

Um percurso pelas propostas para mudança de orientação homossexual: intervenções e impasses

A path within proposals to change homosexual orientation: interventions, and impasses

Ísis Gomes Vasconcelos¹

Resumo: Há várias décadas, psicólogos e médicos têm proposto intervenções visando a de mudança da orientação homossexual. Mesmo com a retirada da homossexualidade dos manuais de diagnóstico dos transtornos mentais, até os dias de hoje são observadas propostas psicoterapêuticas que prometem essa mudança. Este artigo apresenta uma revisão narrativa da literatura sobre intervenções para mudança da orientação homossexual localizando essas propostas em dois momentos. O primeiro, que durou até a década de 80, foi marcado por intervenções de curta duração sobre aspectos pontuais do comportamento sexual. O segundo momento, que dura até os dias de hoje, é ilustrado aqui com duas propostas de psicoterapias que prometem ajudar uma pessoa a modificar vários aspectos da orientação sexual. Em comum, os proponentes dessas intervenções sugerem que a orientação sexual é uma escolha individual autodeterminada, premissa sem validade empírica. Nenhuma das propostas terapêuticas aqui apresentada apresenta resultados conhecidos que atestem sua efetividade. Várias das intervenções descritas são psicologicamente danosas pois se baseiam em processos produtores de adoecimento psicológico. Pesquisas sobre o perfil do público que procura essas terapias indicam que a adesão a elas não é uma escolha pessoal livre, mas sim correlacionada com pressões da comunidade religiosa a familiares que condenam a homossexualidade.

Palavras-Chave: Orientação sexual, terapias de conversão, homossexualidade, psicoterapia.

Abstract: For many decades, psychologists and physicians have proposed interventions to promote homosexual orientation change. Even after the retreat of homosexuality from the mental illnesses manuals, until nowadays it can be observed psychotherapeutical proposals promising such change. This paper presents a narrative revision of the literature about interventions for homosexual orientation change locating such proposals in two moments. The first, lasted until the 80's and was characterized by short-term interventions upon punctual aspects of sexual behavior. The second moment lasts until nowadays and is illustrated here with two psychotherapy proposals that promises to help persons to modify several aspects of the sexual orientation. In common, proponents of such interventions suggests that sexual orientation is a individual self-determined choice, a premissa without empirical validity. None of the therapeutical proposals presented here show results that confirm its efetivity. Several of its interventions are deemed psychologically harmful once are based on processes underlying psychological distress. Researchs about the profile of the public that search for such therapies indicates that adherence to them ir not a free choice, but correlated with pressures from religious communities and family relatives that condemn homosexuality.

Keywords: Sexual Orientation, conversion therapies, homosexuality, psychotherapy.

¹ Doutora em Ciências (Programa de Psicologia Experimental) da Universidade de São Paulo – USP.

Ao longo do século XX, a homossexualidade foi considerada um transtorno psiquiátrico. Seguindo essa classificação, psicólogos e médicos propuseram intervenções visando a de mudança da orientação homossexual. Atualmente a maioria dos países já não considera a homossexualidade como um ato criminoso e segue as normativas das principais organizações de manuais como a *American Psychiatric Association* (1973) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1990) que não consideram a homossexualidade como doença e nem recomendam o oferecimento de propostas terapêuticas para a mudança da orientação homossexual. Apesar disso, propostas terapêuticas e de aconselhamento religioso com a finalidade de mudança da orientação homossexual continuam a ser oferecidas até os dias de hoje. Em que consistem as propostas terapêuticas de mudança da orientação homossexual? Quais razões para que elas sejam alvo de críticas e proibidas em diversas legislações? Este trabalho apresenta um breve percurso pelas intervenções psicoterapêuticas propostas com a finalidade de mudar a orientação homossexual. Serão apresentados seus pressupostos, procedimentos e resultados de forma crítica, à luz de discussões sobre pesquisa empírica, produção de evidência e prática clínica.

Trata-se de uma revisão narrativa, nos moldes da definição de Cordeiro et al (2007). Apresenta uma reunião de documentos, artigos e capítulos de livro que ilustram dois momentos distintos dessas propostas terapêuticas. Foram excluídos da revisão relatos de práticas não oferecidas por profissionais psicólogos e médicos.

O percurso por essas intervenções se inicia com o que foi denominado aqui de “as primeiras propostas”, que traziam intervenções pontuais, de curta duração sobre respostas de excitação sexual e que foram abandonadas e deram lugar a psicoterapias direcionadas para promover mudanças profundas sobre a orientação sexual. Duas propostas psicoterápicas atuais foram selecionadas por serem concebidas com a finalidade central de promover mudanças na orientação homossexual são apresentadas: a Terapia de Exploração da Fluidez da Atração Sexual (*Sexual Attraction Fluidity Exploration Therapy, SAFE-T*); e a Terapia de Identidade Sexual (*Sexual Identity Therapy*). A primeira dessas propostas quase não conta com publicações em livros e artigos, de modo que sua apresentação tem por base a análise de documentos disponíveis no endereço virtual que apresenta o serviço. Por fim, será apresentado o perfil do cliente que procura intervenções terapêuticas com esta finalidade, pois é importante destacar que as propostas de mudança de orientação homossexual têm um público característico.

Uma vez que as intervenções para mudança da orientação homossexual são proibidas no Brasil, a literatura aqui apresentada foi produzida a partir de experiências em outros países,

com destaque para os Estados Unidos. Conhecer as experiências de outros países, entretanto, é importante na medida em que elas fornecem subsídios que justifiquem a proibição do oferecimento desse tipo de serviço.

A orientação sexual será definida neste trabalho por meio de quatro categorias diferentes e inter-relacionadas, de acordo com as definições propostas por Bailey et al (2016). A primeira categoria é a do Comportamento, e consiste no comportamento sexual público e entre pessoas e pode ser caracterizado como heterossexual (comportamento envolvendo pessoas do outro sexo), homossexual (pessoas do mesmo sexo) ou bissexual (com pessoas dos dois sexos). A segunda categoria é a da identidade sexual, compreendida como a concepção de eu e também pode variar entre homossexual, heterossexual e bissexual, mas é atravessada por questões como a feminilidade e a masculinidade. A terceira dimensão é a da atração sexual caracterizada como a capacidade de um estímulo para atrair o interesse sexual ou erótico de uma pessoa e pode ser caracterizada como mesmo sexo, ambos os sexos e outro sexo. A quarta dimensão é a da excitação sexual fisiológica que pode variar diante de estímulos eróticos masculinos ou femininos.

A separação da orientação sexual em quatro dimensões se mostra necessária para abarcar a diversidade de vivências da sexualidade. A vivência denominada normativa é aquela na qual essas quatro categorias andam juntas. Por exemplo, uma mulher apresenta comportamento público heterossexual, uma identidade heterossexual feminina, e a atração e excitação sexual por homens. Mas todas as combinações são possíveis, como por exemplo a de uma pessoa que nasceu do sexo masculino, tem uma identidade sexual feminina (trans), apresenta uma atração sexual heterossexual (se sente atraída por homens), e comportamento e excitação bissexuais (se excita e pratica atos sexuais com homens e mulheres).

As primeiras propostas de mudança da orientação homossexual

As primeiras propostas científicas de grande repercussão surgem na forma de intervenções de curta duração, direcionadas a condutas pontuais com foco na excitação sexual e no comportamento. Essas primeiras intervenções não podem ser consideradas psicoterapias a rigor pois normalmente lidavam com um único tipo de resposta alvo da intervenção, e eram aplicadas na forma de pesquisa, ou seja, os participantes se voluntariavam para participar de procedimentos exploratórios. Na época em que essas intervenções estavam em destaque (da década de 60 até a década de 80) a homossexualidade era considerada uma doença mental que poderia ser reorientada via psicoterapia. Entretanto, intervenções psicoterapêuticas propriamente ditas eram consideradas muito trabalhosas e com baixa taxa de sucesso, por

isso, alguns pesquisadores estavam interessados em verificar se intervenções mais pontuais, e portanto, menos custosas, apresentariam resultados pretendidos (Bancroft & Marks, 1968).

Três tipos de intervenção merecem destaque dentre as propostas pontuais, a terapia aversiva, a sensibilização encoberta e o *fading*. Os procedimentos de terapia aversiva envolviam associar estímulos desagradáveis como choques ou uso de medicamentos que provocavam náusea e vômito (apomorfina, por exemplo) a um comportamento alvo que se desejava eliminar (Bancroft & Marks, 1968). No procedimento de sensibilização encoberta, o participante era apresentado a uma descrição verbal de um ato homossexual seguido de consequências aversivas e ele era solicitado a imaginar vividamente a descrição verbal (Callahan & Leitenberg, 1973). Nos procedimentos com *fading* e generalização, um estímulo erótico visual homossexual era apresentado e depois que a pessoa apresentava uma resposta de excitação física, o estímulo era sobreposto com um estímulo erótico heterossexual (Barlow & Agras, 1973).

Muitos pesquisadores que propunham esse tipo de procedimento partiam da premissa de que a homossexualidade era originada e mantida por um medo ou esquiva da heterossexualidade (Barlow, 1973; Ovesey, Gaylin, & Hendin, 1963; Feldman & MacCulloch, 1965; Ramsey & Van Velzen; Rado, 1949 & Wolpe, 1969). Entre os autores que utilizavam o *fading* propunha-se que os comportamentos sexualmente desviantes, condutas que não fossem típicas da heterossexualidade, poderiam ser vistos como um problema de controle de estímulos, no qual a excitação sexual ocorre na presença do estímulo inapropriado (Barlow & Agras, 1973). Esses pressupostos colocavam a orientação sexual como comportamento aprendido e que, portanto, seria passível de modificação via processos de aprendizagem.

As pessoas tratadas por meio desses procedimentos eram quase exclusivamente homens que procuravam tratamento voluntariamente, e estavam altamente motivadas (Barlow & Agras, 1973; Bancroft & Marks, 1968; Callahan & Leitenberg, 1973). Eles participavam da programação da intervenção, por exemplo, escolhendo a intensidade do choque que receberiam (Bancroft & Marks, 1968). Muitos dos participantes eram casados ou estavam em um relacionamento estável heterossexual quando aceitaram participar dessas intervenções (Bancroft & Marks, 1968).

Essas intervenções eram de curta duração com 20 a 40 sessões de terapia aversiva aplicadas de 1 a 2 vezes por dia ou 2 a 3 sessões por semana de forma que em poucas semanas a intervenção era concluída (Barlow & Agras, 1973; Bancroft & Marks, 1968). O resultado considerado ideal pelos pesquisadores era perda de interesse e de excitação sexual relacionada

ao comportamento “desviante” concomitante ao aumento do interesse por relações heterossexuais com níveis adequados de autoconfiança, autoestima e bem-estar (Bancroft & Marks, 1968).

Os efeitos da intervenção eram mensurados a curto (logo após a conclusão das sessões) e longo prazo (em geral, até um ano após a exposição à intervenção), por meio de medidas variadas. Nas medidas logo após a intervenção coletava-se dados verbais e não verbais. Entre as medidas não verbais, destacam-se instrumentos para verificar a excitação sexual por meio da circunferência peniana (medida de resposta de crescimento do pênis diante da apresentação de um estímulo erótico) (Barlow & Agras, 1973; Callahan & Leitenberg, 1973). Entre as medidas verbais, o autorrelato na forma de entrevistas sobre comportamento sexual, fantasias sexuais e autoestima era o dado mais comum (Bancroft & Marks, 1968). As medidas de longo prazo, para verificar se houve manutenção das mudanças, eram sempre autorrelato do participante que informava aos pesquisadores a frequência com que manteve relações sexuais homo e heterossexuais nos meses subsequentes à intervenção (Bancroft & Marks, 1968; Callahan & Leitenberg, 1973).

Esses estudos, em geral, relatam sucesso em aumentar a frequência de ocorrência de condutas, desejo e fantasias heterossexuais e em diminuir ou até eliminar a ocorrência desses mesmos repertórios com conteúdo homossexual, sobretudo com base nos testes realizados logo após a intervenção (Barlow & Agras, 1973; Bancroft & Marks, 1968). Em outros estudos, observou-se redução, mas não eliminação da excitação homossexual e pouco ou nenhum aumento da excitação heterossexual (Callahn & Leitenberg, 1973). Há também relatos de intervenções nas quais não houve nenhuma mudança na resposta de excitação sexual (Conrad & Wincze, 1976). Um dos estudos, descreve o caso de um paciente que passou pela intervenção com a associação entre choque e alguns comportamentos desviantes, mas um de seus comportamentos considerados desviantes não foi trabalhado na intervenção e ele se tornou mais frequente após o encerramento das sessões (Bancroft & Marks, 1968).

Apesar de muitas dessas intervenções incluírem experiências desagradáveis, não havia uma mensuração de impactos emocionais negativos diante do tratamento (Bancroft & Marks, 1968). Os poucos artigos que mencionam graus variados de ansiedade e depressão nos participantes afirmam que essas condições eram pré-existentes à participação na intervenção (Bancroft & Marks, 1968) ou relacionadas a sofrimento pessoal decorrente da orientação homossexual (Barlow & Agras, 1973). Há narrativas de que alguns participantes expostos terapias aversivas interrompiam a sessão em função do elevado nível de estresse, mas que não houve abandono da intervenção (Bancroft & Marks, 1968).

As conclusões sobre os efeitos as intervenções baseadas em terapia aversiva e procedimentos de controle de estímulos são frágeis. Há resultados de mudança na excitação sexual logo após a realização das sessões de intervenção, mas essas medidas não eram refeitas no *follow-up*. Os *follow-ups*, quando feitos, foram baseados em autorrelato, porém o perfil do participante dessas pesquisas envolvia pessoas em casamentos e relacionamentos heterossexuais e pessoas que escondiam a orientação homossexual, e que, portanto, estariam propensas a mentir sobre sua orientação sexual, ocultando informações sobre atração e comportamento homossexual.

Uma revisão de literatura desses estudos constatou que essas intervenções, no geral, tinham um pequeno efeito transitório apenas sobre os comportamentos alvo da intervenção, o que não caracterizava uma mudança na orientação sexual de fato (Barlow, 1973). Em uma revisão mais recente (APA, 2009), a APA publicou os resultados do trabalho de uma força tarefa para avaliar as pesquisas realizadas com a finalidade de mudança da orientação homossexual. No período que vai de 1960 e 1985, caracterizado por esses estudos de intervenções breves, foram encontrados 75 estudos. Apenas 6 deles tinham um design adequado para determinar a eficácia e segurança da intervenção. A análise desses estudos concluiu que técnicas aversivas raramente levaram a alguma mudança na orientação sexual. Além disso, mudanças comportamentais observadas fora do laboratório também foram raras e os relatos dos participantes sobre mudanças na atração direcionada a pessoas do mesmo sexo não foram empiricamente validados. Por fim, algumas pessoas expostas a esses procedimentos relataram redução da excitação sexual diante de qualquer tipo de estimulação sexual.

Outro elemento problemático nessa literatura é a falta de definições sobre o que seria a orientação sexual e como se define uma mudança nessa orientação. Comparando-se as definições utilizadas nesses estudos com a definição das quatro dimensões de Bailey et al (2016), nota-se que as definições utilizadas eram bastante simplificadas, tratando a orientação sexual apenas como o ato de se excitar diante de estimulação erótica do mesmo sexo, de ter fantasias homossexuais ou da frequência com que o participante fazia sexo com pessoas do mesmo sexo.

Uma pessoa se abster de relações sexuais homossexuais e passar a se engajar em relações heterossexuais é um sinal definitivo de uma mudança na orientação sexual? De acordo com o modelo das quatro dimensões da orientação sexual de Bailey et al, (2016), não. O comportamento sexual é apenas uma das dimensões da orientação sexual, e diga-se de passagem, a mais fácil de ser alterada. Uma pessoa pode deliberadamente decidir com quem

ela fará sexo, independentemente de fatores como atração, identidade ou excitação. Dessa forma, mesmo que os participantes estejam falando a verdade quando dizem que reduziram a frequência de relações sexuais homossexuais, eles não necessariamente vivenciam também uma redução na excitação, atração ou uma mudança na sua identidade sexual. Medidas da orientação sexual, para serem consideradas confiáveis precisam verificar essas quatro dimensões e envolver longos períodos de tempo, muito mais do que *follow-ups* de 12 meses pós intervenção.

As Psicoterapias de Mudança da Orientação Sexual

Ao longo dos anos 70 nota-se que as intervenções baseadas em condicionamento aversivo e de controle de estímulos diminuem drasticamente nas narrativas científicas e passam a ser duramente criticadas, sobretudo em função dos aspectos éticos de se expor uma pessoa a sofrimento físico e psicológico durante o procedimento e pela apresentação de evidências de baixa taxa de sucesso em mudanças duradouras (APA, 2009; Barlow, 1973; Beckstead, 2012; Shidlo & Schroeder, 2002).

Entretanto, os esforços para propor intervenções técnicas, para a mudança de orientação homossexual não são abandonados. Essas intervenções pontuais são substituídas por psicoterapias de mudança de orientação homossexual. Dessa forma, muda-se o foco de intervenções sobre a excitação sexual para um acompanhamento psicológico que visa a produzir mudança em várias dimensões da orientação sexual, com destaque para a dimensão da identidade. Essas psicoterapias ficaram conhecidas por nomes como: terapia de conversão sexual (*Conversion Therapy*); Terapia reparativa (*Reparative Therapy*); terapia de reorientação (*Re-orientation Therapy*) ou ainda pelo nome mais genérico de Esforços de mudança da orientação sexual (*Sexual Orientation Change Effords, SOCE*). Este último é usualmente aplicado para englobar também intervenções não técnicas como o aconselhamento religioso. Passaremos agora para a apresentação de duas dessas propostas terapêuticas destacando seus pressupostos, intervenções e resultados obtidos por meio destas intervenções.

Terapia de Exploração da Fluidiz da Atração Sexual

A SAFE-T é uma modalidade terapêutica oferecida pela Aliança para a escolha terapêutica e integridade científica (*The Alliance for Therapeutic Choice and Scientific Integrity*)². O termo foi escolhido em 2016, e um dos proponentes da terapia, Christopher Rosik (2016), descreve no site da Aliança (texto não publicado) os motivos para a criação do novo nome. O nome tem a finalidade de explicitar a postura terapêutica de que o terapeuta

assistirá o cliente no exame de suas atrações sexuais e que não são utilizadas técnicas danosas à pessoa. Além disso, a criação de um nome próprio envolve o interesse em se apresentar como uma proposta diferente daquelas anteriormente apontadas como antiéticas ou ineficazes.

As intervenções da SAFE-T, como o próprio nome já indica, têm foco na dimensão da atração sexual, mas, como ficará claro após a apresentação das intervenções utilizadas nessa prática, a dimensão do comportamento público também é muito significativa. Seus proponentes argumentam que a atração sexual é fluida e ocorre em resposta a contextos ambientais e relacionais. Partindo disso, eles defendem que a atração sexual não é inata e nem permanente e pode ser modificada tanto espontaneamente como por meio da autodeterminação do indivíduo. Alguns indivíduos teriam interesse em mudar a sua orientação sexual por esta estar em conflito com um ideal de vida satisfatória e significativa, congruente com os valores e metas pessoais e o trabalho do terapeuta SAFE seria o de acompanhar o cliente no exame das escolhas de vida que o ajudam a alcançar esses ideais.

Terapia de Identidade Sexual

De acordo com Throckmorton & Yarhouse (2006) e Yarhouse (2008) algumas pessoas podem vivenciar sua orientação sexual como sendo dissonante de valores pessoais e atitudes, de forma que estes valores e os desejos sexuais parecem irreconciliáveis. Os conflitos podem envolver experienciar atração sexual confusa ou indesejada, se sentir atraído eroticamente por pessoas do mesmo sexo, mas ser emocionalmente interessado no sexo oposto, ser emocionalmente atraído por pessoas do mesmo sexo, mas sexualmente atraído pelo sexo oposto, ou experienciar conflito entre crenças religiosas, valores tradicionais ou atitudes e desejo sexual, comportamento ou identidade.

Tanto a orientação sexual como os valores e atitudes são domínios importantes da experiência subjetiva e eles devem ser respeitados e integrados na terapia da forma que se mostrar mais apropriada. Além disso, para os autores, pessoas que enfrentam conflito pessoal com a atração por pessoas do mesmo sexo não vão resolver esse conflito por meio do desenvolvimento de uma identidade GLB. Algumas pessoas religiosas vão considerar que sua identidade religiosa é um princípio organizativo mais fundamental de sua identidade do que a orientação sexual. O oposto também acontece, algumas pessoas religiosas vão considerar que suas crenças devem ser modificadas para permitir uma integração com a atração por pessoas do mesmo sexo. Ainda de acordo com os autores, a psicologia não tem base empírica para considerar que a sexualidade deve ser privilegiada sobre as crenças religiosas ou vice-versa. Dessa forma, a escolha cabe ao cliente.

A Terapia de identidade sexual se diferencia da SAFE-T por não estabelecer a aceitação da orientação homossexual ou a conversão da mesma como meta prévia ao tratamento. Ela foi delineada para pessoas que vivenciam conflito pessoal entre sua orientação sexual e outros valores e oferece a possibilidade de uma síntese entre esses fatores que pode seguir tanto pela aceitação de uma identidade homossexual como pela recusa desta.

Um dos elementos comuns a ambas as propostas terapêuticas é a defesa da autodeterminação da orientação sexual. Esses autores acreditam que a orientação sexual pode ser deliberadamente direcionada e que não é antiético fazê-lo, se a pessoa se encontrar em conflito com a orientação sexual atual. A despeito disso, nenhuma das propostas terapêuticas oferece, por exemplo, psicoterapias para a mudança da orientação heterossexual para a homossexual, ou psicoterapias que propiciem autoafirmação da identidade homossexual.

Outro elemento destacado em ambas as propostas é que não há uma expectativa de um abandono completo da orientação homossexual mesmo que o tratamento seja bem-sucedido. A Aliança para a Escolha Terapêutica publicou um manifesto sobre seu posicionamento quando à compreensão da orientação sexual no qual afirma:

A Aliança acredita que é muito mais útil e acurado conceituar a mudança como ocorrendo em um continuum. Isso é, de fato, como a orientação sexual é definida na pesquisa moderna. Desde as bem conhecidas escalas Kinsey a achados subsequentes pertinentes à mudança, esses estão comumente descritos em termos categoriais. A Aliança afirma que alguns indivíduos que procuram cuidado em função de atrações indesejadas pelo mesmo sexo reportam mudança categorial na orientação sexual. Porém, a Aliança reconhece que outros reportaram que não houve mudança. Entretanto, a experiência de clínicos ATCSI sugere que a maioria dos indivíduos que relatam atração indesejada pelo mesmo sexo e que procuram cuidado psicológico estarão melhor amparados se conceitualizarem a mudança como ocorrendo em um continuum, com muitos sendo capazes de alcançar mudanças sustentáveis na direção e intensidade de sua atração, fantasia e excitação sexual, e considerá-las satisfatórias e significativas.³ (tradução livre).

Por fim, ambas as propostas terapêuticas enfatizam que a psicoterapia de mudança de orientação sexual será oferecida apenas a pessoas que a procuram voluntariamente.

Intervenções

As intervenções utilizadas em atendimentos da SAFE-T não estão sistematizadas em qualquer tipo de publicação acessível ao público. Há, até o momento, um único artigo que buscou investigar relatos verbais de mudança após a exposição à SAFE-T (Santero, Whitehead & Ballesteros, 2018) e citou algumas das intervenções utilizadas por terapeutas

desta abordagem. Entre as intervenções citadas estão: desenvolver relações não-eróticas com pares do mesmo sexo; entender melhor as causas da homossexualidade; meditação e trabalho espiritual; explicar relações entre experiências familiares e da infância e a atração por pessoas do mesmo sexo; aprender a manter limites apropriados; frequentar academia de musculação; se imaginar contraindo AIDS; parar pensamentos homossexuais; e se abster de masturbação.

As intervenções listadas são preocupantes. Os proponentes da SAFE-T afirmam no seu website que a homossexualidade não pode ser relacionada a causas genéticas ou não sociais de forma geral, portanto, eles provavelmente não mencionam as evidências positivas robustas sobre os componentes não-sociais relacionados à homossexualidade (para mais informações sobre essas evidências, sugere-se Bailey et al 2016; Luoto, Krams & Rantala, 2018) durante a intervenção “compreender melhor as causas da homossexualidade”. Além disso, não há suporte da literatura, nem mesmo entre os proponentes da SAFE-T, à hipótese de que determinadas experiências familiares e da infância estão relacionadas à atração para com pessoas do mesmo sexo. Essa intervenção, portanto, não tem suporte científico. A intervenção “se imaginar contraindo AIDS” está baseada num estereótipo equivocado e preconceituoso de que homossexuais apresentam maior frequência de comportamento de risco de contrair a doença. Uma vez que a AIDS é uma Doença Sexualmente Transmissível (DST), os riscos de contaminação são idênticos, independentemente de a relação sexual acontecer entre pessoas do mesmo sexo ou não. De acordo com o Boletim de HIV AIDS no Brasil publicado em 2019 pelo Ministério da Saúde, naquele ano, a porcentagem de novas notificações entre homens a partir dos 13 anos de idade foi de 46,8% na categoria homossexual e 30,3% na categoria heterossexual.

Intervenções como “parar pensamentos homossexuais”; “meditação e trabalho espiritual”; “frequentar academia de musculação”; e “se abster de masturbação” são funcionalmente semelhantes pois visam a estabelecer repertórios de esquiva, ou seja, são comportamentos que têm como impedir que algo aconteça. Um produto inevitável da coerção (Sidman, 1989). Os comportamentos de esquiva são reconhecidos, em práticas psicoterapêuticas comportamentais, como comportamentos-problema, que são fonte de sofrimento e são comumente alvo de intervenção na psicoterápica. Viver à base de esquiva torna os indivíduos negativos, inflexíveis e pouco propensos a explorar novidades (Sidman, 1989) (para uma maior compreensão sobre o entendimento do comportamento de esquiva na clínica, recomenda-se Hayes, Strosahl, & Wilson, 2003; Kanter, Tsai & Kohlenberg, 2010; Tsai et al, 2009). Dessa forma, a proposta de melhora da SAFE-T estaria baseada na

consolidação de repertórios que trazem efeitos negativos à saúde psicológica da pessoa, e, portanto, nem deveriam ser considerados intervenções psicoterapêuticas.

Throckmorton & Yarhouse (2006) propõem uma sistematização da terapia de identidade sexual em quatro etapas. A primeira etapa é a da avaliação. Os proponentes consideram fundamental que a terapia inicie pela identificação das motivações que levam a pessoa a procurar o serviço. Os autores afirmam que, em geral, os clientes descrevem sua demanda em termos de um conflito entre crenças religiosas e desejos sexuais. Para alguns desses clientes, sua religiosidade é o aspecto mais estável de sua identidade. Outros clientes vão descrever este conflito em termos de uma religiosidade que não representa sua consciência de si e seus valores escolhidos.

A segunda etapa da terapia é a consentimento informado adiantado. Os autores sugerem que o cliente em psicoterapia deve ser informado que: (1) a atração por pessoas do mesmo sexo não é considerada um transtorno mental por nenhuma das organizações de saúde mais conhecidas; (2) há diferentes explicações sobre a etiologia da atração sexual e quais são elas; (3) não há um resultado claro esperado de terapias de reorientação nem das terapias e afirmação da homossexualidade ou da terapia de identidade sexual. E que há relatos verbais de benefícios e de danos por pessoas que passaram por terapias para mudança da orientação homossexual; e (4) é possível complementar a psicoterapia com procedimentos alternativos às psicoterapias como as intervenções religiosas, mas que não há evidências de eficácia dessas intervenções.

Nota-se uma preocupação em conscientizar o cliente de que não há problemas em uma orientação não-heterossexual e de que não há garantias de que haverá uma modificação na orientação sexual no sentido desejado pelo cliente. Por outro lado, a possibilidade de o profissional indicar alternativas não-terapêuticas sem validação empírica é problemática. Intervenções religiosas estabelecem a priori a mudança da identidade homossexual como objetivo, o que fere o princípio da Terapia de identidade que é a de não direcionar a autodeterminação do cliente. Além disso, quando um profissional indica intervenções alternativas, ele deve ter uma justificativa sólida, baseada em evidências, para fazê-lo.

A terceira etapa é a da psicoterapia. Nessa etapa o terapeuta vai oferecer suporte enquanto o cliente pondera sobre sua escolha. O objetivo da terapia é ajudar a pessoa a explorar e viver mais confortavelmente com sua identidade sexual que é consistente com seus valores e crenças. Mesmo quando essa meta é alcançada, o profissional deve informar o cliente de que a psicoterapia pode não eliminar rapidamente ou permanentemente todos os aspectos do conflito da identidade sexual.

A quarta fase é a da síntese da identidade sexual. A maioria dos clientes terá feito uma escolha sobre sua identidade sexual nas três primeiras fases. Alguns clientes vão encerrar a terapia após tomar essa decisão e outros vão preferir continuar o acompanhamento, pois a escolha da identidade vai produzir uma série de consequências na vida da pessoa as quais ele prefere vivenciar com o suporte psicoterapêutico. Essas consequências comumente envolvem expandir o contato social com pessoas que apoiam a identidade sexual escolhida e limitar ou reduzir o contato com pessoas e ambientes relacionados à identidade sexual indesejada. Em geral os clientes evitam comportamento sexual até que vivenciem um nível significativo de conforto e desejem essas atividades. Alguns clientes, porém, após fazer a escolha por uma identidade sexual e, ao começar a vivenciar as consequências dessa escolha, podem decidir que essa direção não atende a sua autodeterminação e, portanto, pode preferir retornar a etapas anteriores da psicoterapia.

Quem procura as psicoterapias de mudança da orientação homossexual?

O perfil do público que procura as psicoterapias de mudança da orientação homossexual é pouco estudado. Não é comum que os estudos sobre as propostas terapêuticas mencionem características demográficas do participante. Entre os estudos que buscaram identificar este perfil, diferentes metodologias foram utilizadas. Há aqueles que buscaram identificar características individuais e variáveis da história de vida que diferenciam pessoas que buscaram terapias de mudança da orientação homossexual de pessoas que repudiam a ideia de buscá-las (Maccio, 2010; Tozer e Hayes, 2004). Em outros estudos, buscou-se conhecer em profundidade os participantes que se expuseram a algum tipo de intervenção para mudança da orientação homossexual, a fim de identificar motivações e resultados percebidos sobre a mesma (Beckstead & Morrow, 2004; Flentje, Heck & Cochran, 2014; Shidlo & Schroeder, 2002).

Tozer e Hayes (2004) entrevistaram 206 adultos que se identificavam como homossexuais. Os participantes tinham entre 16 e 73 anos. 79% dos participantes se identificou como religioso cristão. 31 deles já havia se submetido à terapia de mudança da orientação homossexual. Os resultados apontaram que indivíduos com vivência religiosa estão mais propensos a ter uma visão negativa da homossexualidade e a procurar terapias de mudança da orientação homossexual. Os indivíduos com vivência religiosa que não sustentavam uma visão negativa da homossexualidade e pessoas com uma identidade pessoal mais consistente tinham menor probabilidade de terem buscado as terapias de mudança da orientação homossexual. Os autores concluem assim que o desejo em buscar terapias de

mudança da orientação homossexual pode consistir em uma fuga, uma tentativa de se distanciar de padrões introjetados como inaceitáveis.

Na mesma linha do estudo de Tozer e Hayes (2004), Maccio (2010) buscou verificar a probabilidade de o participante aderir ou não a uma proposta de mudança de orientação homossexual. Participaram 263 adultos que se identificavam como gays, lésbicas ou bissexuais. Os participantes foram então divididos em dois grupos: aqueles que já passaram ou nunca passaram por algum tipo de intervenção para mudança da orientação sexual. 52 participantes responderam que já haviam participado de, pelo menos, uma intervenção, na maioria dos casos, oferecida por religiosos sem formatação profissional de terapeuta.

Shidlo & Schroeder (2002) entrevistaram 216 pessoas que já passaram por, pelo menos, seis sessões de psicoterapia ou aconselhamento religioso com a finalidade de mudança da orientação homossexual. Entre as motivações para procurar ajuda para a mudança da orientação homossexual estão a visão da orientação homossexual como um obstáculo para estabelecer relações sociais; culpa religiosa e receio de rejeição pela comunidade religiosa; e medo da danação eterna. Alguns participantes relataram também que buscavam o tratamento para salvar um casamento heterossexual e para não ser expulso ou perder uma bolsa de estudos em universidades religiosas. A autora observou correlações significativas entre participar de uma dessas intervenções e: (1) maiores expectativas de reações negativas da família com a publicização da homossexualidade; e (2) ideias religiosas mais fundamentalistas.

Beckstead & Morrow (2004) realizaram um estudo com 42 dois participantes mórmons que se identificavam como beneficiados ou prejudicados pela experiência da terapia de mudança de orientação homossexual. Entre os que se consideravam beneficiados, os relatos foram de que procuraram a terapia porque sentiam que ser gay era como ter uma doença que os levariam a uma vida ruim com: múltiplos parceiros sexuais; grandes chances de contrair uma DST; serem isolados socialmente; e serem excomungados em suas comunidades religiosas. De acordo com Beckstead & Morrow (2004), os participantes que procuraram esse tipo de terapia vivenciavam, além das crenças religiosas negativas, uma autoimagem pejorativa (*viado, sapatona, pervertido*); vivências emocionais negativas; e comportamentos de enfrentamento autodestrutivos.

Flentje, Heck & Cochran (2014) entrevistaram 38 pessoas que se identificavam como ex ex gays, pessoas que já passaram por algum tipo de intervenção para mudança da orientação homossexual, viveram um período como heterossexuais e depois constataram que continuavam a se identificar como gays. Entre os 38, 36 se declararam religiosos. Entre as

razões para procurarem intervenções de mudança da orientação homossexual, o tema mais comum foi o de crenças religiosas incompatíveis com a homossexualidade. Eles relataram que foram ensinados que seriam punidos por Deus por serem gays; que ser gay era incompatível com o sistema religioso do qual faziam parte; que a comunidade religiosa a qual frequentavam apresentava crenças negativas sobre gays e que desejavam ter uma família normal com um casamento e filhos e que esse desejo seria incompatível com a homossexualidade.

Todos os estudos citados aqui são do tipo retrospectivos, ou seja, os participantes já passaram pela (ou decidiram não se expor a) terapia de mudança da orientação homossexual. Apesar das diferentes metodologias, todos os estudos apontam três variáveis como preditivas da busca por essas intervenções: seguir alguma religião cristã; introjetar uma visão religiosa negativa da homossexualidade; rejeição da família (esperada ou já concretizada). Estudos como o de Maccio (2010) tentaram separar a pressão para se conformar a normas de comunidades religiosas, da pressão familiar e da sociedade como um todo (atender a uma expectativa social heteronormativa). A autora observou que a busca pela conformidade social não foi preditiva de maior propensão a aderir a essas terapias, ao contrário da pressão da comunidade religiosa e da família. Esse achado sugere que a hostilidade social direcionada à homossexualidade não é suficiente para levar pessoas a procurar terapias de mudança da orientação sexual.

Considerações Finais

As propostas psicoterapêuticas para mudança da orientação homossexual aqui apresentadas se alinham em algumas partes a algumas evidências robustas da literatura sobre a orientação sexual, como a questão da fluidez da atração sexual (Bailey et al, 2016; Luoto, Krams & Rantala, 2018). Mas, ao mesmo tempo, advogam posturas altamente questionáveis como a de que a atração sexual ou a identidade sexual pode ser autodeterminada ou deliberada, afirmação sem amparo empírico.

Pesquisadores que contestam a hipótese da autodeterminação da orientação sexual (Bailey et al, 2016) argumentam que quando consideramos as quatro dimensões da orientação sexual, algumas delas, mais notadamente a do comportamento podem ser razoavelmente consideradas como autodeterminadas. Mas o mesmo não se aplica a outras dimensões como a da atração e excitação sexual.

Nota-se que, apesar de se apresentarem como psicoterapias para a mudança da orientação homossexual, nenhuma das duas propostas apresenta intervenções que cubram as

quatro dimensões da orientação sexual, restringindo-se apenas à questão da atração e comportamento sexual, no caso da SAFE-T, e identidade e comportamento sexual, no caso da Terapia de Identidade Sexual.

Todas as propostas de mudança da orientação homossexual citadas aqui são baseadas em pressupostos de escolha e autodeterminação ou em condicionantes ambientais para a orientação sexual. Algumas propostas subestimam ou ignoram fatores não-sociais e a SAFE-T, especificamente nega esse tipo de fator como fazendo parte da orientação sexual.

Até o presente momento, não há evidências robustas de que qualquer uma das duas propostas terapêuticas tenha alcançado resultados positivos na mudança de orientação homossexual. Em ambas as propostas há relatos anedóticos de casos de sucesso, mas em nenhuma delas há dados sobre *follow-up*. Santero, Whitehead & Ballesteros (2018) apresentam autorrelatos de manutenção de mudanças na orientação sexual em pacientes após 2 anos do encerramento da terapia, mas esses dados estão sujeitos aos vários vieses que atravessam a mensuração verbal da orientação sexual. Além disso, os autores não apresentam definições claras do que seria a mudança de orientação sexual, se esta engloba apenas mudanças de comportamento como deixar de concretizar atividades sexuais com pessoas do mesmo sexo ou se envolve também mudanças de atração, identidade e excitação.

Intervenções psicoterapêuticas para mudança da orientação sexual são aplicadas há várias décadas sem qualquer resultado positivo conhecido e com vários efeitos negativos já documentados. O estudo de Maccio (2010) citado acima sugere que a busca por essas intervenções tem pouco a ver com variáveis individuais, como o “desejo de ser como a maioria”, e mais a ver com pressões da família e comunidade religiosa. Por tudo isso, é preciso continuar questionando: a quem servem as terapias de mudança da orientação homossexual?

Referências

American Psychiatric Association, (1973). *Homosexuality and sexuality orientation disturbance: Proposed change in DSM-II, 6th printing, page 44*. The American Psychiatric Association. APA Document Reference No. 730008.

American Psychological Association. (2009). Report of the American Psychological Association’s Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation.

- Washington, DC: American Psychological Association. Disponível em: <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf>
- Bailey, J. M., Vasey, P. L., Diamond, L. M., Breedlove, S. M., Vilain, E., & Epprecht, M. (2016). Sexual Orientation, Controversy and Science. *Psychological science in the public interest*, 17 (2), p. 45-101. DOI: 10.1177/1529100616637616
- Barlow, D. H. (1973). Increasing Heterosexual Responsiveness in the Treatment of Sexual Deviation: a review of the clinical and experimental evidence. *Behavior Therapy*, volume 4, Issue 5. p. 655-671. DOI: 10.1016/S0005-7894(73)80158-3
- Barlow, D., Agras, W. S. (1973). Fading to Increase Heterosexual Responsiveness in Homosexuals. *Journal of Applied Behavior Analysis*, volume 6, issue3, p. 355-366. DOI: 10.1901/jaba.1973.6-355.
- Beckstead, A. L. (2012). Can we change sexual orientation? *Archives of Sexual Behavior*, volume 41, p. 121-134. DOI: 10.1007/s10508-012-9922-x
- Beckstead, A. L., & Morrow, S. L. (2004). Mormon clients' experiences of conversion therapy: the need for a new treatment approach. *The Counseling Psychologist*, volume 32, issue 5, p. 651-690. DOI:10.1177/0011000004267555
- Brancroft, J. & Marks, I. (1968). Electric Aversion Therapy of Sexual Deviations. *Proceeds of Royal Society of Medicine*. Volume 61, issue 8, p. 796-799. DOI: 10.1177/003591576806100827
- Callahan, E. J. & Leitenberg, H. (1973). Aversion Therapy for Sexual Deviation: contingent shock and covert sensitization. *Journal of Abnormal Psychology*. Volume 81 (1), p. 60-73. DOI: 10.1037/h0034025
- Conrad, S. R., & Wincze, J. P. (1976). Orgasmic reconditioning: a controlled study of its effects upon the sexual arousal and behavior of adult male homosexuals. *Behavior Therapy*, volume 7, issue 2, p.155-166. DOI: 10.1016/S0005-7894(76)80271-7
- Feldman, M. P., & MacCulloch, M. J. (1965). The application of anticipatory avoidance learning to the treatment of homosexuality: theory, technique, and preliminary results. *Behavior Research and Therapy*, volume 2, issues 2-4, p. 165-183. DOI: 10.1016/0005-7967(64)90013-0
- Flentje, A., Heck, N. C., & Cochran, B. N. (2014). Experiences of ex – ex – gay individuals in sexual reorientation therapy: reasons for seeking treatment, perceived helpfulness and harmfulness of treatment. And post-treatment identification. *Journal of Homosexuality*, volume 61, issue 9, p. 1242-1268. DOI: 10.1080/00918369.2014.926763

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York, London: The Guilford Press.
- Kanter, J. W., Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (eds.) (2010). *The practice of functional analytic Psychotherapy*. New York, Dordrecht, Heidelberg, London: Springer. DOI: 10.1007/978-1-4419-5830-3
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Publishins Corporation.
- Luoto, S., Krams, I., & Rantala, M. J. (2018). A life history approach to female sexual orientation spectrum: evolution, development, causal mechanisms, and health. *Archives of sexual behavior*, volume 48(5), p.1273-1308. DOI: 10.1007/s10508-018-1261-0.
- Organização Mundial da Saúde. (1997) CID – 10 *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10 ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Maccio, E. M. (2010) Influence of Family, Religion, and Social Conformity on Client Participation in Sexual Reorientation Therapy. *Journal of Homosexuality*, volume 57, issue 3, p. 441-458. DOI: 10.1080/00918360903543196
- Ministério da Saúde (2019). *Boletim epidemiológico HIV/Aids*.
- Ovesey, L., Gaylin, W., & Hendin, H. (1963). Psychotherapy of male homosexuality. *Archives of General Psychiatry*, volume 9, n° 1, p. 19-31. DOI: 10.1001/archpsyc.1963.01720130021003
- Rado, S. (1949). *An adaptational view of sexual behavior*. In. P. Hoch and J. Zubin (eds.) *Psychosexual development in health and disease*. New York: Grune and Stratton, 1949.
- Ramsey, R. W., & Van Velzen, V. (1968). Behavior therapy for sexual perversions. *Behaviour Research and Therapy*, volume 6, issue 2, p. 17-19. DOI: 10.1016/0005-7967(68)90013-2
- Rosik, C. (2016). Sexual Attraction Fluidity Exploration in Therapy (SAFE-T). Texto não publicado. Disponível em: https://docs.wixstatic.com/ugd/ec16e9_1940a968273d47f5be4bdf9614d2dd0c.pdf
Acessado em 22 de outubro de 2018.
- Santero, P. L., Whitehead, N. E., & Ballesteros, D. (2018) Effects of Therapy on Religious Men Who Have Unwanted Same-Sex Attraction. *The Linacre Quarterly*, volume 87, issue 1, p. 1-17. DOI: 10.1177/0024363918788559

- Shidlo, A., & Schroeder, M. (2002). Changing Sexual Orientation: a consumers' report. *Professional Psychology: research and practice*, volume 33(3), p. 249-259. DOI: 10.1037//0735-7028.33.3.249
- Sidman, M. (1989). *Coercion and its fallout*. Boston, MA: Authors Cooperative.
- Tozer, E. E., & Hayes, J. A. (2004). Why do individuals seek conversion therapy? The role of religiosity, internalized homonegativity, and identity development. *The Counseling Psychologist*, volume 32 issue 5. DOI: 10.1177/0011000004267563
- Throckmorton, W. & Yarhouse, M. A. (2006). Sexual Identity therapy: Practice framework for managing sexual identity conflicts. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/228355018_Sexual_identity_therapy_Practice_framework_for_managing_sexual_identity_conflicts Acesso em 21 de outubro de 2018.
- Wolpe, J. (1969). *The Practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.
- Yarhouse, M. A. (2008). Narrative Sexual Identity Therapy. *The American Journal of Family Therapy*, volume 36, issue 3, p.196-210. DOI: 10.1080/01926180701236498

Notas de rodapé

² As informações sobre a SAFE-T foram obtidas no site da instituição: www.therapeuticchoice.com/

³ Texto original: “[...] The Alliance believes that it is far more helpful and accurate to conceptualize such change as occurring on a continuum. This is in fact how sexual orientation is defined in most modern research, starting with the well-known Kinsey scales, even as subsequent findings pertinent to change are often described in categorical terms. The Alliance affirms that some individuals who seek care for unwanted same-sex attractions do report categorical change of sexual orientation. Moreover, the Alliance acknowledges that others have reported no change. However, the experience of ATCSI clinicians suggests that the majority of individuals who report unwanted same-sex attractions and pursue psychological care will be best served by conceptualizing change as occurring on a continuum, with many being able to achieve sustained shifts in the direction and intensity of their sexual attractions, fantasy, and arousal that they consider satisfying and meaningful.” Disponível em: https://docs.wixstatic.com/ugd/ec16e9_1d6108cfa05d4a73921e0d0292c0bc91.pdf