendo discursos normativos, além de criarem técnicas de controle ao que foge à norma social (Foucault, 1977; Goffman, 1974). Dessa forma, compreende-se que os saberes “psi”, historicamente, colaboraram para a eleição de práticas LGBTfóbicas e que, ainda hoje, podem colaborar com a manutenção desse *status* (Marques, 2010; Barreto et al., 2016; Peres, 2010; Toledo & Pinafi, 2012).

Os estudos recuperados apontam não somente para o viés da religião e de visões psicopatológicas, mas também para as práticas clínicas estarem engendradas na manutenção de padrões culturais heteronormativos. Um exemplo pode ser encontrado em Menassé et al. (2014) ao relatarem práticas exercidas pelo psicólogo que se baseiam em um modelo tradicional nuclear de família. Também, podem ser citadas as dissertações de Marques (2010) e Pereira (2014), que descrevem situações em que o terapeuta agiu e incentivou o cliente a agir de acordo com a norma social da heterossexualidade, seja pelo incentivo em relacionar-se com alguém do gênero oposto ao seu, seja pela sugestão de constituir família dentro dos modelos sociais. Vale ressaltar que “as(os) psicólogas(os) não devem enquadrar ou impor modelos de família ou relacionamento às pessoas LGB+<sup>4</sup>” (CRP, 2019) e que as ações dos profissionais que contrariem essa recomendação incorrem em falta ética.

Considerando-se todas as práticas acima descritas, não é surpreendente o fato da população LGBTIA+ ter uma menor adesão e engajamento no processo terapêutico (Ardila, 2007; Israel et al., 2008; Liddle, 1996), além de auxiliar na compreensão de como características sociodemográficas estão relacionadas a práticas terapêuticas com essa população minoritária (Liddle, 1996; Gaspodini, 2017; Pereira et al., 2019; Rivera et al., 2018). Destaca-se aqui, como pontuado nos estudos, a preferência dessa população por procurar psicoterapeutas que também sejam LGBTIA+ ou mulheres heterossexuais, o que é

---

<sup>4</sup> Esta nota técnica, emitida pelo Conselho Regional de Psicologia do Paraná, refere-se apenas à orientação sexual, sendo utilizado na mesma apenas as letras referentes às orientações sexuais.

corroborado por Israel et. al. (2008) e Gaspodini (2017), ao demonstrarem que homens heterossexuais apresentaram menores índices de práticas benéficas com a população. De acordo com Rivera et al. (2018), isso ocorreria devido a um terapeuta LGBTIA+ ou mulher possivelmente estarem mais sensíveis às demandas e à realidade violenta às quais a população está submetida, posto que também se configurariam como populações minoritárias.

Em tese, os profissionais da Psicologia, independentemente de suas características pessoais, deveriam estar capacitados para atuarem com qualquer público, porém, essa não parece ser a realidade. Assim, compreende-se que é necessário rever as práticas da Psicologia, sobretudo no aspecto clínico, como aponta a maioria dos estudos. Esse apontamento ocorre nos estudos muito no plano discursivo, salientando as práticas que estariam inadequadas e argumentando os motivos pelas quais seriam inadequadas (Ardila, 2007; Barreto et al., 2016; Menassé et al., 2014; Moleiro & Pinto, 2009; Peres, 2010), sugerindo apenas que se desenvolvam treinamentos em práticas afirmativas (Israel et al., 2008; Moleiro & Pinto, 2012; Pereira et al., 2019; Rivera et al., 2018), sem descrever estratégias e planejamentos de como tais práticas poderiam ser estabelecidas.

É importante destacar aqui a respeito de práticas, competências e habilidades afirmativas. Embora autores sugiram o desenvolvimento de tais práticas (Ardila, 2007; Israel et al., 2008; Moleiro & Pinto, 2012; Pereira et al., 2019), os mesmos não descrevem quais ações estariam envolvidas ou poderiam ser consideradas adequadas ao atendimento da população LGBTIA+ e, quando o fazem (Ardila, 2007), apresentam-nas de modo genérico (p. ex.: “promover acolhimento”), superficial (sem explicar a relação e as implicações com a prática, como, por exemplo, “reconhecer as próprias limitações e crenças”), prescritivo e focando apenas na topografia das respostas emitidas, por vezes desconsiderando o contexto e a realidade do cliente. Mais além, a maneira como essas práticas encontram-se referidas em trabalhos acadêmicos pode ter efeito iatrogênico aos clientes. A adoção de tais atos (p. ex.: encorajar o cliente a assumir-se), sem considerar o ambiente social no qual está inserido, poderia gerar conflitos e agressões, incorrendo em riscos à saúde e integridade do cliente.

Também se faz necessário discorrer sobre as afirmações de necessidade de treinamento em habilidades afirmativas. Embora seja realmente importante pensar em desenvolver habilidades para o atendimento da população LGBTIA+, não foram encontrados estudos específicos versando a respeito de seu treinamento. Nesse sentido, ficam em aberto questões referentes ao que deve ser treinado, como deve ser feito esse treinamento e qual a efetividade que o mesmo poderia proporcionar. Assim, seria importante que estudos futuros possam se dedicar a esse tópico em específico, posto a necessidade e a possibilidade que o

mesmo traz em mudar a realidade da atuação da Psicologia Clínica com a comunidade LGBTIA+.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar das mudanças e avanços que a Psicologia, enquanto área de conhecimento, teve em seu posicionamento frente às vivências não-cisheteronormativas, o mesmo não pode ser dito a respeito das práticas dos profissionais. Muitas visões arcaicas, baseadas em modelos e visões de homem tradicionais, são mantidas e reproduzidas no exercício da Psicologia, o que conduz a pensar em dois pontos.

Primeiramente, pode-se pensar sobre a formação em Psicologia, posto que todos os profissionais obrigatoriamente passaram por uma graduação. O curso de graduação em Psicologia deveria ser um lócus onde as habilidades do futuro profissional seriam desenvolvidas e, dado todo o contexto deste trabalho, cabe questionar se os currículos de graduação estão sendo capazes de desenvolver habilidades, ou se estariam negligenciando uma formação adequada para a prestação de serviços junto à população LGBTIA+ (ainda que os serviços da Psicologia sejam mais diversos que a clínica, o mesmo raciocínio poderia ser aplicado a outras áreas de atuação da Psicologia).

Nesse sentido, poder-se-ia argumentar que o atendimento à população LGBTIA+ não necessariamente constituiria uma demanda (ou que ocorreria de forma escassa) para os serviços clínicos. Todavia, de acordo com o levantamento realizado por Garnets et al. (1991), 99,1% dos psicólogos clínicos, em algum momento ao longo da sua carreira profissional, depararam-se com a prestação de serviços a alguma pessoa autodeclarada LGBTIA+.

O segundo ponto é uma constatação de que a mudança no posicionamento oficial dos órgãos responsáveis pela profissão possa não controlar mudanças nas práticas dos profissionais, sobretudo se considerarmos o controle e a fiscalização escassos sobre o exercício dentro do contexto clínico. Fica a impressão de que a existência de resoluções, notas técnicas e guias não seja suficiente para que muitos profissionais revejam suas práticas com a população LGBTIA+. Seria necessário, então, pensar em outras alternativas para que melhores práticas, competências e habilidades sejam desenvolvidas no contexto clínico.

Nesse sentido, faz-se necessário analisar, de forma mais próxima, as variáveis que possam controlar o comportamento do terapeuta em sessão. Compreender essas variáveis e como elas estariam relacionadas com a ocorrência de LGBTfobia dentro do espaço clínico pode auxiliar na elaboração de estratégias para diminuir a ocorrência dos inúmeros casos e dados observados na literatura. Não somente, também é possível pensar na criação de

estratégias (seja pensar em capacitações ou atentar o olhar para algumas especificidades da formação) que desenvolvam repertórios do terapeuta que sejam mais adequados ao trabalho com a população em questão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychologist Association (2000) Guideline for psychotherapy with Lesbians, Gays and Bisexual Clients. *American Psychologist*, 55(12), 1440-1451.  
DOI:10.1037//0003066X.55.12.1440
- Ardila, R. (2007). Terapia afirmativa para homosexuales y lesbianas. *Rev. Colomb. Psiquiatr*, XXXVI(1), 67–77.
- Associação Americana de Psiquiatria - APA (2013) Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V). Porto Alegre, RS: ArtMed
- Barreto, D. J., de Souza, B. C., da Silva, D. G., Guelfi, I. de C., & Pereira, S. de O. (2016). Discursos e consumos das sexualidades - tramando novas possibilidades para atuação nas psicologias. *Athenea Digital*, 16(3), 167–188.  
<https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1643>
- Conselho Federal de Psicologia (1999). Resolução nº001, de 22 de março de 1999: Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da orientação sexual. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia
- Conselho Regional de Psicologia (2019) Nota Técnica nº01/2019. Curitiba, PR: Conselho Regional de Psicologia do Paraná
- Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica* (1ª Edição). Editora Forense-Universitária.
- Garnets, L., Hancock, K. A., Cochran, S. D., Goodchilds, J., & Peplau, L. A. (1991). Issues in psychology with lesbians and gay men: A survey of psychologists. *American Psychologist*, 46, 964-972.
- Gaspodini, I. B. (2017) Preconceito contra a diversidade sexual e de gênero e a prática clínica em psicologia [Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, Universidade do Vale do Rio dos Sinos] Repositório Digital da Unisinos  
<http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/10227>
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, Prisões e Conventos* (Coleção De). Editora Perspectivas.
- Israel, T., Gorcheva, R., Burnes, T. R., & Walther, W. A. (2008). Helpful and unhelpful therapy experiences of LGBT clients. *Psychotherapy Research*, 18(3), 294–305.  
<https://doi.org/10.1080/10503300701506920>
- Kniest, G. R. (2005) A relação terapeutica frente à homossexualidade. [Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco] Biblioteca digital de teses e dissertações. <http://tede2.unicap.br:8080/handle/tede/137>
- Liddle, B. J. (1996). Therapist sexual orientation, gender, and counseling practices as they relate to ratings of... *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 394.

<http://ezproxy.staffs.ac.uk/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ehh&AN=9703214878&site=ehost-live>

- Marques, D. M. (2010) A(s) clínica(s) psicológica(s) e a diversidade sexual: percorrendo trajetórias de vida [Dissertação de mestrado em psicologia social e institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul] Repositório Digital <http://hdl.handle.net/10183/24652>
- Menassé, A. A., Cosme, J. A. G., & Rodríguez, M. G. (2014). Experiencias de familias homoparentales con profesionales de la psicología en México, Distrito Federal. Una aproximación cualitativa. *Cuicuilco*, 21(59), 211–236.
- Moleiro, C., & Pinto, N. (2009). Diversidade e psicoterapia: expectativas e experiências de pessoas LGBT acerca das competências multiculturais de psicoterapeutas. *Ex Aequo*, 20, 159–172.
- Moleiro, C., & Pinto, N. (2012). Improving provision of effective psychological care for LGB persons: client perceptions of diversity competences of clinical psychologists and psychotherapists. *Psicologia*, 26(1), 97–108.  
[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-20492012000100006&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v26n1/v26n1a06.pdf](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492012000100006&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v26n1/v26n1a06.pdf)
- Mott, L. (2006). Homo-afetividade e direitos humanos. *Revista Estudos Feministas*, 14(2), 509–521. <https://doi.org/10.1590/s0104-026x2006000200011>
- Nascimento, M. A. N. do. (2010). Homofobia e homofobia interiorizada: produções subjetivas de controle heteronormativo? *Athenea Digital*, 239(17), 227–239.
- Oliveira, M. de J. (2014). Uma etnografia sobre o atendimento psicoterapêutico a transexuais. *Revista Estudos Feministas*, 22(3), 839–862. <https://doi.org/10.1590/s0104-026x2014000300007>
- Pereira, G. B. F. (2014) Sentidos de psicoterapia para homens gays [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Uberlândia] Repositório Institucional da Universidade Federal de Uberlândia. <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/21280>
- Pereira, H., Cunha, M. J., Monteiro, S., Esgalhado, G., Afonso, R. M., & Loureiro, M. (2019). Affirmative Competence and Practices of Mental Health Professionals with LGB clients: An Ibero-American Study. *Community Mental Health Journal*, 55(5), 884–893. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00373-0>
- Peres, W. S. (2010). Cartografias clínicas, dispositivos de gêneros, estratégia saúde da família. *Revista Estudos Feministas*, 18(1), 205–220. <https://doi.org/10.1590/s0104->

026x2010000100013

- Rivera, M. V., Esteban, C., & Toro-Alfonso, J. (2018). Hacia una psicología libre de paños tibios: actitudes, prejuicio y distancia social de psicoterapeutas hacia gays y lesbianas. *Perspectivas En Psicología*, 15(1), 15–24.
- Santos, D. K. dos. (2013). As produções discursivas sobre a homossexualidade e a construção da homofobia: problematizações necessárias à psicologia. *Revista EPOS*, 4(1), 00–00.
- Toledo, L. G., & Pinafi, T. (2012). A clínica psicológica e o público LGBT. *Psicologia Clinica*, 24(1), 137–163. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652012000100010>
- Vezzosi, J. Í. P., Ramos, M. de M., Segundo, D. S. de A., & Costa, A. B. (2019). Crenças e Atitudes Corretivas de Profissionais de Psicologia sobre a Homossexualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(spe3), 174–193. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003228539>
- Zakabi, D. (2014). Clínica LGBT: contribuições do psicodrama para superação do estigma e da discriminação. *Rev. Bras. Psicodrama*, 22(2), 6–14.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-53932014000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932014000200002)

## **Estudo 2 – HABILIDADES DO TERAPEUTA NECESSÁRIAS AO ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO DA POPULAÇÃO LGBTIA+**

O Estudo 1 da presente tese aponta para várias inadequações presentes durante o atendimento psicoterapêutico prestado à população LGBTIA+. Situações de patologização das sexualidades dissidentes das normas sociais (Gaspodini, 2017; Israel et al., 2008; Marques, 2010; Menassé et al., 2014), a presença de atitudes corretivas e promoção de terapias de reversão (Israel et al., 2008; Menassé et al., 2014; Oliveira, 2014; Vezzosi et al., 2019) e atendimentos atravessados por viés religioso de cunho LGBTfóbico (Pereira et al., 2019; Rivera et al., 2018; Gaspodini, 2017; Toledo & Pinafi, 2012) são alguns exemplos de ações inadequadas que foram observadas no contexto clínico. Diante desse cenário, surge um questionamento que direciona este Estudo 2: quais habilidades o terapeuta deveria apresentar para atender adequadamente a população LGBTIA+?

“Habilidades” podem ser definidas como sendo classes de comportamentos complexas, aprendidas, compostas por cadeias de respostas, estando adaptadas a um evento ou situação específica e que possam ser generalizadas a diferentes variações da mesma situação (Marinho et al., 2003). Ou seja, estamos falando de comportamentos que o terapeuta deve emitir e que estejam adaptados ao atendimento de seu cliente LGBTIA+. Assim, se faz necessário, inicialmente, compreender sobre o controle do comportamento do terapeuta em sessão.

Inicialmente, ao pensar no *setting* do atendimento clínico, observa-se que é um ambiente social, em que o cliente é contexto para os comportamentos do terapeuta. Partindo disso, Fazzano et al. (2022) descrevem que as respostas consideradas inadequadas são evocadas perante o fato do cliente identificar-se como LGBTIA+ (estímulo discriminativo). Mais além, as respostas do terapeuta estariam em função da manutenção da cisheteronormatividade, agindo no sentido de punir os comportamentos do cliente que destoam dessa norma.

É importante compreender que o terapeuta também é um indivíduo que está inserido em uma cultura que reproduz valores cisheteronormativos e, ao longo de sua história de vida e na interação com diferentes nichos sociais, aprendeu a agir em função de tais valores. Cravo e Fazzano (manuscrito não publicado) descrevem como a agência educacional contribui para a aprendizagem e reprodução de comportamentos preconceituosos contra a população LGBTIA+. Os autores apontam

possíveis fatores que contribuem para a aquisição de repertórios inadequados tais como a ausência de práticas institucionalizadas de combate à LGBTfobia, a permissividade ou abstenção de ações dos agentes educacionais perante episódios preconceituosos e a emissão de comportamentos que invalidam ou menosprezam identidades LGBTIA+.

Padilha et al. (2022) buscam descrever como a religião se relaciona com práticas LGBTfóbicas dos terapeutas. De acordo com os autores, muitas práticas sociais encontram sua gênese em preceitos religiosos (p. ex.,: modelo de família), contribuindo assim para a reprodução da cisheteronormatividade. Ademais, também sinalizam a possibilidade de, em algum momento da vida pregressa e devido a práticas sociais do núcleo familiar, os terapeutas terem frequentado ambientes de ensino religioso (p. ex.: catequese, escola dominical), contribuindo para a aprendizagem de normas sociais de gênero e sexualidade. Nesses casos, pode ser que o terapeuta se comporte em função de tais regras aprendidas, sem que necessariamente as discrimine.

Também é possível pensar no papel que a mídia pode ter, posto que, de alguma forma, essa agência de controle encontra-se engendrada em toda a trama social. Nesse sentido, a representação à qual a população LGBTIA+ está sujeita nos meios de comunicação tem influência na concepção que os terapeutas (que consomem tais mídias) podem ter. Leal & Carvalho (2012) e Bonoto & Brignol (2020) sinalizam que a grande concentração de reportagens sobre a população LGBTIA+ se dá sobre a Parada do Orgulho, contribuindo para a criação de estereótipo de festividade e promiscuidade, abordando pouco a reivindicação dos direitos. Klein (2016), em pesquisa com notícias, afirma que o jornalismo policial retrata as identidades travestis geralmente associadas a crimes. Não somente, é possível observar também a representação da população LGBTIA+ de forma caricaturesca e vilanesca em outros veículos midiáticos, como no caso dos vilões das animações clássicas da Disney (Machado et al., 2018).

Outro conjunto de variáveis às quais se deve atentar diz respeito à própria Psicologia e à formação dos futuros psicoterapeutas, posto que, obrigatoriamente, todos devem passar por uma graduação na área. O primeiro aspecto a ser destacado diz respeito à formação em Psicologia. A literatura aponta para *déficits* na formação em Psicologia no que diz respeito à temática LGBTIA+ (Barreto et al., 2016, Maia e Pastana, 2018). Inicialmente, pensando sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais

para o curso de Psicologia, Santos et al. (2009) apontam que as expressões contidas nesse documento são imprecisas e genéricas, necessitando serem melhor esclarecidas para nortear o ensino, enquanto Barreto (2016) sinaliza que as competências e habilidades descritas nas Diretrizes Curriculares pouco ou nada versam sobre temáticas de sexualidade e da diversidade sexual e de gênero, contribuindo assim para a ausência de formação, de pesquisa e inovações na área. Ainda, Barreto et al. (2016) também levantaram e analisaram as matrizes curriculares em uma amostra de conveniência composta pelos 15 cursos de Psicologia com nota cinco no ENADE 2012. Em seus resultados, Barreto et al. (2016) apontam que apenas uma das matrizes apresentava disciplina relacionada à sexualidade, sendo esta optativa.

Em relação à produção de conhecimento, Sposito (2015) realizou um levantamento do Estado da Arte das dissertações de mestrado e teses de doutorado em Psicologia, publicadas entre os anos 1999 e 2010, sobre a temática da homossexualidade, localizando o total de 100 produções. Em seus resultados, a maioria dos trabalhos versavam sobre interlocuções entre teorias *queer* e de gênero; o impacto do preconceito sobre a pessoa LGBTIA+; e a construção de uma identidade LGBTIA+. A autora sinaliza que apenas três produções discorriam sobre práticas do profissional de Psicologia com essa minoria, indicando incoerências e inconsistências entre as práticas dos profissionais, seu campo teórico e as normativas de atuação com a população.

Observa-se, portanto, que a temática da (atuação com) sexualidade não é contemplada nas Diretrizes Curriculares, mal aparece nas matrizes de formação do psicólogo e tampouco é objeto de estudo nas pesquisas em Psicologia. Assim, caracteriza-se que a formação e a produção de conhecimento no campo da Psicologia também podem estar sendo insuficientes para que os psicoterapeutas atuem de forma ética e adequada com a população LGBTIA+.

Outro aspecto, também relacionado à formação, que pode estar influenciando no comportamento do terapeuta em sessão, diz respeito às abordagens teóricas da Psicologia. Nesse sentido, Gasponidi (2016) e Vezzosi et al. (2019) encontraram correlação estatística entre correntes teóricas da Psicologia (principalmente das correntes psicanalíticas e comportamentais<sup>5</sup>) e ações LGBTfóbicas. Vezzosi et al. (2019) sinalizam que:

---

<sup>5</sup> Gaspodini (2016) menciona “neurociências comportamentais”, enquanto Vezzosi et al. (2019) não especifica quais correntes teóricas estariam sendo inclusas enquanto “comportamentais”.

“A Psicanálise possui produção teórica patologizante significativa em relação às orientações não heterossexuais (Haydée, 1999). Por um longo período, ela descreveu os relacionamentos homossexuais e a escolha de objetos como uma reprodução das posições masculinas e femininas, apegando-se, portanto, as normativas sociais que centralizam a heterossexualidade como parâmetro de normalidade (Klem, 2008)” (p. 184).

Sobre as ciências comportamentais, Vezzosi et al. (2019) sinalizam a ausência de marco teórico importante sobre temáticas envolvendo minorias sexuais. Essa afirmação pode ser corroborada por Mizael (2018), que realizou trabalho de revisão em períodos comportamentais a respeito da população LGBTIA+, encontrando apenas quatro artigos publicados, e Fazzano et al. (2020), que realizaram revisão de teses e dissertações, encontrando apenas cinco dissertações de mestrado em Análise do Comportamentos sobre a população LGBTIA+. Há também a presença de literatura afirmando e demonstrando a eficácia de técnicas de reversão sexual<sup>6</sup>, como apontam Carvalho et al. (2011), em pesquisa realizada no *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA).

Considerando o exposto acima, conclui-se que o comportamento do terapeuta, ao atender uma pessoa LGBTIA+, pode estar sob controle de aprendizagens pregressas e da manutenção de normas sociais. Não somente, a aparente ausência de formação crítica sobre a sexualidade nos cursos de Psicologia e a falta de especificidade na descrição de comportamentos esperados pelo terapeuta ao atender essa população minoritária também são fatores que contribuem para ações inadequadas, descritas no Estudo 1.

Nesse sentido, um possível avanço para mudar essas práticas pode ser feito ao caracterizar e propor classes de comportamentos que seriam necessários ao terapeuta para atender adequadamente a população LGBTIA+. Essa caracterização e proposição das classes podem servir como base para criar intervenções que desenvolvam repertórios necessários, diminuindo a ocorrência de comportamentos inadequados e, simultaneamente, desenvolvendo repertórios mais adequados ao atendimento. Assim, o presente estudo busca descrever quais classes de comportamentos devem fazer parte do repertório de um terapeuta para que possa adequar seus atendimentos à população LGBTIA+.

---

<sup>6</sup> Vale ressaltar que os estudos que demonstram a eficácia de técnicas de reversão sexual estão concentrados nas décadas de 70 e 80, como aponta Carvalho et al. (2011).

## MÉTODO

Estabeleceu-se como comportamento objetivo (objetivo terminal) “prestar serviços psicoterapêuticos precisos e adequados à população LGBTIA+”. A partir dessa classe, foi realizada a decomposição comportamental, buscando descrever e propor classes intermediárias de comportamento necessárias de serem desenvolvidas para o estabelecimento do comportamento objetivo.

Para melhor guiar o processo, duas estratégias foram adotadas. Primeiramente, foram elencadas, a partir da literatura, as ações do terapeuta avaliadas como adequadas ou benéficas ao atendimento, uma vez que as mesmas demonstram produzir efeito positivo no processo terapêutico. Mais além, também foram listadas as ações vistas como inadequadas ou contraproducentes, posto que as mesmas sinalizam repertórios a serem desenvolvidos. A Tabela 3 abaixo lista as ações observadas na literatura.

Tabela 3: Lista de ações adequadas e inadequadas levantadas a partir da revisão bibliográfica

<b>Ações do terapeuta avaliadas na literatura como adequadas ou benéficas ao processo terapêutico</b>	<b>Ações do terapeuta avaliadas na literatura como prejudiciais ou inadequadas ao processo terapêutico</b>
Demonstrar apoio, aceitação e validação do cliente (Israel et al., 2008; Pereira, 2014)	Atendimentos marcados por discursos religiosos (Pereira et al., 2019; Rivera et al., 2018; Gaspodini, 2017; Toledo & Pinafi, 2012)
Promover discussões que objetivassem ampliar as informações do cliente sobre sexualidade (Pereira, 2014)	Promover ou concordar com a terapia de reversão (Israel et al., 2008; Menassé et al., 2014; Oliveira, 2014; Vezzosi et al., 2019)
Estar ciente de seus preconceitos, crenças e valores frente à população LGBTIA+ (Castañeda, 2007; Kniest, 2005; Toledo e Pinafi, 2012)	Patologizar identidades LGBTIA+, associando-as a uma psicopatologia ou trauma (Israel et al., 2008; Marques, 2010; Menassé et al., 2014; Oliveira, 2014)
Envolvimento do terapeuta com a comunidade LGBTIA+ (Israel et al., 2008)	Invalidar ou menosprezar vivências e identidades LGBTIA+ (Gaspodini, 2017; Israel et al., Kniest, 2005; 2008; Marques, 2010; Menassé et al., 2014, Pereira, 2014)
Criar um ambiente acolhedor e confiável (Israel et al., 2008)	Pressupor que o cliente seja heterossexual (Ardila, 2007; Castañeda, 2007; Israel et al., 2018; Liddle, 1996)
Trabalhar com aceitação da sexualidade (Pereira, 2014)	Incentivar o cliente a ser heterossexual (Marques, 2010; Pereira, 2014)
	Atender em função das demandas e expectativas da família do cliente (Castañeda, 2007; Marques, 2010; Menassé et al., 2014)
	Enquadrar o paciente LGBT em estereótipos (Ardila, 2007; Castañeda, 2007; Gaspodini, 2017)

	Uso de pronomes inadequados com clientes trans (Israel et. al, 2008) Desencorajar os clientes a se assumirem (Ardila, 2007) Terapeuta impondo seus valores pessoais (Israel et al., 2008; Toledo e Pinafi, 2012) Ausência de conhecimentos sobre a população LGBTIA+ (Moleiro e Pinto, 2012)
--	---

Tabela 3 - Descrição das ações adequadas e inadequadas levantadas a partir da literatura constante no Estudo 1.

A segunda estratégia norteadora deu-se partindo de Botomé (2011), o qual discorre sobre decomposição. Partindo da classe “prestar serviços psicoterapêuticos precisos e adequados à população LGBTIA+”, buscava-se responder a questão “o que o terapeuta precisa fazer (ter em seu repertório) para desenvolver essa classe?”. Para cada nova classe encontrada, a pergunta era refeita, procurando encontrar as classes menos complexas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando que o comportamento esperado do terapeuta deve ser “prestar serviços psicoterapêuticos precisos e adequados à população LGBTIA+”, há, inicialmente, dois destaques a serem feitos. Ao referir-se a “serviços psicoterapêuticos precisos”, implica-se que o terapeuta, a partir de sua formação profissional, tenha repertório técnico e clínico para manejar o processo, sendo esses generalizáveis para qualquer situação – ou seja, independentemente das características da pessoa em atendimento.

Tabela 4 - Descrição da resposta de prestar serviço psicoterapêutico adequado

Antecedente	Resposta	Consequência
Presença de um cliente LGBTIA+ em sessão	Prestar serviços psicoterapêuticos precisos e adequados à população LGBTIA+	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Manutenção do cliente em atendimento;</li> <li>● Diminuição dos efeitos da LGBTfobia experienciados pelo cliente;</li> <li>● Melhora na autoestima, autoimagem e qualidade de vida;</li> <li>● Cliente sente-se tendo sua orientação sexual ou identidade de gênero validada e aceita;</li> <li>● Outros.</li> </ul>

Tabela 4 - Especificação das variáveis de controle da classe “prestar serviços psicoterapêuticos precisos e adequados à população LGBTIA+”.

Já o segundo aspecto versa sobre os serviços prestados serem “adequados à população LGBTIA+”. Ainda que superficialmente compreensível, cabe questionar o que tornaria o atendimento como sendo adequado. Para tal, deve-se compreender o efeito que a ação do terapeuta produz sobre o seu cliente LGBTIA+. Ao recorreremos às descrições contidas nos capítulos anteriores, as ações adequadas do terapeuta seriam aquelas que produzem, como efeito, a manutenção do cliente em terapia, a diminuição dos efeitos negativos produzidos pela LGBTfobia, melhorias na autoestima, na autoimagem e na qualidade de vida do cliente e sentimentos de aceitação e validação. A Tabela 4 ilustra a relação que estamos descrevendo aqui.

Ao definir que o terapeuta seja capaz de prestar serviços psicoterapêuticos precisos e adequados à população LGBTIA+, estabelece-se um objetivo terminal para classes de comportamentos que o terapeuta deveria apresentar. Essa classe pode ser diretamente decomposta em três outras, sendo a) demonstrar domínio técnico e teórico sobre os processos clínicos; b) adequar o atendimento à população LGBTIA+; e c) demonstrar habilidades interpessoais necessárias ao atendimento da população. O terapeuta que possua essas classes de comportamentos desenvolvidas possivelmente conseguirá prestar serviços psicoterapêuticos precisos e adequados à população LGBTIA+, como apresentado na Tabela 4, além de gerar as mesmas consequências descritas anteriormente.

Tabela 5 - Respostas decompostas necessárias ao atendimento

Antecedente	Resposta	Consequência
Presença de um cliente LGBTIA+ em sessão	A) Demonstrar domínio técnico e teórico sobre os processos clínicos; B) Adequar o atendimento à população LGBTIA+; C) Relacionar-se com o cliente de forma que produza neste sentimentos de apoio, aceitação e validação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Manutenção do cliente em atendimento;</li> <li>● Diminuição dos efeitos da LGBTfobia experienciados pelo cliente;</li> <li>● Melhora na autoestima, autoimagem e qualidade de vida;</li> <li>● Cliente sente-se tendo sua orientação sexual ou identidade de gênero validada e aceita.</li> </ul>

Tabela 5 - Especificação das classes que compõem “Prestar serviços psicoterapêuticos precisos e adequados à população LGBTIA+”.

Sendo classes de comportamentos, as três classes descritas podem ser decompostas em outras classes. Para tal, foi tomada como referência a literatura apresentada no Estudo 1, que descreve quais as ações foram benéficas ao processo terapêutico e quais deveriam ser evitadas. Abaixo, serão abordados os comportamentos que compõem essas classes. Todavia, como já salientado anteriormente, considera-se que a primeira classe decomposta (“demonstrar domínio técnico e teórico sobre os processos clínicos”) diz respeito à formação em Psicologia, não sendo alvo, portanto, deste estudo. Será discorrido primeiro sobre “adequar o atendimento à população LGBTIA+” e, na sequência, sobre “relacionar-se com o cliente de forma que produza neste sentimentos de apoio, aceitação e validação”.

### **Adequar o Atendimento à População LGBTIA+**

Essa classe de comportamentos diz respeito à capacidade do terapeuta identificar e ajustar seu atendimento às nuances, necessidades e especificidades da comunidade LGBTIA+. Para tal, essa classe pode ser decomposta em outras cinco, sendo elas: 1) caracterizar a população LGBTIA+; 2) identificar “fenômenos” próprios à população LGBTIA+; 3) diferenciar as demandas da população LGBTIA+ em relação a outras populações; 4) identificar ações adequadas e não discriminatórias no contexto clínico; e 5) demonstrar conhecimento técnico específico à comunidade LGBTIA+. Abaixo, serão exploradas cada uma dessas classes, assim como os comportamentos que delas fazem parte.

#### *1) Caracterizar a população LGBTIA+*

Ao trabalhar com a população LGBTIA+, é necessário que, para adequar o atendimento, o terapeuta compreenda e diferencie algumas definições que envolvem essa população, dado que o acrônimo envolve “orientação sexual” e “identidade de gênero”, bem como algumas definições envolvidas nesses conceitos. Nesse sentido, para que seja possível caracterizar a população LGBTIA+, é preciso que o terapeuta apresente três classes de comportamentos, sendo elas: “enunciar o conceito de orientação sexual”, “enunciar o conceito de identidade de gênero” e “caracterizar as relações entre a orientação sexual e a identidade de gênero”. As respostas que os terapeutas devem emitir constam na Tabela 6 abaixo, sendo a coluna da direita da tabela (4ª coluna) correspondente a classes menos complexas, ou seja, os “pré-requisitos” para as demais classes.

Tabela 6 - Decomposição da classe "Caracterizar a população LGBTIA+"

1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>
Enunciar o conceito de Orientação Sexual	Definir Orientação sexual	Diferenciar as várias orientações sexuais	Definir Heterossexualidade Definir Homossexualidade Definir Bissexualidade Definir Pansexualidade Definir Assexualidade
Enunciar o conceito de Identidade de Gênero	Diferenciar "transgênero", "cisgênero" e "intersexo"	Diferenciar os conceitos de "sexo", "gênero", "expressão de gênero" e "identidade de gênero" Definir "transgênero" Definir "Cisgênero" Definir "intersexo" Definir as demais identidades de gênero ( <i>Queer</i> , Não-binário, <i>etc</i> )	Definir "sexo" Definir "gênero" Definir "expressão de gênero" Definir "identidade de gênero"
Caracterizar as relações entre "orientação sexual" e "identidade de gênero"	Diferenciar "orientação sexual" e "identidade de gênero"	-	-

Tabela 6 - Comportamentos que compõem a classe "Caracterizar a população LGBTIA+", sendo que a 4<sup>o</sup> coluna representa as classes iniciais.

É possível observar, então, que as ações mais basilares para a adequação do atendimento da população LGBTIA+ dizem respeito ao terapeuta conseguir definir algumas conceituações. Entende-se esse conjunto composto por diferentes comportamentos complexos, sobretudo verbais, que possuem como eixo central a necessidade de compreender algumas definições que servirão como pré-requisito para o desenvolvimento de outros repertórios.

Mais além, é possível cogitar que o desenvolvimento dos mesmos, por si só, já produza efeitos na prática terapêutica. Ao considerar algumas situações inadequadas descritas na literatura, como a pressuposição de heterossexualidade do cliente (Israel et al., 2008; Liddle, 1996), o uso de pronomes inadequados a clientes trans (Israel et al., 2008) e a invalidação da bissexualidade (Marques, 2010), o desenvolvimento dessas classes pode ter efeito positivo na medida em que corrige ou evita tais equívocos.

## 2) *Identificar “fenômenos” próprios à população LGBTIA+*

A heteronormatividade, enquanto prática cultural, acarreta em desdobramentos aos indivíduos que fogem dessa norma, como a marginalização, a discriminação, a violência e a exclusão. É possível, portanto, compreender a existência de situações que são implicadas a essa população e que não afetam diretamente a população cisgênero e heterossexual. Identificar e descrever essas situações é de importância ao atendimento clínico, pois, em maior ou menor intensidade, controlam o comportamento do cliente.

Nesse sentido, a classe “identificar ‘fenômenos’ próprios à população LGBTIA+” pode ser decomposta em três outras classes de comportamento, sendo elas: a) identificar a LGBTfobia como importante variável que afeta a vida do cliente; b) avaliar como está a autoaceitação do cliente em relação à orientação sexual ou identidade de gênero; e c) identificar a relação do cliente com “assumir-se”. Abaixo, serão descritas cada uma dessas classes, iniciando-se com a LGBTfobia.

### *2.1.) Identificar a LGBTfobia como importante variável que afeta a vida do cliente*

É possível encontrar na literatura que a população LGBTIA+ apresenta altos índices (seis vezes maiores em comparação com a população heterossexual) de sintomas depressivos, insegurança, ansiedade e isolamento social (Albuquerque et al., 2016), além de maior ideação suicida e tentativas de suicídio (Caputi et al., 2017; Rivers et al., 2018), principalmente entre adolescentes. Todavia, a presença dessas psicopatologias e sentimentos negativos não deve ser compreendida como uma característica inerente à população, mas sim como produto da LGBTfobia (CRP-PR, 2019).

Nesse sentido, o desenvolvimento de repertório capaz de identificar a LGBTfobia como sendo uma variável interveniente importante a vários fenômenos na vida de um cliente LGBTIA+ é necessário. Para tanto, os repertórios necessários a serem desenvolvidos constam na Tabela 7 abaixo.

Destaca-se que, ao falar sobre LGBTfobia, é necessário fazer duas especificações. Primeiramente, sobre a natureza das agressões, é importante ressaltar que nem sempre ocorrerão de maneira explícita, como uma agressão física ou um xingamento, podendo, portanto, assumir contornos mais sutis e, por vezes, dúbios.

Nesse sentido, a especificação das diferentes modalidades de violência (incluindo a caracterização de situações mais sutis, como a imperícia) favorece a identificação da LGBTfobia pelo terapeuta.

Tabela 7 - Classes que compõem "Identificar a LGBTfobia como importante variável que afeta a vida do cliente"

1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>
Identificar a ocorrência da LGBTfobia	Descrever o que é LGBTfobia	Identificar as diferentes modalidades de violência	Definir Violência Física Definir Violência Psicológica Definir Calúnia, Injúria e Difamação Definir Violência Sexual Definir Violência Institucional Definir Violência Patrimonial Definir Negligência Definir Imprudência e Imperícia Definir Convivência
		Diferenciar a violência para cada população	Definir "Gayfobia" Definir "Lesbofobia" Definir "Bifobia" Definir "Transfobia"
		Identificar variáveis culturais da LGBTfobia	Definir Heteronormatividade Definir Monossexismo Definir Cisnormatividade
Identificar os impactos da LGBTfobia na vida do cliente	Descrever os impactos da LGBTfobia	-	-

Tabela 7 - Comportamentos que compõem a classe "Identificar a LGBTfobia como importante variável que afeta a vida do cliente", sendo que a 4<sup>o</sup> coluna representa as classes iniciais.

O segundo ponto a ser destacado é sobre as diferenças da violência sofrida por cada uma dessas populações. Apesar de todas as populações estarem representadas no mesmo acrônimo, há diferenças na violência e na probabilidade de ocorrência de algumas modalidades para cada população (p. ex.: a população entendida como trans está sujeita a não ter seu nome social reconhecido e utilizado adequadamente). Assim, ao abordar as especificidades das violências compreendidas como lesbofobia (violência contra lésbicas), gayfobia (contra gays), bifobia (contra bissexuais) e transfobia (contra travestis, transgêneros e transexuais), também se estará contribuindo com a identificação da LGBTfobia sofrida pelo cliente.

## 2.2.) *Avaliar como está a autoaceitação do cliente em relação à orientação sexual ou identidade de gênero*

Devido à heteronormatividade e à LGBTfobia mantidas e reproduzidas em toda a trama social, por vezes, a pessoa LGBTIA+ procura os serviços da Psicologia queixando-se estar confusa ao perceber-se atraída por alguém do mesmo gênero (ou mais de um gênero), ou mesmo não entendendo-se no gênero que lhe foi imposto socialmente, visando eliminar tais situações. Nesse sentido, identificar a autoaceitação da orientação sexual ou da identidade de gênero do cliente é fundamental para o atendimento psicoterapêutico. Para tal, é necessário que o terapeuta tenha repertório para avaliar algumas situações, sendo elas:

- Avaliar a percepção do cliente de si mesmo: o terapeuta precisa avaliar se o cliente possui repertório para identificar e diferenciar os sentimentos, sensações, estados corpóreos perante diferentes estimulações, seus valores, crenças e o juízo de valores atribuído a cada uma dessas sensações;
- Identificar o repertório verbal do cliente acerca dessas percepções: considerando, principalmente, se o cliente nomeia suas percepções, ou se apresenta *déficits* ou esquivas em seu relato (p.ex.: o cliente relatar que sente atração por “uma pessoa”, de modo a não atribuir gênero a esta);
- Avaliar a ocorrência de “LGBTfobia internalizada”: devido à construção social e à história de aprendizagem do cliente, é possível que responda em função de normas sociais, tendo uma visão negativa da própria orientação sexual ou identidade de gênero;
- Questionar sobre as vivências e experiências do cliente em relação a sua própria sexualidade: ainda que o cliente tenha um relativo desenvolvimento nos pontos acima ressaltados, não está implicado que, de fato, ele vivencie sua orientação sexual ou identidade de gênero, tampouco a experiência que o cliente já possa ter implica que o mesmo tenha se autoaceitado. Assim, avaliar o que o cliente já vivenciou e o que estaria disposto a vivenciar também se relaciona com a autoaceitação.

## 2.3.) *Identificar a relação do cliente com “assumir-se”*

Assumir-se (popularmente conhecido como “sair do armário”) diz respeito à capacidade da pessoa LGBTIA+ de revelar sua orientação sexual ou identidade de

gênero para outrem. Apesar de ter uma definição relativamente simples, o processo de verbalizar ao núcleo social sobre sua orientação sexual ou identidade de gênero é complexo, não sendo uma consequência direta da autoaceitação, havendo vários repertórios envolvidos.

Inicialmente, pode-se citar o repertório de tomada de decisão da pessoa LGBTIA+. Nesse sentido, é importante frisar que “sair do armário” é uma decisão individual, na qual a pessoa escolhe para quem fazê-lo, quando fazê-lo e como fazê-lo. O terapeuta aplicado em trabalhar esse ponto deve estar sensível a esse processo, desenvolvendo com o cliente repertórios pertinentes (como comunicação, manejar expectativas, entre outros). Além disso, é importante que o terapeuta avalie, junto com o cliente, sobre os riscos em fazê-lo. A depender do contexto em que o cliente esteja inserido, é possível que o mesmo, ao assumir-se, tenha como consequência uma provável violência.

Ainda assim, independentemente de riscos e de consequências, é importante que o terapeuta demonstre apoio e validação à decisão do cliente (seja em assumir-se ou não). É importante frisar aqui que a decisão é do cliente, não sendo pertinente ao terapeuta incentivar ou tolher a “saída do armário”.

### *3) Diferenciar as demandas da população LGBTIA+ em relação a outras populações*

Ao considerarmos os fenômenos experienciados pela população LGBTIA+ apontados acima, torna-se possível compreender que os mesmos também influenciarão outras áreas da vida. A autoaceitação, a autodeclaração e a LGBTfobia (seja esta internalizada ou não) podem impactar diretamente as relações sociais estabelecidas, como aponta Castañeda (2007).

Para exemplificar, tomemos o relacionamento familiar. Ao observarmos que esse ambiente apresenta os maiores índices de agressão contra a população LGBTIA+ (Brasil, 2012; Brasil, 2013; Fazzano, 2014;), as relações estabelecidas com os membros desse grupo podem assumir outros contornos. É possível imaginar que, dado a presença da LGBTfobia nesse ambiente, padrões evitativos de relações sociais e baixo repertório para desenvolver relações íntimas sejam selecionados e, não somente, o próprio modelo e concepção de família como sendo aversivo também pode ser derivado dessas relações.

Também há na literatura a sinalização de implicações sobre os relacionamentos afetivos ou amorosos, os quais também são atravessados pelas

situações descritas anteriormente e que merecem particular atenção. Em seu trabalho, Castañeda (2007) explana sobre como a LGBTfobia, a autodeclaração e a autoaceitação podem influenciar as relações interpessoais de pessoas LGBTIA+. Um dos exemplos trazidos pela autora diz respeito a um casal de dois rapazes em que uma das partes não é “assumida”, resultando em uma relação marcada por evitar algumas práticas, tais como demonstrações de afeto.

Outro fenômeno que também é transpassado diz respeito à velhice e à própria concepção de envelhecimento. Estudos demonstram que a velhice LGBTIA+ é marcada por invisibilização, solidão e exclusão, além de maior probabilidade de “renúncia” da orientação sexual e/ou identidade de gênero devido à LGBTfobia experienciada (Salgado et al., 2017; Santos et al., 2018; Silva, 2019).

Dessa forma, demarca-se que há situações que são experienciadas pela população LGBTIA+ de forma diferente da população cisheterossexual. Assim, diferenciar essas especificidades e nuances é um importante repertório a ser desenvolvido pelos psicoterapeutas. A Tabela 8 apresenta os repertórios necessários para que o terapeuta possa apresentar esse conjunto de comportamentos aqui descrito.

Tabela 8 - Classes que compõem "Diferenciar as demandas da população LGBTIA+ em relação a outras populações"

1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>
Identificar as diferenças na experiência de algumas situações entre a população LGBTIA+ e outras populações	<p>Descrever diferenças no relacionamento familiar</p> <p>Descrever diferenças nos relacionamentos afetivos</p> <p>Descrever diferenças sobre o envelhecimento</p>	Identificar a influência de situações próprias da comunidade LGBTIA+

Tabela 8 - Comportamentos que compõem a classe “Diferenciar as demandas da população LGBTIA+ em relação a outras populações”, sendo que a 3<sup>o</sup> coluna representa as classes iniciais.

#### 4) Identificar ações discriminatórias no contexto clínico

Considerando a vasta descrição de ações inadequadas e preconceituosas exercidas pelos psicólogos e descritas na literatura (Liddle, 1996; Menassé et al., 2014; Pereira et al., 2019; Rivera et al., 2018; Vezzosi et al., 2019), faz-se necessário que os psicoterapeutas possam identificar quais ações poderiam ser consideradas como discriminatórias ou antiéticas no contexto clínico. Para isso, três classes de comportamentos são identificadas, sendo elas: a) descrever as Resoluções e Notas

Técnicas do Sistema Conselhos; b) identificar variáveis históricas da Psicologia relacionadas à população LGBTIA+; e c) descrever o impacto das ações discriminatórias do psicólogo clínico.

Tabela 9 - Classes que compõem "Identificar ações discriminatórias no contexto clínico"

1°	2°	3°
Descrever as Resoluções e Notas Técnicas do Sistema Conselhos	-	-
Identificar variáveis históricas da Psicologia relacionadas à população LGBTIA+	Identificar a influência do modelo médico sobre a compreensão da população LGBTIA+	-
	Identificar o impacto da escassez de estudos e formações sobre a população LGBTIA+	-
	Identificar a influência da compreensão dos diferentes modelos teóricos sobre a população LGBTIA+	-
Avaliar o impacto das ações discriminatórias do psicólogo clínico	Descrever o impacto das ações discriminatórias do psicólogo clínico	Identificar a LGBTFobia como variável importante que afeta a vida do cliente
	Identificar seu próprio preconceito	Identificar a influência de seu contexto sociohistórico sobre a construção e a concepção da população LGBTIA+ Identificar seus valores, crenças e opiniões frente à população LGBTIA+

Tabela 9 - Comportamentos que compõem a classe “Identificar ações discriminatórias no contexto clínico”, sendo que a 3° coluna representa as classes iniciais.

A respeito da primeira classe, “descrever as Resoluções e Notas Técnicas do Sistema Conselhos”, é válido ressaltar que o Conselho é o órgão que regula e fiscaliza as práticas profissionais. Nesse sentido, conhecer as resoluções, dado seu caráter regulador das práticas, bem como as notas técnicas, a partir de sua característica orientadora das práticas, é essencial para compreender e definir os limites de uma ação ética e adequada. Mais além, tais regulações também podem coibir ações inadequadas na prática profissional.

Já a segunda classe de comportamentos, “identificar variáveis históricas da Psicologia relacionadas à população LGBTIA+”, diz respeito à capacidade do terapeuta em discriminar como algumas práticas e produções da Psicologia se deram ao longo do tempo, bem como a influência do modelo médico e como visões de mundo das diferentes correntes teóricas impactaram as práticas com a população LGBTIA+. Nesse sentido, essa classe pode ser dividida em outras três, sendo elas:

B.1.) Identificar a influência do modelo médico sobre a compreensão da população LGBTIA+: essa classe de comportamentos busca desenvolver a compreensão do que seria o modelo médico (Gongora, 2003), considerando que, historicamente, as sexualidades que fogem à norma social foram consideradas como psicopatológicas e, apenas mais recentemente, foram retiradas dos compêndios e manuais de doença mental (apesar da transexualidade ainda permanecer). Não somente, também se compreendem, dentro dessa classe, as ações que visam relacionar a população LGBTIA+ a uma psicopatologia, como inferências de que a orientação não heterossexual deriva-se de um “trauma” (Marques, 2010), ou que seria a origem para o abuso de substâncias (Marques, 2010) ou o cerne de outra psicopatologia, como o TDAH (Menassé et al., 2014).

B.2.) Identificar o impacto da escassez de estudos e formações sobre a população LGBTIA+: as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Psicologia, além de conterem expressões imprecisas e genéricas (Santos et al., 2009), podem contribuir para a ausência de formação, de pesquisa e inovações nas temáticas de sexualidade ou das violências sofridas por essas populações (Barreto, 2016). Sposito (2015) realizou um Estado da Arte das dissertações de mestrado e teses de doutorado em Psicologia, publicadas entre os anos 1999 e 2010, sobre a temática da homossexualidade, localizando o total de 100 produções. Em seus resultados, é possível observar que, apesar da crescente produção ao longo do período pesquisado, apenas três produções tangem aspectos da prática do psicólogo, denotando “atuações profissionais ambíguas, com aproximações e estranhamentos em relação às concepções teóricas despatologizantes” (Sposito, 2015, p. 118). Assim, observa-se a formação deficitária e a escassez de produções e modelos de atuação como uma possível variável que influencia as práticas com a população LGBTIA+.

B.3.) Identificar a influência da compreensão dos diferentes modelos teóricos sobre a população LGBTIA+: Gasponidi (2016) e Vezzosi (2019) encontraram correlação estatística entre ações LGBTfóbicas e correntes teóricas da Psicologia.

Nesse sentido, é importante, ao terapeuta, que identifique como sua abordagem de atuação pode impactar suas ações no contexto clínico, seja pelos poucos estudos produzidos na abordagem, como apontado anteriormente, seja por constructos teóricos e práticas culturais próprios à abordagem (como, por exemplo, a utilização do termo “escolha inconsciente” como modo de explicar a sexualidade em teorias psicodinâmicas), ou por práticas históricas de tentativas de reversão sexual, como no caso das ciências comportamentais.

Em relação ao desenvolvimento da classe “avaliar o impacto das ações discriminatórias do psicólogo clínico”, essa é decomposta em “descrever o impacto das ações discriminatórias do psicólogo clínico” e “identificar seu próprio preconceito”. Para a primeira, é necessário que se tenha desenvolvido anteriormente a classe “identificar a LGBTfobia como importante variável que afeta a vida do cliente”. Uma vez que esta classe inicial for adquirida, os repertórios desenvolvidos poderão ser generalizados para o contexto clínico.

Sobre “identificar seu próprio preconceito”, é importante frisar que o terapeuta, ao longo de sua história de vida, também se desenvolveu em interação com a cultura cisheteronormativa e, portanto, pode reproduzir esses valores no ambiente clínico. Essa classe de comportamentos diz respeito ao desenvolvimento do autoconhecimento do terapeuta e pode produzir efeitos positivos no atendimento à população LGBTIA+ (Mussi e Malerbi, 2023). Nesse sentido, “identificar seu próprio preconceito” pode ser decomposto em “identificar a influência de seu contexto sociohistórico sobre a construção e a concepção da população LGBTIA+” e “identificar seus valores, crenças e opiniões frente à população LGBTIA+”.

A primeira dessas decomposições, “identificar a influência de seu contexto sociohistórico sobre a construção e a concepção da população LGBTIA+”, refere-se à compreensão e à avaliação, pelo terapeuta, dos contextos nos quais esteve inserido ao longo de sua história de vida e sobre como os mesmos contribuíram para o seu entendimento da população LGBTIA+. Sobre “identificar seus valores, crenças e opiniões frente à população LGBTIA+”, pode-se afirmar que essa classe é de suma importância no processo terapêutico, contribuindo para uma melhor condução da terapia, posto que variáveis inclusas (valores, crenças e opiniões) podem influenciar os atendimentos (Banaco, 1993; Otero, 2005).

5) *Caracterizar recursos diversificados para dar suporte à população LGBTIA+*

Nos estudos que buscaram averiguar a qualidade do processo terapêutico a partir do relato dos usuários LGBTIA+ (Israel et al., 2008; Moleiro & Pinto, 2012) é possível observar o surgimento de categorias avaliadas como positivas (*helpful*) e que se encontram para além das competências técnicas exigidas para o processo terapêutico. Esses estudos apontam que os terapeutas que souberam indicar serviços de saúde especializados para a comunidade LGBTIA+, assim como os terapeutas que, de alguma forma, souberam fazer referências aos movimentos LGBTIA+ locais foram melhor avaliados pelos participantes.

Ainda assim, ao considerar o baixo número de denúncias realizadas (Fazzano, 2014) e o Art. 2º do Código de Ética da Psicologia (CFP), também se faz necessário que o profissional saiba instruir ao seu cliente sobre as medidas legais que o mesmo possa adotar em situações de violência. Essa afirmação não implica dizer que o psicólogo clínico deva adentrar profundamente no ordenamento jurídico, mas sim que, ao reconhecer a ocorrência de alguma violência, deve estar capacitado para indicar os meios pelos quais seus clientes podem (e devem) resguardar seus direitos.

Outro conjunto de comportamentos importantes diz respeito às especificidades sobre saúde. Como já citado anteriormente, há discrepâncias na saúde (principalmente na saúde mental) da população LGBTIA+ em relação às populações que se encontram concordantes com a cisheteronormatividade. Considerando essa iniquidade em saúde, é válido ressaltar a criação da Política Nacional de Saúde Integral para a população LGBTIA+ (PSNI-LGBT) no Sistema Único de Saúde (SUS), a qual prevê implementar ações que visem a equidade em saúde à população. Entre as diversas ações previstas no PSNI-LGBT, podemos citar o acesso ao processo transexualizador, o qual requer atendimentos psicológicos à população trans.

Apesar disso, também estão descritas na literatura situações em que essa minoria, ao procurar os serviços de saúde, sofre violências por parte da equipe de saúde (Cerqueira-Santos et al., 2010; Rocon et al., 2016; Melo et al., 2020; Lopes et al., 2023). Assim, destacam-se duas categorias, sendo uma delas referente a indicar profissionais (ou especialidades) de saúde adequados, enquanto a outra diz respeito à especificidades e práticas em saúde pertinentes à população LGBTIA+.

Dessa forma, “caracterizar recursos diversificados para dar suporte à população LGBTIA+” pode ser decomposta em diferentes outras classes, cada uma pertinente a alguma área de saber que pode ser útil ao processo terapêutico e à criação de vínculo com o cliente LGBTIA+. É evidente que a emissão de algumas classes

depende da pertinência ao caso em atendimento, porém, ainda assim, torna-se importante que tais repertórios sejam desenvolvidos. A Tabela 10 abaixo demonstra as classes decompostas.

Tabela 10 - Comportamentos relevantes a "Caracterizar recursos diversificados para dar suporte à população LGBTIA+"

1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
Indicar serviços de saúde especializados à população LGBTIA+	<p>Descrever a importância em indicar serviços de saúde especializados</p> <p>Identificar os serviços de saúde especializados</p>
Elucidar para o cliente sobre os movimentos LGBTIA+ na região	<p>Identificar a necessidade de informar aos clientes sobre os movimentos LGBTIA+ na região</p> <p>Identificar os movimentos LGBTIA+ na região</p>
Instruir o cliente, em situações de agressão, sobre quais ações ele pode adotar	<p>Descrever quais medidas legais cabíveis em situações de agressão</p> <p>Identificar situações de agressão</p>

Tabela 10 - Comportamentos que compõem a classe “Caracterizar recursos diversificados para dar suporte à população LGBTIA+”, sendo que a 2<sup>a</sup> coluna representa as classes iniciais.

### **Relacionar-se com o cliente de forma que produza neste sentimentos de apoio, aceitação e validação**

Para além do que já foi abordado, é importante destacar que a literatura (Ardila, 2007; Israel et al., 2008; Liddle, 1996; Moleiro & Pinto, 2012; Pereira et al., 2019; Rivera et al., 2018) aponta para várias ações do psicólogo avaliadas como adequadas (*helpful/affirmative*) e que impactam positivamente os atendimentos. Essas ações envolvem principalmente a demonstração, por parte do terapeuta, de empatia, apoio (não somente ao cliente, mas aos movimentos LGBTIA+), aceitação e acolhimento, podendo ser agrupadas em um conjunto aqui denominado de “habilidades interpessoais do terapeuta”. A Tabela 11 abaixo apresenta as classes de comportamentos nas quais “relacionar-se com o cliente de forma que produza neste sentimentos de apoio, aceitação e validação” pode ser decomposta.

Os comportamentos decompostos referem-se à capacidade do terapeuta em adequar o seu comportamento durante o atendimento, a fim de gerar, no cliente LGBTIA+, sentimentos de apoio, aceitação e validação de sua orientação sexual e/ou

identidade de gênero. Assim, é importante que o terapeuta demonstre ter repertório de habilidades interpessoais desenvolvido, bem como saiba avaliar os efeitos desse no cliente. Para tal, é necessário que, inicialmente, possa identificar quais as habilidades interpessoais devem ser demonstradas, partindo das descrições de apoio, acolhimento, aceitação e empatia.

Vale ressaltar que, como aponta a literatura, repertórios como empatia são complexos (Marinho et al., 2003), envolvendo múltiplos componentes e comportamentos (Falcone, 1999). Dentre esses componentes, destaca-se aqui a importância em verbalizar ao cliente, expressando apoio, acolhimento, aceitação e empatia. De acordo com Marinho et al. (2003), essas verbalizações devem ser acompanhadas de elementos paralinguísticos (latência, tom, altura, fluidez, entre outros), bem como estar acompanhadas de outros elementos, como postura corporal, expressões faciais adequadas e bom uso do contato físico com o cliente. Não se trata de criar uma lista de falas, gestos ou outras ações que seriam (ou não) considerados como empáticos, de apoio ou outro, mas sim, pretende-se que o terapeuta reconheça elementos constitutivos dessas ações e que os adeque ao contexto do atendimento clínico sempre que for pertinente.

Destaca-se, sobretudo, a importância do terapeuta em descrever os impactos dessas ações, bem como as possíveis consequências em não demonstrar as habilidades interpessoais. Como já exposto anteriormente, a literatura aponta que os terapeutas que, ao longo de seus atendimentos, demonstraram aceitação, apoio e as demais habilidades foram melhor avaliados pelos clientes LGBTIA+. Por extensão, pode-se pensar que o processo terapêutico pode ter se tornado mais efetivo, uma vez que tais ações tendem a proporcionar melhor adesão dos clientes.

Tabela 11 - Comportamentos relevantes à “Relacionar-se com o cliente de forma que produza neste sentimentos de apoio, aceitação e validação”

1ª	2º	3ª	4ª
Adequar, em sessão, seu comportamento a fim de demonstrar habilidades	Demonstrar habilidades interpessoais necessárias ao atendimento	Identificar as habilidades interpessoais importantes na relação	Descrever sobre acolhimento Descrever sobre empatia Descrever sobre

interpessoais necessárias ao atendimento LGBTIA+	LGBTIA+	com o cliente LGBTIA+	aceitação
			Descrever sobre apoio ao cliente Descrever sobre apoio ao movimento LGBTIA+
		Identificar diferentes modos de possibilidade de demonstração das habilidades interpessoais durante o atendimento	Variar verbalizações, elementos de linguagem e paralinguagem durante o atendimento Alterar postura corporal e gestos durante a sessão Alterar expressões faciais durante a sessão Utilizar contato físico apropriado durante o atendimento
	Avaliar os efeitos de demonstrar habilidades interpessoais na relação com o cliente	Descrever os efeitos de demonstrar habilidades interpessoais na relação com o cliente	Descrever os impactos em demonstrar habilidades interpessoais na relação com o cliente Descrever os impactos da ausência de habilidades interpessoais na relação com o cliente

**Tabela 11** - Comportamentos que compõem a classe “Relacionar-se com o cliente de forma que produza neste sentimentos de apoio, aceitação e validação+”, sendo que a 4ª coluna representa as classes iniciais.

Mediante a descrição de tais classes, pode-se pressupor que alguns dos comportamentos contidos nas decomposições sejam desenvolvidos ao longo da graduação em Psicologia. Essa afirmação se dá mediante o descrito nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Psicologia (Brasil, 2019), nas quais consta como competência a ser desenvolvida na formação em Psicologia “trabalhar de maneira acolhedora, empática e efetiva considerando todas as formas de diversidade” (p. 9).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Adequar o atendimento psicoterapêutico à população LGBTIA+ envolve desenvolver um repertório complexo de comportamentos por parte do terapeuta. Complexo não devido a características da população, mas sim pela vasta gama de comportamentos que o terapeuta necessita. Esses repertórios vão desde definições

básicas, tais como diferenciar “sexo”, “gênero”, “orientação sexual” e “identidade de gênero”, até o desenvolvimento de repertórios de relacionamento interpessoal (como demonstrar apoio e empatia) que podem influenciar o processo terapêutico.

A identificação das classes de comportamento encontradas nesse estudo nos permite pensar em dois pontos referentes à formação em Psicologia. Primeiramente, a partir das descrições e da multiplicidade de classes encontradas, e considerando as ações inadequadas encontradas na literatura, pode-se pensar que a graduação em Psicologia, a qual todos os profissionais dessa área obrigatoriamente devem fazer, pouco desenvolve os repertórios necessários para trabalhar com a população LGBTIA+.

Dentre os repertórios, destaca-se a compreensão das normas e práticas sociais que estabelecem a primazia da cisheterossexualidade e a marginalização de orientações sexuais e identidades de gênero dissidentes da mesma. Tal cultura gera marcas nos indivíduos LGBTIA+, seja pela LGBTfobia experienciada (ou pelo medo em sofrer LGBTfobia), pelo (por vezes doloroso) processo em aceitar sua orientação sexual e/ou identidade de gênero, ou pelo simples fato de “ter que se assumir”. A cisheteronormatividade também transpassa outras áreas da vida da pessoa LGBTIA+, como o relacionamento familiar e os relacionamentos afetivos que venha ter. É importante que o terapeuta possa identificar e reconhecer as especificidades e particularidades do que é ser LGBTIA+, em meio a essa cultura. Ainda, é necessário que o terapeuta compreenda que também está inserido nessa mesma cultura, podendo, em maior ou menor grau, reproduzir práticas cisheteronormativas – ou seja, é importante que desenvolva seu autoconhecimento, refletindo sobre suas práticas, valores e ética para que, ao menos, observe caso não se sinta apto a atender essa população já muito violentada.

A outra implicação que pode ser pensada a partir da identificação das classes comportamentais traz consigo uma perspectiva de mudança. Ao descrever os repertórios necessários para que o terapeuta possa prestar serviços adequados à população LGBTIA+, é possível pensar em estratégias que possam ser implementadas para desenvolver tais comportamentos. Como exemplo de tais estratégias, podem-se citar mudanças na grade curricular dos cursos de Psicologia, ou mesmo a elaboração de programa de treinamento (formação complementar) que busque desenvolver repertório adequado ao atendimento dessa população minoritária.

Embora o foco deste trabalho seja a população LGBTIA+, a proposição de classes comportamentais deu-se considerando apenas esse marcador social. Ou seja, os demais marcadores (raça/etnia; pessoa com deficiência; *etc*) não foram incluídos e podem implicar em desenvolver classes comportamentais diversas ou mais específicas que as constantes aqui. Ainda assim, as classes aqui propostas podem servir como base para pensar as especificidades que a sobreposição de marcadores sociais acarreta. Ademais, futuros estudos podem objetivar-se a descobrir os repertórios necessários para o terapeuta atender de forma adequada as demais minorias sociais.

Outro fator a ser apontado é que as classes comportamentais apresentadas deram-se apenas enquanto construção, sendo necessário avaliar a eficácia e a efetividade do desenvolvimento delas. Nesse sentido, a criação e a avaliação de um programa que busque desenvolver as classes descritas poderão confirmar as classes aqui propostas. Apesar dessa necessidade “prática” de conferir a proposição de tais classes, especula-se que a descrição das mesmas possa já contribuir para o planejamento de melhores práticas dos profissionais da clínica psicológica com a população LGBTIA+.

## REFERÊNCIAS

- Albuquerque, G. A., Parente, J. S., Belém, J. M., & Garcia, C. de L. (2016). Violência psicológica em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do Ceará, Brasil. *Saúde Em Debate*, 40(109), 100–111.  
<https://doi.org/10.1590/0103-1104201610908>
- Ardila, R. (2007). Terapia afirmativa para homossexuales y lesbianas. *Rev. Colomb. Psiquiatr*, XXXVI(1), 67–77.
- Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia*, 1(2), 71-79. Recuperado em 19 de julho de 2021, de [http://pepsic.bvsalud.org/sci-elo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X1993000200010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/sci-elo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1993000200010&lng=pt&tlng=pt)
- Barreto, D. J. (2016) A (in)visibilidade dos prazeres, das sexualidades e dos gêneros e a parresia na formação queerizada em psicologia: Narrativas de outras perspectivas e experiências docentes. 2016. 213 f. Tese (Doutorado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2016.
- Barreto, D. J., de Souza, B. C., da Silva, D. G., Guelfi, I. de C., & Pereira, S. de O. (2016). Discursos e consumos das sexualidades – tramando novas possibilidades para atuação nas psicologias. *Athenea Digital*, 16(3), 167–188.  
<https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1643>
- Bonoto, C. & Brignol, L. D. (2020). “É de confiar desconfiando”: tensões e conflitos entre o ativismo LGBT e a mídia. *Contratempo– Brazilian Journal of Communication*. Niterói:RJ. V39, n1º DOI: <https://doi.org/10.22409/contracampo.v0i0.28512>
- Botomé, S. P. (2011) Análise de objetivos terminais: identificação dos objetivos intermediários de um programa de ensino. Em: Coser, A. L & Cortegoso, D. S. *Elaboração de Programas de Ensino: material autoinstrutivo*. EdUFSCar: São Carlos Cap 5, pp 79-124
- Brasil (2012), “Relatório sobre a violência homofóbica no Brasil”: o ano de 2011. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Disponível em <<http://www.direitoshumanos.gov.br/brasilsem/relatorio-sobre-violencia-homofobica-no-brasil-o-ano-de-2011/rel%20%2011%20jul%20capa%20com%20capa%20SEM%20APRESENTACaO.pdf>>

- Brasil (2013), “Relatório sobre a violência homofóbica no Brasil”: o ano de 2012. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Disponível em <<  
<http://www.sedh.gov.br/brasilem/relatorio-sobre-violencia-homofobica-no-brasil-o-ano-de-2011/RELATORIO%20VIOLENCIA%20HOMOFOBICA%20ANO%202012.pdf>
- Brasil (2019). Revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação em Psicologia e estabelecimento de normas para o Projeto Pedagógico Complementar (PPC) para a Formação de Professores de Psicologia.
- Caputi, T. L., Smith, D., & Ayers, J. W. (2017). Suicide risk behaviors among sexual minority adolescents in the United States, 2015. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 318(23), 2349–2351.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2017.16908>
- 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.
- Cerqueira-Santos, E., Calvetti, P. U., Rocha, K. B., Moura, A., Barbosa, L. H., & Hermel, J. (2010). Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 44(2), 235-245. [fecha de Consulta 11 de Abril de 2023]. ISSN: 0034-9690. Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420641004>
- Conselho Regional de Psicologia do Paraná - CRP-PR. (2019). Nota técnica sobre orientações sexuais diversas à heterossexualidade. Paraná. Recuperado de:  
<https://crppr.org.br/wp-content/uploads/2019/05/Nota-T%C3%A9cnica-CRP-PR-n%C2%B0-001-2019.pdf>
- Cravo, F. A. M. & Fazzano, L. H. (Manuscrito não publicado) Parte do problema ou da solução: o papel da agência educacional no combate ao preconceito de gênero e as possíveis contribuições da Análise do Comportamento.
- de Carvalho, M. R. A., da Silveira, J. M., & Dittrich, A. (2011). Tratamento dado ao tema “homossexualidade” em artigos do *Journal of Applied Behavior Analysis*: Uma revisão crítica. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 7, 72-81. doi: 10.18542/rebac.v7i2.1451
- Falcone, E. (1999). A avaliação de um programa de treinamento da empatia com

- universitários. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1(1), 23-32. de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55451999000100003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55451999000100003&lng=pt&tlng=pt).
- Fazzano, L. H. (2014). Análise do fenômeno da homofobia: identificando contingências envolvidas. [Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina].
- Fazzano, L. H., Mena, I. M., Dionísio, T. E. S., & Gallo, A. E. (2020). Análise do comportamento e população LGBT: revisão das produções de pós-graduação no Brasil. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 11(1), 052–062. <https://doi.org/10.18761/pac.2020.v11.n1.05>
- Fazzano, L. H., Toledo, B. F., & Gallo, A. E. (2022). Uma interpretação comportamental sobre a LGBTfobia reproduzida no contexto psicoterapêutico. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 13(1), 183–196. <https://doi.org/10.18761/DH10410.ago211>
- Gaspodini, I.B. (2016) Preconceito contra a diversidade sexual e de gênero e a prática clínica em psicologia. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Programa de pós graduação em Psicologia Clínica. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2016.
- Gongora, M. A. (2003). Noção de Psicopatologia na Análise do Comportamento. Em C. E. Costa, J. C. Luzia & H. H. N. Sant'Anna (Org.), *Primeiros Passos em Análise do Comportamento e Cognição* ,. Santo André: ESETec. pp. 93-109
- Israel, T., Gorcheva, R., Burnes, T. R., & Walther, W. A. (2008). Helpful and unhelpful therapy experiences of LGBT clients. *Psychotherapy Research*, 18(3), 294–305. <https://doi.org/10.1080/10503300701506920>
- Klein, C.C. (2016) “A travesti chegou e te convida pra roubar” : representações sociais e sujeição criminal de travestis na mídia policial. [Dissertação de mestrado em ciências criminais, Pontífice Universidade Católica do Rio Grande do Sul] Biblioteca Digital de Dissertações e Teses PUCRS, <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/6918>
- Kniest, G. R. (2005) A relação terapeutica frente à homossexualidade. [Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco] Biblioteca digital de teses e dissertações. <http://tede2.unicap.br:8080/handle/tede/137>

- Leal, B. S. & Carvalho, C.A. (2012) A grande mídia brasileira e identidades LGBT: Um retrato em 2008. *Revista académica de la federación latinoamericana de facultades de comunicación social*. N° 84, ISSN 1995-6630,
- Liddle, B. J. (1996). Therapist sexual orientation, gender, and counseling practices as they relate to ratings of... *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 394.  
<http://ezproxy.staffs.ac.uk/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ehh&AN=9703214878&site=ehost-live>
- Lopes, M. J. S.; Silva, R. A. N.; de Lima, T. O. S.; Cavalcante, G. F.; de Jesus, L. M. S. & Abrão, R. K. (2023) A vulnerabilidade vivenciada pela comunidade LGBT no atendimento so sistema único de saúde. *Facit Technology and Journal*. v1, n40
- Machado, F. V. K., Gonzatti, C., & Esmitez, F. (2018). Will they live happily ever after? (In) visibilities of LGBTs characters in Disney productions as a driving force of cyberevents. *Comunicacao, Midia E Consumo*, 15(43), 178+.  
<https://link.gale.com/apps/doc/A556064798/AONE?u=anon~fc31b72a&sid=googleScholar&xid=e5c41eee>
- Maia, A.C.B. e Pastana, M. (2018) Sexualidade e Diversidade sexual na formação em psicologia. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. 29(1) p 83-90 DOI:  
<https://doi.org/10.35919/rbsh.v29i1.44>
- Marinho, M. L; Caballo, V. E, & Silveira, J. M. (2003) Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: las habilidades del terapeuta. *Psicologia Conductual*, Vol. 11, N° 1, pp. 135-161
- Marques, D. M. (2010) A(s) clínica(s) psicológica(s) e a diversidade sexual: percorrendo trajetórias de vida [Dissertação de mestrado em psicologia social e institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul] Repositório Digital  
<http://hdl.handle.net/10183/24652>
- Melo, I. R., Amorim, T. H., Garcia, R. B., Polejack, L., & Seidl, E. M. F. (2020). O Direito à Saúde da População LGBT: Desafios Contemporâneos no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Psicologia E Saúde*, 63–78.  
<https://doi.org/10.20435/pssa.vi.1047>
- Menassé, A. A., Cosme, J. A. G., & Rodríguez, M. G. (2014). Experiencias de familias homoparentales con profesionales de la psicología en México, Distrito Federal. Una aproximación cualitativa. *Cuicuilco*, 21(59), 211–236.

- Mizael, T. M. (2018) Perspectivas analítico-comportamentais sobre a homossexualidade: análise da produção científica. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 9(1), p 15-28. DOI: <https://doi.org/10.18761/PAC.2017.011>
- Moleiro, C., & Pinto, N. (2012). Improving provision of effective psychological care for LGB persons: client perceptions of diversity competences of clinical psychologists and psychotherapists. *Psicologia*, 26(1), 97–108.  
[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-20492012000100006&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v26n1/v26n1a06.pdf](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492012000100006&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v26n1/v26n1a06.pdf)
- Mussi, S.V. & Malerbi F.E.K. (2023) Impact of the course ‘considerations on psychotherapy for LGBTQIAP+ people on the behaviour of psychologists. *J Psychol Clin Psychiatry* .14(4):102-109. DOI: 10.15406/jpcpy.2023.14.00737
- Oliveira, M. de J. (2014). Uma etnografia sobre o atendimento psicoterapêutico a transexuais. *Revista Estudos Feministas*, 22(3), 839–862.  
<https://doi.org/10.1590/s0104-026x2014000300007>
- Otero, V. R. L. (2005) Intervenções terapêuticas: algumas variáveis controladoras. Em Guilhardi, H. J. & Aguirre, N. C. de (Orgs.). (2005). *Sobre comportamento e cognição*: Vol. 16. Expondo a variabilidade. Santo André: Esetec.
- Padilha, F. M. G., Fazzano, L. H., & Gallo, A. E. (2022). Relação entre Cultura e Religião na Emissão de Comportamentos LGBTQfóbicos por Psicólogas(os) Clínicas(os). *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 13(1), 129–141.  
<https://doi.org/10.18761/DH00010.jul21>
- Pereira, G, B. F. (2014) Sentidos de psicoterapia para homens gays [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Uberlândia] Repositório Institucional da Universidade Federal de Uberlândia.  
<https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/21280>
- Pereira, H., Cunha, M. J., Monteiro, S., Esgalhado, G., Afonso, R. M., & Loureiro, M. (2019). Affirmative Competence and Practices of Mental Health Professionals with LGB clients: An Ibero-American Study. *Community Mental Health Journal*, 55(5), 884–893. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00373-0>
- Rivera, M. V., Esteban, C., & Toro-Alfonso, J. (2018). Hacia una psicología libre de paños tibios: actitudes, prejuicio y distancia social de psicoterapeutas hacia gays y lesbianas. *Perspectivas En Psicología*, 15(1), 15–24.
- Rivers, I., Gonzalez, C., Nodin, N., Peel, E., & Tyler, A. (2018). LGBT people and

- suicidality in youth: A qualitative study of perceptions of risk and protective circumstances. *Social Science and Medicine*, 212, 1–8.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.040>
- Rocon, P. C.; Rodrigues, A.; Zamboni, J. & Pedrini, M. D. (2016) Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 21 (8) <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>
- Salgado, A. G. A. T.; Araújo, L. F. A.; Santos, J. V. O.; Jesus, L. A.; Fonseca, L. K S. & Sampaio, D. S. (2017). Velhice LGBT: uma análise das representações sociais entre idosos brasileiros. *Ciencias Psicológicas*, 11(2), 155-163.  
<https://doi.org/10.22235/cp.v11i2.1487>
- Santos, G. V. dos, Kienen, N., Viecili, J., Botomé, S., & Kubo, O. (2009). “Habilidades” e “Competências” a desenvolver na capacitação de psicólogos: uma contribuição da análise do comportamento para o exame das diretrizes curriculares. *Interação em Psicologia*, 13(1).  
doi:<http://dx.doi.org/10.5380/psi.v13i1.12279>
- Santos, J. V. de O.; de Araújo, L. F.; Negreiros, F. (2018) Atitudes e estereótipos em relação a velhice LGBT. *Interdisciplinar - Revista de Estudos em Língua e Literatura*, v. 29, n. 1, 7.
- Silva, J. B. P. (2019) O outro lado de mim: o peso da orientação sexual no envelhecimento LGBT. Dissertação de mestrado em Sociologia. Faculdade de Ciências Humas. Universidade nova de Lisboa.
- Sposito, S. E. (2015) Homossexualidades nas pesquisas em pós-graduação em Psicologia: da despatologização à luta por direitos. 209 f. Tese (Doutorado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2015.
- Toledo, L. G., & Pinafi, T. (2012). A clínica psicológica e o público LGBT. *Psicologia Clínica*, 24(1), 137–163. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652012000100010>
- Vezzosi, J. Í. P., Ramos, M. de M., Segundo, D. S. de A., & Costa, A. B. (2019). Crenças e Atitudes Corretivas de Profissionais de Psicologia sobre a Homossexualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(spe3), 174–193.  
<https://doi.org/10.1590/1982-3703003228539>

### **Estudo 3: CONSTRUÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM TREINO DE HABILIDADES PARA O ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO LGBTIA+**

O Estudo 2 da presente tese buscou encontrar e propor as classes comportamentais necessárias para que o terapeuta possa atender de forma adequada a população LGBTIA+. Partindo da descrição delas, o Estudo 3 tem como objetivos 1) a construção de um programa de treinamento que vise desenvolver as classes comportamentais necessárias ao atendimento da população LGBTIA+; 2) avaliar, a partir da aplicação, a eficiência e a eficácia do treinamento em desenvolver os comportamentos adequados descritos no Estudo 2. Assim, abaixo será apresentado como ocorreu o treino, bem como os resultados de sua aplicação.

#### **MÉTODO**

Considerando os dois objetivos propostos acima descritos, o presente estudo será composto por duas etapas. A primeira diz respeito à construção de um programa de treinamento para desenvolver as classes comportamentais descritas no Estudo 2. Já a segunda etapa refere-se à aplicação desse programa e à avaliação dos repertórios desenvolvidos pelo mesmo. Abaixo, encontram-se descritas cada uma das etapas.

##### Etapa 1 – Criação da capacitação

A construção da capacitação partiu das classes de comportamentos encontradas no Estudo 2. Para tal, as classes encontradas foram sequenciadas de acordo com a complexidade crescente dos comportamentos, considerando, também, que o desenvolvimento de algumas delas são condições antecedentes para as outras. Assim, os comportamentos a serem treinados foram ordenados dos mais simples aos mais complexos. Não somente, também se buscou arranjar as classes comportamentais em unidades de ensino, considerando a proximidade das classes em função da decomposição realizada no Estudo 2.

##### Etapa 2 – Implementação e avaliação dos efeitos da capacitação

Com a conclusão da Etapa 1, deu-se início a etapa 2 do presente estudo. Esta se configurou com a implementação e a avaliação dos efeitos da capacitação construída na Etapa 1 sobre os comportamentos do terapeuta ao atender a população LGBTIA+. Para tal, utilizou-se o delineamento de sujeito único com mudança de

critério. Esse delineamento é caracterizado por diferentes fases, nas quais é possível observar mudanças na variável dependente a partir da mudança do critério da variável independente (Sampaio et al., 2008). Entende-se aqui a variável dependente como sendo a classe “Prestar serviços psicoterapêuticos precisos e adequados à população LGBTIA+”, a qual foi o foco do Estudo 2. A escolha de utilização desse delineamento se deu pelos seguintes motivos: 1) o delineamento não requer a retirada ou suspensão da VI; 2) similaridade com o contexto educacional tradicional, o qual pode ser descrito como iniciado por uma fase teórica e seguido de uma fase “prática”; e 3) a natureza do objeto de estudo e as implicações éticas decorrentes (e.g.: intervir no comportamento inadequado do terapeuta durante o atendimento). Abaixo, encontra-se detalhada essa etapa da pesquisa.

### *Participantes*

Participaram da pesquisa nove psicólogos recém-formados (graduados entre seis meses e três anos anteriores à capacitação), com o registro ativo no Conselho Regional de Psicologia e que residissem em Londrina ou municípios próximos. Os dois últimos critérios foram inclusos devido a características da pesquisa, a qual envolveria o atendimento à população (segunda fase da pesquisa). Na tabela 12 encontra-se a caracterização dos terapeutas participantes.

Foram recrutadas também 10 pessoas, maiores de idade, autodeclaradas LGBTIA+, para serem atendidas pelos terapeutas em formação, porém apenas seis participaram efetivamente. O contato com elas se deu mediante indicações do Movimento LGBTIA+ de Londrina. Foi acordado com os psicólogos participantes que, após o encerramento da participação na pesquisa, continuariam a atender voluntariamente as pessoas recrutadas para o atendimento – essa informação foi explicada e acordada com as pessoas LGBTIA+ recrutadas para o atendimento.

Tabela 12 - Caracterização dos participantes da pesquisa

	Gênero	Ano de conclusão da graduação	Instituição de conclusão	Abordagem teórica de atuação	Autodeclaração enquanto LGBTIA+
P1	Feminino	2019	Privada	Cognitivo-Comportamental	Sim
P2	Feminino	2017	Privada	Cognitivo-Comportamental	Não
P3	Masculino	2019	Privada	Analítico Comportamental	Não
P4	Feminino	2019	Privada	Cognitivo-Comportamental	Sim
P5	Feminino	2020	Privada	Analítico Comportamental	Sim
P6	Feminino	2019	Privada	Analítico Comportamental	Não
P7	Feminino	2020	Privada	Psicanálise	Não
P8	Feminino	2017	Privada	Analítico Comportamental	Não
P9	Feminino	2020	Privada	Psicanálise	Não

Tabela 12 - Caracterização dos terapeutas participantes da pesquisa, destacando gênero, ano de conclusão da graduação, instituição na qual cursou, abordagem teórica de atuação e autodeclaração de pertencente à população LGBTIA+.

### *Aspectos Éticos*

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 44989321.6.0000.5231). Ao entrar em contato com todos os participantes, foi descrito aos mesmos sobre os objetivos do estudo, bem como sobre a gravação em vídeo dos atendimentos, explicando aos mesmos que a utilização seria apenas para fins da pesquisa, sendo descartados após o término do procedimento. Devido à natureza da pesquisa, a qual envolve atendimentos psicoterapêuticos, foi acordado com os terapeutas participantes que os mesmos continuariam a atender a pessoa designada após o término da pesquisa, evitando assim prejuízos à população atendida. Os participantes todos, tanto os terapeutas quanto as pessoas atendidas, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que pudessem dar início às fases da pesquisa.

### *Local*

Devido ao contexto sanitário da pandemia do novo coronavírus Sars-Cov-2 vivido ao longo dos anos de 2020 e 2021, todas as fases da pesquisa ocorreram de forma remota (*on-line*), por meio de plataformas virtuais.

### *Instrumentos*

Para a presente pesquisa, foram elaborados dois instrumentos distintos, sendo eles: a) Questionário de verificação dos terapeutas, utilizado como pré e pós-teste na Fase I; e b) Ficha de avaliação dos juízes, utilizada nas Fases II e III. Abaixo, segue a descrição de cada instrumento.

Questionário de verificação dos terapeutas (Apêndice A): Este instrumento é composto por 12 itens, todos exigindo respostas discursivas, visando compreender o entendimento dos terapeutas a respeito do manejo de pessoas LGBTIA+ em psicoterapia. As três primeiras perguntas buscavam compreender, de maneira mais ampla, a percepção dos terapeutas sobre a atuação com a população, sendo questionado o significado do acrônimo “LGBTIA+”, os repertórios que julgavam necessários ao atendimento e se haveria diferenças no atendimento dessa população em relação à população cisheterossexual. Já a quarta questão era composta por quatro casos diferentes, todos envolvendo a população LGBTIA+, sendo solicitado que fosse descrito quais ações (incluindo falas que teriam) para cada uma das situações. Na quinta questão eram apresentados cinco outros casos, sendo solicitado que fosse avaliada a postura do terapeuta em cada um dos casos, indicando se estaria adequada ou inadequada e, caso avaliada como inadequada, que indicasse os motivos.

Cada um dos itens era corrigido, sendo atribuído um valor entre 0 e 3, de acordo com o grau de adequação da resposta. Assim, a compreensão dos terapeutas a respeito do atendimento à população LGBTIA+ estaria em uma escala variando entre 0 e 36, sendo 0 considerado como nenhuma compreensão e 36 como um repertório já bem desenvolvido. Vale ressaltar que esse instrumento passou pela avaliação e aprovação de juízes externos ao projeto, especialistas no atendimento à população.

A Ficha de avaliação dos juízes (Apêndice B), utilizada nas Fases II e III, consistia em uma folha com quatro campos para preenchimento pelos juízes externos mediante a gravação da sessão. O primeiro campo consistia em um quadro de avaliação da sessão, contendo as opções “totalmente inadequada”, “majoritariamente inadequada com algumas poucas ações adequadas”, “majoritariamente adequada com algumas sessões inadequadas” e “totalmente adequada”. A cada item era atribuído um valor convencionalizado, sendo respectivamente 0, 12, 24 e 36.

Os campos subsequentes foram criados para que os juízes descrevessem as ações consideradas como adequadas, inadequadas ou dúbias, solicitando que discriminassem o momento (tempo) da gravação em que observaram tais ações.

Mediante tais descrições, o *feedback* era dado ao participante. Em caso de indicações de ações dúbias, era debatido entre os juízes sobre tais ações, para assim esclarecer e poder prosseguir com a avaliação.

### *Procedimento*

A presente pesquisa adotou o delineamento de sujeito único com mudança de critério. Nesse delineamento, o desempenho do participante é comparado com ele mesmo, a cada fase estabelecida. Para tal, o procedimento ocorreu em três fases distintas e sequenciais: a primeira consistindo na realização de uma formação teórica; a segunda no desenvolvimento de habilidades práticas, por meio do atendimento à população LGBTIA+, utilizando-se de *feedbacks* sobre a adequação da postura profissional; e a terceira visando o teste de manutenção das posturas adequadas sem a necessidade da devolutiva ao terapeuta. Todas as fases encontram-se melhor descritas na sequência.

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 44989321.6.0000.5231), foi elaborado um *flyer* (panfleto), o qual foi divulgado em redes sociais, para a seleção dos participantes. Esse *flyer* continha um *link* de acesso a um questionário utilizado para a seleção dos participantes, o qual também serviu como linha de base para a primeira fase da pesquisa (Apêndice A). Foram selecionados os participantes que obtiveram os menores escores no questionário e que cumpriam os critérios de seleção (recém-formados; CRP ativo; residentes de Londrina ou cidades próximas). Assim, entrou-se em contato com os participantes selecionados, explicando os objetivos e as fases da pesquisa. Caso concordasse, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que pudessem dar início às fases da pesquisa. Após a seleção dos participantes, deu-se início a primeira fase da pesquisa.

### *Fase I - Formação Teórica*

A primeira fase da pesquisa ocorreu ao longo de 17 encontros *on-line* semanais, cada um com duração média de duas horas. O objetivo dessa fase foi, de modo geral, desenvolver repertório que pudesse facilitar a adequação do atendimento psicoterapêutico à população LGBTIA+. Vale ressaltar que cada encontro tinha seus objetivos específicos, de acordo com a temática trabalhada e com as unidades de ensino estabelecidas. Para a maioria dos encontros realizados, também foram

utilizadas instruções enviadas aos participantes, referentes a alguma atividade (p. ex.: leitura de textos) que deveriam realizar entre os encontros.

O pré-teste ocorreu mediante as respostas do questionário de seleção dos participantes, sendo o mesmo reaplicado após os 17 encontros (pós-teste). Estabeleceu-se como critério para essa fase da pesquisa que o participante apresentasse aumento de 70% em seu repertório na comparação com a avaliação pré-teste. Assim, após a realização do pós-teste, era agendado horário com o participante, sendo mostrado a ele tanto a resposta pré e pós, quanto sua evolução na primeira fase da pesquisa. Caso o participante não atingisse o critério, buscou-se, no início do horário agendado, compreender se houve influência de algum fator externo no momento da realização da avaliação (p. ex.: sinal de *Internet* oscilando) e solicitou-se ao participante que respondesse às questões durante a chamada. Porém, caso não fosse possível observar alguma variável estranha, ao participante era solicitado que refizesse a primeira fase da pesquisa.

#### *Fase II – Atendimentos com feedbacks*

A segunda fase da presente pesquisa consistiu em atendimentos voluntários à população LGBTIA+, acompanhados de *feedbacks* aos terapeutas a partir da avaliação da adequação de sua postura no atendimento. Os atendimentos foram todos gravados em vídeo e ocorreram de forma *on-line*, devido às exigências do período de pandemia. Cada vídeo gravado foi analisado por dois juízes independentes, os quais preenchiam uma ficha de avaliação (Apêndice B), sendo feito o cálculo de concordância entre as avaliações. Vale ressaltar que esses juízes independentes pertenciam ao Núcleo de Diversidade Sexual e Gênero (DIVERGES) do Conselho Regional de Psicologia – Subseleção Londrina e foram convidados a participar devido a sua experiência na atuação com a população LGBTIA+ e na atuação com a Psicologia perante a diversidade. Não somente, todos os juízes participantes possuem mestrados, tendo elaborado trabalhos envolvendo temáticas relacionadas a essa minoria social.

Ao receber as fichas avaliativas dos juízes, o pesquisador comparava a avaliação de ambos os juízes, observando a concordância na indicação de ações consideradas adequadas e inadequadas. Caso algum dos juízes indicasse ação dúbia, era marcada reunião com os juízes a fim de tentar esclarecer qualquer ambiguidade na avaliação. Mediante o resultado das avaliações dos juízes, o pesquisador responsável marcava horário com o terapeuta avaliado para fornecer ao mesmo o *feedback* sobre

seu comportamento em sessão, apontando suas posturas avaliadas como adequadas e inadequadas e sugerindo como poderia adequá-las. Em algumas situações, a sessão era reassistida em conjunto com o participante, sendo os apontamentos feitos ao decorrer da gravação.

O critério estabelecido para o término da Fase II foi a ocorrência de três sessões consecutivas nas quais as posturas dos terapeutas fossem avaliadas por ambos os juízes como completamente adequadas. O terapeuta permaneceria nessa fase até atingir o critério para, somente então, iniciar a Fase III.

Em relação à população atendida, a mesma se constituiu em pessoas autoidentificadas como LGBTIA+, maiores de idade e que manifestassem o interesse nos atendimentos. Essas pessoas foram indicadas ao pesquisador, que entrou em contato com as mesmas, explicando sobre a pesquisa e, dado o aceite, era solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o atendimento.

### *Fase III – Atendimentos sem feedback*

Com o critério da segunda fase atingido, os terapeutas passaram ao atendimento sem a realização de *feedback*, porém, com a permanência das gravações e avaliações por dois juízes independentes. Também se estabeleceu como critério a presença de três sessões consecutivas avaliadas como “totalmente adequadas”. Ao atingir o critério, o terapeuta era comunicado sobre o encerramento de sua participação na pesquisa. Durante a fase, estabeleceu-se que, caso fosse avaliada pelos juízes a necessidade de adequação no atendimento, o terapeuta retornaria à Fase II do procedimento, necessitando atingir os critérios novamente.

Participaram efetivamente dessa fase da pesquisa seis dos participantes da etapa anterior. Ocorreram duas desistências (P2 e P4) e P7 não iniciou a fase devido ao fato de não ter sido possível localizar cliente para o atendimento nos critérios do formato (*on-line*) da pesquisa.

A respeito das pessoas em atendimento, quando o terapeuta atingia o critério, também se entrava em contato com as mesmas, explicando que o terapeuta havia atingido os critérios avaliados e a participação do mesmo na pesquisa estava encerrada. Era informado aos atendidos que, caso desejassem, poderiam permanecer em atendimento com o terapeuta designado, sendo necessário conversarem entre si para dar sequência aos atendimentos, porém, agora sem permanência no projeto.

### *Análise dos Dados*

Utilizando o delineamento do sujeito único com mudança de critério, e tendo em vista o objetivo de desenvolver repertório em terapeutas para que possam adequar seu atendimento à população LGBTIA+, os dados foram analisados de forma individual, possibilitando observar o desenvolvimento de cada participante de acordo com as mudanças do delineamento. Para isso, convencionou-se, em todas as fases da pesquisa, atribuir valores ao repertório dos participantes, variando entre 0 e 36. É válido ressaltar que todas as avaliações do repertório realizadas ao longo do procedimento foram feitas por dois juízes, sempre ocorrendo concordância entre ambos.

A medida de linha de base (pré-teste) foi realizada por meio do questionário utilizado na seleção dos participantes (Apêndice A), sendo o mesmo reaplicado (pós-teste) ao término da Fase I. Os resultados de ambas as aplicações foi comparado, calculando a diferença na pontuação entre aplicações. Para a Fase II e III, a medida avaliativa utilizada deu-se pela ficha de avaliação dos juízes externos (Apêndice B). Foi convencionada, para fins de padronização e comparação entre as fases da pesquisa, a seguinte medida: “totalmente inadequada” (0 pontos); “majoritariamente inadequada, com poucas ações adequadas” (12 pontos); “majoritariamente adequada com algumas poucas ações inadequadas” (24 pontos); e “totalmente adequada” (36 pontos). Os dados obtidos foram comparados individualmente, de acordo com o delineamento de sujeito único com mudança de critério e apresentados em forma de gráfico nos resultados. Vale ressaltar que a Fase I pôde ser analisada isoladamente, utilizando-se o Teste t de *Student* para medir o efeito da capacitação teórica, comparando os resultados pré e pós-teste.

## **RESULTADO**

A construção da capacitação ocorreu, inicialmente, organizando os comportamentos decompostos no Estudo 2 em Unidades de Ensino sequenciais. Ao todo, foram estabelecidas nove Unidades de Ensino, sendo elas: 1) “Conceitos básicos necessários ao trabalhar com a população LGBTIA+”; 2) “LGBTfobia como variável importante”; 3) “Situações próprias à população LGBTIA+”; 4) “Diferenciar situações em relação a outras populações”; 5) “Ações discriminatórias no contexto clínico”; 6) “Conhecimento ‘técnico’ específico à comunidade LGBTIA+”; 7) “Adequar o atendimento à população LGBTIA+”; 8) “Demonstrar habilidades

interpessoais necessárias ao atendimento à população LGBTIA+”; e 9) “Prestar serviço psicoterapêutico adequado e qualificado à população LGBTIA+”.

As nove Unidades de Ensino estabelecidas foram passadas ao longo de 17 encontros semanais, com duração aproximada de uma hora e 30 minutos. Para cada encontro, foi estabelecida uma temática específica, de acordo com os comportamentos objetivos pertinentes à unidade de ensino, com exceção do último encontro que tinha por objetivo a aplicação do questionário de pós-teste. Utilizaram-se recursos diferentes ao longo dos encontros (e.g.: leitura de texto, realizar pesquisa, filmes, entre outros) com a finalidade de desenvolver os repertórios pertinentes. As Unidades de Ensino e os comportamentos objetivos de cada unidade, assim como os encontros pertinentes a cada unidade, encontram-se descritos na Tabela 13. A descrição detalhada de cada encontro está nos apêndices (Apêndice C).

A maioria dos encontros também contou com instruções enviadas aos participantes constando as atividades que deveriam fazer entre um encontro e outro (Apêndice D, E, F, G, H, I, J). Tais instruções continham descrições detalhadas das ações que deveriam emitir, como, por exemplo, pesquisar sobre as definições das diferentes modalidades de violência. Essas atividades eram enviadas ao pesquisador responsável ao final do encontro, sendo solicitado aos participantes que realizassem tal atividade e devolvessem ao pesquisador. As atividades entregues eram lidas e faziam-se apontamentos e devolutivas com a finalidade de selecionar o comportamento dos participantes, expondo também que, caso o participante quisesse, poderia refazer a atividade e enviá-la novamente.

Tabela 13 - Descrição da capacitação realizada

Unidade	Comportamentos	Encontro	Temas	Recursos
(1) Conceitos básicos e necessários ao trabalhar com a população LGBTIA+	Enunciar o conceito de Orientação Sexual (Definir “Orientação Sexual”; Diferenciar as várias orientações sexuais; Definir Heterossexualidade; Definir Homossexualidade; Definir Bissexualidade; Definir Assexualidade); Enunciar o conceito de Identidade de Gênero (Diferenciar Transgênero, Gênero e Intersex; Diferenciar “sexo”, gênero, expressão de gênero e identidade de gênero); Caracterizar as relações entre Orientação Sexual e Identidade de Gênero	1	Apresentação da capacitação; Dados estatísticos sobre a população LGBTIA+ em atendimento psicológico	Slides
		2	Definições de Sexo; Gênero; Identidade de Gênero; Orientação Sexual; Importância de saber tais definições	Cartilha MP
(2) LGBTfobia como variável importante	Descrever o que é LGBTfobia; Identificar a ocorrência da violência; Identificar modalidades de violência; Diferenciar as modalidades de violência; Diferenciar a violência para cada população do acrônimo; Descrever Lesbofobia; Descrever Gayfobia (Homofobia); Descrever Bifobia; Descrever Transfobia; Identificar padrões culturais que influenciam na agressão; Definir Heteronormatividade; Definir Cisnormatividade; Definir Monossexismo; Descrever os impactos da LGBTfobia	3	Modalidades de violência (física, sexual, psicológica, injúria, calúnia, difamação, patrimonial, institucional, negligência, omissão, imprudência e imperícia); Microagressões	Pesquisa feita pelos participantes
		4	LGBTfobia; Binarismo de gênero; Heteronormatividade; Cisnormatividade; Monossexismo; Lesbofobia, bifobia e transfobia	Filme
(3) Situações próprias à comunidade LGBTIA+	Identificar a autoaceitação do cliente; Identificar a relação do cliente com “assumir-se”	5	Homofobia (LGBTfobia) Internalizada; Autoaceitação enquanto processo; componentes da autoaceitação	Souza et al. (2019)
		6	Autodeclaração (assumir-se); Processo de tomada de decisão	Castañeda (2007)
(4) Diferenciar situações em relação a outras populações	Identificar as diferenças na experiência de algumas situações entre a população LGBTIA+ e outras populações; Descrever diferenças no relacionamento familiar; Descrever diferenças nos relacionamentos afetivos; Descrever diferenças sobre o envelhecimento	7	Família enquanto fator de risco ou de proteção; Necessidade do terapeuta em observar/avaliar o núcleo familiar	Filme
		8	Heteronormatividade como modelo de relacionamento afetivo	Castañeda (2007)
(5) Ações discriminatórias no contexto clínico	Identificar a influência do modelo médico; Interveniência da escassez de estudos e formações sobre a população LGBTIA+; Influência dos diferentes modelos teóricos sobre a compreensão da população LGBTIA+; Identificar seu próprio preconceito	9	Influências históricas da Psicologia ao surgimento de LGBTfobia na clínica	Castañeda (2007)
		10	Identificar a influência da heteronormatividade e de seus possíveis preconceitos pessoais ao atendimento; Ações possíveis para atenuar tais influências	“Quiz”; Lista de referência elaborada pelos participantes

(6) Conhecimento “técnico” específico à comunidade LGBTIA+	Indicar serviços de saúde especializados à população LGBTIA+; Descrever para o cliente sobre os movimentos LGBTIA+ na região; Descrever para o cliente, em situações de agressão, quais ações ele pode adotar	11	Diferentes tipos de Normativas e Documentos emitidos pelo Conselho referentes à população LGBTIA+	Resoluções e Notas Técnicas do Conselho de Psicologia
		12	Determinantes Sociais de Saúde; SUS e população LGBTIA+; Processo Transexualizador; Violência Médica; Fatores importantes a serem considerados quanto à saúde biológica, social e sexual	PSNI-LGBT; Lista de referência elaborada pelos participantes
		13	Direitos adquiridos; Equiparação da LGBTfobia ao racismo; Orientações sobre violação de direitos; Possibilidades de atuação nesse contexto; Rede de apoio; Movimento Social enquanto rede de apoio	Cartilha do MP; Lista de referência elaborada pelos participantes
(7) Adequar o atendimento à população LGBTIA+	[Unidades de 1 a 6]	14	Casos	Casos elaborados
(8) Habilidades interpessoais necessárias ao atendimento à população LGBTIA+	Demonstrar habilidades interpessoais necessárias ao atendimento LGBTIA+; Descrever a importância em demonstrar habilidades interpessoais na relação com o cliente	15	Habilidades Sociais; Apoio; Aceitação; Validação	Marinho et al. (2003)
		16	Empatia; Casos	Marinho et al. (2003); Casos elaborados
(9) Prestar serviço psicoterapêutico adequado e qualificado à população LGBTIA+	[Relativo à Fase II do Estudo]	17	Encerramento	Avaliação do repertório (pós-teste)

Tabela 13 - Descrição das Unidades, comportamentos, encontros e recursos utilizados na capacitação.

Segue abaixo a apresentação dos resultados obtidos na presente pesquisa. Para melhor organização, serão apresentados primeiramente os dados relativos à Fase I (capacitação) do presente estudo e, sequencialmente, os dados obtidos, por participante, nas três fases.

### *Fase I - Capacitação*

Inicialmente, é importante destacar que os terapeutas participantes tiveram ótima assiduidade, ocorrendo poucas faltas ou atrasos. Em relação às faltas, foram registradas apenas uma falta de P3 no encontro 12, P4 no encontro 9 e P7 no encontro 7, sendo todas referentes a motivos de saúde dos participantes. Sobre os atrasos, apenas P6, nos dois primeiros encontros, atrasou 15 minutos, devido a compromissos pessoais. Nessas situações, a gravação dos encontros foi disponibilizada aos participantes faltantes, além de dar a possibilidade de fazer o encontro individualmente, em outro horário, com o pesquisador (sugestão que não foi acatada pelos participantes).

A respeito das atividades programadas durante os encontros, os terapeutas participantes, de maneira geral, não encontraram maiores problemas em realizá-las. Apenas P4 relatou dificuldades em fazer a Instrução 2 (pesquisar sobre modalidades de violência) – nessa atividade, por sorteio, a participante deveria trazer a definição de “convivência”, verbalizando algumas incompreensões da definição devido alguns meandros do ordenamento jurídico. Não somente, P1 e P9 solicitaram refazer uma atividade proposta (respectivamente a Instrução 3 e a Instrução 5, ambas em anexo), afirmando que “eu poderia fazer melhor”, mesmo após o pesquisador apontar que atingiram os objetivos da atividade.

A pontuação média dos participantes no pré-teste foi de 13,78, com desvio padrão de 3,64. Já no pós-teste, ao término da capacitação, obteve-se como pontuação média das respostas 27,19, com desvio padrão de 4,16, como indicado na Figura 1. Essa pontuação do pós-teste representa um desempenho de 97,31%, tomada como referência a avaliação pré-teste.

Figura 1 - Média dos resultados Pré e Pós-teste

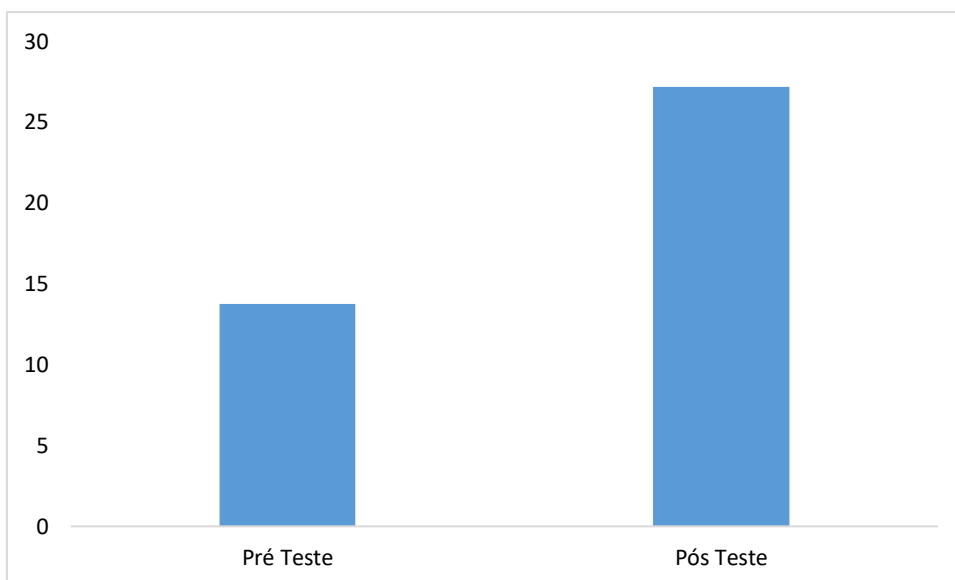


Figura 1 - Média das pontuações atribuídas ao desempenho dos participantes no pré e pós-teste após a Fase I.

O aumento na pontuação também pode ser observado ao analisar as respostas pré e pós-teste individualmente (Figura 2). Nota-se que, para todos os participantes, houve aumento na pontuação da avaliação após a realização da capacitação.

Figura 2 - Resultado pré e pós-teste de cada participante

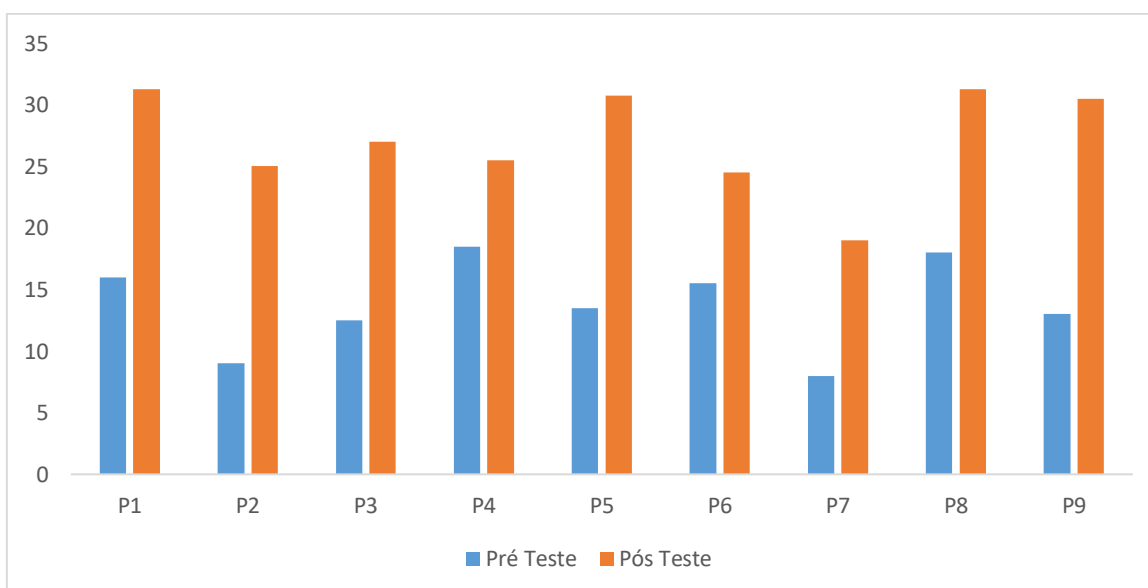


Figura 2 - Pontuação atribuída ao desempenho no pré e pós-teste, da Fase I, por participante.

Na Tabela 14 encontram-se as pontuações obtidas pelos participantes no pré e pós-teste, assim como a diferença nos valores atribuídos pelos juízes independentes. A última coluna da tabela representa o percentual de desenvolvimento de cada participante, tomando a medida pré-teste como valor base (equivalente a 100%). O resultado do teste t aponta para  $p < 0,001$ , indicando significância estatística para os resultados obtidos.

Tabela 14 - Pontuação Pré e Pós testes dos participantes

	PRÉ	PÓS	Valor (em pontos) da discordância entre juízes	% ([Pós*100/Pré]-100)
P1	16	31,25	0	95,3
P2	9	25	0,05	177,8
P3	12,5	27	0	116
P4	18,5	25,5	1,5	37,5
P5	13,5	30,75	1	127,8
P6	15,5	24,5	0,25	58,1
P7	8	19	0,05	137,5
P8	18	31,25	0	73,6
P9	13	30,5	0	134,6

Tabela 14 - Pontuação absoluta, por participante, no pré e pós-teste da Fase I e cálculo da porcentagem de desenvolvimento, tomado o pré-teste como referência.

Pode-se observar que a maioria dos participantes atingiu o critério de seleção para a próxima fase (melhor em 70% na pontuação do pós-teste), com exceção de P4 e P6. No caso de P4, durante a devolutiva da avaliação, o participante relatou que no dia em que respondeu o pós-teste, estava desatento devido a medicamentos utilizados para o tratamento de uma doença, sendo o questionário reaplicado no momento da devolutiva e as novas respostas emitidas satisfatórias. Ademais, também se deve considerar que o escore inicial da participante já havia sido elevado (18,5) e, mediante a variação da pontuação dada pelos juízes externos, a participante teria atingido o critério. Já no caso de P6, a participante relatou problemas de conexão com a *Internet* ao responder, sendo mais sucinta em suas respostas, o que influenciou na atribuição dos valores. As respostas a cada um dos itens do questionário aplicado no pré e pós-teste, bem como a avaliação das mesmas, encontram-se no Apêndice L.

#### *Resultado por participante (Fase I, II e III)*

Na segunda e terceira fase da pesquisa, colaboraram apenas seis participantes (P1, P3, P5, P6, P8 e P9), três participantes a menos que na Fase I. A ausência de três dos participantes

(P2, P4 e P7) se deve a diferentes motivos. P2 e P7 desistiram da participação na pesquisa (durante o período das Fases II e III, P2 não respondeu às tentativas de contato do pesquisador para iniciar as próximas fases da pesquisa; P7, ao final da realização da Fase I, verbalizou que não se sentiria apta, por motivos pessoais, a iniciar os atendimentos com a população LGBTIA+, retirando sua participação das fases posteriores), enquanto que para P4 não foi possível iniciar os atendimentos por não haver cliente disponível. Assim, os resultados apresentados abaixo são referentes apenas aos seis participantes remanescentes.

Inicialmente, destaca-se que a quantidade de sessões da segunda fase variou para cada participante, sendo o mínimo de sessões igual a três e o máximo igual a 14. Essa diferença entre os números de sessões ocorre devido ao critério estabelecido para o procedimento (três sessões seguidas avaliadas como “totalmente adequadas” por ambos os juízes). É válido ressaltar que, na terceira fase da pesquisa, todos os participantes atingiram os critérios com três sessões. Na tabela 15, abaixo, encontra-se descrita a quantidade de sessões por participante da pesquisa.

Tabela 15 - Quantidade de sessões por fase

	Quantidade de Sessões (Fase II)	Quantidade de Sessões (Fase III)
P1	9	3
P3	3	3
P5	14	3
P6	6	3
P8	3	3
P9	3	3

Tabela 15 - Quantidade de sessões que cada participante realizou até atingir os critérios estipulados para as Fases II e III.

É possível observar que P3, P8 e P9 atingiram os critérios estabelecidos com o mínimo de sessões possíveis para cada fase da pesquisa, ocorrendo três sessões na primeira fase e outras três sessões na segunda fase. O desempenho desses três participantes aumentou após a Fase I, mantendo-se constante ao longo das Fases II e III. Abaixo, segue a Figura 3, a qual exhibe as avaliações de P3, P8 e P9 no decorrer das três fases da pesquisa.

Figura 3 - Resultado Fase I, II e III de P3, P8 e P9

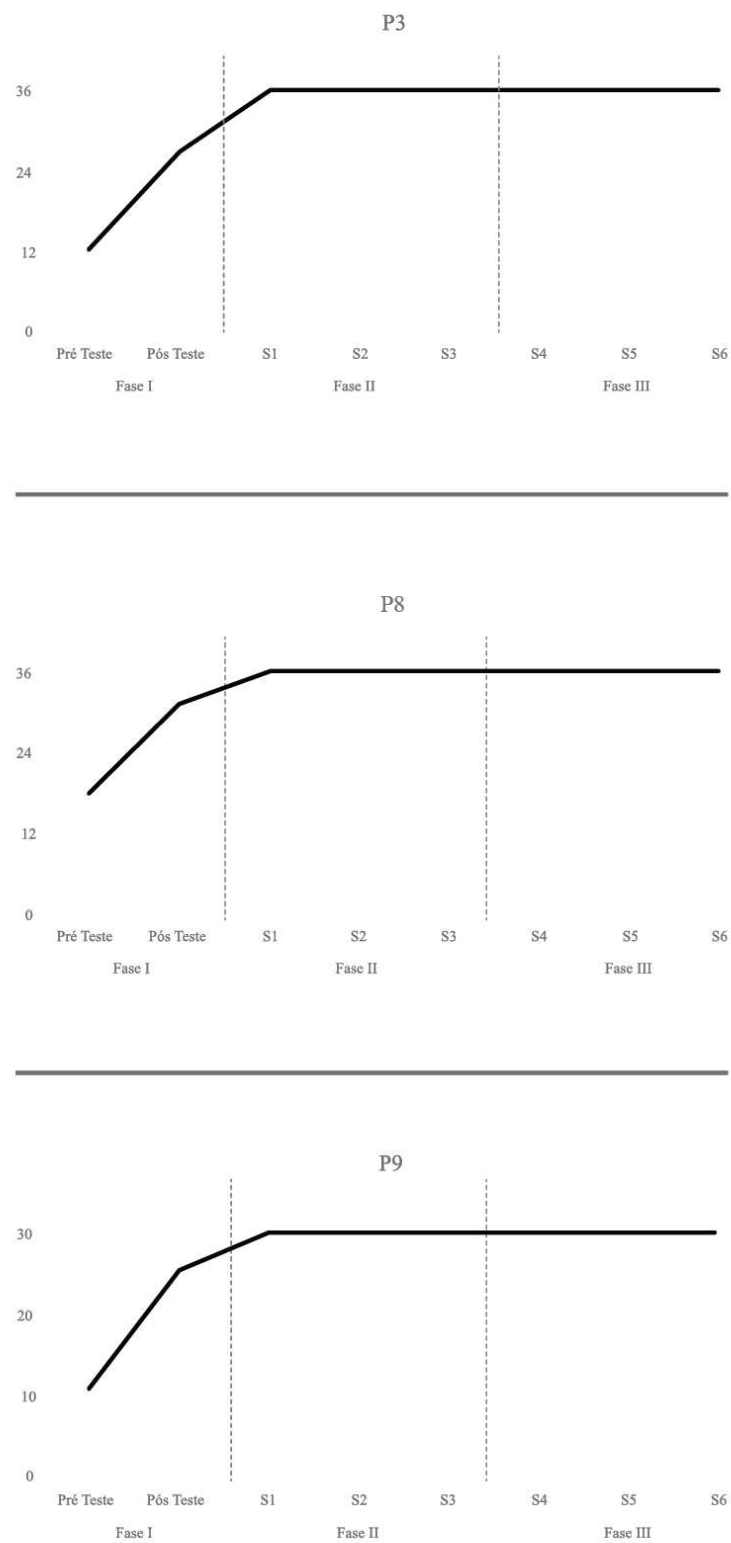


Figura 3 - Desempenho de P3, P8 e P9, respectivamente, considerando a pontuação no pré-teste, pós-teste ao final da Fase I e a cada sessão (S) nas Fases II e III.

Em relação ao P1, há um maior número de sessões na Fase II, totalizando nove sessões, como mostrado na Figura 4. Observa-se que nas sessões S1, S2 e S5 há queda em sua avaliação. Nas sessões S1 e S2, os juízes independentes avaliaram que P1 estaria demonstrando pouca empatia ou acolhimento perante algumas falas do cliente. Nessas sessões, o cliente relatou sobre tentativas de suicídio e ideação suicida e, nas ocasiões, P1 buscou levantar dados sobre o que estava sendo relatado, mas não apresentou qualquer comportamento (p. ex.: modular a voz, verbalizar preocupação, alterar expressões faciais) que fosse avaliado pelos juízes enquanto empático. A devolutiva foi passada ao P1 após avaliação em ambas as sessões, observando-se melhora (p. ex.: P1 começou a verbalizar preocupação com o cliente, modulou a voz, demonstrou atenção, alterou expressões faciais de forma condizente com a preocupação demonstrada) em seu desempenho subsequente (S3 e S4).

Figura 4 - Resultado Fase I, II e III de P1

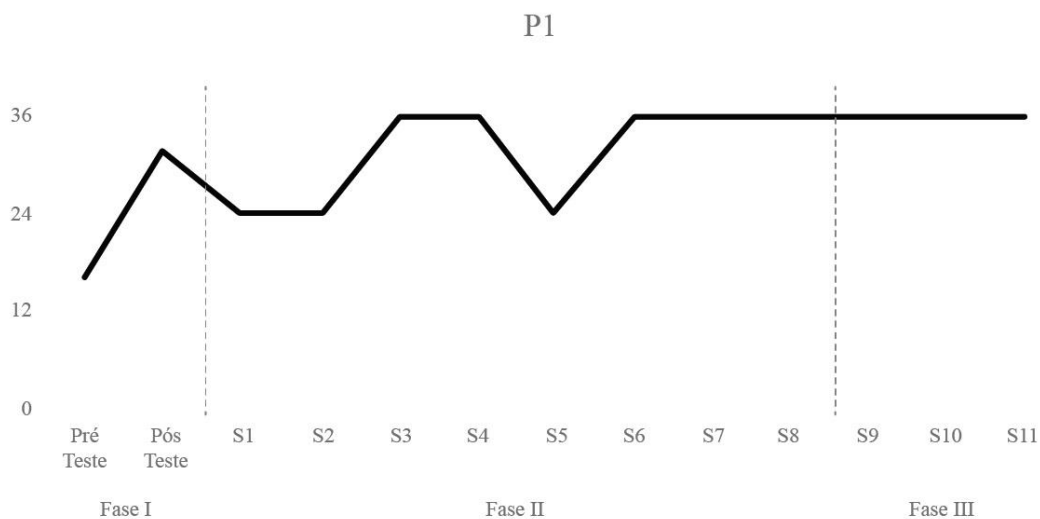


Figura 4 - Desempenho de P1, considerando a pontuação no pré-teste, pós-teste ao final da Fase I e a cada sessão (S) nas Fases II e III.

Entre as sessões S4 e S5, por motivos não relacionados ao atendimento, o cliente de P1 solicitou desligamento do processo terapêutico, sendo a sessão S5 realizada com um novo cliente. Nessa sessão, ao buscar informações iniciais sobre o cliente, P1 questionou “qual sua orientação sexual ou identidade de gênero”, o que foi avaliado pelos juízes externos como inadequado, posto que “orientação sexual” e “identidade de gênero” são conceitos que se referem a aspectos diferentes da sexualidade. Durante a devolutiva, P1 demonstrou

conhecimento sobre ambas as conceituações, tendo justificado sua fala em função da ansiedade perante um cliente novo.

Já P6 concluiu a Fase II da pesquisa com seis sessões, sendo as sessões S1 e S3 contendo nota pouco abaixo, como mostra na Figura 5. Em ambas as sessões, os juízes externos avaliaram que P6 fez algumas inferências e interpretações sobre informações do cliente, sem questioná-lo ou sem que o mesmo trouxesse tais informações (p. ex.: o cliente sentia-se perseguido em seu trabalho, momento no qual P6 verbalizou compreender a perseguição devido à orientação sexual; na sequência, o cliente não discorda, mas relata pensar que seja em função de pertencer ao candomblé).

Figura 5 - Resultado das Fases I, II e III de P6

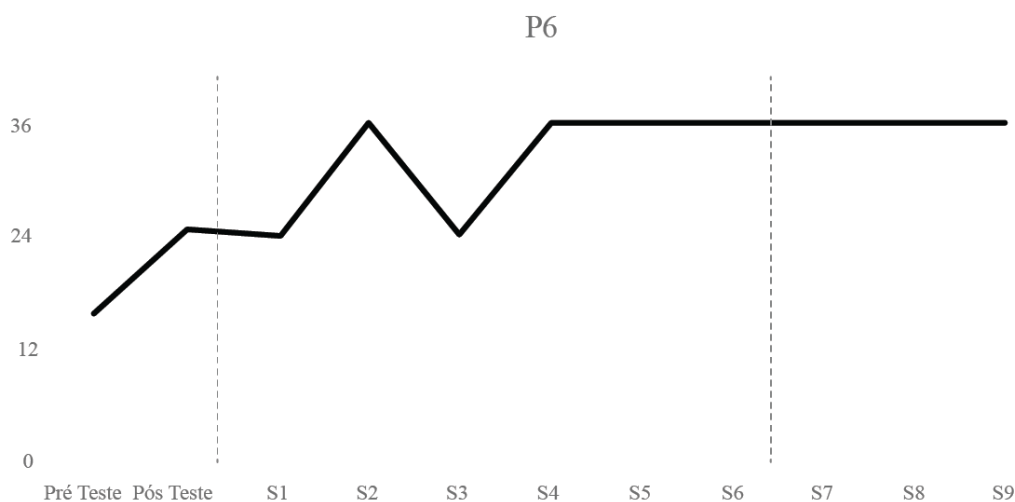


Figura 5 - Desempenho de P6, considerando a pontuação no pré-teste, pós-teste ao final da Fase I e a cada sessão (S) nas Fases II e III.

Durante os momentos de devolutiva, P6 verbalizou que sua atuação profissional ocorre majoritariamente em uma instituição que oferece serviços de psicoterapia breve, em um formato mais voltado ao aconselhamento e a intervenções pontuais. Sinalizou-se ao P6 que, provavelmente, estaria agindo de forma semelhante e que sua avaliação pelos juízes externos estaria em função da necessidade de ajustar a sua postura clínica. Após tal *feedback*, o qual ocorreu posterior a S3, pode-se observar que P6 atinge os critérios do presente trabalho.

O resultado de P5 requer maior descrição. No total, P5 realizou 14 sessões na Fase II e mais três sessões na Fase III, totalizando 17 sessões, como mostrado na Figura 6. Ao longo dos atendimentos, por vezes, P5 permanecia calada, sem interagir ou fazer perguntas ao seu cliente, acarretando em potenciais prejuízos ao atendimento.

Figura 6 - Resultado das Fases I, II e III de P5

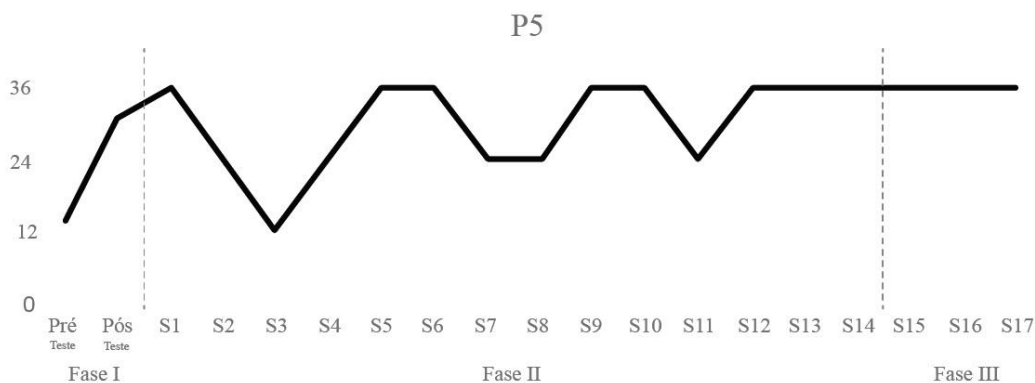


Figura 6 - Desempenho de P5, considerando a pontuação no pré-teste, pós-teste ao final da Fase I e a cada sessão (S) nas Fases II e III.

Ocorreu o relato de uma possível agressão LGBTfóbica sofrida pelo cliente em sua segunda sessão. O cliente relatou que, em seu ambiente de trabalho, ficou sabendo que alguns colegas estavam “falando mal de mim pelas costas, mesmo sem eu ter feito nada” (SIC). P5 não aprofundou o relato, não sendo possível especificar a que “falando mal” dizia respeito e, devido à ausência de questionamentos pela terapeuta, não se pôde afirmar que o ato tenha sido ou não LGBTfóbico. Por conta disso, ambos os juízes apontaram como uma situação dúbia. O mesmo relato voltou a ocorrer na sessão de número 11 e, novamente, P5 não levantou as informações necessárias para concluir se tratar ou não de episódio de LGBTfobia ocorrido no ambiente de trabalho.

Na terceira e quarta sessão, o cliente de P5 relatou fazer uso de PrEP, situação na qual a terapeuta deveria ter investigado sobre as medidas de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissível (IST). Apesar de eficiente contra o contágio por HIV, a PrEP não garante prevenção contra as demais IST, sendo, portanto, a ausência de questionamentos ou maiores investigações considerada pelos juízes como uma omissão que poderia contribuir com potenciais riscos aos quais seu cliente poderia sujeitar-se. Ambos os juízes pontuaram que P5 deveria ter questionado o cliente sobre se o mesmo mantém relações sem uso de preservativo e se faz exames com frequência e, caso o cliente demonstrasse desconhecimento, P5 deveria tê-lo instruído sobre as ações adequadas que deveria adotar.

As demais sessões em que P5 obteve escore diminuído (S7 e S8) também ocorreram devido a um *déficit* no repertório do participante. Nessas sessões, houve relatos do cliente sobre potenciais episódios de LGBTfobia ocorridos no ambiente de casa, com sua mãe,

situações nas quais os juízes avaliaram que P5 deveria ter interrompido a sessão para investigar melhor os fatores de risco aos quais o cliente poderia estar exposto.

Durante as devolutivas realizadas, P5 verbalizou ter dificuldades em interromper o cliente para questioná-lo, pois, de acordo com a mesma, tal repertório não fora desenvolvido durante sua formação acadêmica. Mediante tal apontamento e a dificuldade observada, o pesquisador considerou que a solução mais ética possível seria desenvolver tais repertórios com P5. Assim, a partir da devolutiva da S7, durante o horário marcado para o *feedback*, o pesquisador assistia a sessão em conjunto com P5, interrompendo a gravação para dar modelos de como ela poderia interromper o cliente e como realizar perguntas, além de, gradualmente, ir sinalizando momentos adequados em que P5 começou a realizar tais ações. Após essa medida adotada, a quantidade de sessões avaliadas como “totalmente adequadas” aumentou, enquanto as avaliadas como negativamente diminuíram. Até S7, P5 obteve pontuação máxima em apenas três sessões e, após tal procedimento, obteve pontuação máxima em oito sessões, sendo seis delas consecutivas.

## **DISCUSSÃO**

Anterior a discutir os resultados da presente pesquisa, há um fato importante a ser debatido, o qual diz respeito às pessoas recrutadas para atendimento. Inicialmente, havia 10 pessoas a serem atendidas, mas ocorreram quatro desistências, todas relacionadas ao contexto sanitário da Covid-19. Ao entrar em contato com essas pessoas para iniciar os atendimentos, uma pessoa desistiu, justificando que não gostaria de fazer *on line*, enquanto as outras três descreveram que, pelo contexto de estarem em isolamento dentro de casa com os seus familiares, não se sentiam confortáveis ou seguras em ter as sessões nessa situação, ocorrendo inclusive demonstrações de temor e preocupação com a possibilidade dos familiares ouvirem as sessões. Esse fato pode ser compreendido por meio do entendimento de que o ambiente domiciliar apresenta os maiores índices de violência contra a população LGBTIA+ (Brasil, 2012, 2013; Fazzano, 2014). Conjectura-se que a possibilidade de realizar os atendimentos presenciais teria contribuído para a adesão da população.

Os resultados encontrados com a aplicação do treino demonstram uma notável melhora no desempenho dos participantes. Especificamente falando sobre a Fase I, é possível notar diferenças nas respostas dos participantes ao comparar-se o pré-teste com o pós-teste (Apêndice I), o que indica a eficiência do programa criado em desenvolver os repertórios necessários ao atendimento da população LGBTIA+.

Um fator para o sucesso da Fase I pode ser atribuído ao engajamento dos participantes, denotado pelo baixo número de faltas, atrasos e a participação nas atividades propostas. De maneira geral, as atividades elaboradas e utilizadas também se apresentaram como recursos importantes aos objetivos da Fase I, permitindo ao pesquisador acompanhar o desenvolvimento de cada participante. Não somente, podem ser caracterizadas como condições necessárias para que os comportamentos dos terapeutas fossem desenvolvidos, o que está de acordo com os pressupostos da programação de condições para o desenvolvimento de comportamentos (Coser & Cortegoso, 2011; Kienen et al., 2013).

É interessante observar a situação de P7, o qual se desligou do projeto ao final da Fase I, com a justificativa de não se sentir apta a atender a população LGBTIA+. Ainda que a participante não tenha dado maiores detalhes, possivelmente tal percepção tenha ocorrido mediante os repertórios desenvolvidos ao longo da Fase I. Dentre eles, pode-se cogitar que o desenvolvimento das classes relacionadas a “identificar variáveis históricas da Psicologia relacionadas à população LGBTIA+” e “avaliar o impacto das ações discriminatórias do psicólogo clínico” foram as que mais contribuíram para a percepção de P7. Isso se deve pelo fato de tais classes comportamentais abordarem algumas questões sensíveis, como crenças, valores e preconceitos do próprio terapeuta, além de ilustrarem os *déficits* e problemas na formação em Psicologia.

A hipótese é que, com o desenvolvimento de tais classes, P7 tenha identificado os *déficits* em sua formação, ou mesmo que tenha observado alguns valores pessoais como intervenientes ao atendimento adequado à população, e, mediante a tal situação, tenha desistido de sua participação. Ainda que seja apenas uma conjectura, a justificativa utilizada por P7 reafirma a eficiência da Fase I, pois se devem considerar as implicações éticas do trabalho do profissional em atender situações as quais não está apto (CFP, 2005).

A respeito dos resultados encontrados na Fase II e na Fase III, é possível observar os impactos das classes desenvolvidos na fase anterior, posto que todos os participantes adequaram seu comportamento aos clientes. No caso de P3, P8 e P9, todas as sessões foram avaliadas pelos juízes externos como sendo “totalmente adequadas”. Ao longo dos atendimentos, foi possível perceber comportamentos emitidos pelos terapeutas e que foram desenvolvidos na Fase I. Por exemplo, P3 verbalizou validações mediante relatos de sofrimento oriundos de episódios LGBTfóbicos vivenciados pelo cliente; P8, mediante a relatos de agressões sofridas, demonstrou empatia e acolhimento ao cliente, também sinalizando ao cliente sobre os direitos legais que teria nas situações; P9, na primeira sessão, perguntou à cliente como gostaria de ser chamada (cliente se autodeclarou, na seleção, como

não-binário), a qual verbalizou que gostaria de ser tratada no feminino e, mediante a resposta, P9 procurou adequar sua fala. Esses exemplos de comportamentos observados foram todos desenvolvidos ao longo da Fase I, e a emissão dos mesmos demonstram a eficácia do programa.

Embora P3, P8 e P9 tenham todos os atendimentos avaliados como “totalmente adequados”, os demais participantes (P1, P5 e P6) tiveram sessões com outras avaliações mais baixas na escala criada. P1 teve três sessões avaliadas como “majoritariamente adequadas com algumas poucas ações inadequadas”, enquanto P6 obteve a mesma avaliação em duas sessões. Já P5, apresenta cinco sessões avaliadas como “majoritariamente adequadas com algumas poucas ações inadequadas” e uma sessão avaliada como “majoritariamente inadequada com algumas poucas ações adequadas”.

Referente às avaliações de P1, suas duas primeiras sessões obtiveram notas abaixo do critério estabelecido, pois os juízes indicaram que ocorreram poucos comportamentos empáticos e de acolhimento. Um ponto inicial a ser considerado, diz respeito aos critérios de seleção dos terapeutas para participar da capacitação. O instrumento criado para seleção e linha de base, embora permitisse respostas socialmente habilidosas, não focava em especificamente avaliar as mesmas. Ademais, replicações futuras do programa criado poderão incluir mais encontros ou atividades (e.g.: *role play*) para o desenvolvimento de empatia e acolhimento.

Mais além, é possível questionar o compromisso da graduação em Psicologia de fomentar o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais, como acolhimento, empatia e apoio. É importante destacar que nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Formação em Psicologia está previsto como competência “trabalhar de maneira acolhedora, empática e efetiva considerando todas as formas de diversidade” (Brasil, 2019, p. 9). Ainda que não se possa afirmar categoricamente, é plausível que a graduação de P1 não tenha criado contingências suficientes para o desenvolvimento ou a expressão de comportamentos considerados como empáticos e acolhedores.

Com P6, durante a devolutiva após a terceira sessão, a terapeuta relatou que estava trabalhando, de forma remota, com terapia breve em contexto de saúde e os atendimentos realizados para a pesquisa ocorriam, também, *on-line*, logo após seu horário de trabalho. Possivelmente, esse conjunto de fatores (atendimentos remotos em ambas as situações e os atendimentos da pesquisa ocorrerem após o expediente) pode ter contribuído no controle do comportamento da terapeuta e, conseqüentemente, tivesse duas sessões avaliadas como “majoritariamente adequadas com algumas ações inadequadas”.

Não obstante, é necessário observar que as avaliações dos juízes externos ocorreram sobre possíveis inferências que P6 estava realizando ao longo do atendimento. Ainda que os juízes externos considerem essas ações com algum grau de inadequação, é interessante observar que a terapeuta esteve sensível a possíveis episódios de violência LGBTfóbica experienciados pelo cliente, uma vez que tais inferências eram sobre a temática, demonstrando novamente o impacto dos comportamentos desenvolvidos ao longo da capacitação.

Há, no caso de P5, uma conjectura de fatores que podem ser pensados. Destaca-se que a participante obteve um dos maiores avanços na pontuação do pós-teste, tendo mais que dobrado a pontuação avaliativa (pré: 13,5; pós: 30,75). Durante os encontros realizados na Fase I, a participante foi assídua, não ocorrendo registros de faltas ou atrasos, e também realizou todas as atividades propostas, sem demonstrar dificuldades. Ou seja, do ponto de perspectiva da Fase I, P5 desenvolveu os repertórios adequados ao atendimento da população LGBTIA+, sendo as dificuldades encontradas na Fase II.

Os principais *déficits* observados no repertório de P5, durante a Fase II, foram sobre “interromper o cliente” e “fazer perguntas”. Uma hipótese inicial sobre as dificuldades observadas poderia se dar mediante a padrões de comportamentos (e.g.: “timidez”) ou a valores pessoais de P5 (e.g.: “não interromper outra pessoa”). Para exemplificar, podemos citar a situação em que o cliente relatou uso de PreP, momento no qual P5 permaneceu em silêncio. É possível, uma vez que a temática envolvia questões sexuais, que a terapeuta tenha ficado tímida em realizar os questionamentos necessários. Ainda que não se possa ter certeza, Banaco (1993) e Otero (2005) apontam que a história de vida e valores pessoais do terapeuta podem afetar o andamento do processo.

Também é válido afirmar que os *déficits* observados não eram o foco da Fase I, pois se partiu da pressuposição que tais repertórios deveriam ter sido desenvolvidos durante a graduação em Psicologia, uma vez que são fundamentais à atuação profissional (Gonçalves, 2015; Sartori et al., 2017). Uma possibilidade para estudos futuros é incluir, nas avaliações dos repertórios iniciais, os comportamentos que deveriam ter sido desenvolvidos na formação profissional.

Mediante a escassez do repertório de P5, o pesquisador, a partir da sétima sessão, iniciou procedimento de modelagem e modelação de tais comportamentos. As gravações das sessões realizadas passaram a ser assistidas em conjunto com a terapeuta, sendo o vídeo pausado para sinalizar quais perguntas poderiam ter sido feitas e como poderiam ser realizadas. Não somente, conforme a terapeuta iniciava a emissão de algumas perguntas ao

cliente em sessão, o pesquisador procurava, no momento da devolutiva, destacar à participante seu avanço, como forma de reforçar seu comportamento. Observa-se que a frequência de avaliações consideradas como “totalmente adequadas” aumentou após a intervenção estabelecida pelo pesquisador, sugerindo-se que a modelagem e modelação foram tanto eficientes quanto eficazes em desenvolver o repertório de P5.

É importante destacar o papel que a realização dos *feedbacks* teve para o desenvolvimento dos repertórios durante a Fase II. No caso de P3, P8 e P9, cujas avaliações dos juízes indicaram que as posturas estavam “totalmente adequadas” em todas as sessões, as devolutivas consistiram em destacar aos terapeutas as posturas que estavam adequadas, contribuindo assim para a estabilidade e manutenção dos comportamentos do terapeuta. Já para P1 e P6, os *feedbacks* das posturas avaliadas como inadequadas serviram como condição para a mudança comportamental, posto que, em ambos os casos, foi possível observar que os terapeutas adequaram seus atendimentos após as devolutivas. Assim, a utilização de *feedbacks* a respeito das ações configura-se como uma ferramenta ótima para estabelecer e manter repertórios dos terapeutas.

Ao final do procedimento, todos os participantes atingiram os critérios de desempenho estabelecidos. Vale considerar, no entanto, que a métrica utilizada foi a das notas atribuídas ao longo da pesquisa. Nesse sentido, é importante considerar que “nota” é um critério arbitrário, sendo utilizado aqui como forma de padronização e comparação dos resultados. Implica-se então que, apesar de atingirem o escore máximo, ainda há possibilidade dos terapeutas desenvolverem e refinarem mais seu repertório de atendimento à população LGBTIA+. É possível que a utilização de outras formas de medição dos repertórios dos terapeutas (e.g.: lista de comportamentos apresentados, contendo graduação dos mesmos) possa contribuir para maior acuidade dos resultados.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo demonstra a importância em treinar comportamentos específicos ao atendimento psicoterapêutico da população LGBTIA+. Observa-se, ao longo das diferentes fases da pesquisa, que os terapeutas participantes conseguiram adequar suas ações ao contexto clínico dessa minoria social. O delineamento de sujeito único com mudança de critério utilizado demonstrou-se uma escolha adequada, posto que foi possível acompanhar o desenvolvimento do repertório de cada participante da pesquisa, possibilitando intervenções adicionais caso fossem necessárias.

Há alguns aspectos que poderiam ser melhorados para reaplicações futuras. As classes comportamentais relacionadas a “habilidades interpessoais necessárias ao atendimento à população LGBTIA+” podem ganhar maior destaque, aumentando-se o número de encontros para essa classe ou utilizando-se de diferentes estratégias, como a realização de *role plays*. Também, é importante que sejam revistos os critérios de seleção dos participantes, posto que alguns apresentaram *déficits* em repertórios que deveriam ter sido desenvolvidos na graduação.

O estudo apresenta algumas outras limitações, que podem ser melhor vistas em trabalhos futuros. A primeira limitação a ser destacada refere-se a avaliações da efetividade da capacitação criada e aplicada. Nesse aspecto, poderiam-se averiguar, junto à população atendida, as percepções que o atendimento dos psicoterapeutas treinados produziram. Por exemplo, poderiam ser selecionadas pessoas da população LGBTIA+ que já fizeram terapia e solicitar às mesmas que comparassem ou avaliassem o atendimento do terapeuta treinado em relação ao processo terapêutico anterior. Outra alternativa seria a aplicação do Questionário de Avaliação de Sessões (Ramos et al., 2019) com a finalidade de avaliar e comparar a percepção do cliente e do terapeuta para cada sessão realizada.

Para além das limitações, o presente estudo aponta para a necessidade de rever as práticas e a formação em Psicologia. A partir da aplicação do programa criado, é possível que a formação em Psicologia, na graduação ou na pós-graduação, possa se valer das especificidades e da necessidade de treino do comportamento do terapeuta para atender populações minoritárias. Nesse sentido, o presente estudo aponta para práticas que deveriam ser inclusas na formação profissional, uma vez que uma atuação ética pressupõe que o profissional da Psicologia esteja apto a trabalhar com seu cliente (CFP, 2005).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia*, 1(2), 71-79. Recuperado em 19 de julho de 2021, de [http://pepsic.bvsalud.org/sci-elo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X1993000200010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/sci-elo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1993000200010&lng=pt&tlng=pt)
- Brasil (2012), “Relatório sobre a violência homofóbica no Brasil”: o ano de 2011. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Disponível em < <http://www.direitoshumanos.gov.br/brasilem/relatorio-sobre-violencia-homofobica-no-brasil-o-ano-de-2011/rel%20%2011%20jul%20capa%20com%20capa%20SEM%20APRESENTACaO.pdf>>
- Brasil (2013), “Relatório sobre a violência homofóbica no Brasil”: o ano de 2012. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Disponível em << <http://www.sedh.gov.br/brasilem/relatorio-sobre-violencia-homofobica-no-brasil-o-ano-de-2011/RELATORIO%20VIOLENCIA%20HOMOFOBICA%20ANO%202012.pdf>
- Brasil (2019). Revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação em Psicologia e estabelecimento de normas para o Projeto Pedagógico Complementar (PPC) para a Formação de Professores de Psicologia.
- Conselho Federal de Psicologia (2005). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia
- Coser, A. L & Cortegoso, D. S. (2011) *Elaboração de Programas de Ensino: material autoinstrutivo*. EdUFSCar: São Carlos
- Fazzano, L. H. (2014). Análise do fenômeno da homofobia: identificando contingências envolvidas. [Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina].
- Gonçalves, M. V. (2015). Avaliação da eficiência de um programa de ensino para capacitar estudantes de graduação em Psicologia a “definir variáveis relacionadas a processos comportamentais”. [Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina]
- Kienen, N., Kubo, O. M. & Botomé, S. P. (2013) Ensino programado e programação de condições para o desenvolvimento de comportamentos: alguns aspectos no desenvolvimento de um campo de atuação do psicólogo. *Acta comportamentalia*. V21,

Núm. 4 pp. 481-494

- Otero, V. R. L. (2005) Intervenções terapêuticas: algumas variáveis controladoras. Em Guilhardi, H. J. & Aguirre, N. C. de (Orgs.). (2005). *Sobre comportamento e cognição*: Vol. 16. Expondo a variabilidade. Santo André: Esetec.
- Ramos, A. C., Pantet, A., de Almeida, R. B. M., de Andrade, L. M., Zamignani, D. R., de Oliveira, A. D., Oliveira, A. C. de F., Hayamizu, N., Morais, W. L. da S., Rodrigues, B. D., & Kanamota, P. F. de C. (2019). Tradução e adaptação cultural do Questionário de Avaliação de Sessões (Session Evaluation Questionnaire) para o português do Brasil. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 10(1), 147–156.  
<https://doi.org/10.18761/PAC.TAC.2019.017>
- Sampaio, A., de Azevedo, F., Cardoso, L., de Lima, C., Pereira, M., & Andery, M. (2008). Uma introdução aos delineamentos experimentais de sujeito único. *Interação em Psicologia*, 12(1). doi:<http://dx.doi.org/10.5380/psi.v12i1.9537>
- Sartori, R.M., Del Prette, A., Del Prette, Z. A. P. (2017) Habilidades Sociais do terapeuta na formação da aliança psicoterapêutica: estudo de revisão. *Rev. bras. Psicoter.* 19(2):29-43

## CONCLUSÃO

A presente tese debruçou-se sobre o processo terapêutico com a população LGBTIA+. Inicialmente, o Estudo 1 procurou averiguar as práticas dos profissionais da Psicologia, descritas na literatura, com essa população. Observaram-se várias ações inadequadas e preconceituosas, baseadas em valores sociais cisheteronormativos. Não somente, quando há indicações do que seria adequado, as mesmas não se encontram de maneira descritiva, não sendo possível compreender, apenas com a literatura, quais os comportamentos o psicólogo deveria emitir para atender adequadamente à população LGBTIA+ no contexto clínico.

Ao considerar essas descrições encontradas no Estudo 1, parece desenhar-se um cenário no qual os profissionais da Psicologia não estariam adequadamente aptos a atender essa população. Assim, tem-se configurado um conflito ético, posto que o Código de Ética da Psicologia, em seu Art. 1º, afirma que os profissionais devem:

- b) Assumir responsabilidades profissionais somente por atividades para as quais esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente;
- c) Prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços (CFP, 2005).

O conflito se estabelece ao contrapor o que é prescrito no Código de Ética com o que se desenha na descrição das práticas clínicas com a população. Seria necessário que o profissional, para prestar serviço de qualidade à população LGBTIA+, estivesse capacitado a atuar com ela. Ou seja, há repertórios específicos que o terapeuta deve desenvolver para que sua atuação seja ética.

Partindo desse panorama, o Estudo 2 estabelece e descreve as classes comportamentais necessárias ao atendimento adequado da população. As classes foram encontradas a partir do que se observou no Estudo 1 e tendo como comportamento-objetivo “prestar serviços psicoterapêuticos precisos e adequados à população LGBTIA+”. A existência de tais classes evidencia a necessidade do terapeuta desenvolver repertórios específicos ao atendimento da população.

É preciso considerar que, dadas as práticas sociais cisheteronormativas, a população LGBTIA+ é acometida por fenômenos sociais de marginalização, exclusão e preconceito, os quais implicam em nuances ao entendimento do caso clínico. Problemas de autoimagem, autoconfiança, autoestima, relacionamentos afetivos e sociais e o surgimento de psicopatologias podem e devem ser compreendidos, pelo terapeuta, em função da LGBTfobia estrutural. Identificar que o cliente LGBTIA+ está sujeito a essa violência, bem como

identificar as implicações do atravessamento da mesma, é um repertório fundamental a ser desenvolvido pelo terapeuta e tem impacto no processo clínico.

Mais além, considerar a LGBTfobia como um fenômeno social implica em reconhecer que o próprio terapeuta também é influenciado por ela, podendo suas práticas clínicas ocorrerem em função das normas e valores sociais aprendidos (Fazzano et al., 2022; Padilha et al., 2022). É importante, portanto, que o terapeuta desenvolva repertórios relacionados ao autoconhecimento (Mussi e Malerbi, 2023), buscando reconhecer seus valores pessoais e crenças a respeito da diversidade sexual, bem como ocorreu sua construção. É possível que, ao desenvolver esses repertórios, criem-se condições para que o terapeuta reveja seus valores pessoais, ou que o mesmo possa perceber-se como não estando capacitado, em nível pessoal, a atender essa população, o que se aproxima de uma ação ética preconizada pelo Conselho.

Considerando esses fatores, o ineditismo do Estudo 2 se dá ao delinear e propor as classes de comportamentos necessárias ao terapeuta que pretende atender adequadamente à população LGBTIA+. Mais além, a proposição de tais classes permite pensar na criação de estratégias para desenvolvê-las. Nessa direção, o Estudo 3 focou na elaboração, aplicação e avaliação de um programa de ensino dos comportamentos descritos.

Os resultados encontrados no Estudo 3 demonstram a eficiência e a eficácia que o treinamento de repertórios adequados teve. A utilização do delineamento de sujeito único com mudança de critério possibilitou a averiguação do desenvolvimento das classes no atendimento dos terapeutas selecionados. Ao final do programa, todos os participantes atingiram os critérios estabelecidos, o que corrobora com a afirmativa anterior da necessidade em desenvolver repertório específico ao atendimento clínico da população LGBTIA+.

Ainda, os resultados encontrados sinalizam para a necessidade em repensar a formação em Psicologia. A população LGBTIA+, enquanto minoria social, requer um profissional com repertórios especializados a suas necessidades e, embora o foco tenha se dado sobre esse grupo, o mesmo poderia ser pensado sobre outras população socialmente minoritárias, as quais poderiam ser inclusas nos cursos de formação. O que está se afirmando aqui é sobre a possibilidade de desenvolver alguns repertórios específicos, como a caracterização da população LGBTIA+, a identificação da LGBTfobia como elemento fundamental para compreensão dos casos clínicos e a promoção de autoconhecimento dos (futuros) terapeutas em relação aos seus valores e crenças a respeito da diversidade.

Não somente, os resultados também apontam que há repertórios básicos que não estão sendo desenvolvidos nas graduações de Psicologia. No caso de P1, observou-se falta de demonstração de empatia e acolhimento, enquanto que em P5 observou-se *déficit* em

“interromper o cliente” e “fazer perguntas”. Como já discutido anteriormente, esses comportamentos deviam ter sido adquiridos na formação em Psicologia e a baixa ocorrência dos mesmos conduz a questionamentos sobre a qualidade com que estão sendo trabalhados nas graduações.

Apesar dessas observações e questionamentos, é importante ressaltar os avanços que o trabalho realizado trouxe. Com as classes de comportamentos descritas no Estudo 2 e a aplicação de um treinamento dos mesmos no Estudo 3, pode-se pensar em mudar a realidade das práticas constantes no Estudo 1. Dessa forma, há nesse trabalho um potencial, não apenas de desenvolver repertórios adequados ao atendimento dessa população minoritária, mas também de mudar, de forma indireta e ainda que focada apenas nos psicoterapeutas, práticas sociais de exclusão, marginalização e preconceito.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, G. A., Parente, J. S., Belém, J. M., & Garcia, C. de L. (2016). Violência psicológica em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do Ceará, Brasil. *Saúde Em Debate*, 40(109), 100–111. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610908>
- American Psychologist Association (2000) Guideline for psychotherapy with Lesbians, Gays and Bisexual Clients. *American Psychologist*. 55(12), 1440-1451. DOI:10.1037//0003066X.55.12.1440
- Ardila, R. (2007). Terapia afirmativa para homossexuales y lesbianas. *Rev. Colomb. Psiquiatr*, XXXVI(1), 67–77.
- Associação Americana de Psiquiatria - APA (2013) Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V). Porto Alegre, RS: ArtMed
- Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia*, 1(2), 71-79. Recuperado em 19 de julho de 2021, de [http://pepsic.bvsalud.org/sci-elo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X1993000200010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/sci-elo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1993000200010&lng=pt&tlng=pt)
- Barreto, D. J. (2016) A (in)visibilidade dos prazeres, das sexualidades e dos gêneros e a parresia na formação queerizada em psicologia: Narrativas de outras perspectivas e experiências docentes. 2016. 213 f. Tese (Doutorado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2016.
- Barreto, D. J., de Souza, B. C., da Silva, D. G., Guelfi, I. de C., & Pereira, S. de O. (2016). Discursos e consumos das sexualidades - tramando novas possibilidades para atuação nas psicologias. *Athenea Digital*, 16(3), 167–188. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1643>
- Bonoto, C. & Brignol, L. D. (2020). “É de confiar desconfiando”: tensões e conflitos entre o ativismo LGBT e a mídia. *Contratempo– Brazilian Journal of Communication*. Niterói:RJ. V39, n1º DOI: <https://doi.org/10.22409/contracampo.v0i0.28512>
- Botomé, S. P. (2011) Análise de objetivos terminais: identificação dos objetivos intermediários de um programa de ensino. Em: Coser, A. L & Cortegoso, D. S. *Elaboração de Programas de Ensino: material autoinstrutivo*. EdUFSCar: São Carlos Cap 5, pp 79-124
- Brasil (2012), “Relatório sobre a violência homofóbica no Brasil”: o ano de 2011. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da Republica, Disponível em < <http://www.direitoshumanos.gov.br/brasilem/relatorio-sobre-violencia-homofobica-no-brasil-o-ano-de-2011/re1%20%2011%20jul%20capa%20com%20capa%20SEM%20APRESENTACaO.pdf>>
- Brasil (2013), “Relatório sobre a violência homofóbica no Brasil”: o ano de 2012. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da Republica, Disponível em << <http://www.sedh.gov.br/brasilem/relatorio-sobre-violencia-homofobica-no-brasil-o-ano-de-2011/RELATORIO%20VIOLENCIA%20HOMOFOBICA%20ANO%202012.pdf>
- Brasil (2019). Revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação em Psicologia e estabelecimento de normas para o Projeto Pedagógico Complementar (PPC) para a Formação de Professores de Psicologia.
- Caputi, T. L., Smith, D., & Ayers, J. W. (2017). Suicide risk behaviors among sexual minority adolescents in the United States, 2015. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 318(23), 2349–2351. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.16908>
- 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.

- Cerqueira-Santos, E., Calvetti, P. U., Rocha, K. B., Moura, A., Barbosa, L. H., & Hermel, J. (2010). Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 44(2), 235-245. [fecha de Consulta 11 de Abril de 2023]. ISSN: 0034-9690. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420641004>
- Conselho Federal de Psicologia (1999). Resolução nº001, de 22 de março de 1999: Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da orientação sexual. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia
- Conselho Federal de Psicologia (2005). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia
- Conselho Regional de Psicologia (2019) Nota Técnica nº01/2019. Curitiba, PR: Conselho Regional de Psicologia do Paraná
- Coser, A. L & Cortegoso, D. S. (2011) *Elaboração de Programas de Ensino: material autoinstrutivo*. EdUFSCar: São Carlos
- Cravo, F. A. M. & Fazzano, L. H. (Manuscrito não publicado) Parte do problema ou da solução: o papel da agência educacional no combate ao preconceito de gênero e as possíveis contribuições da Análise do Comportamento.
- de Carvalho, M. R. A., da Silveira, J. M., & Dittrich, A. (2011). Tratamento dado ao tema “homossexualidade” em artigos do *Journal of Applied Behavior Analysis*: Uma revisão crítica. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 7, 72-81. doi: 10.18542/rebac.v7i2.1451
- Falcone, E. (1999). A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1(1), 23-32. de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55451999000100003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55451999000100003&lng=pt&tlng=pt).
- Fazzano, L. H. (2014). Análise do fenômeno da ho-mofobia: identificando contingências envolvidas. [Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina].
- Fazzano, L. H., Mena, I. M., Dionísio, T. E. S., & Gallo, A. E. (2020). Análise do comportamento e população LGBT: revisão das produções de pós-graduação no Brasil. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 11(1), 052–062. <https://doi.org/10.18761/pac.2020.v11.n1.05>
- Fazzano, L. H., Toledo, B. F., & Gallo, A. E. (2022). Uma interpretação comportamental sobre a LGBTfobia reproduzida no contexto psicoterapêutico. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 13(1), 183–196. <https://doi.org/10.18761/DH10410.ago211>
- Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica* (1ª Edição). Editora Forense-Universitária.
- Garnets, L., Hancock, K. A., Cochran, S. D., Goodchilds, J., & Peplau, L. A. (1991). Issues in psychology with lesbians and gay men: A survey of psychologists. *American Psychologist*, 46, 964-972.
- Gaspodini, I. B. (2017) Preconceito contra a diversidade sexual e de gênero e a prática clínica em psicologia [Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, Universidade do Vale do Rio dos Sinos] Repositório Digital da Unisinos <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/10227>
- Gonçalves, M. V. (2015). Avaliação da eficiência de um programa de ensino para capacitar estudantes de graduação em Psicologia a “definir variáveis relacionadas a processos comportamentais”. [Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina]

- Gongora, M. A. (2003). Noção de Psicopatologia na Análise do Comportamento. Em C. E. Costa, J. C. Luzia & H. H. N. Sant'Anna (Org.), *Primeiros Passos em Análise do Comportamento e Cognição*, Santo André: ESETec. pp. 93-109
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, Prisões e Conventos* (Coleção De). Editora Perspectivas.
- Israel, T., Gorcheva, R., Burnes, T. R., & Walther, W. A. (2008). Helpful and unhelpful therapy experiences of LGBT clients. *Psychotherapy Research*, 18(3), 294–305. <https://doi.org/10.1080/10503300701506920>
- Kienen, N., Kubo, O. M. & Botomé, S. P. (2013) Ensino programado e programação de condições para o desenvolvimento de comportamentos: alguns aspectos no desenvolvimento de um campo de atuação do psicólogo. *Acta comportamentalia*. V21, Núm. 4 pp. 481-494
- Klein, C.C. (2016) “A travesti chegou e te convida pra roubar” : representações sociais e sujeição criminal de travestis na mídia policial. [Dissertação de mestrado em ciências criminais, Pontífice Universidade Católica do Rio Grande do Sul] Biblioteca Digital de Dissertações e Teses PUCRS, <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/6918>
- Kniest, G. R. (2005) A relação terapêutica frente à homossexualidade. [Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco] Biblioteca digital de teses e dissertações. <http://tede2.unicap.br:8080/handle/tede/137>
- Leal, B.S. & Carvalho, C.A. (2012) A grande mídia brasileira e identidades LGBT: Um retrato em 2008. *Revista académica de la federación latinoamericana de facultades de comunicación social*. Nº 84, ISSN 1995-6630,
- Liddle, B. J. (1996). Therapist sexual orientation, gender, and counseling practices as they relate to ratings of... *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 394. <http://ezproxy.staffs.ac.uk/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ejh&AN=9703214878&site=ehost-live>
- Lopes, M. J. S.; Silva, R. A. N.; de Lima, T. O. S.; Cavalcante, G. F.; de Jesus, L. M. S. & Abrão, R. K. (2023) A vulnerabilidade vivenciada pela comunidade LGBT no atendimento so sistema único de saúde. *Facit Tecnology and Journal*. v1, n40
- Machado, F. V. K., Gonzatti, C., & Esmitez, F. (2018). Will they live happily ever after? (In) visibilities of LGBTs characters in Disney productions as a driving force of cyberevents. *Comunicacao, Midia E Consumo*, 15(43), 178+. <https://link.gale.com/apps/doc/A556064798/AONE?u=anon~fc31b72a&sid=googleScholar&xid=e5c41eee>
- Maia, A.C.B. e Pastana, M. (2018) Sexualidade e Diversidade sexual na formação em psicologia. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. 29(1) p 83-90 DOI: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v29i1.44>
- Marinho, M. L; Caballo, V. E, & Silveira, J. M. (2003) Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: las habilidades del terapeuta. *Psicologia Conductual*, Vol. 11, Nº 1, pp. 135-161
- Marques, D. M. (2010) A(s) clínica(s) psicológica(s) e a diversidade sexual: percorrendo trajetórias de vida [Dissertação de mestrado em psicologia social e institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul] Repositório Digital <http://hdl.handle.net/10183/24652>
- Melo, I. R., Amorim, T. H., Garcia, R. B., Polejack, L., & Seidl, E. M. F. (2020). O Direito à Saúde da População LGBT: Desafios Contemporâneos no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Psicologia E Saúde*, 63–78. <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.1047>
- Menassé, A. A., Cosme, J. A. G., & Rodríguez, M. G. (2014). Experiencias de familias homoparentales con profesionales de la psicología en México, Distrito Federal. Una aproximación cualitativa. *Cuicuilco*, 21(59), 211–236.

- Mizael, T. M. (2018) Perspectivas analítico-comportamentais sobre a homossexualidade: análise da produção científica. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 9(1), p 15-28. DOI: <https://doi.org/10.18761/PAC.2017.011>
- Moleiro, C., & Pinto, N. (2009). Diversidade e psicoterapia: expectativas e experiências de pessoas LGBT acerca das competências multiculturais de psicoterapeutas. *Ex Aequo*, 20, 159–172.
- Moleiro, C., & Pinto, N. (2012). Improving provision of effective psychological care for LGB persons: client perceptions of diversity competences of clinical psychologists and psychotherapists. *Psicologia*, 26(1), 97–108. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-20492012000100006&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v26n1/v26n1a06.pdf](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492012000100006&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v26n1/v26n1a06.pdf)
- Mott, L. (2006). Homo-afetividade e direitos humanos. *Revista Estudos Feministas*, 14(2), 509–521. <https://doi.org/10.1590/s0104-026x2006000200011>
- Mussi, S.V. & Malerbi F.E.K. (2023) Impact of the course ‘considerations on psychotherapy for LGBTQIAP+ people on the behaviour of psychologists. *J Psychol Clin Psychiatry* .14(4):102-109. DOI: 10.15406/jpcpy.2023.14.00737
- Nascimento, M. A. N. do. (2010). Homofobia e homofobia interiorizada: produções subjetivas de controle heteronormativo? *Athenea Digital*, 239(17), 227–239.
- Oliveira, M. de J. (2014). Uma etnografia sobre o atendimento psicoterapêutico a transexuais. *Revista Estudos Feministas*, 22(3), 839–862. <https://doi.org/10.1590/s0104-026x2014000300007>
- Otero, V. R. L. (2005) Intervenções terapêuticas: algumas variáveis controladoras. Em Guilhardi, H. J. & Aguirre, N. C. de (Orgs.). (2005). *Sobre comportamento e cognição: Vol. 16. Expondo a variabilidade*. Santo André: Esetec.
- Padilha, F. M. G., Fazzano, L. H., & Gallo, A. E. (2022). Relação entre Cultura e Religião na Emissão de Comportamentos LGBTfóbicos por Psicólogas(os) Clínicas(os). *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 13(1), 129–141. <https://doi.org/10.18761/DH00010.jul21>
- Pereira, G, B. F. (2014) Sentidos de psicoterapia para homens gays [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Uberlândia] Repositório Institucional da Universidade Federal de Uberlândia. <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/21280>
- Pereira, H., Cunha, M. J., Monteiro, S., Esgalhado, G., Afonso, R. M., & Loureiro, M. (2019). Affirmative Competence and Practices of Mental Health Professionals with LGB clients: An Ibero-American Study. *Community Mental Health Journal*, 55(5), 884–893. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00373-0>
- Peres, W. S. (2010). Cartografias clínicas, dispositivos de gêneros, estratégia saúde da família. *Revista Estudos Feministas*, 18(1), 205–220. <https://doi.org/10.1590/s0104-026x2010000100013>
- Ramos, A. C., Pantet, A., de Almeida, R. B. M., de Andrade, L. M., Zamignani, D. R., de Oliveira, A. D., Oliveira, A. C. de F., Hayamizu, N., Morais, W. L. da S., Rodrigues, B. D., & Kanamota, P. F. de C. (2019). Tradução e adaptação cultural do Questionário de Avaliação de Sessões (Session Evaluation Questionnaire) para o português do Brasil. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 10(1), 147–156. <https://doi.org/10.18761/PAC.TAC.2019.017>
- Rivera, M. V., Esteban, C., & Toro-Alfonso, J. (2018). Hacia una psicología libre de paños tibios: actitudes, prejuicio y distancia social de psicoterapeutas hacia gays y lesbianas. *Perspectivas En Psicología*, 15(1), 15–24.
- Rivers, I., Gonzalez, C., Nodin, N., Peel, E., & Tyler, A. (2018). LGBT people and suicidality in youth: A qualitative study of perceptions of risk and protective circumstances. *Social*

- Science and Medicine*, 212, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.040>
- Rocon, P. C.; Rodrigues, A.; Zamboni, J. & Pedrini, M. D. (2016) Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 21 (8) <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>
- Salgato, A. G. A. T.; Araújo, L. F. A.; Santos, J. V. O.; Jesus, L. A; Fonseca, L. K S. & Sampaio, D. S. (2017). Velhice LGBT: uma análise das representações sociais entre idosos brasileiros. *Ciencias Psicológicas*, 11(2), 155-163. <https://doi.org/10.22235/cp.v11i2.1487>
- Sampaio, A., de Azevedo, F., Cardoso, L., de Lima, C., Pereira, M., & Andery, M. (2008). Uma introdução aos delineamentos experimentais de sujeito único. *Interação em Psicologia*, 12(1). doi:<http://dx.doi.org/10.5380/psi.v12i1.9537>
- Santos, D. K. dos. (2013). As produções discursivas sobre a homossexualidade e a construção da homofobia: problematizações necessárias à psicologia. *Revista EPOS*, 4(1), 00–00.
- Santos, G. V. dos, Kienen, N., Viécili, J., Botomé, S., & Kubo, O. (2009). “Habilidades” e “Competências” a desenvolver na capacitação de psicólogos: uma contribuição da análise do comportamento para o exame das diretrizes curriculares. *Interação em Psicologia*, 13(1). doi:<http://dx.doi.org/10.5380/psi.v13i1.12279>
- Santos, J. V. de O.; de Araújo, L. F.; Negreiros, F. (2018) Atitudes e estereótipos em relação a velhice LGBT. *Interdisciplinar - Revista de Estudos em Língua e Literatura*, v. 29, n. 1, 7.
- Sartori, R.M., Del Prette, A., Del Prette, Z. A. P. (2017) Habilidades Sociais do terapeuta na formação da aliança psicoterapêutica: estudo de revisão. *Rev. bras. Psicoter.* 19(2):29-43
- Silva, J. B. P. (2019) O outro lado de mim: o peso da orientação sexual no envelhecimento LGBT. Dissertação de mestrado em Sociologia. Faculdade de Ciências Humas. Universidade nova de Lisboa.
- Sposito, S. E. (2015) Homossexualidades nas pesquisas em pós-graduação em Psicologia: da despatologização à luta por direitos. [Tese doutorado em Psicologia, Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis]
- Toledo, L. G., & Pinafi, T. (2012). A clínica psicológica e o público LGBT. *Psicologia Clinica*, 24(1), 137–163. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652012000100010>
- Vezzosi, J. Í. P., Ramos, M. de M., Segundo, D. S. de A., & Costa, A. B. (2019). Crenças e Atitudes Corretivas de Profissionais de Psicologia sobre a Homossexualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(spe3), 174–193. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003228539>
- Zakabi, D. (2014). Clínica LGBT: contribuições do psicodrama para superação do estigma e da discriminação. *Rev. Bras. Psicodrama*, 22(2), 6–14. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-53932014000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932014000200002)

## Apêndices

## Apêndice A

**Questão 1) Para você, quais habilidades ou repertórios o psicoterapeuta precisa ter/demonstrar para atender a população LGBTIA+?**

**Questão 2) Na sua opinião, existem diferenças no atendimento entre uma pessoa cis heterossexual e a população LGBTIA+? Justifique.**

**Questão 3) A sigla “LGBTIA+” é um acrônimo, em que cada letra representa populações diferentes. Quais são as populações representadas na sigla?**

**Questão 4) Nas seguintes situações, qual(s) ação(s) seria tomada por você enquanto terapeuta? Sinalize o mais precisamente possível o que você faria, descrevendo inclusive, se necessário, o que você falaria (p.ex. qual seria a orientação/instrução) nestas situações.**

- a) Uma mãe procura seus serviços alegando estar muito preocupada com seu filho de 8 anos, pois este apenas tem interesse em brincar com os brinquedos de sua irmã e na escola apenas convive com as meninas, se recusando a participar das atividades (como educação física) com os meninos. A mãe fala também que, caso você não a ajude, ela irá leva o filho até um grupo da igreja, pois ficou sabendo que o pastor de lá “expulsa o demônio do homossexualismo”.
- b) Uma jovem lésbica de 21 anos que já é atendida por você a algum tempo relatou que no final de semana foi a uma festa e um primo seu a viu beijando sua namorada. Falou que está com muito medo desse primo contar para sua família, o que ela não gostaria que acontecesse, pois sua família além de não saber, é muito religiosa e ela já presenciou comentários negativos sobre pessoas homossexuais.
- c) Um adolescente que você atende diz estar muito confuso. Relata que ele tem sentindo “algo diferente” por um amigo seu e que já se masturbou pensando neste amigo, mas que não sabe dar um nome ao que sente por ele. Fala estar muito confuso, pois sempre sentiu atração por mulheres e inclusive já manteve relações sexuais com garotas e diz não saber se ele é gay, heterossexual ou mesmo se gostaria de se tornar uma mulher.
- d) Após ficar duas semanas sem comparecer na terapia, seu cliente homossexual retorna, falando que esteve incapacitado de comparecer as sessões. Ao questionar sobre o que ocorreu, relatou que seu pai descobriu sobre sua orientação sexual e o agrediu física e verbalmente, deixando hematomas e que, justamente por estar com o olho roxo, ficou com vergonha de sair de casa e inclusive preferiu não comparecer na terapia.

**Questão 5) Leia os casos a seguir e avalie se a postura (ação) do terapeuta foi adequada (correta) ou não. Caso considere haver alguma inadequação nas situações, indique**

**o que você está considerando como inadequado e os motivos de estar inadequado.**

- a) Uma mulher trans procurou uma psicóloga solicitando a emissão de um laudo para realizar a cirurgia de transição, uma vez que este documento é obrigatório para autorização do procedimento. A terapeuta então explica que, para emitir este laudo, precisa fazer uma avaliação e acompanhar o caso por algum tempo, explicação aceita e aderida pela mulher trans. Após acompanhamento por aproximadamente um ano, a psicóloga então emite o laudo para a mulher trans que procurou seus serviços.
- b) Um adolescente gay verbaliza a sua terapeuta que está decidido de contar a sua família sobre sua orientação sexual. A terapeuta, então, pergunta a ele sobre a reação de sua família, falando que seus pais poderiam ficar tristes com isso e reagir negativamente e indicando que pensasse muito bem em sua ação, sobretudo depois de considerar o que iria gerar para sua família e os problemas que iria encarar para o resto de sua vida.
- c) Um homem gay, com traços afeminados, relata em sessão que está com dificuldade de encontrar emprego, e que em uma das entrevistas, o recrutador falou que pessoas como ele não correspondem ao perfil da empresa. Relatou que começou a pensar em parecer mais "macho", mas que tem dificuldade em agir assim, sentindo-se frustrado e infeliz por não conseguir. O psicólogo que o atende falou que compreende seus sentimentos e que, infelizmente, a única forma de conseguir inserção no mercado de trabalho seria justamente agir desta forma, e caso quisesse, poderiam trabalhar com essa questão para que ele consiga se colocar melhor no mercado.
- d) Ao longo das sessões, uma jovem lésbica relata a sua terapeuta que, quando mais jovem, sofrera um abuso sexual de um tio seu e que tal situação foi muito difícil e traumática. A terapeuta acolheu o seu sofrimento. Algumas sessões após o relato, a terapeuta explica à sua cliente que sua opção sexual por outras mulheres se deu devido ao trauma sofrido, posto que o abuso foi causado por um homem e o trauma desse episódio levou ela a rejeitar atração por homens.
- e) “Eu tenho muito medo de meu namorado me trair”, é a queixa de um homem que está em um relacionamento homossexual a pouco mais de um ano. Ele relata que esse medo surgiu depois que seu namorado, em uma roda de conversa com amigos, disse achar interessante o modelo de relacionamento aberto. A terapeuta então verbaliza compreender a situação, dizendo que é comum ter esse medo, sobretudo ao considerar que o “mundo gay” é muito promiscuo, que as relações são muito efêmeras mesmo e tendem a durar pouco.

PROTOCOLO (JUIZ EXTERNO)

NOME DO TERAPEUTA:

Nº DA SESSÃO:

DATA DE AVALIAÇÃO:

**I. Avaliação geral do terapeuta na sessão**

<b>Você considera que a postura ou ações do terapeuta ao atendimento deste indivíduo LGBTIA+, nesta sessão, foi:</b>			
( ) Totalmente inadequada	( ) Majoritariamente inadequada com algumas poucas ações adequadas	( ) Majoritariamente adequada com algumas poucas ações inadequadas	( ) Totalmente adequada

**II. Ações inadequadas**

<b>Você observa alguma ação ou postura do terapeuta que possa ser considerada <u>inadequada</u> ao atendimento do cliente LGBTIA+?</b>	
( ) Não	( ) Sim
<b>Caso tenha observado alguma ação ou postura que considere inadequada na sessão, por parte do terapeuta avaliado, indique abaixo (caso necessário, poderá acrescentar mais linhas à tabela).</b>	
<b>Ação ou postura considerada inadequada:</b>	<b>Horário na gravação:</b>
<b>Por quais motivos considera inadequado:</b>	

**III. Ações adequadas**

<b>Você observa alguma ação ou postura do terapeuta que possa ser considerada <u>adequada</u> ao atendimento do cliente LGBT?</b>	
( ) Não	( ) Sim
<b>Gostaria de apontar alguma(s) ação(s) ou postura(s) adequada(s) do terapeuta que considere importante de ser destacada ao mesmo?</b>	

**IV. Ações dúbias**

<b>Há alguma ação ou postura do terapeuta que você tenha ficado em dúvida em considerar como adequada ou inadequada?</b>	
<b>Ação ou postura:</b>	<b>Horário na gravação:</b>
<b>Quais motivos geraram essa dúvida?</b>	

## Apêndice C

### Descrição detalhada dos encontros

#### Encontro 1 – Apresentação e importância

O primeiro encontro da capacitação teve por objetivo contextualizar os participantes sobre a importância em realizar formação específica ao atendimento da população LGBTIA+. Para isso, foram apresentados no encontro dados a respeito do atendimento psicoterapêutico à população, como a alta desistência do atendimento por parte dessa população (Israel et al., 2008) e a presença de ações inadequadas entre os terapeutas (Vezzosi et al., 2019). Nesse primeiro encontro, também foi exposto aos participantes sobre o planejamento da capacitação teórica, bem como as datas e conteúdos a respeito de cada um dos módulos.

#### Encontro 2 – Conceitos importantes

Para que se possa trabalhar adequadamente com a população LGBTIA+, a primeira classe de comportamentos necessária ao terapeuta é conceituar algumas definições importantes a respeito dessa comunidade. Assim, nesse encontro, trabalharam-se as definições de “sexo”, “gênero”, “orientação sexual”, “identidade de gênero” e “expressão de gênero”, a relação entre essas definições, buscando-se caracterizar a diversidade de orientações sexuais (heterossexuais, homossexuais, bissexuais, assexuais, entre outros) e de identidade de gênero (cisgênero, transgênero, transexuais, travestis, não-binários, entre outros). Ao longo do encontro, também se buscou debater e esclarecer algumas polêmicas e tabus (p. ex.: linguagem neutra) que permeiam o senso comum. Ao final do encontro, foi solicitado aos participantes que debatessem sobre duas questões: a) “qual a importância, para o exercício clínico, de saber e diferenciar sobre esses conceitos”; e b) “quais as implicações para a atuação clínica”.

Mediante os objetivos do encontro, foi solicitado aos participantes, pelo envio da Instrução 02 (Apêndice D), que procurassem definições de diferentes modalidades de violência, as quais caracterizariam os objetivos do Encontro 3. Assim, cada participante deveria caracterizar uma modalidade de violência específica (a saber: física, sexual, psicológica, calúnia, injúria, difamação, violência institucional, violência patrimonial, negligência, imprudência, imperícia e conivência).

#### Encontro 3 – Modalidades de violência

O encontro iniciou-se com a apresentação de cada participante sobre a modalidade de violência que havia ficado responsável em pesquisar. Ao longo das apresentações, os participantes caracterizaram as modalidades com suas definições e exemplos de situações, sendo diferenciadas as diferentes modalidades, principalmente em relação ao agente agressor e às consequências para a vítima. Foi apresentada aos participantes a concepção de microagressões, buscando-se destacar sua natureza sutil e, por vezes, ambígua. Na sequência, solicitou-se aos participantes que debatessem sobre duas perguntas: a) “o que essas modalidades de violência têm em comum”; e b) “a partir disso, como vocês caracterizam algo como ‘violência’”.

Após o debate, o pesquisador apresentou o termo “LGBTfobia” (bem como as problemáticas a respeito do uso da terminologia), diferenciando-o do termo popular “homofobia” e buscando caracterizar e especificar as violências contra populações específicas do acrônimo LGBTIA+ (“lesbofobia”, “bifobia” e “transfobia”).

Encerrou-se o encontro com a Instrução 03 (Apêndice E), a qual solicitava que os participantes assistissem ao filme “O segredo de *Brokeback Mountain*”<sup>7</sup> e procurassem identificar as ocorrências de violência presentes no filme, bem como as consequências para o personagem que foi vítima das agressões. Ainda, a instrução também solicitava que os participantes observassem e dissertassem sobre o personagem “Ennis Del Mar”, buscando pensar e responder a algumas perguntas norteadoras (a saber: “o que fez com que ele, mesmo amando Jake, se casasse com Alma?”; “por que ele sempre fica olhando ao redor quando está com Jake?”; “por que ficou irritado quando confrontado por Alma sobre Jake?”; “o que faz com que ele sempre recuse os planos de Jake para morarem juntos?”).

#### Encontro 4 – LGBTfobia

O encontro iniciou-se com um debate sobre a atividade solicitada anteriormente, sendo as respostas dos participantes convergentes para “LGBTfobia”. Assim, deu-se início a apresentação e debate de conceituações importantes para a compreensão desse fenômeno. Conversou-se sobre binarismo de gênero, heteronormatividade, cisnormatividade e monossexismo. Enfatizou-se sobre essas concepções como normas sociais constituintes da cultura, na qual todos se encontram inseridos e tornam-se reprodutores, em maior ou menor grau. Ao final do encontro, os participantes foram instruídos a ler o texto Souza et al. (2019), denominado “A produção literária sobre homofobia internalizada”.

---

<sup>7</sup> Lee, A. (Diretor) “O segredo de *BrokeBack Mountain*” [Filme] Focus Features Universal Pictures Home Entertainment

## Encontro 5 – Autoaceitação e LGBTfobia internalizada

Iniciou-se o encontro trabalhando o conceito de “homofobia internalizada”, articulando-o com sua origem nas estruturas sociais. Discutiu-se sobre a relevância do terapeuta em observar a presença de homofobia internalizada, bem como reconhecê-la, e os seus prejuízos para a vida do cliente/paciente. A partir das discussões geradas, foi conversado sobre o processo de autoaceitação do cliente, definindo o mesmo como um conjunto complexo de comportamentos que envolvem: a identificação e percepção dos sentimentos, sensações, valores pessoais, entre outros; o repertório de enfrentamento do cliente/paciente ao lidar com as normas sociais e a aprendizagem dessas normas; entre outros comportamentos.

Como Instrução 05 (Apêndice F), ao final do encontro, foi solicitado que os participantes lessem o capítulo 4, chamado “As Vicissitudes do Armário”, do livro de Castañeda (2007) e fizessem uma síntese do capítulo, destacando o que aprenderam, o que descobriram e até o que não compreenderam com a leitura.

## Encontro 6 – Autodeclaração (assumir-se)

A partir da leitura da instrução anterior, trabalhou-se sobre o processo de assumir-se, pontuando que o entendimento sobre o que é “ser assumido” difere para cada indivíduo. Foi dada ênfase ao processo de assumir-se como uma escolha individual (e, portanto, tem-se envolvido o repertório de tomada de decisão do cliente/paciente) e que, apesar de haver literatura apontando para melhora na qualidade de vida em pessoas ditas “assumidas”, é necessário que, durante a terapia, sejam avaliados os prós e os contras junto à pessoa atendida. Nesse sentido, foi apontado que ações exercidas pelo terapeuta, que forcem ou incentivem o cliente/paciente a permanecer “dentro do armário”, podem ser vistas como LGBTfóbicas, uma vez que poderiam estar em função dos valores do próprio terapeuta, e não sob controle do cliente.

Considerando que o texto constante na instrução anterior já abordava aspectos sobre o relacionamento familiar, foi solicitado, que os participantes assistissem ao filme “Orações para Bobby”<sup>8</sup> e observassem e pensassem sobre quatro pontos: a) influência da família nas ações de Bobby; b) autoaceitação e autodeclaração e o impacto das mesmas (tanto para a figura de Bobby, quanto para o relacionamento familiar); c) diferenças no relacionamento

---

<sup>8</sup> Mulcahy, R. (diretor). (2009) “Orações para Bobby” [Filme] Lifetime Television

familiar entre os filhos heterossexuais e os filhos LGBTIA+; e d) caso a família tivesse procurado o serviço de vocês, o que vocês fariam?

#### Encontro 7 – Família

A partir do filme, o encontro teve como objetivo debater alguns contornos específicos que o relacionamento familiar pode ter, sobretudo ao considerar esse núcleo como possível fator de risco ou de proteção. Destacou-se a importância do terapeuta estar atento a essa esfera da vida, levando em conta para o processo terapêutico a estrutura familiar, a dinâmica entre os membros da família, os valores e a cultura desta, buscando observar e avaliar se nela há propensão à ocorrência de episódios de violência. Ressaltou-se que é importante considerar “família” como uma norma social e que, portanto, o terapeuta também tem seus valores a respeito da mesma, sendo necessário atentar-se aos mesmos, de forma que as avaliações e intervenção estejam em função do cliente, e não dos valores pessoais do terapeuta.

A instrução enviada ao final do encontro (Apêndice G) apresentou diferentes etapas, sendo elas: 1) escrita livre a respeito do que pensam sobre relacionamentos afetivos LGBTIA+; 2) leitura do capítulo 6 do livro de Castañeda (2007), chamado “O casal homossexual em geral”; 3) após a leitura, refazer a etapa 1, buscando escrever o que mudou em relação à resposta dada na etapa 1.

#### Encontro 8 – Relacionamento afetivo

Foi solicitado aos participantes, no início do encontro, que comentassem sobre a etapa 3 da instrução encaminhada na semana anterior. Após os relatos, iniciaram-se os debates sobre possíveis variáveis que atravessariam um relacionamento afetivo composto por, ao menos, uma pessoa LGBTIA+, tais como o fato da pessoa não ser assumida, ou a ausência de modelos de relacionamento LGBTIA+. Nesse sentido, pontuou-se que o “modelo heteronormativo” de relacionamento é culturalmente estabelecido através de práticas lineares (flerte, namoro, noivado, casamento, filhos, envelhecimento), as quais podem não refletir a realidade de um casal LGBTIA+, ou assumir contornos diferentes. Algumas especificidades foram melhor demarcadas, como a necessidade de considerar os atravessamentos das socializações masculinas e femininas em casais de gays e lésbicas; a invalidação e a invisibilização da bissexualidade e seus reflexos dentro da dinâmica do casal; e a solidão, objetificação e fetichização da população trans. Assim, concluiu-se o encontro assinalando que, para além de trabalhar questões gerais (como a comunicação assertiva) para casais, é

necessário considerar as especificidades da população LGBTIA+, de forma que a terapia seja adequada para contemplá-las.

Foi solicitado, como instrução, que os participantes lessem, no capítulo 5 do livro de Castañeda (2007), a parte chamada “a homofobia do terapeuta” e, na sequência, no capítulo 4, a partir do tópico “um outro armário: a orientação sexual do terapeuta”. Com as duas leituras, deveriam elaborar uma lista contendo 10 ações do psicoterapeuta em sessão nas quais observassem a presença de LGBTfobia e explicar o motivo de considerarem tais ações como LGBTfóbicas. A lista deveria ser enviada ao pesquisador, para que a sintetizasse para o próximo encontro.

#### Encontro 9 – LGBTfobia na clínica psicológica

Com a síntese da instrução feita, o encontro iniciou-se com a exposição dos 12 itens que a compunham (Apêndice H), sendo debatido pelos participantes o motivo de cada um dos itens estar na listagem. Após isso, o encontro focou em discutir como a construção histórica da Psicologia, com sua diversidade epistemológica e transpassada pelo modelo médico, pode ter colaborado para que, mesmo no contexto clínico, ocorram episódios de LGBTfobia por parte do profissional de Psicologia. Outro destaque demarcado no encontro foi a formação em Psicologia, que é pouco atenta a questões específicas de populações minoritárias.

#### Encontro 10 – Próprio preconceito

O objetivo central do encontro foi promover a autopercepção dos participantes sobre variáveis que poderiam interferir em seus atendimentos à população LGBTIA+. Iniciou-se destacando que a relação terapêutica possui elementos tanto do cliente, quanto do terapeuta, e que este está inserido em uma cultura heteronormativa, tem seus valores, crenças, ideologias e sentimentos aprendidos mediante relações que se estabeleceram nessa cultura e tais elementos podem influenciar no atendimento. Após essa introdução, para atingir o objetivo proposto, iniciou-se uma atividade, a qual consistia em várias perguntas nas quais o participante deveria assinalar “sim” ou “não”.

Essas perguntas visavam auxiliar os participantes a: a) discriminarem o contexto heteronormativo no qual estão inseridos (p. ex.: “durante minha infância, ouvi comentários negativos sobre a população LGBTIA+”; “a maioria das mídias que consumo é protagonizada por pessoas heterossexuais”); b) suas crenças, valores e atitudes frente à diversidade sexual e de gênero (p. ex.: “fico surpresa(o)/me espanto quando uma pessoa que eu nem desconfiava se assume LGBTIA+”; “busco respeitar a opinião dos outros, ainda que possam ser

LGBTfóbicas”); e c) suas possíveis ações dentro do contexto clínico (p. ex.: “sinto vergonha/receio/medo em abordar a saúde sexual de meus clientes”; “caso algum cliente/paciente tenha um discurso LGBTfóbico durante o atendimento, eu o interrompo, sinalizando isso a ele”). Ao final, foi atribuído um valor (0 ou 1) a cada resposta e os participantes deveriam somar e localizar, em uma escala, a pontuação, facilitando assim a discriminação da influência de cada categoria acima representada. Após esse momento, foi debatido sobre como amenizar essas influências, buscando agir de forma ética no atendimento, sendo pontuadas ações que poderiam ser adotadas, tais como buscar supervisão, formação continuada, compreender as normativas e participar do Conselho e repassar o caso, se necessário.

Tendo esse foco, foi solicitado aos participantes para, de forma conjunta, construir, uma listagem com indicação de profissionais que poderiam dar supervisão sobre atendimento à população LGBTIA+ ou outros recursos específicos da Psicologia que poderiam servir de consulta para a atuação. Nessa atividade, cada participante deveria realizar uma busca de informações e inserir na lista uma indicação que considerasse adequada, devendo discriminar na lista uma forma de contato e os motivos pelos quais teria selecionado aquela indicação.

#### Encontro 11 – Normativas do Conselho de Psicologia

Considerando as discussões realizadas no encontro anterior, focou-se aqui em compreender as diretrizes normativas estabelecidas pelos Conselhos de Psicologia. Assim, inicialmente, buscou-se apresentar os diferentes documentos emitidos pelo Conselho (a saber: Código de Ética, Resoluções e Notas Técnicas), demarcando a importância dos mesmos como norteadores para as ações dos psicoterapeutas. Durante o encontro, foram lidas e debatidas as seguintes normativas: Resolução nº 01/99 do CFP (Normas de atuação para psicólogos em relação a questões de Orientação Sexual); Nota Técnica do CFP nº 01-2021 (referente à Resolução nº 01/99); Resolução do CFP nº 01/2018 (estabelece normas de atuação em relação às pessoas travestis e transexuais); Nota Técnica nº 02/2018 do CRP-PR (orientações ao atendimento de pessoas travestis e transexuais); e a Nota Técnica do CFP sobre o processo transexualizador.

#### Encontro 12 – Saúde

Iniciou-se o encontro abordando sobre Determinantes Sociais de Saúde, para, então, poder falar sobre a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgênero (PSNI-LGBT), instituída pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foi

lido e debatido sobre os objetivos e as diretrizes postas nessa Política Pública de Saúde. Após, foi apresentada aos participantes a portaria nº 2.803 de 2013, do SUS, a qual fala sobre o processo transexualizador, sendo debatido que a Psicologia, durante esse processo, não deve ter função de “avaliar” ou “autorizar” a transexualidade do indivíduo, mas sim que o seu trabalho estaria mais voltado a manejar questões de autoimagem, expectativas, anseios e enfrentamentos. Foi pontuado aos participantes que, paralelamente à existência de políticas públicas voltadas para a população LGBTIA+, também há registrado na literatura a evitação (esquiva) dessa população em utilizar os serviços de saúde devido ao despreparo e LGBTfobia ocasionada pelos profissionais, o que pode implicar em mais prejuízos para a saúde dos indivíduos.

Feitas essas exposições, buscou-se especificar algumas questões de saúde. O primeiro tema foi a respeito da saúde biológica, destacando que, para além de questões já pertinentes ao atendimento (p. ex.: alimentação e quantidade de sono), é importante compreender os impactos da hormonização (p. ex.: alterações de humor, sono, apetite) durante o processo transexualizador, ressaltando a necessidade de trabalhar em conjunto com a Endocrinologia. Outras especialidades médicas necessárias foram destacadas, como Ginecologia, Urologia e Proctologia. O segundo tema abordado foi sobre a saúde social e a necessidade de avaliar a qualidade dos relacionamentos interpessoais, os contextos nos quais os indivíduos estão inseridos e a necessidade de ter uma rede de apoio. Por fim, abordou-se a saúde sexual. Nessa temática, foi pontuada a necessidade de observar atentamente as práticas sexuais – tanto no sentido da utilização de medidas profiláticas (preservativo, PreP e PeP e as limitações de cada medida), quanto no sentido do ato sexual em si (p. ex.: surgimento de fissura anal por penetração; consequências do excesso de lavagem anal). Também foi apontada a importância de desenvolver autoconhecimento e, caso necessário, o terapeuta deve agir como educador sexual, visando maior autonomia sexual de seu cliente.

Ao final do encontro, foi solicitado aos participantes que lessem o capítulo III da cartilha “O Ministério Público e os Direitos LGBT”. Foi requisitado aos participantes que observassem quais direitos descritos nesse capítulo eles já tinham conhecimento e quais não, para assim, dar andamento ao próximo encontro. Não somente, também se solicitou aos participantes que retornassem à atividade conjunta, proposta no encontro 10, porém, devendo agora pesquisar e indicar serviços e profissionais de saúde (p. ex.: endocrinologista) que considerassem adequados para o atendimento.

O encontro 13 começou a partir da instrução enviada no encontro anterior, sendo pedido aos participantes que pontuassem os direitos descritos na cartilha que eles já conheciam e quais seriam novos ao seu entendimento. Foi ressaltado que a cartilha é do ano de 2017, anterior à equiparação da LGBTfobia ao racismo, feita pelo Supremo Tribunal Federal em 2019. Assim, foi descrito aos participantes sobre as implicações dessa equiparação e suas limitações. Após, foi proposto um debate sobre a relevância de tal conhecimento para alguém que trabalhe na clínica, mostrando dados a respeito do baixo número de denúncias realizadas e mostrando que desenvolver a autonomia do cliente perpassa também pelo sujeito buscar seus direitos legais, sendo que o terapeuta deveria informá-lo sobre seus direitos e possíveis canais de denúncia. Foi ressaltado que o processo de denúncia pode ser emocionalmente custoso e que o terapeuta também deve servir como apoio e acolhimento nessa situação.

Também foram abordados no encontro alguns pontos que devem ser trabalhados com a vítima de LGBTfobia. Dentre eles, pode haver a necessidade de auxiliar o cliente a identificar episódios agressivos, evitando que os mesmos sejam naturalizados, e capacitá-lo para o enfrentamento do preconceito. Destacou-se a importância em auxiliar o cliente a desenvolver uma rede de apoio e que a participação em movimentos sociais LGBTIA+ pode servir como essa rede inclusive, uma vez que o cliente poderia se inserir em contextos com pares que sejam mais compreensivos, ou que tenham histórias semelhantes, dado o contexto cultural de LGBTfobia.

Visando o encontro 14, foram selecionados relatos, retirados da dissertação de Marques (2010), com informações sobre pessoas LGBTIA+ que foram atendidas por terapeutas e suas experiências com eles. Os participantes deveriam ler os casos e atentar-se às posturas dos profissionais, avaliando o que houve de adequado e inadequado em tais posturas, as consequências de tais posturas para os clientes e quais aspectos teriam sido importantes de serem abordados em cada caso. Mais além, também foi retomada a atividade conjunta (encontro 10 e 12), solicitando agora que completassem a listagem com indicações de profissionais do Direito que poderiam considerar adequados, assim como indicar algum dos movimentos sociais da região, para que tenham acesso a alguma referência.

#### Encontro 14 – Casos

Tendo os casos passados na instrução como recurso, o encontro buscou revisar, e transpor em ações no contexto clínico, tudo o que foi visto na capacitação até então. Os casos foram lidos durante o encontro e as discussões rodaram em torno de quatro principais pontos:

a) De acordo com o relato, a postura do profissional estava adequada ou inadequada? Quais elementos na postura do profissional o fazem ter essa opinião?; b) Qual a postura do terapeuta em relação à homossexualidade? Ele busca encontrar as “causas” da homossexualidade? Trata a homossexualidade como patologia?; c) O terapeuta deixou de trabalhar algum aspecto importante? Há elementos descritos que poderiam ou deveriam ser abordados no caso? Há elementos que não deveriam ter sido abordados?; d) Qual o (aparente) reflexo que a postura do terapeuta teve sobre a pessoa atendida?. Como solicitado aos participantes o texto de Marinho, Caballo e Silveira (2003), para que lessem e tomassem nota para o próximo encontro.

#### Encontro 15 – Habilidade sociais

Partindo de que o processo terapêutico consiste em uma interação social entre terapeuta e cliente, o encontro 15 focou em abordar algumas habilidade sociais pertinentes ao contexto. Inicialmente, foi apresentado o conceito de habilidades sociais e procurou-se, nesse encontro, focar sobre “apoio”, “aceitação” e “validação”. Discutiu-se sobre elementos nas ações dos terapeutas que contribuam para demonstrar apoio e aceitação, tais como postura corporal, utilização de expressões afirmativas e a realização de perguntas abertas.

#### Encontro 16 – Habilidades sociais

Continuando a abordagem sobre habilidades sociais, o encontro teve como foco o desenvolvimento de habilidades sociais empáticas. Para isso, iniciou-se com uma conceitualização sobre empatia, focando em ações emitidas que possam ser consideradas empáticas (p. ex.: demonstrar compreensão do contexto, refletir sentimentos, parafrasear, entre outros). Ainda, também foram trazidos alguns relatos hipotéticos e trechos dos casos utilizados no Encontro 14, sendo solicitado aos participantes que, para cada situação, relatassem como iriam demonstrar empatia mediante a fala – assim, para cada situação, era debatido como deveria ser feito, com o *feedback* dos próprios participantes.

## Apêndice D

### INSTRUÇÃO 02 DIFERENCIAR AS MODALIDADES DE VIOLÊNCIA

Após caracterizarmos a população LGBTIA+, diferenciando entre sexo, gênero, identidade de gênero e identidade sexual, a relação entre esses conceitos e a quais populações estamos nos referindo, iremos agora adentrar em uma nova unidade. O que iremos estudar agora é a primeira (e quiçá a mais importante) variável, que afeta não somente a vida de pessoas LGBTIA+, mas que pode também afetar o próprio terapeuta. O que iremos estudar é a LGBTfobia.

Mas, para iniciarmos, começaremos de uma forma mais geral, buscando compreender e definir o que é violência e quais as suas modalidades de ocorrência. Assim, para o próximo encontro, vocês deverão pesquisar uma das seguintes modalidades de violência (listadas ao final da página), buscando uma definição da mesma, as consequências para a vítima dessa modalidade de violência e um exemplo de situação envolvendo uma pessoa LGBTIA+ em que tenha ocorrido a violência. A pesquisa pode ser feita da forma que vocês quiserem, mas recomendo fortemente que busquem em artigos científicos devido a confiabilidade da fonte (vocês podem utilizar o google acadêmico para facilitar, através do link: <https://scholar.google.com.br/> )

Para cada um de vocês foi designada, de forma aleatória, uma modalidade diferente de violência. Observem que no item “3 – Violência Psicológica” e no item “6 – Negligência” há subitens sendo “calúnia, injúria e difamação” no item 3 e; “imprudência e imperícia” e “Conivência (ou participação negativa)” no item 6. Esta subdivisão foi feita pois, embora estas modalidades de violência possam ser funcionalmente atreladas em uma mesma categoria, há algumas especificidades em sua ocorrência, portanto sendo necessário observá-las mais atentamente. Ou seja, para melhor exemplificar, toda calúnia pode ser considerada uma violência psicológica, dado o seu efeito, mas nem toda a violência psicológica é uma calúnia.

No nosso próximo encontro “presencial” (infelizmente está entre aspas devido a pandemia), nós iremos utilizar o material que vocês pesquisaram e produziram. Por isso, é importante que vocês não percam o prazo de envio da atividade. Ademais, o que faremos no próximo encontro está na Programação 01, a qual postarei no *classroom* no dia anterior ao nosso encontro, para que possam olhar com calma e se orientarem sobre como procederemos durante a nossa próxima semana). Assim, esta semana vocês não precisarão me enviar

qualquer material; apenas precisam estar com a atividade pronta para o dia do nosso encontro. Caso estejam com dificuldade em encontrar alguma definição, ou mesmo estejam com dúvidas, podem me procurar para que eu auxilie vocês.

----- DISTRIBUIÇÃO PARA PESQUISA -----

1. Violência Física –
2. Violência Sexual –
3. Violência Psicológica –
  - a. Calúnia, Injúria e difamação –
4. Violência Institucional –
5. Violência Patrimonial –
6. Negligência –
  - a. Imprudência e Imperícia –
  - b. Conivência (ou participação negativa) -

INSTRUÇÃO 03  
COMPREENDENDO A LGBTFOBIA

Em nosso ultimo encontro, nós definimos diferentes modalidades de violência e começamos a conversar sobre a LGBTfobia. Sendo mais preciso, vimos diferentes incidências de violência que ocorrem com cada população especifica. Todavia, ainda que tenhamos começado a entender sobre LGBTfobia, ainda há perguntas a serem respondidas.

Por quê a violência ocorre? O quê gera estas agressões? Por quê elas continuam a ocorrer? Quais as “motivações” do agressor? Por quê existe preconceito contra a população LGBTIA+? O quê “fundamenta” o preconceito contra a população LGBTIA+?

Pensando em responder a essas perguntas e em verificar a compreensão sobre modalidades de violência, vocês deverão esta semana:

- 1) Assistir ao filme “O segredo de Brockback Montain”
- 2) Identificar todas as ocorrências de violência presentes no filme, bem como as consequências para o personagem que foi vítima das agressões. Ao longo do filme, há várias cenas contendo diferentes modalidades de violência. Vocês deverão descrever e entregar as cenas em que identificaram a ocorrência de violência, bem como a modalidade da mesma e as consequências para a vítima;
- 3) Observe o personagem “Ennis Del Mar” e dissertem sobre suas ações ao longo do filme. Para melhor ajuda-los, pensem nas seguintes perguntas (vocês não são obrigados a respondê-las; elas estão aqui no sentido de orientar o pensamento de vocês): O que fez com que ele, mesmo amando Jake, se casasse com Alma? Por que ele sempre fica olhando ao redor quando está com Jake? Por que ficou irritado quando confrontado por Alma sobre Jake? O que faz com que ele sempre recuse os planos de Jake para morarem juntos?

Vale ressaltar que vocês precisam encaminhar somente o referido ao item “2”. Com relação o item “3”, iniciaremos o nosso próximo encontro com discussões a partir do que vocês analisarem sobre o personagem e o que trouxeram para o grupo. Nesse sentido, somente caso queiram, podem fazer anotações ou redigir algo a respeito e enviar em conjunto com o item “2”, porém, não é obrigatório que o façam.

INSTRUÇÃO 05  
AUTODECLARAÇÃO (ASSUMIR)

Em nosso último encontro, iniciamos a Unidade III, a qual consiste em estudarmos e debatermos sobre fenômenos próprios que ocorrem com a população LGBTIA+. Falamos sobre LGBTfobia, sobre a internalização (ou aprendizagem) de normas sociais que oprimem esta população e sobre a auto aceitação. Iremos agora iniciar a última situação própria da vivência LGBTIA+: Assumir-se (popularmente chamado de “sair do armário”).

A saber, compreendemos as situações acima mencionadas como sendo próprias da população LGBTIA+, pois não há paralelo com as vivências da população heterossexual e cisgênero. Ou seja, uma pessoa cis-heterossexual não precisa passar por um processo de autoaceitação de sua orientação sexual ou identidade de gênero, assim como tão pouco precisa se autodeclarar (assumir) sua sexualidade: elas simplesmente o são, pois, toda a estrutura social é direcionada a essas vivências, como já vimos anteriormente.

Pensando nisso, para a próxima semana vocês precisarão **ler o Capítulo 4, chamado “As Vicissitudes do Armário”, do livro de Castañeda (2007) e fazer uma síntese.** O capítulo é dividido em várias partes e vocês deverão ler até finalizar a item “O papel do homossexual na família” – as partes subsequentes não são obrigatórias, pois abordaremos o conteúdo dela na Unidade V. Não obstante, a leitura desse capítulo servirá de base para os encontros 6 e 7. Destaquem o que aprenderam, o que descobriram e até o que não compreenderam com a leitura, orientando-se especialmente pelo objetivo desta atividade (Discorrer sobre autodeclaração/assumir).

---

INSTRUÇÃO 06  
RELACIONAMENTO FAMILIAR

Foi solicitado a vocês que lesem, para nosso último encontro, o Capítulo 4, chamado “As Vicissitudes do Armário”, do livro de Castañeda (2007). Embora tenhamos utilizado para o nosso debate sobre “assumir-se”, muitas situações descritas pela autora versam sobre “família”, o que retomaremos no próximo encontro.

Justamente pensando que vocês já tenham lido o texto (caso não tenham lido, vão ler!), vou pegar mais leve na instrução desta semana e faremos outra “**sessão pipoca**”. Para o nosso próximo encontro, assistam ao filme “Orações para Bobby” (Prayers for Bobby). Caso não encontrem nos serviços de streaming, o filme pode ser encontrado disponível na íntegra no Youtube.

Conforme vocês forem assistindo ao filme (ou mesmo depois), observem e pensem em 4 pontos: a) influência da família nas ações de Bobby; b) autoaceitação e autodeclaração e o impacto das mesmas (tanto para a figura do Bobby quanto para o relacionamento familiar); c) diferenças no relacionamento familiar entre os filhos heterossexuais e os filhos LGBT e; d) caso a família tivesse procurado o serviço de vocês, o que vocês fariam? Vale ressaltar que, por se tratar de um filme, alguns aspectos dos quatro pontos acima podem aparecer de maneira mais sutil, ou mesmo não aparecerem ao longo da obra. Nesse sentido, é importante que vocês reflitam sobre esses pontos.

Vocês podem ir anotando o que forem pensando e percebendo, para utilizarmos no próximo encontro. Não é necessário que vocês me entreguem algo nessa semana. Apenas assistam e reflitam sobre os quatro pontos destacados.

Vale também ressaltar que é de extrema importância e utilidade que vocês reparem nos sentimentos que o filme irá provocar em vocês. O que o filme despertou em vocês? Ficaram tristes? Indignados? Felizes? Indiferentes? Parte essencial das Habilidades Terapêuticas (sobretudo as de interação interpessoal) tem a ver com sentimentos e emoções. Então, vamos começar a ficar atentos a isso – e esse filme é muito útil nesse sentido.

INSTRUÇÃO 07  
RELACIONAMENTO AFETIVO

Comentamos no último encontro que a população LGBTIA+ “escolhe a sua família”. Entre algumas interpretações possíveis a frase, está a possibilidade de construírem relacionamentos afetivos/amorosos. Ao falar em relacionamentos afetivos/amorosos, tem-se a ideia de um casal, seja esse composto por duas pessoas do mesmo gênero ou uma pessoa de cada gênero.

Todavia, será que um casal LGBTIA+ tem as mesmas demandas e passa pelos mesmos problemas e situações que um casal heterossexual? Tomemos por exemplo o “ciúmes” que pode existir dentro da relação de um casal. Se este “ciúmes” existir em um casal LGBTIA+, ele poderia ser compreendido da mesma forma que seria entendido em uma relação heterossexual? Há situações experienciadas na dinâmica de casais LGBTIA+ que não são experienciadas por casais heterossexuais? E o contrário, há situações experienciadas por um casal heterossexual e que não são experienciadas por um casal LGBTIA+?

Tendo este foco, a instrução dessa semana terá três etapas. Façam as etapas em sequência – ou seja, só progridam para a próxima etapa uma vez que finalizarem a que vocês estiverem. Ao finalizarem a instrução, enviem o que produziram. Vamos as etapas:

- 1) Escrevam livremente sobre o que vocês pensam deste assunto, tendo como base as perguntas constates acima.
- 2) Leiam o Capítulo 6 do livro de Castañeda (2007), chamado “O casal homossexual em geral”.
- 3) Após a leitura, refaçam a etapa 1. Busquem descrever agora o que o capítulo trouxe de novo a vocês, o que mudou em relação a resposta dada na etapa 1, o que aprenderam, o que mudou na visão do entendimento do casal. Em suma, comparem essa nova resposta com a que vocês escreveram na etapa 1.
- 4) Ao final, enviem ambas as respostas (etapa 1 e etapa 3).

INSTRUÇÃO 08  
AÇÕES DISCRIMINATÓRIAS NA CLÍNICA

Ao longo dos nossos encontros, temos trabalhado com algumas situações vivenciadas especificamente pela população LGBTI+ (como a LGBTfobia, a autoaceitação e “assumir-se”), além de compreender algumas diferenças experienciadas por esta população em relacionamentos afetivos e familiares. Temos conversado bastante sobre o reflexo dessas situações na saúde psicológica do indivíduo LGBTI+, e, a partir disso, podemos nos aprofundar mais em aspectos da atuação da psicologia o contexto clínico com essa população.

Neste sentido, o primeiro destaque que devemos nos atentar dá-se pela própria configuração do contexto clínico. Independente da abordagem teórica, ou do formato de trabalho, ao compreendermos “clínica” estaremos necessariamente falando da relação entre um terapeuta e um (ou mais) cliente/paciente.

Ou seja, até o presente momento, estávamos focando em situações do cliente/paciente. Agora iremos “olhar mais de perto” a figura do terapeuta, analisando, pensando, debatendo e discorrendo sobre elementos dessa parte importante e fundamental ao processo terapêutico. Para isso, vocês deverão ler duas partes do material de Castañeda (2008), o qual já se encontra no classroom, e deverão realizar a atividade abaixo. Lembrem-se de fazer a atividade justamente nesta ordem, para melhor desenvolvimento das habilidades de vocês.

- 1- Leiam, no capítulo 5, a parte chamada “a homofobia do terapeuta” (inicia na página 87; Como o pdf não mostra muito bem a divisão, esta parte inicia-se com “Enfim, analisamos o problema da homofobia no terapeuta..”).
- 2- Após a leitura do item 1 desta instrução, voltem para o capítulo 4 e leiam a partir do tópico “um outro armário: a orientação sexual do terapeuta” (ao final da página 65).
- 3- Com a leitura de ambas as partes, é hora de refletir sobre o que a autora escreve. Para isso, escrevam uma lista contendo 10 ações do psicoterapeuta em sessão que vocês observam a presença de LGBTfobia e expliquem o motivo de considerarem tais ações como LGBTfóbicas.
- 4- Enviem a lista de vocês, pois a partir do conteúdo constado nela, iremos trabalhar no nosso próximo encontro.

## Apêndice J

### Lista geral das ações inadequadas

- 1) Empurrar o cliente para dentro ou fora do armário
- 2) Invalidar relações amorosas
- 3) Agir em função da (ideia de) família
- 4) Usar termos errados (homossexualismo; O travesti, Opção sexual, “curiosidade”\*)
- 5) Buscar causas, explicações ou justificativas (p.ex.: genética, hormônios, problemas familiares) para o fato do cliente/paciente ser LGBTIA+, ou tratá-la como uma “escolha”
- 6) Invalidar o sujeito ou suas vivências (p.ex.: sentimentos, sofrimento ou a LGBTfobia que sofreu)
- 7) Acreditar e agir em função da concepção de que é possível mudar (curar) alguém por ser LGBTIA+
- 8) Tratar a partir da cisheteronormatividade (p.ex.: “é uma pessoa normal, como qualquer outra”; Pressupor que o cliente/paciente é heterossexual)
- 9) Associar problemas e transtornos ao fato do cliente ser LGBTIA+
- 10) Ignorar, não abordar ou não considerar a identidade LGBTIA+ como relevante ao caso
- 11) Trabalhar com a população sem ter autoconhecimento ou formação adequada
- 12) Reafirmar estereótipos e preconceitos na sessão

## Respostas Pré e Pós teste dos participantes

**Questão 1) Para você, quais habilidades ou repertórios o psicoterapeuta precisa ter/demonstrar para atender a população LGBTIA+?**

	Pré		Pós	
	Resposta	Nota	Resposta	Nota
P1	Primeiramente empatia e acolhimento, saber ouvir e acolher as demandas do cliente, reconhecer sua realidade e apoiá-lo, pois o psicoterapeuta na minha opinião deve ser o oposto do que ele pode encontrar nas ruas ou infelizmente muitas vezes até em sua própria casa. Deve ser um espaço de escuta e acolhimento, sem julgamentos.	1	Conhecimento sobre a população LGBT, de maneira geral sobre cada sujeito dentro de cada letra, bem como sobre as vivências dos mesmos, possíveis violências, normas sociais, normatividades, precisa entender como funciona um processo de aceitação e de auto aceitação, o que consequentemente nos faz pensar na necessidade de uma boa empatia, escuta e etc. Um bom manejo referente a tomada de decisões, entendimento sobre os diversos tipos de relacionamentos, não agir de forma LGBTfóbica. É importante ainda, de maneira geral, que o psicoterapeuta tenha um bom autoconhecimento, sobre valores, crenças, ideologias, sentimentos e etc. E se isso pode ou não interferir em um atendimento voltado a essa população em específico.	3
P2	Empatia, respeito e conhecimento	1	Habilidades de comunicação, de empatia, civilidade, expressão de sentimentos positivo, escuta, apoio, incentivo, acolhimento, aceitação, validação, etc.	2
P3	Os mesmos que para outras populações. Empatia, acolhimento, escuta não punitiva, perguntas reflexivas. E também a apoiar esta população a lidar com o preconceito da sociedade.	1	Conhecer a população LGBTI+, conhecer as redes de apoio, habilidades clínicas, empatia, acolhimento, escuta não punitiva, entre outras.	2
P4	Demonstrar real compreensão/empatia pelas questões que envolvem ser lgbti+ e também proporcionar acolhimento em situações de vulnerabilidade, por ex um local que acolha caso seja expulso de casa.	1	O psicoterapeuta, além de se manter atualizado sobre os temas abordados na questão 2, precisa aprender sobre as legislações vigentes/direitos LGBTs e se inteirar sobre as pautas discutidas pelo movimento. Dessa forma, o psico será capaz de prestar apoio ao paciente, compreendendo melhor suas vivências e validando seus sentimentos.	3
P5	Ética, sigilo, intimidade, compaixão, estar atento as especificidades individual e social do público lgbtqi+.	1	As habilidades e repertórios mais importantes que o terapeuta precisa ter para atender a população são as seguintes: Identificar a especificidade de cada população específica abrangida na sigla; Identificar as formas de violência que a população LGBTIA+ pode sofrer; Reconhecer práticas e normas culturais nocivas (LGBTfobia, heteronormatividade, cisnormatividade, binarismo de gênero e etc.) do ambiente social em que o cliente está inserido e que possam afetar o cliente; Atuar de acordo com as normas do Código de Ética do Profissional Psicólogo e com as Resoluções que os Conselhos Regionais produzem para a atuação do psicólogo com a população LGBTIA+ e Identificar e refletir sobre valores, ideais e crenças que possam inviabilizar o atendimento para a população LGBTIA+.	3

P6	Ser desprovido de pré conceitos, trabalhar embasado em evidências científicas, estudar sobre a temática para não cometer erros básicos que ofendam a seus clientes, ser uma audiência não punitiva.	3	Ética, empatia, respeito, conhecimento da temática a que se propõe a ajudar, autoconhecimento para separar suas questões particulares do processo de psicoterapia.	2,5
P7	Desejo, empatia, escuta, aceitação incondicional.	1		
P8	Primeiramente empática e o mais livre de preconceitos possível, entender as nomenclaturas e temas centrais da comunidade. Habilidades de validação, isso por que vejo muitos clientes totalmente invalidados em toda os campos da vida em decorrência da orientação sexual.	2	Primeiramente a pessoa precisa passar por um processo de desconstrução de alguns preconceitos que são irraigados em nossa sociedade. Entendimento de diferencias se sexo biologico, identidade de genero e orientação sexual. Ter habilidade de escuta ativa e entender que cada pessoa que esta no atendimento tem sua história de vida e que não existe receita de bolo para o atendimento. Entender quais as possiveis redes de apoio que possa auxliar no processo de criação de uma "familia criada por proximidade e não por sangue". Entender dos direitos e possiveis intervenções disponíveis para cada sigla do acrônimo LGBTI+. Entender que muitas vezes o proprio cliente possui homofobia internalizada que impede que ele vivencie coisas que talvez ele ache que não tem o direito.	3
P9	Basicamente Empatia, ética e acolhimento	1	Para prestar um serviço psicoterapêutico adequado à população LGBTI+ é necessário, ter um conhecimento técnico específico, identificar ações inadequadas no contexto clínico, adequar o atendimento, ter conhecimento das características da população atendida, identificar que essa população passa por situações que são próprias, demonstrar habilidades interpessoais, empatia , apoio, acolhimento, aceitação, validação dos sentimentos, vivências e identidade do paciente, além de estar sempre atento sobre a existência de uma rede de apoio, outras pessoas LGBT, alguém confiável ou até mesmo um membro da família que seja esse apoio, estar sempre atento também sobre a questão da violência, principalmente a que pode vir a família, estar atento a segurança do paciente, e tomar cuidado para não ser conivente em uma situação de violência.	3

**Questão 2) Na sua opinião, existem diferenças no atendimento entre uma pessoa cis heterossexual e a população LGBTIA+? Justifique.**

	Pré		Pós	
	Resposta	Nota	Resposta	Nota
P1	Depende da demanda. Levando em consideração que geralmente um cis-hetero dificilmente (para não dizer nunca) chega com a demanda de que está em sofrimento por ter que se assumir heterossexual por medo de não ser aceito pela sociedade ou sua família. Ou até mesmo por estar sofrendo preconceito em relação a sua orientação sexual, identidade e expressão de	1	Sim. Pois, por mais que existam demandas parecidas entre sujeitos lgbti+ e cis heterossexual, existem ainda demandas que são apenas do sujeito LGBTI+, como por exemplo o fato de trabalhar as questões relacionadas a normativas sociais, homofobias, LGBTfobias, diferentes tipos de violências voltadas a essas minorias. Demandas relacionadas ao assumir-se ou não, auto aceitação, entre diversos outros trabalhos voltados a essa população que se diferenciam muitas vezes ao	2,5

	gênero... Logo acredito que a diferença entre os atendimentos seria nesse sentido.		trabalho voltado ao público cis heterossexual.	
P2	Sim, existem pessoas satisfeitos com suas identidade de gênero outras não, no lgbt, tem os trans, além dos não binários. É diferente sim precisamos ter conhecimentos para que eles se sintam acolhidos e nós possamos intervir no atendimento da melhor forma para ajudá-los emocionalmente no que decidirem.	1	Sim. Em minha opinião podem ser que haja demandas semelhantes como relacionamento amoroso, mas sem dúvida para um casal homossexual é muito diferente, pois a cultura também influencia em como essa queixa é trazida e isso muda muito, pelo preconceito e discriminação, penso que temos que ter conhecimento das questões que mais aparecem como desafiadoras ou traumáticas para esse público, inclusive trazendo a ele maior entendimento sobre emoções ligadas a aspectos da sua história pessoal, familiar e cultural. Demandas podem ser semelhantes, mas o impacto sem dúvida é grande no público lgbti por ser minoria.	3
P3	Não existe nenhuma diferença, apenas as demandas que são mais específicas, pois essa população sofre muito preconceito devido a nossa sociedade preconceituosa.	0	A diferença é que exige bastante do terapeuta conhecer mais sobre o público LGBTI+ e se capacitar para não realizar intervenções preconceituosas e/ou induzir os seus valores para o cliente.	2
P4	Totalmente, porque o hétero não passa pelas mesmas questões que um lgbti+, por ex, homofobia, a questão de se descobrir, etc. Então o manejo é diferente porque as questões também são.	3	Existe todo um processo em se identificar como LGBT, a construção da autoestima, a homofobia internalizada, as violências sofridas, o relacionamento familiar, relacionamentos amorosos, a forma como os papéis de gênero recaem sobre eles, além de várias outras nuances, diferenciam os atendimentos.	3
P5	Sim. As populações lgbtqi+ possuem especificidades individuais e sociais que o público cis-hetero não possui.	2	Existem diversas diferenças no atendimento entre uma pessoa cis heterossexual e para uma pessoa LGBTIA+; há inúmeras especificidades que a população LGBTIA+ vivência e que podem aparecer ou não como demanda no atendimento. Ambiente familiar - Rejeição da família, inexistência de apoio e acolhimento, diferença no tratamento de irmãos cis heteronormativos -, Relacionamentos afetivos - falta de modelos de relacionamento, invalidação de sexualidades, heteronormatividade, heterossexualidade compulsória -, Repertórios Interpessoais - Autoaceitação, homofobia Internalizada, assumir-se ou não assumir-se -, Violências - psicológica, física, patrimonial, sexual, negligência, convivência - são alguns exemplos de questões que podem surgir durante o atendimento para a população LGBTIA+ e que o psicólogo deve estar muito atento para essas especificidades, para não invalidar e prejudicar o bem estar do cliente.	3
P6	Creio que deva existir um cuidado para não discriminar nenhuma prática, uma vez que na sociedade frequentemente são utilizados alguns termos aversivos. Acho que a visão de mundo do cliente é bem mais ampla.	1	Sim, o mundo ainda é construído para os heteros. Conduzir um atendimento com um cliente LGBTQIA+ sem considerar as especificidades que a sua sexualidade carrega é negligente e resultará em um processo superficial.	2,5
P7	Não sei. Para a psicanálise, teoria a qual eu estudo, busca escutar o sujeito do inconsciente, independentemente se ele está gestante ou em qual corpo ele mora.	0		
P8	Percebo em meus atendimentos que sim,	2	Como vimos em sala, existem sim muitas	2,5

	principalmente nas habilidades do terapeuta. Muitas vezes acabamos falando coisas que vai de encontro com falas preconceituosas do cotidiano e que não percebemos.		diferenças no atendimento da pessoa LGBTI+. Forma como se relacionam com suas famílias e sua vivência cotidianas. Possibilidades de interações no relacionamento que as vezes são tolhidas por preconceitos de pessoas no local de trabalho. Saber que seu cliente muito provavelmente semanalmente ou diariamente terá contato com falas extremamente agressivas em relação a sua orientação ou identidade de gênero, muitas vezes ate com traumas passados de outros profissionais que de alguma forma foram preconceituosos.	
P9	Não, todos são pessoas e merecem ser acolhidos na sessão terapêutica!	0	Sim, pois a população LGBT passa por situações diferentes da população Heterossexual que de uma certa forma é “protegida” pela heteronormatividade, que seria o “normal” “natural”, e esse movimento heteronormativo é aprendido pela maioria das pessoas desde a infância, ou seja, quando o paciente chega, ele já traz resquícios de toda uma vivencia nessa sociedade, então entender essas normas quanto uma construção histórica, talvez realizar um trabalho de psicoeducação, mostrar as possibilidades ao paciente. Pode haver por exemplo uma homofobia internalizada, necessidade de um trabalho de auto aceitação, percepção de si. Outro ponto é o de assumir-se, um paciente heterossexual não passa por isso, já com paciente LGBT esse pode ser um processo longo na terapia, pois também é necessário entender o que significa assumir-se para o paciente, amigos? Família? qual melhor momento? De que forma? O que vai gerar? Como lidar com as consequências? Outro exemplo é no caso de um casal de lésbicas onde uma é assumida e a outra não, todas as consequências que isso vai trazer para o relacionamento, para o paciente em si. Dentre tantas outras diferenças, que exigem um preparo maior e específico do terapeuta para o atendimento a população LGBT	3

**Questão 3) A sigla “LGBTIA+” é um acrônimo, em que cada letra representa populações diferentes. Quais são as populações representadas na sigla?**

	Pré		Pós	
	Resposta	Nota	Resposta	Nota
P1	Lésbica, gay, bissexual, transexual	1	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Intersexo	1
P2	Gays, lésbicas, trans, etc	0	L lésbicas, G gays, B bissexuais, T transsexuais e I intersexo.	1
P3	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Intersexuais e o + outros gêneros.	0	Lésbica, Gays, Bissexuais, Transexuais, Intersexo, Travestis, entre outros...	3
P4	Lésbicas/Gays/Bi/Trans/Intessexual (?) e o + contempla queer... Eu ainda fico meio confusa sobre quais contemplam o interssex, mas também sei que existem os pans/assexuais/demi.	2	Lésbicas/Gays/Bissexuais/Transsexuais e Travestis/Intersexo.	2
P5	L - Lésbicas G - Gays	2	L – Lésbicas; G – Gays; B – Bissexuais; T – Transsexuais, Travestis e Transgênero; I –	3

	B - Bissexuais T - Transexuais I - Intersexo A - Assexuais Q - Queer		Intersexo; A – Assexual; Q – Queer; + - Para representar outras populações, como Pansexuais, Não – Binário e etc.	
P6	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, o I não sei dizer.	0	Lésbicas, gays, bissexual e transgênero.	1
P7	Lésbicas, gays, bi, transgeneros e intersexual.	1		
P8	Gays, Lésbicas, bissexuais, transexuais...	0	A sigla corresponde a associação brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e Intersexos . As vezes também colocado o Q de Queers	2,5
P9	Lésbica, gays, bissexuais, transexuais, queer, interssexuais, assexuais e o + que engloba as outras letras como por exemplo o P de pansexualidade	2	L – Lésbicas G – Gays B – Bissexuais T – Transsexuais I – Intersexo + engloba todas as outras letras independente do gênero ou orientação sexual, como por exemplo pansexuais.	3

**Questão 4) Nas seguintes situações, qual(s) ação(s) seria tomada por você enquanto terapeuta? Sinalize o mais precisamente possível o que você faria, descrevendo inclusive, se necessário, o que vocêalaria (p.ex. qual seria a orientação/instrução) nestas situações.**

- a) Uma mãe procura seus serviços alegando estar muito preocupada com seu filho de 8 anos, pois este apenas tem interesse em brincar com os brinquedos de sua irmã e na escola apenas convive com as meninas, se recusando a participar das atividades (como educação física) com os meninos. A mãe fala também que, caso você não a ajude, ela irá leva o filho até um grupo da igreja, pois ficou sabendo que o pastor de lá “expulsa o demônio do homossexualismo”.

	Pré		Pós	
	Resposta	Nota	Resposta	Nota
P1	Eu tentaria apresentar a essa mãe que os brinquedos não possuem gênero e o fato dele brincar com tais brinquedos ou preferir colegas do sexo feminino não necessariamente reflete em sua sexualidade. Tentando apresentar também que se for o caso de ser um sujeito homossexual, a importância do apoio dela para esse filho, apresentar a homossexualidade como algo natural e não de escolha, e também não como algo ruim ou demoníaco, e que determinadas decisões tomadas por ela poderia acarretar em vários prejuízos psicológicos ao filho no futuro, sendo ele heterossexual ou não.	3	Atenderia a criança, porém fazendo também um trabalho com a mãe, no sentido de uma psicoeducação com a mesma. Onde eu explicaria que: "Olha, podemos sim estar realizando um trabalho com seu filho, mas talvez não no mesmo sentido que a senhora trás. Pois, o trabalho do psicólogo, assim como de nenhum outro profissional é de estar trabalhando o assunto dessa forma, nem mesmo tratando como sendo algo demoníaco. Ele tem 8 anos, está apenas brincando e por mais que socialmente é dito que brincadeiras e brinquedos tem gênero, não é bem por esse caminho, mas se a preocupação da senhora é essa identificação dele para com o gênero oposto, vamos conversar mais sobre isso. O que você entende por homossexualidade?(explicando o termo correto e porque é dessa forma que falamos e não de outra, conseqüentemente explicando a homossexualidade como não sendo uma doença). Como é apresentado isso para a senhora? Como seria para você se seu filho realmente fosse	3

			homossexual?"	
P2	Explicaria a mãe que esses comportamento do menino não tem nada a ver com a sexualidade dele. Sim que ela pode levá-lo a igreja, mas que não se trata disso. Esse comportamento pode ser pertinente a idade escolar ou ele não se dar tão bem com a disciplina ou os amiguinhos e preferir meninas.	1	Acalmaria essa mãe sobre sua preocupação e diria que atenderia o caso, afirmando que precisamos entender o que está acontecendo sem antes julgar uma possível orientação sexual, pois ele é uma criança e que brinquedos não tem gênero. Podendo a criança estar passando por bullying na escola e querendo se afastar dos meninos, pela agressividade, conversas, enfim falta de afinidade, inclusive na educação física derrepente não gosta das brincadeiras, futebol, as vezes se sente desprezado, etc.. A terapia é um lugar para que ele expresse suas emoções, e que esse é o melhor lugar para isso. Que igreja é lugar para exercer a espiritualidade e religiosidade, mas que comportamentos do filho não teriam nada a ver com isso.	1,5
P3	Eu iria conscientizar a mãe sobre os seus preconceitos. Primeiro a questão de que não existe brinquedo e brincadeiras de menino e menina. Segundo que a homossexualidade não é uma coisa ruim e não tem relação com o demônio, que ser homossexual não é nada de errado, o errado é ter preconceito em relação a ela. E por ultimo iria explicar que eu entendo que ela tem preconceitos devido aos seus valores, no entanto iria apontar as diversas consequências negativas da prática dela na vida do filho. E que ela que precisa aprender a lidar com essas questões e que não há nada de errado com o filho e caso ela precise de ajuda para lidar com essas questões eu estaria disposto a ajuda-la.	3	Eu iria conscientizar essa mãe, primeiramente eu iria desconstruir o pensamento de que o homossexualismo é uma coisa ruim ("demônio" ou "doença"). Que não tem nada de errado nele, que ela deve aceitar ele do jeito que ele é. Que a homossexualidade não é algo que a pessoa escolhe e que leva-lo ao pastor não vai mudar quem ele é. Isso só vai trazer consequências negativas na vida dele. E iria dizer a ela, imagina se alguém falasse para você que você só pode ter atração por mulheres, isso iria mudar o que você sente? Como você se sentiria se alguém dissesse isso a você?	1,5
P4	Eu diria que posso atender o filho dela, mas que homossexualismo é um termo em desuso porque não é doença, que não há problema nesse comportamento porque gostos são únicos e não trabalho com cura gay.	1,5	Eu mostraria para a mãe que a terapia de reversão é antiética (Resolução N° 001/99), mas me colocaria a disposição para atender o filho dela em quaisquer outras demandas.	
P5	Como terapeuta eu iria orientar a mãe no sentido de que uma criança de 8 anos de idade possui um repertório amplo de brincadeiras e não necessariamente o brincar com brinquedos ou optar conviver com as meninas no colégio significa que o seu filho é ou será homossexual. Ele apenas se sente bem brincando dessa forma e convivendo com as meninas no colégio.	0,5	Enquanto terapeuta, eu orientaria a mãe no sentido de que é comum uma criança de 8 anos de idade se interessar por diferentes brinquedos e brincadeiras, e também na escolha de conviver com as meninas da escola. Eu também orientaria a mãe na questão de levar o filho para a igreja com o objetivo de "expulsar o demônio do homossexualismo", do quanto isso é ser prejudicial para o seu filho.	1,5
P6	Eu me identifico mais com público adulto do que com o infantil, e por conta disso diria para a mãe que de fato a criança seria beneficiada em um processo de psicoterapia onde possa expressar seus sentimentos e para que os responsáveis recebessem orientação adequada. Contudo, colocaria que brincadeiras não definem a sexualidade,	1	Explicaria para ela a construção histórica e social na qual atribuímos erroneamente papéis específicos para homem e mulher, e o quanto isso é prejudicial. Explicaria a diferença de sexo, gênero e sexualidade, e como o fato da criança estar brincando com brinquedos femininos não a classifica como gay. Acrescentaria que gostaria de direcionar a ela primeiramente, para desconstruirmos juntas algumas das ideias que	2

	e que a homossexualidade não se refere a presença demoníaca. Sugeriria que ela passasse por processo psicoterapêutico para lidar com suas questões em relação às expectativas com o filho, e para que pudesse ampará-lo melhor.		estão prejudicando o entendimento da situação e culminando em práticas ruins para o filho.	
P7	Primeiramente acolheria essa mãe no sentido dela poder expor seus sentimentos, medos e expectativas a respeito do filho sem lhe dar explicações complicadas ou lhe impor alguma teoria. Em seguida, iria propor acompanhamento ao seu filho para que ele possa se expressar, se descobrir, se aceitar. Também a convidaria para buscar um espaço onde ela possa levar as suas angústias e suas questões, através de psicoterapia.	1		
P8	Faço a entrevista com a mãe, acolhendo a sua angústia e trabalho com psicoeducação, orientando que brincadeiras diversas são importantes para um desenvolvimento saudável da criança, que a "homossexualidade" não é uma doença e por isso não poderíamos usar o "ismo". Que seria importante que ela passasse por um processo terapêutico talvez para acolher as características, gostos e orientação que o filho possa vir a ter.	1	Primeiramente faria uma psicoeducação com a mãe, que o termo homossexualismo não está correto e que homossexualidade não se caracteriza nem com demônios e nem com doença. Falaria da importância do apoio da família na vida da criança e que tratar a orientação sexual como algo "ruim" trará muito sofrimento para ele (criança). Que seria importante que ela participasse de grupos que discutem a sexualidade e que muitas vezes geramos sofrimento a pessoas que amamos por não entender sobre o assunto. Falar das consequências que muitas vezes a família causa em seus filhos por achar que os pais tem o direito de escolher como o filho se relaciona com o mundo e isso traz muitas consequências para a autoestima e autonomia no futuro.	3
P9	Explicaria para a mãe a importância de ouvir do seu filho o que ele sente, pontuar a ela que seus comportamentos podem causar sofrimento a criança, e dizer que a minha função como psicóloga não é a que ela está procurando, que poderia ajudá-los porém não dá forma com que ela deseja e explicaria alguns pontos importantes sobre o homossexualismo, além de indicar para a mãe que passe por um processo terapêutico.	1,5	Neste caso teria todo um cuidado, para que a mãe deixasse o paciente em atendimento, pois a violência que ele ia sofrer na igreja seria algo muito prejudicial, fora a que já estava sofrendo em casa e além disso ele é menor de idade, tentaria trabalhar com a mãe aos poucos, fazer um manejo, futuramente uma psicoeducação, mas ao mesmo tempo deixar claro qual é o meu trabalho de uma maneira que a mãe não saia correndo com a criança pra igreja.	2

- b) Uma jovem lésbica de 21 anos que já é atendida por você a algum tempo relatou que no final de semana foi a uma festa e um primo seu a viu beijando sua namorada. Falou que está com muito medo desse primo contar para sua família, o que ela não gostaria que acontecesse, pois sua família além de não saber, é muito religiosa e ela já presenciou comentários negativos sobre pessoas homossexuais.

	Pré		Pós	
	Resposta	Nota	Resposta	Nota
P1	Conversaria com ela sobre esse medo,	1	Eu criaria algumas possibilidades dentro da	3

	<p>mas sinceramente não saberia exatamente como abordar essa questão. Talvez a questionaria sobre a possibilidade de conversar com esse primo para que ela pudesse ganhar tempo até que ela conseguisse se abrir com seus pais sobre o assunto, pois é uma questão onde o sujeito lgbt precisa do seu tempo para se assumir ou não, então pedir esse respeito da parte do primo.</p>		<p>situação, para o enfrentamento da mesma. Acolheria essa cliente nesse momento de angustia em relação ao fato, em seguida trabalharia com ela esse medo, de forma a pensarmos na possibilidade real disso acontecer, bem como ela poderia agir e conversar com seus pais se caso isso realmente acontecesse. (Montando um role play). Dependendo ainda do medo da cliente, pensaria com ela ainda, como uma, dentre as possibilidades, de estar pensando sobre como conversar com esse primo sobre o que ele viu, de forma tranquila, apresentando como se sente e os medos relacionados a eles saberem, acrescentando ainda, se for o caso, a importância que a cliente carrega de ela estar contando para eles, não querendo que saibam por outras pessoas. Pedindo então a compreensão, empatia e apoio do mesmo nesse momento tão complicado. Pensaria na possibilidade também de estar criando juntamente com a cliente uma rede de apoio na qual ela se apoiaria, caso a conversa e/ou a reação dos pais não fosse positiva. Me colocaria a disposição também para estar conversando com os pais sobre o assunto, caso tivesse necessidade.</p>	
P2	<p>Trabalhar com ela o quanto sexualidade é para ela o conflitos o porque é tão "difícil" pra ela decepcionar a si mesma se escondendo por medo da reprovação deles, porque ela é "quem deve sofrer" trabalhar autoestima e autoconfiança e autoaceitação, como lidar com críticas.</p>	0	<p>Nessa situação perguntaria pra ela mais sobre o que significa para ela toda essa exposição, o que fez ela está pensando e sentindo. Sobre como ela percebe sua família no nível afetivo (acolhimento) que derrepente não aceitariam, mas respeitariam sua decisão e amariam porque afinal ela é filha. Que ela poderia conversar com esse primo caso não quisesse que ele comentasse algo com sua família antes de ela expor sua orientação sexual e revelar sua namorada. Pediria que ela falasse sobre esses medos e inseguranças acerca desse assunto.</p>	1,5
P3	<p>Essa é difícil em kkk. Eu iria preparar ela para consequências que poderia acontecer seja boas ou ruins e orienta-la nessas situações. Acho que só sei o que fazer até essa parte.</p>	1	<p>Eu iria ajudá-la orientando ela a conversar com o primo e explicar para ele não contar a família dela e relatar as possíveis consequências negativas deles descobrirem, já que é ESCOLHA dela querer sair do armário ou não. E ao mesmo tempo prepara-la para possíveis consequências negativas para ela se o primo falar para família e conversar.</p>	2
P4	<p>Eu não forçaria ela a se assumir, poderíamos pensar em todas as consequências dessa situação e fazer um role play pra treinarmos como ela poderia responder aos comentários de forma que ela se sinta confortável e a mantenha segura. Me disponibilizando caso ela precise de mim fora do horário da sua sessão (como em casos de tentativa de suicídio).</p>	1		
P5	<p>Eu iria orientar a minha cliente que, caso o seu primo conte a sua família, ela tem a possibilidade de conversar com a sua família sobre a situação.</p>	1	<p>Eu acolheria a questão da minha cliente e trabalharia em sessão com possibilidades de situações que ela poderia vivenciar frente a probabilidade do primo contar para a família. Eu também trabalharia com qual tipo de vínculo a minha cliente tem com o primo que a viu na festa, buscando possibilidades de uma possível conversa entre os dois, para que o primo pudesse</p>	2

			compreender a sua situação.	
P6	Acolheria os sentimentos dela, trabalharia com a possibilidade de que as pessoas ficassem sabendo porque não talvez não houvesse como ela controlar todas as situações ao redor. Tentaria junto dela criar estratégias de enfrentamento para caso houvesse de fato os comentários negativos e conflitos familiares. Tentaria investigar seu padrão de comportamento frente à possibilidade de ser julgada em sua vida, em situações que vão além de preconceito com a sexualidade.	1,5	Começaria a trabalhar com ela um processo de tomada de decisão que envolve falar com pessoas a respeito de sua sexualidade. Não a forçaria a sair do armário, mas se trabalharmos alguns conceitos e ela continuar incomodada com o "risco" do primo falar sobre ela para outros familiares, trabalharia junto dela um contato com ele, que é alguém que já sabe, talvez até em um role play, para que fosse possível aplicar uma perspectiva em cima de algo mais sólido, a real postura dele.	3
P7	Pediria que falasse mais desse medo ali comigo e também de seus desejos. Quem vc permitiria que visse esse beijo, se pudesse escolher?	0		
P8	Perguntaria o quão próxima ela é do primo para poder conversar com ele sobre as suas angústias e que talvez no momento ela não conseguiria lidar com as questões familiares envolvidas na "revelação" de sua sexualidade.	1	Primeiramente acolheria essa angústia que ela está tendo, perguntaria o que ela está sentindo e o que imagina que aconteceria caso as pessoas viessem a saber sobre sua sexualidade, entenderia se o medo é por a família poder vir a machuca-la de alguma forma ou se o medo é relacionado a uma não aceitação de sua própria sexualidade.	3
P9	Trabalharia com ela sobre seus medos, desejo de falar com a família, possibilidades caso isso realmente ocorra.	1	Trabalharia com a jovem qual é a relação dela com o primo, se ele poderia ser um apoio ou não, se ele respeitaria o seu tempo de falar ou não, ao mesmo tempo aproveitaria para entender se ela já pensou em se assumir em algum momento, como é isso pra ela, o que é se assumir pra ela, qual a relação com a família, os prós e contra, se ela é maior de idade, talvez tenha uma renda, ou é dependente dos pais?! se algo acontecer tem pessoas de apoio? Trabalharia essas questões com a paciente e outras que possivelmente iam emergir, pois também se o primo falar sem o consentimento dela, isso seria uma situação de violência. Lembrando sempre que se assumir ou não é um direito de escolha do paciente. Mas também que quem se assume tem melhor qualidade de vida, então há muitas variáveis a serem analisadas.	3

c) Um adolescente que você atende diz estar muito confuso. Relata que ele tem sentindo “algo diferente” por um amigo seu e que já se masturbou pensando neste amigo, mas que não sabe dar um nome ao que sente por ele. Fala estar muito confuso, pois sempre sentiu atração por mulheres e inclusive já manteve relações sexuais com garotas e diz não saber se ele é gay, heterossexual ou mesmo se gostaria de se tornar uma mulher.

	Pré		Pós	
	Resposta	Nota	Resposta	Nota
P1	eu faria um trabalho talvez de acolhimento em relação a esse sentimento de confusão e perguntaria a ele sobre seu conhecimento em relação a temática lgbt... apresentando a	2	Frente a dúvida do cliente, iniciaria perguntando a ele sobre o que ele entendia por ser hetero, homossexual e/ou bissexual, no sentido de estar promovendo uma psicoeducação ao mesmo. A fim de promover o autoconhecimento no mesmo, e	3

	existência de mais categorias que não apenas o gay ou o heterossexual.		então, conseqüentemente, ir trabalhando as demais questões conforme ele fosse se entendendo melhor. Como o trabalho referente ao assumir-se, uma possível homofobia internalizada/ou não. Auto aceitação e etc. Sempre mostrando acolhimento, empatia e fazendo com que ele se sinta confortável para ser quem ele é. Sem julgamentos e ou tentativas de tentar justificar o porque dessas questões estarem surgindo no mesmo.	
P2	Devemos com calma ir aprofundando em seus sentimentos e emoções entendendo que pra deva ser difícil porque vivemos em uma cultura machista e homofóbica e se não fosse assim seria mais fácil pra ele lidar com esse sentimento que é normal ficarmos confuso, mas entender quais variáveis estão mantendo essa confusão.	1,5	Exploraria mais os sentimentos sobre esse amigo com perguntas abertas para que ele se sentisse a vontade em expor respostas, ou dúvidas sobre todos esses sentimentos e pensamentos que estão em sua mente. No sentido de que ele gerasse confiança e vontade de expô-los. E que não tivesse medo de suas conclusões. Que iríamos com calma sem pressa, falando para que ele se sinta a vontade para falar. Diria também que a sexualidade é plural e que existe a bissexualidade (atração afetiva ou/ e sexual) por ambos os sexos. E que essa confusão é parte de estar se descobrindo e entendendo mais sobre esse universo. Poderia ainda perguntar como é essa amizade com esse amigo, como se conhecer e como ele o vê, enfim perguntas abertas, para que ele demonstrasse seus interesses e refletisse sobre seus possíveis medos e inseguranças	3
P3	Iria explicar para ele a diferença entre opção sexual e gênero. Principalmente que existe pessoas que são bissexuais e gostam dos dois sexos.	0,5	Eu explicaria para ele a diferença entre a orientação sexual e a identidade de gênero. E diria que existem pessoas que sente atração por ambos os sexos (bissexuais) e que ele pode ser bissexual, mas não significa que ele possa se identificar como mulher são coisas diferentes a orientação sexual da identidade de gênero.	3
P4	Eu orientaria que a descoberta da sexualidade começa na adolescência e que não é necessário que ele rotule, mas sim que viva as experiências que julgar necessárias para se conhecer. Sem pressa e respeitando seu próprio corpo.	2		
P5	Eu iria orientar o meu cliente sobre a possibilidade da bissexualidade.	1	Eu trabalharia com o meu cliente no sentido de trazer as diversas possibilidades de orientações sexuais que ele possa se identificar, como a bissexualidade.	2
P6	Confortar o cliente caso ele se sinta culpado por isso, tentar orientá-lo sobre diferença de sexualidade e gênero, indicar material que possa ajudá-lo a entender mais do assunto em ambiente extra-consultório, explicar sobre os processos de origem de um comportamento (masturbação).	3	Trabalharia instruindo as diferentes sexualidades e gêneros conhecidos, com ênfase na bissexualidade. Enviaria materiais e sugeriria pesquisas a respeito, para fins de autoconhecimento.	2
P7	Convidaria - o a falar das sensações que essa amizade desperta nele, dos seus medos e dos seus desejos. Perguntaria o que é mulher para ele, o que essas relações signifaram ou ainda significam. O que vc deseja?	1		
P8	Quando o atendimento e com adolescentes eu sinto uma maior dificuldade em saber qual a forma de	1	Nesse caso iríamos conversar sobre esses sentimentos, principalmente a possibilidade ser bissexual, já que relata a atração por homens e	2

	acolher e apoiar neste processo, não somente em questões de sexualidade. Mas acredito que o norteamento seria falarmos sobre as diferenças entre sexualidade, gênero e como lidar com descoberta do desejo.		mulheres. Entender como ele se sente em relação a esses sentimentos e entender como eles interpreta esses desejos e quais os preconceitos que de alguma forma ele possa estar vivendo até mesmo por desconhecimento sobre o assunto.	
P9	Trabalharia o motivo da sua preocupação, que é natural ele se sentiria confuso, a adolescência é uma fase de descobertas inclusive da sua identidade, questionar como é suas relação com as meninas como se sente e como imagina no caso do seu amigo o que sente...	1,5	Trabalharia com o adolescente a percepção de si, identificar o que está sentindo, o que essa pessoa está despertando nele, se ele já sentiu isso antes, um caminho para que ele de nome aos sentimentos, sensações, também faria um trabalho de psicoeducação, mostrar que tem várias possibilidades não somente ser hetero, gay, mas por exemplo a bissexual, pansexual. Acho que também seria importante abordar sobre a convivência dele a importância de interagir com outras pessoas LGBT, indicaria grupos e páginas nas redes sociais.	3

d) Após ficar duas semanas sem comparecer na terapia, seu cliente homossexual retorna, falando que esteve incapacitado de comparecer as sessões. Ao questionar sobre o que ocorreu, relatou que seu pai descobriu sobre sua orientação sexual e o agrediu física e verbalmente, deixando hematomas e que, justamente por estar com o olho roxo, ficou com vergonha de sair de casa e inclusive preferiu não comparecer na terapia.

	Pré		Pós	
	Resposta	Nota	Resposta	Nota
P1	Eu não saberia exatamente como abordar. Acolheria esse paciente, trabalharia com ele a questão da agressão e o questionaria sobre como ele gostaria de agir diante da situação e o apoiaria se caso sua decisão fosse de forma a preservar sua vida e lhe proporcionar uma melhor qualidade de vida.	1	Nesse caso, dependeria um pouco da idade do mesmo, porém o principal foco seria apresentar a ele que ocorreu uma violência, independentemente da idade. No caso dele ser menor de idade eu estar buscando formas de estar denunciando o ocorrido, e conversando com o mesmo sobre isso, dependendo de sua rede de apoio. Acolheria esse cliente, trabalhando com ele as emoções e sentimentos referentes a situação. Como ele se sentiu, como está se sentindo agora. Em seguida, juntamente com ele buscaríamos uma rede de apoio, e aos poucos pontuando a ele, de forma que ele entenda que ele sofreu uma violência, e que pode estar tomando algumas decisões em relação ao que aconteceu. E que eu posso estar ajudando ele nessa situação. Trabalharia com ele ainda sobre essa relação familiar, bem como a importância da família para o mesmo. Como a mãe reagiu, se tem irmãos, tios, avós próximos no qual pode estar se amparando. Trabalhando ainda a possibilidade de ele estar ou não se sentindo seguro dentro de casa, onde essa rede de apoio serviria para ele estar percebendo que pode buscar outros lugares para estar morando.	3
P2	Ia sugerir uma sessão online para falarmos como ele está se sentindo, e como ele pode lidar com esses sentimentos. Derrepente sugerir a questão de ele ir morar sozinho, para evitar novas agressões e conflitos com o	1	Falaria que essa atitude desse pai foi totalmente errônea e grave, porém a terapia um momento para que ele exponha tudo o que está sentindo. Dizendo que ele inclusive poderia denunciar esse pai, mas que eu o entenderia se ele não quisesse para não "piorar" os conflitos caso não conseguisse se	3

	<p>pai. Isso se ele fosse de maior, seria bom para sua maturidade e independência e que não tem como agradarmos a todos.</p>		<p>manter sozinho financeiramente para se mudar para outro local, até pelo medo de isso ocorrer novamente. Diria não há nada de errado com sua orientação sexual, mas existem pessoas que são preconceituosas e discriminam por noções pessoais, religiosas, culturais, etc. Mas ali no campo terapêutico é um local seguro havendo aceitação e acolhimento para ele desabafar sobre suas inquietações, e sobre o que está passando em sua cabeça. A terapia é o melhor local para que ele vá ter esses diálogos no sentido de tentar compreender o que houve e como lidará com tudo isso e que estou ali para apoiá-lo.</p>	
P3	<p>Primeiro lugar eu iria acolhe-lo, segundo a violência é um crime eu iria tomar alguma medida para proteger este cliente.</p>	1,5	<p>Eu iria perguntar como ele está se sentindo, como está as coisas na casa dele. E iria dizer que sempre que ele precisar de ajuda ele pode contar comigo e que jamais irei julga-lo que ele pode ficar a vontade. Iria sugeri-lo buscar uma rede de apoio para protege-lo da violência em casa, procurar a polícia ou conselho se for menor, algum outro familiar que possa acolhe-lo ou amigos.</p>	2
P4	<p>Eu orientaria o paciente de seus direitos e aconselharia ele a procurar profissionais/locais de acolhimento para que isso não aconteça novamente e as devidas medidas sejam tomadas.</p>	2		
P5	<p>Eu iria orientar o meu cliente se ele tem o interesse em denunciar o seu pai nas autoridades, pois agressão física e verbal é crime e se ele tem algum local seguro onde ele possa ficar longe de seu pai.</p>	2	<p>Primeiro, eu conversaria com o meu cliente sobre a possibilidade de denuncia que o meu cliente pode realizar e se ele tem o interesse (agressão física é crime, neste caso, uma LGBTfobia). Segundo, eu trabalharia com o cliente sobre suas redes de apoio para que ele possa receber o suporte necessário e se há um local seguro que ele possa ficar.</p>	3
P6	<p>Questionamentos que me ocorrem: esse cliente está com vergonha de me mostrar o olho roxo ou de ser visto na rua com esse olho roxo? Se ele tem vergonha de mim, precisamos construir um vínculo mais forte, e preciso reforçar o momento em que ele me conta sobre seus sentimentos, mesmo envergonhado. A depender da idade, é necessário envolver órgãos de proteção ao cliente (conselho tutelar). Também é preciso entender como ele tem se sentido com tal acontecimento, quais seus planos, onde encontra suporte familiar ou social, e se me autoriza a conversar com uma dessas pessoas que citou como suporte (caso tenha).</p>	1,5	<p>Trabalharia ajudando-o identificar os diversos tipos de violência envolvidos, tentando identificar redes de apoio que ele possa ter para retirar-se de tal ambiente e da dependência do pai, e faria menção ao direito de denunciar tal prática.</p>	2,5
P7	<p>Que bom que vc está aqui hoje... Qual marca mais seu pai lhe deixou?</p>	0		
P8	<p>Nesta situação eu primeiramente digo que estou a disposição que o processo terapêutico é principalmente nesses momentos. Oriento sobre a necessidade de procurar juntas uma forma de se colocar em segurança, rede de apoio que pessoa acolher essa cliente e que em situações como essa é necessário contar</p>	2	<p>Perguntaria como ela esta se sentindo e principalmente dizer que em situações como essa eu como psicologa estou a disposição para ajuda-la e não para julga-la. Criariamos uma rede de apoio para que ela se coloque em segurança. Auxiliaria ela nas questões medicas e legais que podem ajudar a se colocar em segurança.</p>	2,5

	com pessoas que possam a colocar em segurança. Oriento a fazer exames para saber se esta tudo bem com ela.			
P9	Acolheria, trabalharia os sentimentos emergentes, mas não deixaria de alertá-lo sobre a violência realizada pelo pai e dizer a ele formas de denunciar o abuso do pai!	2	Nesse caso tem a presença de uma violência, então além de acolher e trabalhar com o paciente toda a questão dessa situação no sentido dos danos causados não só fisicamente, mas psicologicamente, é necessário fazer um trabalho de conscientização com ele, se ele entende sobre a violência, que isso é sério, mostrar que existem possibilidades de denunciar, como seria isso pra ele, não sei a idade, mas entender essa questão se existe alguém que possa ser esse apoio caso ele tenha que sair de casa, e não tenha um emprego ou como se manter, É necessário estar muito atento nesse caso, pois se o paciente sofre agressão a gente sabe e não faz nada, estamos cometendo um crime de convivência. Então o caso tem que ser avaliado e analisado, ser bem conversado com o paciente, pois se for necessário o terapeuta precisa tomar uma posição firme, de talvez até denunciar o pai, dependendo do fluxo da situação.	3

**Questão 5) Leia os casos a seguir e avalie se a postura (ação) do terapeuta foi adequada (correta) ou não. Caso considere haver alguma inadequação nas situações, indique o que você está considerando como inadequado e os motivos de estar inadequado.**

- a) Uma mulher trans procurou uma psicóloga solicitando a emissão de um laudo para realizar a cirurgia de transição, uma vez que este documento é obrigatório para autorização do procedimento. A terapeuta então explica que, para emitir este laudo, precisa fazer uma avaliação e acompanhar o caso por algum tempo, explicação aceita e aderida pela mulher trans. Após acompanhamento por aproximadamente um ano, a psicóloga então emite o laudo para a mulher trans que procurou seus serviços.

	Pré		Pós	
	Resposta	Nota	Resposta	Nota
P1	Apesar de ser um documento ainda obrigatório não sei se seria necessário um acompanhamento tão demorado.	0	Inadequado. 1)É obrigatório o acompanhamento de no mínimo 2 anos; 2)É uma infração ética a emissão de laudo; 3) Nosso papel não é de avaliação, tão pouco de autorizar o processo ou não.	3
P2	Correta ela deve passar por acompanhamentos e testes psicológicos.	0	O psicólogo segundo o CRP não pode emitir laudo para esse tipo de procedimento. Acho que o psicólogo pode emitir um parecer sobre as sessões feitas, mas laudo é somente o médico, acredito poder ser o psiquiatra.	2
P3	Correta	0	Inadequado, não seria um laudo ele é usado para as doenças e a homossexualidade não é. O correto seria uma declaração para comprovar que a cliente realizou o acompanhamento psicológico que é uma exigência jurídica para realizar a cirurgia.	2
P4	Não sei se precisa de um ano de acompanhamento, mas as outras atitudes estão corretas.	0		

P5	A postura do terapeuta está adequada.	0	A postura do terapeuta foi inadequada, pois é vedado ao psicólogo emitir laudo para indivíduos Transexuais, Travestis e Transgênero. Laudos são para diagnósticos psicológicos, não sendo adequados para questões relacionadas a população Trans, sendo o parecer o documento mais adequado para se emitir frente a demandas relacionadas a população Trans.	2
P6	Inadequado: acho necessário o acompanhamento para emissão de um laudo que seja construído nas observações do terapeuta, e não apenas naquilo que o cliente pede. Mas creio que um ano seja tempo demais para um cliente que possa estar aflito por tal procedimento.	1	É uma postura correta. Não se pode emitir um laudo atestando as habilidades de alguém de lidar com algo apenas porque a pessoa afirma as ter. É preciso conhecer o caso, identificar quais desafios já foram enfrentados e quais ainda estão sendo vivenciados.	0
P7	Adequada.	0		
P8	Achei o posicionamento assertivo, não entendo da regulamentação para a emissão do laudo. Mas, o acompanhamento para qualquer cirurgia deve ser um processo de "autoconhecimento" para entender ser a cirurgia é a resposta correta frente a sua necessidade.	0	Primeiramente ao contrario do que medicos pedem, laudo não é o documento correto para esse caso, já que o laudo é realizado em situação de comprovação de doença e a transexualidade não é doença, o correto a ser emitido é uma parecer psicológico. Segundo a psicóloga quebrou um contrato firmado com a cliente onde ela pode ter solicitado um laudo e a psicóloga por obrigação deve explicar sobre a nomenclatura para sanar duvidas. E por final a não emissão do documento é uma quebra de contrato, ato antiético	2
P9	Depende de cada caso, mas acredito que a psicóloga após um ano tinha respaldo suficiente pra emitir a documentação!	0	Psicólogo não pode emitir laudo no caso de cirurgia de transição, e a exigência para produção do documento permitido são de são 2 anos de psicoterapia.	3

b) Um adolescente gay verbaliza a sua terapeuta que está decidido de contar a sua família sobre sua orientação sexual. A terapeuta, então, pergunta a ele sobre a reação de sua família, falando que seus pais poderiam ficar tristes com isso e reagir negativamente e indicando que pensasse muito bem em sua ação, sobretudo depois de considerar o que iria gerar para sua família e os problemas que iria encarar para o resto de sua vida.

	Pré		Pós	
	Resposta	Nota	Resposta	Nota
P1	acredito que precisamos refletir com os pacientes sobre suas tomadas de decisão, porém não dessa forma jogando para o mesmo que ele causaria danos a sua família, principalmente nessa situação onde ele já esta sofrendo e se sentindo culpado muitas vezes, por ainda existir o estereótipo que é uma escolha/opção sexual. Isso só causaria mais dano ao paciente, até porque falar é algo que é importante para o sujeito lgbt independente da reação dos pais, o que já é difícil, principalmente apresentado dessa forma. (acredito que a postura foi inadequada)	1	Inadequado no sentido de dizer que os pais poderiam ficar tristes em relação a situação. Poderia sim, pensar com ele sobre as consequências da situação, se em algum momento ele trouxesse que poderia ter alguma consequência negativa, e nesse sentido, iríamos buscar juntos a melhor forma de estar conversando então com esses pais. O adequado seria, uma vez que o cliente vê como importante o assumir-se e está decidido, encorajá-lo a fazer da melhor forma possível, pesando sim prós e contras, mas não de forma a desencoraja-lo ou apresentar isso como algo ruim a se fazer.	3

P2	Consequências sempre existem e precisam ser encaradas, mas da entender que ela está com pena dos pais e não pensando no cliente, se ele pensar só nos pais ele não será feliz. Tristes podem ser que fiquem, mas também podem aceitar.	1	Postura inadequada. Sim, infelizmente os pais poderiam reagir de maneira triste, mas da forma citada faz com que o rapaz fique com mais medo de expor sua orientação sexual a sua família. Perguntaria a ele sobre seus sentimentos, medos em contar, porém que isso poderia ser feito sim e de uma maneira tranquila quando ele tivesse a vontade, diria algumas dicas, caso quisesse, perguntaria também se não ocorresse uma recepção "tão boa" por parte da família como seria para ele e poderíamos trabalhar esses sentimentos. Mas que é uma decisão importante e que eu terapeuta estaria lá para apoiá-lo. Trabalharia aceitação e possível frustração após o resultado da fala caso fosse negativo.	3
P3	Errado, a impressão que dá é que ela quer induzir ele a não contar para família. Eu acho importante promover ao cliente as consequências positivas e negativas, mas para prepara-lo para sua decisão e não induzi-lo a escolher uma.	2	Inadequado, pois o terapeuta está induzindo o cliente a ficar no armário. Ao invés de investigar as possíveis consequências se a riscos ou não e ir de acordo com os valores do cliente apoiá-lo em sua decisão ele foi de acordo com os seus próprios valores.	3
P4	“Seus pais poderiam ficar tristes e reagir negativamente” é inadequado de se dizer, até porque os pais podem não ficar. E “considerar o que geraria a sua família” não é um ponto a se considerar e sim as consequências pro paciente de se assumir.	1		
P5	A postura do terapeuta está inadequada, pois ele não deve agir de forma desencorajadora a decisão que o cliente optou. Quem diz se está correto ou não é o próprio cliente.	1	A postura da terapeuta foi inadequada, pois o psicólogo em nenhum momento deve conduzir o cliente a agir de uma determinada forma. Além de ser vedado pelo Código de Ética do Profissional Psicólogo, o atendimento psicológico visa sempre a autonomia de escolha do cliente, sendo função do psicólogo, neste caso, o auxílio para que o cliente possa tomar decisões de maneira saudável, com qualidade de vida e bem estar.	3
P6	Inadequado: Entendo que é papel do terapeuta planejar situações com seus clientes, mas isso tem que ser feito de forma mais imparcial. Como posso eu julgar que esses pais ficarão tristes? O cliente tem que chegar a essa percepção. E caso fiquem, deve-se deixar de contar por conta disso? A terapia é em função daquilo que é importante para o cliente ou para os pais dele?	1,5	Essa postura está incorreta. É possível que a família realmente não reaja bem, mas o cliente precisa lidar com essa possibilidade a fim de estar mais bem preparado para isso, e não de deixar de falar.	3
P7	Inadequada. Pode perguntar sobre a reação da família, mas deve - se levar em consideração a resposta do paciente e não supor que acontecerá isso ou aquilo como forma de inibir uma atitude. Poder olhar para as consequências juntos pode ser um caminho. Que consequências? Para quem?	1		
P8	O posicionamento foi invalidamente, no sentido de não estar pensando na segurança psicologia e física da adolescência e sim norteando a ela emitir comportamentos relacionados a	1	A postura foi antiética, por colocar o filho em uma situação onde ele é obrigado a deixar os pais felizes, que já é algo totalmente inapropriado e segundo por colocar a orientação sexual como algo que seja "errado" e que falar sobre a orientação	3

	<p>agradar necessidades da família. A adolescente não é responsável por manter a homeostase psicológica da família e sim se colocar sempre em segurança. NO caso se a família ficaria "triste com essa revelação", essa é uma questão que a família deva lidar em uma terapia. Mas, ate a questão de "revelação" é um ponto que é controverso para mim. Em meu primeiro atendimento de um rapaz Gay eu perguntei se ela já havia revelado para a família sobre sua sexualidade, ele me respondeu: "Não, eu nunca vi necessidade disso, nunca vi um hétero reunir a família para "revelar" que era hétero&gt; logo, eu não vejo necessidade de revelar isso. É minha intimidade e trato ela como algo natural como qualquer intimidade. Me comporto como um rapaz gay, me relaciono com homens, faço comentários sobre homens que me interessam e etc". Claro que apensar de a família ser muito religiosa/evangélica eles nunca recriminaram nenhum comportamento dele relacionado a sexualidade/relacionamento.</p>		<p>sexual gerará sofrimento para a sua vida, sendo que o que vemos é totalmente o contrário: falar sobre, autoaceitação e apoio familiar são coisas que mais facilitam a vida da comunidade LGBTI+.</p>	
P9	<p>Na minha visão a postura do profissional não foi coerente, lendo me passou a sensação de que a própria psicóloga estava com medo da reação dos pais e preferia seu paciente no comodismo! Claro que ao ouvir isso do paciente, há muitas coisas a serem trabalhadas, mas essa forma na minha opinião não foi a mais acertiva.</p>	1	<p>a terapeuta jamais deveria jogar o paciente para dentro do armário, ainda mais dizendo que os pais poderiam ficar tristes, como se o paciente tivesse fazendo algo errado, além de ser antiética ainda foi preconceituosa</p>	3

c) Um homem gay, com trejeitos afeminado, relata em sessão que está com dificuldade de encontrar emprego, e que em uma das entrevistas, o recrutador falou que pessoas como ele não correspondem ao perfil da empresa. Relatou que começou a pensar em parecer mais "macho", mas que tem dificuldade em agir assim, sentindo-se frustrado e infeliz por não conseguir. O psicólogo que o atende falou que compreende seus sentimentos e que, infelizmente, a única forma de conseguir inserção no mercado de trabalho seria justamente agir desta forma, e caso quisesse, poderiam trabalhar com essa questão para que ele consiga se colocar melhor no mercado.

	Pré		Pós	
	Resposta	Nota	Resposta	Nota
P1	<p>Acredito não ser uma boa abordagem, pois precisamos empoderar esses sujeitos, a serem quem realmente são, para que não fiquem presos dentro de suas armaduras e sofram ainda mais. Por mais que ele consiga um emprego</p>	1	<p>Inadequado, no sentido de estar sendo conivente com uma violência sofrida pelo cliente, e também por estar praticando uma violência também. O cliente relatou a ele não se sentir infeliz e frustrado tentando agir/ser quem ele não é. E o nosso trabalho é ajudar nossos cliente a se sentirem o</p>	3

	trabalhando essa questão ele ainda estará em sofrimento por não ser quem ele é. (acredito que a postura foi inadequada)		contrário, e não agir de forma que imponha ainda mais que eles tenham que viver esses sentimentos negativos, para serem aceitos. O profissional do caso, não está promovendo uma melhor qualidade de vida para seu cliente. Nem promovendo uma melhora no seu quadro emocional.	
P2	Errado, pois ele pode conseguir trabalho em outras áreas e ser feliz e realizado nelas ao invés de mudar seu jeito poderia mudar o setor.	1	Postura inadequada, não precisa ser macho para conseguir emprego, pode ser por "n" motivos que ele não se encaixou no perfil da empresa e que héteros também não se encaixam em empresas, sugeria a ele para se acalmar e continuar procurando vagas, revisar seu currículo, explorar como foi seu desempenho na entrevista, passar algumas dicas e diria a ele que logo uma nova recolocação no mercado de trabalho irá acontecer. O que importa é a competência profissional.	1
P3	Errado, o certo seria ajuda-lo a conseguir o seus direitos e a lidar com esses preconceitos sendo que ele é.	1	Inadequada, o terapeuta está induzindo o cliente a agir de forma diferente do que ele é. E não é errado a maneira que ele é e sim o preconceito da sociedade.	2
P4	Se esconder não é forma de conseguir inserção no mercado, quiça a única. O adequado seria denunciar a empresa e se manter sendo quem você é, procurando um emprego/empresa que se encaixe no seu perfil DE PERSONALIDADE e não uma empresa homofóbica.	2		
P5	A postura do terapeuta está inadequada, pois ele está agindo de forma a colocar o seu cliente em um padrão aceito socialmente.	1	A postura do terapeuta foi inadequada. É muito claro que o cliente está em sofrimento por práticas sociais e culturais cisheteronormativas que visam a manutenção de um padrão distintos de comportamentos destinados a homens e mulheres. O psicólogo deve estar sempre muito vigilante e atento para que ele não reproduza, em seus atendimentos, o padrão cisheteronormativo, causando mais sofrimento para o cliente.	3
P6	Inadequado: não se pode inferir que a única forma de não conseguir emprego seja por conta disso, não sabemos. Existe algo no repertório comportamental do cliente que possa ser a justificativa para um perfil inapto? Será mesmo que nenhuma empresa na região o contrataria por conta da homossexualidade?	1	Posicionamento incorreto, isso invalida quem o cliente é. O psicólogo precisaria validar o sentimento do cliente e tentar entender quais sinais no comportamento do recrutador deram a entender que o motivo de não ter sido selecionado para a vaga, trabalhar a possibilidade de fazer contato com essa empresa e entender qual o perfil que se esperava, para medir se foi algum preconceito velado ou se existe alguma justificativa plausível. Também pode-se trabalhar no sentido de ajudá-lo a buscar experiências em locais desprovidos de preconceito.	3
P7	Inadequada. Eu trabalharia a questão de aceitação de si e não de adaptação ao meio. Quem sou eu? Investigar a história, como foi que se desenrolou, sua relação com os cuidadores, suas escolhas. O que vc quer. Qual é o seu desejo? Quem é você?	1		
P8	Achei um comentário preconceituoso e invalidante, primeiro acolheria a frustração por viver em uma sociedade que ainda existe comportamentos e	2	Psicóloga esta legitimando uma sociedade preconceituosa. No caso o correto é acolher essa frustração, já que o mercado de trabalho é algo cruel e que gerá muito sofrimento, trabalhar o fato	3

	empresas preconceituosas. Mas, orientaria a procurar/participar de grupos que trabalham com diversidade. Existem empresas que poderiam ser acolhedoras e que se enquadrar a uma sociedade doente talvez não seja o caminho		de que ele não precisa se encaixar em uma sociedade que não esta projetada para a felicidade humana e juntos desenvolvermos repertórios para busca de locais de trabalho que o aceitem com suas proprias caracteristica, afinal o trabalho é um lugar que vivemos grande parte de nossa vida e que interpretar um papel "socialmente Aceito" será algo doloroso.	
P9	Postura totalmente equivocada, o psicólogo jamais deve dizer ao paciente que precisa deixar de ser quem é para conseguir algo.	1	O terapeuta ao falar que a única forma do paciente conseguir um emprego é mudar quem ele é, está agindo de forma totalmente incoerente, neste caso outros tantos aspectos deveriam ser trabalhados e NÃO seria esse, o psicólogo além de não ajudar ainda agravou a situação do paciente	2

d) Ao longo das sessões, uma jovem lésbica relata a sua terapeuta que, quando mais jovem, sofrera um abuso sexual de um tio seu e que tal situação foi muito difícil e traumática. A terapeuta acolheu o seu sofrimento. Algumas sessões após o relato, a terapeuta explica à sua cliente que sua opção sexual por outras mulheres se deu devido ao trauma sofrido, posto que o abuso foi causado por um homem e o trauma desse episodio levou ela a rejeitar atração por homens.

	Pré		Pós	
	Resposta	Nota	Resposta	Nota
P1	acredito numa postura inadequada, pois aqui entraria mesmo que em um "trauma" a ideia de ser uma escolha/opção sexual, o que não condiz com a verdade sobre a orientação sexual. no caso o que precisaria ser trabalhado é o abuso em si e os sofrimentos sofridos pela cliente antes, durante ou depois do abuso, e não tentar justificar sua sexualidade, pois isso não se justifica.	2	Inadequado. 1) Não se deve ficar investigando as causas da orientação sexual/sexualidade do cliente, muito menos ser comparado ao abuso sofrido pela mesma. 2) relacionando a esse abuso, pode estar relacionando ainda a orientação sexual da mesma a uma patologia, onde seria um sintoma do estresse pós traumático da mesma, referente ao ocorrido. 3) O profissional cometeu LGBTfobia.	2
P2	Podemos trabalhar esse trauma ressignificando, mais certamente na sexualidade esse abuso não foi fator isolado para definir sua sexualidade podemos falar mais sobre os sentimentos e temores dela.	0,5	Postura inadequada, já que não há uma causa para homossexualidade e não precisamos procurá-la, e que há pessoas que não foram abusadas e gostam de pessoas do mesmo sexo, perguntaria a paciente se ela se sentisse confortável em falar sobre o abuso e como isso afetou sua vida sexual, afetiva, enfim. E se ela tem alguma dúvida que isso teria a ver com sua sexualidade caso somente se ela manifestasse a dúvida, explicaria a ela que não tem nada a ver. Perguntaria como ela está lidando com sua orientação sexual, pois derrepente esteja faltando haver aceitação.	2
P3	Errado, sua opção sexual é devido as mulheres serem reforçadoras a ela e não por uma situação punitiva.	0,5	Inadequado, não tem nenhuma relevância no caso dizer que a cliente é homossexual devido sofrer o abuso, essa discussão sobre a origem da homossexualidade é irrelevante.	2
P4	A terapeuta se portou de forma inadequada inferindo que a orientação sexual da paciente seria consequência do abuso. A relação da paciente com a situação, sexo, intimidade, família e etc	1		

	pode ser afetada pelo abuso, então a conduta correta seria investigar esses pontos e não inferir nada sobre a sexualidade alheia.			
P5	A postura do terapeuta está inadequada, pois o abuso sexual na infância sofrido pela cliente pode não necessariamente ter afetado a sua opção sexual.	0,5	A postura da terapeuta é inadequada. O psicólogo não deve ter como objetivo de um processo terapêutico buscar as causas da orientação sexual de seu cliente.	2
P6	Inadequado: não se pode afirmar isso. A determinação pode ter bases genéticas, da ontogênese (e não exclusivamente por conta do estupro), e da cultura.	1	Inadequado, é uma fala violenta, a sexualidade não é resultante de um trauma.	1
P7	Inadequada, visto que na psicoterapia ou análise pessoal não se está lá para receber explicações do outro, e sim se a ver com a própria história, com a própria falta. E também pq as causas para a homossexualidade podem ser diversas.	1		
P8	Primeiramente a palavra opção já torna a frase complicada. E que ser lésbica não é um comportamento derivado de trauma. Falar isso torna a homossexualidade algo considerado como "errado" e precisa ser consertado para que a pessoa volte a ser plena e feliz.	3	A psicóloga foi extremamente antietica, usando a nomenclatura errada "opção" sexual é errado e sim orientação sexual. O fato de ter sido abusada foi um grande trauma que deve ser trabalhado e não sua sexualidade. Colocar a sexualidade como decorrente de um trauma, é o mesmo do que falar que é um comportamento desviante e que precisa ser curado.	3
P9	Totalmente incoerente e pior ainda “após algumas sessões”	1	Não é função do terapeuta e nem de ninguém arrumar causas para orientação sexual, ainda mais tratando-se de um abuso anterior, uma coisa não leva a outra.	2

e)“Eu tenho muito medo de meu namorado me trair”, é a queixa de um homem que está em um relacionamento homossexual a pouco mais de um ano. Ele relata que esse medo surgiu depois que seu namorado, em uma roda de conversa com amigos, disse achar interessante o modelo de relacionamento aberto. A terapeuta então verbaliza compreender a situação, dizendo que é comum ter esse medo, sobretudo ao considerar que o “mundo gay” é muito promiscuo, que as relações são muito efêmeras mesmo e tendem a durar pouco.

	Pré		Pós	
	Resposta	Nota	Resposta	Nota
P1	acredito em uma conduta errada, pois tem um preconceito e julgamento em relação a sexualidade do cliente, onde a queixa dele se baseava em um medo e/ou uma insegurança, independente de sua sexualidade.	2	Inadequada. 1) Invalidou o amor e o compromisso em um relacionamento LGTBI+ 2) Não trabalhou o medo do cliente, deixando ele ainda mais inseguro. 3) Relacionou a infidelidade ao fato de a pessoa ser LGTBI+.	3
P2	Errado esse relacionamento hetero aberto e comportamentos promiscuo, deveria haver mais diálogo entre os dois e se ambos decidirem seguirem com relacionamentos abertos tudo bem se não isso precisa ser verbalizado. E se o outro não o respeitasse talvez não daria certo continuarem juntos	1	Postura inadequada, pois muitos gays tem relacionamento fechado, querendo construir família, casar e ter filhos. Perguntaria então sobre está sendo para ele lidar com esse medo e que é aceitável pelo o que ele ouviu do companheiro e considerando que ele não queira um relacionamento aberto.	3

P3	Errado, pois a fala do terapeuta foi totalmente preconceituosa em a respeito dos relacionamentos homossexuais	2	Inadequada, foi um comentário LGBTfóbico do terapeuta.	2
P4	Tudo que tá escrito depois do “sobretudo” é preconceito da terapeuta. O ideal seria o conversar com o paciente sobre o que é traição pra ele e o orientar que achar interessante não é necessariamente aderir ao modelo. Além de propor uma conversa entre ele e o namorado para esclarecer essa questão entre eles.	2		
P5	A postura do terapeuta está inadequada, pois o mesmo verbaliza preconceitos e homofobia.	1,5	A postura da terapeuta é inadequada. Além de se comportar de forma LGBTfóbica com o cliente, é totalmente equivocado e errôneo que se atribua adjetivos de "promiscuidade" ao mundo da população LGBTIA+.	3
P6	Inadequado: não se pode afirmar isso porque não há tendência entre traição considerando-se sexualidade. Tal resposta foi equivocada e aversiva.	1	Inadequado, é uma visão LGBTfóbica. O correto seria explorar melhor a representatividade que o cliente deu a essa fala, discutir as opções, orientar que haja comunicação com o parceiro a respeito disso.	3
P7	Inadequada. O setting terapêutico não é lugar para julgamento moral. Deve - se investigar na história desse sujeito porque o medo se fez presente nessa relação.	1		
P8	Meu deus, não consigo nem imaginar a situação do cliente ouvindo algo neste gênero. Fala totalmente preconceituosa. "primeiramente relacionamento aberto nada tem a ver com promiscuidade, em uma relação com qualquer outra onde ambos os parceiros "juntos" alteram algumas clausulas do contrato de relacionamento. Eu orientaria ao cliente conversar mais sobre esse assunto com seu parceiro, o fato de achar interessante não significa necessariamente que optaria por ter um relacionamento aberto. Atendo casais Hétero que acham muito interessante a formação do Trisal e ainda assim são monogâmicos.	2	Ela estourou o criterio de preconceito. O mundo gay é promiscuo é o cumulo do preconceito e de estipular um criterio unico para sujeitos diversos e em segundo lugar o fato de Caso venham a ter uma relação aberta não torna o relacionamento efêmero (muito pelo contrario). São muitas questões que são preconceituosas na fala da psicóloga. O que seria benéfico é trabalhar esse medo/ciumes, ele ser capaz de conversar com seu namorado sobre dinamicas do relacionamento e o que é confortavel ou não para cada pessoa.	3
P9	Rasga o diploma dessa pessoa.... totalmente incoerente, antiética	1		