

O preconceito sexual internalizado por homossexuais e suas correlações

Indivíduos estigmatizados estão freqüentemente expostos a ameaças diretas e indiretas à sua auto-estima. Estereótipos de que os homossexuais são seres humanos inferiores, que possuem defeitos de caráter moral, são mantidos por determinadas instituições sociais (tais como família, escola, Igreja e Estado) e pelos meios de comunicação de massa em geral. Se por um lado o indivíduo não aceita passivamente as visões negativas da sociedade com relação à sua sexualidade, estas imagens são tão difundidas que se torna difícil deixar de internalizá-las em algum grau, sobretudo durante a infância (Crocker e cols., 1998; Gaines, 2001; Pereira & Leal, 2002). Gays que internalizam estas crenças podem se sentir inferiores aos heterossexuais e incapazes de alcançar objetivos que contradigam o preconceito.

Tal como mencionado anteriormente, os eventos de vida negativos decorrentes do preconceito institucionalizado e da discriminação podem ser chamados de *estressores externos*, enquanto que os *estressores internos* seriam aqueles ligados ao preconceito internalizado. Em outras palavras, pode-se dizer que quando o estereótipo é muito forte ou pernicioso, membros do grupo alvo tendem a aceitá-lo e incorporá-lo à sua auto-imagem, fazendo com que sentimentos negativos com relação à própria orientação sexual sejam generalizados para o *self* como um todo. Este processo possui semelhanças com a teoria de Allport ([1954] 1979) sobre os “traços devido à estigmatização”. Assim, este autor argumenta que indivíduos estigmatizados apresentam reações defensivas como um resultado do preconceito experienciado na sociedade. Estes mecanismos podem ser “extrovertidos” (uma preocupação obsessiva com características estigmatizantes, por exemplo) ou “introvertidos” (incluindo ódio contra si mesmo e identificação com o agressor). Postulamos, junto com Williamson (2000), que os mecanismos considerados “introvertidos” podem ser equacionados com as teorias correntes sobre preconceito internalizado.

A teoria de que homossexuais poderiam internalizar o preconceito existente na sociedade surgiu na década de 70 (Kingdon, 1979; Weinberg, 1972), mas a idéia só ganhou força a partir de 1980, com a criação do conceito de *homofobia internalizada*, por Malyon (1982). Não obstante os termos *preconceito sexual internalizado* e *homofobia internalizada* aparecerem como sinônimos na literatura especializada, utilizaremos apenas o primeiro termo, pois, tal foi como exposto anteriormente, discordamos do conceito de homofobia⁴⁵. Ressaltamos, igualmente, que alguns autores (Kitzinger & Perkins, 1993; Russell & Bohan, 2006), criticam a idéia de preconceito internalizado por acreditarem que esta re-patologiza os homossexuais e que nosso foco de atenção deve estar voltado para a desconstrução do preconceito institucionalizado, isto é, aquele presente na sociedade mais ampla. Não obstante, em consonância com a noção de que o preconceito contra homossexuais deva ser combatido, postulamos que esta atitude não invalida o fato de que muitos indivíduos internalizam este preconceito, e que os sintomas clínicos correlacionados com esta dinâmica devam ser trabalhados. Vale lembrar também que apesar de estarmos tratando do preconceito *sexual* internalizado, isto é, aquele experienciado por minorias sexuais, o preconceito internalizado, como conceito mais amplo, está presente entre membros de outros grupos estigmatizados (tais como os negros, por exemplo), que têm seu auto-conceito prejudicado pela internalização do preconceito e de sentimentos associados com a discriminação.

O *preconceito sexual internalizado* pode ser definido sucintamente como a “*aceitação pelos indivíduos homossexuais das atitudes negativas veiculadas pela sociedade em relação à homossexualidade*” (Antunes & Machado, 2005: 8). Esta aceitação resultaria em “*sentimentos negativos sobre o self – principalmente culpa e vergonha de ser gay ou lésbica ou de experienciar desejo homossexual*” (Downey & Friedman, 1995: 435; tradução nossa). Em outras palavras, o sujeito passa a acreditar que o *self* é inerentemente mau, sem valor ou repulsivo, e de que boa parte de seus problemas pessoais decorrem disto. De um modo geral, o preconceito internalizado se apresenta em um contínuo que vai desde questionamentos sobre seu próprio valor como indivíduo até o ódio por si mesmo,

⁴⁵ Vale lembrar também que pesquisas recentes (Amadio, 2006; Szymanski & Chung, 2003) têm utilizado cada vez mais o conceito de *heterossexismo internalizado* como um sinônimo para *preconceito internalizado*.

estando correlacionado também com depressão, baixa auto-estima, vergonha, culpa, medo, desconfiança, confusão, insegurança, ansiedade, queixas psicossomáticas, sentimentos de solidão, frustração, isolamento social, dificuldade de estabelecer e manter relacionamentos amorosos, violência doméstica, disfunções sexuais, comportamento sexual de risco, hostilidade, abuso de álcool e drogas, transtornos alimentares, e comportamento ou ideação suicida (Atkins, 1998; Brown, 1986; Dew & Chaney, 2005; Friedman, 1991; Gaines e cols., 2005; Herek e cols., 1997; Lehman, 1997; McGregor e cols., 2001; McKirnan & Peterson, 1989; Meyer, 1995; Reece, 1988; Rofes, 1983; Shidlo, 1987, 1994; Szymanski e cols., 2001; Wagner e cols., 1996). Dificulta, igualmente, a adoção de uma identidade gay positiva e, no caso de sofrerem algum tipo de discriminação ou violência, estes indivíduos tendem a colocar a culpa em si mesmos (pois acreditam que mereceram o castigo), o que diminui ainda mais sua auto-estima (Malyon, 1982; Sophie, 1987; Wagner e cols., 1994). “*Muitas lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros sentem que o próprio centro do seu ser é maculado, inaceitável. (...) A surpresa é que alguém sobreviva a esta situação. Muitos não conseguem.*” (Finnegan & McNally, 2002: 92-93; tradução nossa).

De acordo com uma série de autores (Allen & Oleson, 1999; Forstein, 1988; George & Behrendt, 1988a; Gonsiorek, 1988; Szymanski e cols., 2001), a internalização do preconceito é um evento experienciado, em diversos graus, por quase todos os homossexuais criados em sociedades ocidentais. Não obstante o número razoavelmente grande de estudos que tratam deste tema, existe uma escassez significativa de pesquisas no que se refere à *prevalência* do preconceito internalizado entre homossexuais. Shidlo (1994), por exemplo, aponta para os inúmeros problemas metodológicos das poucas pesquisas existentes, aliado ao fato de que grande parte destes dados foram coletados na década de 70 e, portanto, em um período histórico anterior às conquistas do movimento homossexual e ao advento da AIDS, eventos que marcaram profundamente a experiência de ser homossexual na nossa sociedade. Apesar das críticas, no entanto, acreditamos ser importante mencionar que de acordo com alguns estudos sobre preconceito internalizado (Bell & Weinberg, 1978; Jay & Young, 1977), em torno de 30% dos homossexuais poderiam ter atitudes ou sentimentos negativos com relação à própria homossexualidade em algum momento de suas vidas.

A partir da década de 70 também existiram tentativas de criar escalas, inventários ou questionários que fossem capazes de medir o preconceito internalizado com um grau razoável de precisão. Dentre as mais conhecidas citamos: *Nungesser Homosexuality Attitudes Inventory* ou *NHAI* (Nungesser, 1983), *Internalized Homophobia Inventory* ou *IHI* (Alexander, 1986), *Internalized Homophobia Scale* ou *IHP* (Martin & Dean, 1987) e *Internalized Shame Scale* ou *ISS* (Cook, 1994). De acordo com Shidlo (1994), em que pese alguns problemas metodológicos, a escala com melhor operacionalização e validade é a *NHAI*, criada por Nungesser (1983). Deste modo, Shidlo (1994) dedicou-se a elaborar uma versão atualizada da *NHAI*, simultaneamente criando uma escala distinta, mas complementar, intitulada *AIDS-Related Internalized Homonegativity* ou *ARIH*, com o intuito de investigar crenças ligadas à AIDS que não faziam parte do instrumento original de Nungesser (1983). Utilizando estas duas escalas, Shidlo (1994) encontrou correlações entre preconceito internalizado e sintomas tais como depressão, doenças psicossomáticas, baixa auto-estima, sentimentos de falta de estabilidade do *self*, desconfiança e solidão. Postula, também, que indivíduos que recebem pouco suporte sócio-emocional de outros gays e lésbicas tendem a apresentar graus mais elevados de preconceito internalizado.

Mais recentemente, Ross e Rosser (1996) elaboraram a *Internalized Homophobia Scale*, enquanto que Mayfield (2001) desenvolveu o *Internalized Homonegativity Inventory* ou *IHNI*, baseado no já citado inventário de Nungesser (1983). Currie e cols. (2004), por sua vez, elaboraram a *Short Internalized Homonegativity Scale*, uma versão resumida e melhorada das escalas de Ross e Rosser (1996) e de Mayfield (2001)⁴⁶. Não obstante os esforços dos autores mencionados acima, uma análise mais detalhada destes novos instrumentos revela a persistência de uma série de problemas metodológicos que precisam ser sanados antes que estas escalas possam ser usadas para mensurar, confiavelmente, o preconceito internalizado em homossexuais. Por este motivo não utilizaremos quaisquer escalas no nosso *Estudo de Campo*, optando por realizar entrevistas em profundidade com o intuito de melhor investigar a dinâmica do preconceito sexual internalizado em homossexuais masculinos.

⁴⁶ Neste mesmo período foi desenvolvida a *The Lesbian Internalized Homophobia Scale* ou *LIHS* (Szymanski & Chung, 2001), criada especificamente para medir o preconceito internalizado entre lésbicas.

De acordo com Finnegan e McNally (2002), o preconceito internalizado se inicia muito cedo na vida dos homossexuais, que são expostos desde crianças (assim como o resto da sociedade) aos valores preconceituosos presentes na nossa cultura. Segundo Herek (1994) e Wood (1990), por exemplo, na sociedade ocidental a maioria das pessoas é consistentemente ensinada a condenar a homossexualidade como sendo algo pecaminoso ou moralmente errado, a considerá-la anti-natural e a reagir com repulsa diante desta orientação sexual. Em outras palavras, podemos dizer que antes mesmo que o indivíduo se dê conta de qualquer diferença sexual ele já teria aprendido os perigos associados a uma não-heterossexualidade (Malyon, 1982; Pecheny, 2004). Esta aprendizagem, por sua vez, se daria através dos estereótipos, e conseqüente discriminação, a que sujeitamos determinados grupos sociais. Gradualmente, o sujeito aprenderia estes valores, os internalizaria e os aceitaria como “verdades”, incorporando-os no seu auto-conceito⁴⁷. Tal como nos aponta Goffman:

... os padrões que ele incorporou da sociedade maior tornam-no intimamente suscetível ao que os outros vêem como seu defeito, levando-o inevitavelmente, mesmo que em alguns poucos momentos, a concordar que, na verdade, ele ficou abaixo do que realmente deveria ser. A **vergonha** se torna uma possibilidade central, que surge quando o indivíduo percebe que um de seus próprios atributos é impuro... (Goffman, [1963] 1988: 17; grifos nossos)

Postulamos, junto com outros autores (Allen & Oleson, 1999; Svensson, 2003), que uma das características centrais do preconceito internalizado é o sentimento de vergonha (tanto individual, quanto grupal), e o conseqüente desejo de se esconder, experienciado pelos homossexuais. A vergonha, pode ser assim definida:

... aquele sentimento de auto-castigo que surge quando estamos convencidos de que existe algo em nós mesmos que é errado, inferior, falho, fraco ou sujo. A vergonha é fundamentalmente um sentimento de desprezo contra nós mesmos, uma visão odiosa do nosso self através dos nossos próprios olhos – apesar desta visão poder ser determinada por como esperamos ou acreditamos que outras pessoas estejam nos experienciando. Geralmente esta visão é acompanhada por auto-consciência e pela convicção de que falhamos em algo

⁴⁷ Não devemos assumir, no entanto, que todos os homossexuais sejam afetados da mesma forma ou com a mesma intensidade pelas influências culturais descritas aqui. Tal como postula Malyon: “*O significado desenvolvimentista de qualquer aspecto particular da experiência de socialização é determinado pelas vulnerabilidades especiais, necessidades e estratégias defensivas de cada indivíduo*” (Malyon, 1982: 61-62; tradução nossa).

importante, o que por sua vez gera um desejo de encobrimento. (Morrison, 1998: 103; tradução nossa)

De um modo geral, acreditamos que o sentimento de vergonha pode ser introjetado pelo indivíduo (caso no qual ele se tornará um componente central do preconceito internalizado), ou pode se transformar em raiva e violência, direcionadas, em forma de retaliação, à sociedade mais ampla. Seja qual for a situação, a vergonha deve ser trabalhada para que o sujeito possa eventualmente assumir a própria orientação sexual e integrar este aspecto da sua identidade à sua vida como um todo (Barret & Barzan, 1996).

Muitos reagem vivendo e medindo suas vidas de acordo com os valores homo/bi/transfóbicos e heterossexistas da sociedade. Assim, não é incomum para indivíduos gays, lésbicos, bissexuais e transgêneros acreditar que heterossexuais são superiores, e homossexuais inferiores. (Finnegan & McNally, 2002: 93; tradução nossa)

Segundo as autoras acima, o sujeito lida com estas crenças negativas de várias formas distintas. Alguns homossexuais vivem como se fossem heterossexuais, porque assumir sua orientação sexual significaria ter que lidar com a idéia de que eles são indivíduos de “segunda categoria”, imorais, doentes, estigmatizados, irreparavelmente defeituosos e inaceitáveis para a sociedade, para suas famílias e para si mesmos. A pesquisa realizada por Allen e Oleson (1999), verificou, por exemplo, que os seguintes estereótipos estavam associados com o sentimento de vergonha entre homossexuais e, conseqüentemente, com preconceito internalizado: pervertido, efeminado, fraco, doente, defeituoso, passivo e pouco masculino.

De acordo com Finnegan e McNally (2002), homossexuais com preconceito internalizado tendem a utilizar uma série de defesas psíquicas para lidar com seu conflito interior e com a ansiedade crônica decorrente deste, sendo as mais comuns: negação, reação formativa, racionalização, hostilidade/raiva e encobrimento. A seguir, analisaremos, brevemente, cada uma destas defesas.

A *negação* pode ser considerada uma das defesas psíquicas mais poderosas, sobretudo no caso de homossexuais com preconceito internalizado. Sucintamente, a negação pode ser definida como um “*mecanismo de defesa em que aos fatos ou implicações lógicas da realidade externa é negado*

reconhecimento, em favor de fantasias internas de concretização de meros desejos” (Cabral & Nick, 2003: 205). Em outras palavras, é essencialmente um processo através do qual o sujeito inconscientemente modifica a realidade para que esta se adapte às suas necessidades. De fato, o indivíduo que faz uso desta defesa cria uma realidade subjetiva completamente distinta, na medida em que distorce ou muda fatos e eventos da realidade “objetiva” (isto é, a que é compartilhada pelas pessoas a seu redor)⁴⁸. Desta forma, o sujeito é capaz de ignorar uma informação que, se fosse apreendida, seria uma ameaça para sua auto-estima, gerando uma ansiedade intolerável. Para muitas pessoas, apenas contemplar a possibilidade remota de que ela possa se sentir atraída por outras do mesmo sexo é tão perigosa e aterrorizante que a negação é a única saída psíquica que ela encontra para lidar com estes sentimentos “inaceitáveis”. Deste modo, é inteiramente possível, e muito mais freqüente do que o senso comum nos faz crer, que determinados indivíduos adotem comportamentos homossexuais sem, necessariamente, se considerarem gays.

De acordo com Finnegan e McNally (1992), indivíduos que internalizam estereótipos negativos com relação à homossexualidade podem realizar uma cisão em suas vidas, tendo relacionamentos homossexuais e heterossexuais simultaneamente. Estes sujeitos podem não se ver como gays mesmo se comportando homossexualmente, pois, nas suas cabeças, eles são heterossexuais. Muitos se casam com o objetivo de negar sua orientação sexual ou de se assegurarem que, de fato, se sentem atraídos pelo sexo oposto. Vale lembrar que este tipo de atitude é bastante diferente daquela adotada por bissexuais ou por homossexuais que levam uma vida dupla: uma situação é não querer se assumir, outra completamente distinta é não conseguir sequer admitir para si mesmo a própria homossexualidade, considerada inaceitável. Outro caminho adotado por indivíduos com preconceito internalizado é o religioso, isto é, o sujeito pode acreditar que estará a salvo de seus desejos homossexuais se viver uma vida de celibato ou de serviço a Deus. Infelizmente, seja qual for o caminho escolhido, grande parte das atitudes que estes indivíduos adotam para lidar com o

⁴⁸ Estamos cientes das complexas discussões em torno dos conceitos de “realidade” e “subjetividade”. No entanto, não é nosso objetivo abordá-las aqui, visto que fogem ao escopo desta tese.

preconceito internalizado tende a potencializar seus sentimentos de vergonha, ódio ou culpa.

A *formação reativa* (também conhecida como *formação de reação*), “consiste na adoção de um padrão de comportamento que é diretamente o oposto da tendência reativa que a pessoa está tentando esconder, negar ou refutar” (Cabral & Nick, 2003: 122). Neste sentido, pode ser considerada uma defesa poderosa na qual o sujeito se defende daquilo que ele tem medo de ser identificando-se, agindo ou se transformando no oposto. Indivíduos que fazem uso deste mecanismo com frequência se identificam com e se transformam no agressor, isto é, alguém que ataca determinadas características ou grupo de pessoas (Friedman, 1998). Como exemplos podemos citar indivíduos que, com medo de serem homossexuais, se unem a determinados grupos sociais (religiosos, conservadores ou preconceituosos de um modo geral) e passam a condenar, publicamente, a homossexualidade e tudo aquilo que se associe a esta orientação sexual. Neste caso, o ódio a si mesmo seria desviado para o próprio grupo. Outros comportamentos mais “sutis” também podem ser indícios de formação reativa em homossexuais com preconceito internalizado: contar um número excessivo de piadas anti-gays, ou adotar um comportamento exagerado e estereotipicamente considerado “masculino”, são alguns exemplos.

A *racionalização* é o processo através do qual a pessoa consegue dar uma explicação “alternativa” para um evento, comportamento, pensamento ou sentimento que ela não é capaz de tolerar. Assim, através da racionalização, a realidade é transformada ou distorcida para que se torne menos ameaçadora. No caso de homossexuais com preconceito internalizado, racionalizações incluiriam idéias do tipo: “Eu só fiz aquilo porque estava bêbado/drogado.”, “Eu não sou assim. Não é minha culpa. Fui seduzido.”, “Estava curioso. Tenho uma mente aberta e estou disposto a experimentar de tudo.”, “É uma fase.”, “Somos apenas bons amigos.” ou “Não há necessidade de falar sobre minha vida pessoal.”.

Outra reação defensiva citada por Finnegan e McNally (2002) é a de agir com *raiva e hostilidade*. De acordo com as autoras, enfurecer-se diante de uma injustiça certamente é uma reação mais saudável frente a uma situação de preconceito, do que cair em desespero; mas quando esta defesa se transforma em uma resposta rígida, automática e incontrolável, ela tende a afastar outras pessoas e a criar problemas para o sujeito nas áreas de intimidade e afetividade.

Homossexuais com preconceito internalizado podem, por exemplo, verbalmente agredir outras pessoas com comentários hostis ou sarcásticos, ser extremamente argumentativos e confrontativos, distanciar-se com raiva de contatos sociais, ou constantemente questionar tudo e todos. Outra possibilidade refere-se a indivíduos que tentam, abertamente, provocar as pessoas à sua volta, exibindo sua orientação sexual em situações nas quais ela não é relevante, ou comportando-se de forma extremamente estereotipada e efeminada, apenas com a intenção de agredir e chocar (e não porque o sujeito, de fato, se sente confortável com sua orientação sexual).

O *encobrimento*, já discutido anteriormente, é uma estratégia utilizada por grande parte dos homossexuais durante algum período de suas vidas, geralmente enquanto ainda não são capazes de assumir sua orientação sexual. No caso dos homossexuais masculinos, exemplos comuns de encobrimento seriam os de levar amigas para eventos familiares (com a intenção de que estas pareçam ser suas namoradas), referir-se a namorados utilizando termos neutros tais como “pessoa” (e.g. “conheci uma pessoa ontem”), evitar falar sobre sua vida pessoal, tentar se vestir, falar e agir como um homem heterossexual, evitar contatos com outros indivíduos que pareçam homossexuais, forçar-se a ter um grande número de relacionamentos heterossexuais ou até mesmo casar-se e/ou ter filhos com uma mulher. Para gays com preconceito internalizado, no entanto, o encobrimento faz parte de uma defesa psíquica rígida, inflexível e diária, sem a qual o sujeito não consegue lidar com sua orientação sexual. Ao contrário das demais defesas, o encobrimento é uma escolha consciente, apesar de que, para alguns indivíduos, é possível que ela acabe se tornando uma resposta automática devido à elevada frequência com que é utilizada.

À luz da realidade da homo/bi/transfobia, o encobrimento é uma defesa válida, saudável e adaptativa, necessária para proteger tais coisas como a segurança pessoal, auto-estima, emprego ou família. O que não é saudável sobre o encobrimento é que ele faz com que as pessoas se sintam mal a respeito delas mesmas, porque elas não são livres para se assumirem e serem quem realmente são. Muitos indivíduos GLBT são forçados pela homo/bi/transfobia da sociedade a se tornarem invisíveis... (...) De fato, porque eles não são visíveis, eles não existem. Assim, o encobrimento tem um custo psicológico extremamente alto. (Finnegan & McNally, 2002: 108-109; tradução nossa)

Em outras palavras, o encobrimento se torna destrutivo na medida em que o sujeito não parece conseguir abandonar a “máscara” de heterossexual, mesmo quando cercado por outros indivíduos similarmente estigmatizados.

Na medida em que o indivíduo mantém diante dos outros um espetáculo no qual ele mesmo não acredita, pode vir a experimentar uma forma especial de alienação de si mesmo e uma forma particular de cautela em relação aos outros. (Goffman, [1959] 2005: 216)

Em outras palavras, estes homossexuais podem passar a vida toda escondendo sua orientação sexual, vivendo, e morrendo, como alguém que eles não são.

Além das defesas psíquicas descritas acima, outros autores (Crocker e cols., 1998; Gonsiorek, 1988; Malyon, 1982; Pharr, 1988) postulam que uma estratégia comum utilizada por indivíduos com preconceito internalizado é a *supercompensação*. Neste sentido, alguns homossexuais tentariam superar o preconceito comportando-se de maneiras extremamente positivas e buscando sempre atingir um nível econômico, social e cultural superior ao da maior parte da população. Margolies e cols. (1987), por sua vez, sugerem que abertamente rejeitar ou ter preconceito contra heterossexuais, assim como apresentar um “orgulho excessivo” em ser gay, também podem ser indícios de preconceito internalizado.

O preconceito sexual internalizado aparece com mais freqüência em indivíduos não-assumidos, adolescentes (exacerbado pelas descobertas sexuais e mudanças características desta fase da vida), idosos (devido ao fato de terem passado a maior parte de suas vidas em uma sociedade onde a homossexualidade não era aceita ou tinha pouca visibilidade), religiosos (posto que a maioria das religiões condena a homossexualidade), viúvos (a morte de um parceiro tende a trazer à tona antigos sentimentos de preconceito internalizado) ou HIV-positivo (a doença reforça crenças negativas a respeito da homossexualidade), mas pode existir em pessoas que revelaram e aparentemente aceitam sua sexualidade, tornando-se um fator relevante para sua saúde mental durante o resto de suas vidas (Downey & Friedman, 1995; Gonsiorek, 1982a; Meyer & Dean, 1998; Mostade, 2004; Shernoff, 1999; Siegel & Krauss, 1991; Svensson, 2003). Alguns estudos (Ross, 1985; Rowen & Malcolm, 2002) postulam, igualmente, que o preconceito

internalizado parece estar mais relacionado com uma rejeição social *antecipada* ou *percebida* do que com episódios concretos de discriminação, o que sugere que determinadas variáveis psíquicas individuais atuam como mediadoras importantes no processo de internalização do preconceito. Não obstante a relevância do tema, as pesquisas anteriormente citadas não mencionam quais variáveis seriam estas. Acreditamos, portanto, que este assunto mereça estudos mais aprofundados no futuro.

No que se refere especificamente ao tema da AIDS, podemos dizer que, no caso de homossexuais HIV-positivo com preconceito internalizado, a contaminação é vista como uma punição e pode ser acompanhada de sentimentos de culpa (Hirsch & Enlow, 1984; Nicholson & Long, 1990; Ross & Rosser, 1988). Dupras (1994) menciona que estes indivíduos apresentam uma série de dificuldades de ajustamento sexual, no sentido de que o sexo representaria duas transgressões simultâneas: a homossexualidade e o vírus do HIV. Assim, a relação sexual acarretaria um grau elevado de culpa, pois o sujeito se preocupa em revelar sua soropositividade ao parceiro ao mesmo tempo em que tenta protegê-lo de uma possível contaminação. Um aspecto ainda mais preocupante é a relação do preconceito internalizado com um maior risco de infecção pelo vírus do HIV: visto que muitos destes indivíduos não se identificam como gays, nem participam de eventos dentro da comunidade homossexual, eles estão menos expostos a materiais educativos sobre práticas de sexo seguro direcionados a homossexuais, tornando-os mais propensos a adotar comportamentos de risco (Finnegan & McNally, 2002; Huebner e cols., 2002). Práticas sexuais de risco específicas, tais como o *barebacking* e o *bug chasing*, também parecem estar, tal como veremos adiante, correlacionadas com um grau elevado de preconceito sexual internalizado.

Apesar de não ser nosso objetivo nos aprofundar no tema da correlação entre grau de religiosidade e preconceito internalizado, assunto amplo demais para ser desenvolvido nesta tese, não devemos subestimar o impacto negativo que ensinamentos religiosos contrários à homossexualidade possuem no ajustamento psicológico de gays e lésbicas. Tal como aponta Lynch (1996), religiões de origem cristã, judaica ou islâmica, tendem a ser preconceituosas com relação à homossexualidade, proibindo esta orientação sexual, não reconhecendo a homossexualidade como uma expressão válida do *self*, excluindo homossexuais

de rituais religiosos (e, conseqüentemente, tornando-os invisíveis) ou simplesmente condenando como pecaminosa ou imoral qualquer expressão da sexualidade que não se encaixe no padrão heterossexual tradicional (Barret & Barzan, 1996; Dworkin, 1997; LeVay & Nonas, 1995; Lopes, 2004; Melton, 1991). De acordo com Clark e cols. (1990), as instituições judaico-cristãs têm falhado em:

... aceitar ou apoiar indivíduos ou casais gays assumidos, seja profissionalmente, litúrgica/pastoralmente, ou doutrinariamente. Ao contrário, a tradição judaico-cristã tem encorajado a homofobia na sociedade, conseqüentemente fomentando uma opressão anti-gay que desumaniza indivíduos homossexuais, solapa casais gays, e exacerba tensões familiares entre parentes gays e não-gays. (Clark e cols., 1990: 265; tradução nossa)

Em outras palavras, pode-se dizer que o preconceito contra homossexuais possui parte de suas raízes em crenças religiosas firmemente estabelecidas na nossa sociedade, crenças estas que exacerbam tensões e conflitos já existentes entre homossexuais e suas famílias de origem.

De acordo com Ritter e O'Neill (1989), religiões de origem judaico-cristã apresentam apenas três escolhas morais aos homossexuais: arrependimento/conversão, celibato ou um casamento heterossexual espúrio. De um modo geral, adota-se a postura de “ame o pecador, mas rejeite o pecado”, isto é, a idéia de que a homossexualidade não é, necessariamente, uma escolha, mas que atos homossexuais o são. Dito de outra forma, separa-se *orientação sexual* de *expressão sexual*, divisão que, de acordo com Clark e cols. (1990), é preconceituosa. Religiões orientais, por sua vez, parecem ser similarmente intolerantes. Visto que a maioria das religiões não oferece, seja na ortodoxia ou na prática, modelos positivos de homossexualidade, gays e lésbicas apresentam dificuldade em encontrar orientação e apoio religioso ou espiritual através destas fontes.

Neste sentido, vale frisar a diferença entre religião e espiritualidade. De acordo com alguns autores (Booth, 1995; Hill & Pargament, 2003; Koenig e cols., 2001; Lynch, 1996; Miller & Thoresen, 2003), a *religião* pode ser definida como um conjunto organizado de comprometimentos ideológicos e institucionais (ensinamentos, doutrinas e rituais freqüentemente passados através de líderes) em direção a uma expressão externa do sagrado. Ela seria igualmente uma criação

humana que refletiria características sócio-históricas particulares. A *espiritualidade*, por outro lado, se refere à expressão da fé e à conexão com o sagrado e o transcendente de um modo pessoal, subjetivo, interno e não-sistemizado. Não obstante alguns estudos em psicologia apresentarem religião e espiritualidade como constructos semelhantes (Powell e cols., 2003), acreditamos que sua distinção é de fundamental importância, sobretudo no caso de indivíduos homossexuais e de seus familiares (Lease & Shulman, 2003). De acordo com Lease e cols. (2005), desenvolver um sentido de espiritualidade separado de experiências religiosas mais formais pode mediar os efeitos negativos do preconceito religioso na saúde mental de homossexuais (Davidson, 2000; O'Neill & Ritter, 1992). Neste sentido, estudos recentes têm documentado a reformulação da espiritualidade entre homossexuais (Ritter & Terndrup, 2002), que pode incluir tanto a integração de práticas religiosas tradicionais quanto novos modelos espirituais. Esta mudança parece ter acontecido particularmente após o advento da AIDS, quando o aumento do preconceito contra a homossexualidade, e a proximidade da morte e da doença, fizeram com que muitos indivíduos começassem a questionar o sentido da vida (Fortunato, 1987; Shelp e cols., 1986).

Diversos estudos (Forst & Healy, 1990; George e cols., 2000; Larson & Milano, 1997; Payne e cols., 1991; Tix & Frasier, 1998; Ventis, 1995; Worthington e cols., 1996) têm destacado a correlação entre religião/espiritualidade e saúde física e mental, incluindo bem-estar psicológico (Levin e cols., 1996), redução de sintomatologia depressiva (Ellison, 1995) e geração de sentimentos de esperança durante períodos de estresse (Ross, 1990). No caso dos homossexuais, no entanto, a participação em grupos religiosos organizados tende a prejudicar a saúde mental destes sujeitos (Mahaffy, 1996; Rodriguez & Ouellette, 2000). Isto parece ocorrer porque o preconceito das instituições religiosas tradicionais com relação à homossexualidade gera conflitos psíquicos em indivíduos que acreditam que seus comportamentos estão em desacordo com seu sistema de valores. Em outras palavras, o sujeito passa a acreditar que sua orientação sexual e sua religião são incompatíveis e que, portanto, deve escolher entre uma das duas (Buchanan e cols., 2001; Horne & Noffsinger-Frazier, 2003; Thumma, 1991; Wagner e cols., 1994). *“A integração de uma identidade sexual com uma fé religiosa é tipicamente apresentada como uma luta, com indivíduos abandonando ou sendo abandonados por sua religião*

no processo de aquisição de uma identidade lésbica/gay/bissexual.” (Lease e cols., 2005: 378-379; tradução nossa).

Este conflito, por sua vez, gera sentimentos de vergonha, falta de sentido, desamparo, baixa auto-estima, depressão, ideação suicida e dificuldade de aquisição de uma identidade gay positiva (Schuck & Liddle, 2001), elementos estes que precisam ser trabalhados, seja através de psicoterapia ou de aconselhamento espiritual (Booth, 1995; Lynch, 1996; Sophie, 1987). Para Ritter e O'Neill (1989), por exemplo, homossexuais que acreditam estarem presos em um conflito entre sua orientação sexual e sua fé religiosa podem tentar solucioná-lo através das terapias de conversão, tema que será abordado mais adiante. Estes mesmos autores apontam para o fato de que homossexuais frequentemente não têm acesso a modelos de indivíduos que foram capazes de integrar sua orientação sexual com uma vida de comprometimento espiritual e podem, portanto, acreditar que esta síntese não é possível.

Segundo Wagner e cols. (1994), rejeitar uma parte integral do *self* (seja a fé religiosa, seja a orientação sexual), pode gerar efeitos profundamente negativos na saúde mental do indivíduo, mas, em alguns casos, a rejeição também pode ser acompanhada de um sentimento de rebelião e de resistência ao preconceito internalizado, exacerbando a auto-aceitação. Ainda sobre este tema, de acordo com Lynch (1996), existiriam algumas saídas para o conflito entre fé e orientação sexual. A primeira seria uma rejeição hostil de qualquer elemento ligado à espiritualidade ou a uma religiosidade considerada tradicional (Barret & Barzan, 1996; Clark e cols., 1990). Nos Estados Unidos, por exemplo, existe evidência de que gays e lésbicas, quando comparados a heterossexuais, participam menos de religiões organizadas (Ellis & Wagemann, 1993; Goodwill, 2000). Estes dados também são corroborados no Brasil: enquanto que estatísticas do *Censo 2000* (Jacob e cols., 2003) revelam que apenas 7,4% da população nacional afirma não freqüentar qualquer tipo de culto religioso, a pesquisa de Carrara e Ramos (2005), aponta para o fato de que 43% dos homossexuais entrevistados se declararam “sem religião”.

A segunda opção para a resolução do conflito entre fé e homossexualidade é a afiliação a instituições religiosas chamadas afirmativas ou reconciliadoras, isto é, especificamente voltadas para minorias sexuais ou que incluem esta parcela da população nas suas doutrinas, rituais e cerimônias. Nos Estados Unidos existem

diversas congregações deste tipo, ao passo que no Brasil as mais conhecidas são a *Igreja da Comunidade Metropolitana*⁴⁹ (de orientação cristã, com filiais em diversos estados brasileiros) e a *Acalanto* (de orientação evangélica pentecostal, sediada em São Paulo). A pesquisa de Lease e cols. (2005), por exemplo, revelou que participar de grupos religiosos afirmativos da homossexualidade (ou seja, que aceitam, positivamente, membros de minorias sexuais) aumenta a espiritualidade e reduz o preconceito internalizado, o que, por sua vez, promove bem-estar psicológico. Segundo os autores, a mudança ocorreria porque as atitudes e comportamentos positivos com relação à homossexualidade proporcionados por estes grupos religiosos são contrastados com mensagens preconceituosas internalizadas pelo indivíduo. No caso brasileiro, existe ainda a possibilidade de migração para religiões de origem africana (tais como o Candomblé e a Umbanda) que tendem a ser mais receptivas a homossexuais. Este fenômeno foi verificado em Nunan (2001) e corroborado em estudos posteriores (Carrara & Ramos, 2005).

Outra opção para sair do conflito entre fé e orientação sexual incluiria a leitura de livros que questionam as interpretações Bíblicas tradicionais a respeito da homossexualidade, tal como os trabalhos de Boswell (1980) e Helminiak (1998). Lease e cols. (2005) também postulam que desenvolver uma espiritualidade pessoal, ressignificando símbolos religiosos e trabalhando sentimentos de luto relacionados com a perda de uma fé tradicional (Fortunato, 1982; Ritter & O'Neill, 1989, 1996), estão associadas com uma melhoria na saúde mental dos homossexuais. Vale lembrar, igualmente, que de acordo com o estudo de Lease e Shulman (2003), famílias que aceitam positivamente a assunção da homossexualidade de um de seus membros tendem a passar por processos semelhantes de mudanças no comportamento religioso, isto é, freqüentemente abandonam crenças religiosas de um modo geral ou partem em busca de religiões que sejam mais receptivas à homossexualidade.

Segundo diversos autores (Downey & Friedman, 1995; Friedman, 1998; Sophie, 1988), além da resolução de conflitos espirituais relatada acima, a assunção da homossexualidade e a adoção de uma identidade gay positiva estão

⁴⁹ A *Igreja da Comunidade Metropolitana* no Brasil é uma filial da norte-americana *MCC (Universal Fellowship of Metropolitan Community Churches)*, considerada a primeira e maior organização religiosa no mundo a permitir a celebração de cultos cristãos por e para gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros. Fundada em 1968 pelo Reverendo Troy Perry, possui mais de 40,000 membros em 12 países.

intimamente relacionadas com a diminuição do preconceito internalizado. Em outras palavras, na medida em que o preconceito diminui, o sujeito se sente mais livre para assumir sua orientação sexual, ao passo em que a visibilidade também tende a diminuir o preconceito internalizado. Tal como vimos anteriormente, a assunção da homossexualidade provoca o questionamento das crenças e normas sociais, enquanto que o preconceito sexual (tanto institucionalizado quanto internalizado) é progressivamente exposto e rotulado como um problema. Em vez de odiar-se a si mesmo o indivíduo passa, a partir deste momento, a dirigir seu descontentamento para alvos externos, isto é, para as instituições sociais que favorecem o preconceito (Margolies e cols., 1987). De acordo com Kus (1988) também é necessário que o sujeito reconheça os sentimentos de raiva e rejeição anteriormente direcionados ao *self*, trabalhando-os individualmente (utilizando biblioterapia⁵⁰, por exemplo) ou através de uma psicoterapia adequada, isto é, realizada por um profissional que esteja familiarizado com a dinâmica do preconceito internalizado.

Além de assumir-se como homossexual, entrar em contato com indivíduos similarmente estigmatizados através da comunidade gay e freqüentar grupos militantes ou de apoio-mútuo, também tende a reduzir o preconceito internalizado, favorecendo uma melhoria na qualidade de vida destes sujeitos (Kus, 1988; Szymanski e cols., 2001; Wagner e cols., 1994; Wilson, 1999). De acordo com Sophie (1987), ter amigos homossexuais que atuem como modelos positivos e que contradigam estereótipos é extremamente importante na superação do preconceito internalizado e no desenvolvimento de uma identidade gay positiva. No entanto, esta necessidade de contato com outros homossexuais coloca o indivíduo em uma situação paradoxal: para poder mudar suas crenças negativas à respeito da homossexualidade e passar a auto-aceitar-se, o sujeito precisa ativamente procurar interagir com pessoas que ele considera indesejáveis. Segundo a autora, na maioria dos casos este paradoxo é solucionado quando o indivíduo acaba entrando em contato, seja forçosamente ou por acaso, com membros da comunidade homossexual.

Ainda segundo Sophie (1987), a redução (ou eliminação) do preconceito internalizado pode ser observada através de determinados indícios, tais como o

⁵⁰ A *biblioterapia* pode ser definida como uma técnica que utiliza a leitura dirigida com fins terapêuticos, ocupacionais ou educativos.

fato do indivíduo se sentir mais confortável com relação a seus sentimentos, relacionamentos e fantasias homossexuais; sua aceitação, admiração e respeito por outros gays e lésbicas; sua habilidade em estabelecer uma relação amorosa homossexual significativa; assunções da própria homossexualidade realizadas de forma positiva (ao invés de agressivamente ou como se o sujeito estivesse pedindo desculpas); e o pertencimento a um grupo de referência positivo com relação à homossexualidade (grupo este que pode incluir tanto outros gays e lésbicas quanto amigos heterossexuais não preconceituosos).

De acordo com uma série de autores (Downey & Friedman, 1995; Margolies e cols., 1987), é bastante incomum que homossexuais procurem psicoterapia apresentando como queixa principal o preconceito internalizado: este freqüentemente aparece na forma de sintomas e em conjunção com uma série de outras queixas, tais como dificuldades com relacionamentos, trabalho ou sentimentos de depressão e/ou ansiedade sem causa aparente. Em alguns casos, é possível que o indivíduo esteja consciente de sentimentos negativos relacionados à homossexualidade, mas tem dificuldade em perceber as formas em que estas crenças podem estar afetando sua vida no presente. De acordo com alguns estudos (Friedman & Downey, 1995; Lease e cols., 1995; McDermott e cols., 1989), homossexuais com preconceito internalizado que estão em terapia podem ter dificuldade em investigar temas relacionados à identidade sexual, além de apresentarem uma redução no grau de compromisso com o processo terapêutico ou reações terapêuticas negativas.

Segundo os estudos citados ao longo deste capítulo, o preconceito sexual internalizado entre homossexuais masculinos parece estar particularmente correlacionado com os seguintes sintomas, geralmente precipitados por um evento de vida estressante: busca por terapias de conversão da homossexualidade, depressão e suicídio, transtornos alimentares, abuso de álcool e drogas, comportamentos sexuais de risco, e violência doméstica. Cada um destes temas será analisado em separado a seguir, mas, antes de iniciarmos esta discussão, gostaríamos de frisar que o fato da literatura especializada ter encontrado correlações entre preconceito internalizado e determinados sintomas não quer dizer que esta relação seja causal, direta ou que se estabeleça, invariavelmente, em todos os casos. O que postulamos é que, no caso de homossexuais que apresentam

determinadas queixas clínicas, a influência do preconceito internalizado deve ser sempre avaliada como uma possibilidade.

7.1

As terapias de conversão da homossexualidade

Denominamos *terapia de conversão* qualquer intervenção ou processo que vise facilitar a mudança de uma orientação homossexual para uma orientação heterossexual (Ford, 2001). Apesar de também serem chamadas de *terapias de re-orientação sexual* ou *terapias reparativas* (sugerindo, aqui, que a homossexualidade é algo que precisa ser “reparado”), optamos por utilizar a expressão *terapias de conversão* por acreditar que ela expressa melhor a mistura de teorias psicológicas e religiosas características deste tipo de intervenção. De acordo com Stein (1996), todas as terapias de conversão (estejam estas baseadas em distorções de constructos psicanalíticos, comportamentais ou religiosos) se apóiam na premissa central de que a homossexualidade é patológica, moralmente errada, socialmente indesejável ou um pecado. Outro elemento distintivo das terapias de conversão é o fato delas divulgarem informações, na maioria das vezes, falsas, preconceituosas ou limitadas a respeito da homossexualidade. Assim, de acordo com as teorias utilizadas por estas intervenções, homossexuais seriam pessoas infelizes, doentes, infantilizadas, e que nunca atingirão aceitação social ou satisfação em suas vidas. Aceitar a própria homossexualidade provocaria um risco maior de ansiedade, depressão, baixa auto-estima, solidão, tentativas de suicídio, fracassos em relacionamentos, abuso de álcool e drogas, tabagismo, adição a práticas sexuais doentias, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS (Schroeder & Shidlo, 2001).

Devemos notar, também, que as terapias de conversão, de um modo geral, parecem estar muito mais preocupadas com a homossexualidade masculina do que com a feminina, o que é evidenciado pela negligência de teorias e intervenções voltadas para lésbicas (Adams & Sturgis, 1977; Haldeman, 2001). Segundo Stein (1996), o foco das terapias de conversão na homossexualidade masculina (e não na feminina), resulta não apenas de uma maior ênfase da literatura psicológica em temas relativos à masculinidade, mas do fato de que, na nossa sociedade, o preconceito contra gays é muito maior do que contra lésbicas. Tal como

discutimos anteriormente, estas diferenças no preconceito experienciado por gays e lésbicas podem estar relacionadas com uma maior rigidez do papel de gênero masculino (e conseqüente ansiedade sobre possíveis variações deste), assim como por uma desvalorização da sexualidade feminina de um modo geral.

Dado que este é um tema sério e complexo demais para ser abordado rapidamente, será preciso que façamos uma análise detalhada das terapias de conversão, sobretudo porque este tipo de intervenção se dirige, basicamente, a homossexuais com preconceito internalizado. Vale ressaltar, também, que a discussão sobre as terapias de conversão vêm ganhando cada vez mais espaço no Brasil. Visto que uma das características centrais da situação de vida de indivíduos estigmatizados é a de querer ser aceito por parte da sociedade mais ampla, é comum que adultos homossexuais recorram espontaneamente à terapias de conversão com o intuito de ganhar respeito e consideração por parte dos heterossexuais. Tentam, assim, corrigir diretamente o que consideram ser a base objetiva de seu “defeito”, tornando-se, muitas vezes, vítimas de indivíduos inescrupulosos ou de terapeutas incompetentes.

Deste modo, iniciaremos este capítulo com uma breve menção à retirada da homossexualidade como uma categoria diagnóstica de doença mental, seguida pelas resoluções adotadas por diversas associações de psiquiatria e psicologia contra a utilização das terapias de conversão. Visto que a contextualização histórica do surgimento do conceito de homossexualidade já foi feita em outro capítulo, nos deteremos com mais detalhes no que chamamos de “teorias psicológicas”, isto é, teorias de orientação psicanalítica ou comportamental que têm servido de base para as terapias de conversão⁵¹. Esta seção terá início com uma breve menção à teoria freudiana sobre a homossexualidade, visto que distorções do pensamento psicanalítico clássico formam a base das teorias propagadas por autores que pregam a conversão de homossexuais. Mais tarde, abordaremos as terapias de conversão de base religiosa (também chamada de “movimento dos ex-gays”). Neste sentido, devemos ressaltar que as intervenções de natureza religiosa, freqüentemente gratuitas e com programas de cura (baseados em rezas) fáceis de seguir, tendem a atrair indivíduos de níveis sócio-

⁵¹ Algumas terapias de conversão de base psiquiátrica também fazem uso de intervenções psicotrópicas, administrando anti-depressivos ou ansiolíticos com o intuito de ajudar o indivíduo a controlar o comportamento homossexual ou a reduzir fantasias e desejos.

econômico-culturais mais baixos do que aqueles que freqüentam as terapias de conversão de base psicológica, que possuem um elevado custo financeiro e requerem um certo nível de sofisticação intelectual (Besen, 2003). Após o estudo das teorias que embasam as terapias de conversão, analisaremos as pesquisas que relatam a suposta eficácia destas intervenções, seguidas de críticas a estas mesmas pesquisas, sobretudo no que se refere aos problemas éticos gerados pelas terapias de conversão. Por último, finalizaremos o capítulo discutindo a relação entre as terapias de conversão e a exacerbação do preconceito internalizado e de suas correlações clínicas.

Homossexualidade é doença? As resoluções

O surgimento das terapias de conversão, propriamente ditas, pode ser datado em 1952, quando a *Associação Psiquiátrica Americana* classificou a homossexualidade como uma “personalidade sociopática”, que se caracterizava pela ausência de ansiedade ou desconforto subjetivo a despeito da presença de uma patologia profunda, no caso a própria homossexualidade (Svensson, 2003). Assim, quando este pronunciamento oficial ocorreu, médicos, psicólogos e organizações religiosas começaram a organizar programas para tentar mudar a orientação sexual de indivíduos homossexuais.

O uso da categoria diagnóstica de “personalidade sociopática” brincou com os medos e ansiedades de que não apenas certos tipos de comportamento sexual eram desordenados, mas inerentemente perigosos para a sociedade como um todo. (Forstein, 2001: 169; tradução nossa)

A categoria de “personalidade sociopática” foi retirada em 1968, mas a homossexualidade continuou a ser caracterizada, junto com diversas parafilias, como um distúrbio mental, agora sob o rótulo de “outras desordens mentais não-psicóticas”. No final da década de 50, um famoso estudo realizado pela psicóloga Evelyn Hooker (1957) desconfirmou a crença de que a homossexualidade de um indivíduo podia ser aferida através de testes psicométricos. Junto com a falta de evidências científicas claras e convincentes de que a homossexualidade deveria ser considerada um distúrbio mental, a *Associação Psiquiátrica Americana* retirou a homossexualidade do *DSM* em 1973, uma decisão que gerou enorme

controvérsia, visto que a APA foi acusada de ter sido influenciada por militantes do movimento homossexual. No entanto, “*as mudanças nas atitudes públicas esclarecidas em relação à homossexualidade efetuaram mudanças correspondentes na percepção psiquiátrica dela*” (Slater, 2004: 100). Acreditando que alguns indivíduos homossexuais poderiam se sentir desconfortáveis com sua sexualidade, a categoria diagnóstica de “distúrbio de orientação sexual” foi mantida (*DSM-II*), posteriormente substituída por “homossexualidade egodistônica”⁵² em 1980 (*DSM-III*). Estas novas categorias diagnósticas continuaram a criar oportunidades para a atuação das terapias de conversão. Apesar do diagnóstico de “homossexualidade egodistônica” ter sido retirado do *DSM-III-R* em 1987, este manual reteve uma categoria que inclui indivíduos insatisfeitos com sua orientação sexual sob o título de “disfunções sexuais sem outras especificações”. De acordo com Burr (1996), a *Associação Psicológica Americana* adotou medidas semelhantes em 1975 e 1987, respectivamente, ao passo que a *Organização Mundial de Saúde* seguiu o caminho em 1993, retirando a homossexualidade de sua *Classificação Internacional de Doenças (CID 10)*, não obstante ter mantido a categoria diagnóstica de “orientação sexual egodistônica”.

Além da retirada da categoria diagnóstica de homossexualidade, a maior parte das associações de saúde mental dos Estados Unidos emitiu resoluções que condenam a prática de qualquer tipo de terapia que vise transformar a orientação sexual do indivíduo, ressaltando que a homossexualidade não é uma doença, que não existem provas científicas de que as terapias de conversão funcionem, e de que é possível que elas tenham conseqüências negativas para a saúde mental do sujeito. Deste modo, a *Associação Psiquiátrica Americana* emitiu resoluções desta natureza em 1994, 1997, 1998, 1999 e 2000, enquanto a *Associação Psicológica Americana* adotou medidas similares em 1975, 1990, 1994, 1997, 1998, 2000 e 2001. Outras associações, tais como a *Academia Americana de Pediatria* (1993)⁵³, *Associação Médica Americana* (1994), *Academia Americana*

⁵² De acordo com Haldeman (1994), historicamente o que eram consideradas respostas egodistônicas à homossexualidade nada mais são do que reações de preconceito internalizado diante de uma sociedade hostil.

⁵³ Apesar de estarmos fazendo menção a associações que lidam com crianças e adolescentes, não é nossa intenção discutir o fato de que muitos pais obrigam seus filhos a se submeterem a terapias de conversão com o intuito de evitar uma possível orientação homossexual no futuro. Importante apontar também que atualmente as terapias de conversão de base religiosa têm voltado seus

de *Médicos de Família* (1994), *Associação Nacional de Serviço Social* (1997), *Associação de Aconselhamento Americana* (1998), *Associação Psicanalítica Americana* (2000) e *Anistia Internacional* (2001), emitiram resoluções igualmente fortes contra as terapias de conversão.

No Brasil a situação é similar, isto é, a homossexualidade deixou de ser classificada como “desvio e transtorno sexual” pelo *Conselho Federal de Medicina* em 1985. O *Conselho Federal de Psicologia*, por sua vez, “considerando que a homossexualidade não constitui doença, nem distúrbio, nem perversão” também estabelece no artigo 3 de sua resolução 01/99 de março de 1999 que “os psicólogos não colaborarão com eventos e serviços que proponham tratamento e cura das homossexualidades”. Devido à crescente repercussão na mídia do tema das terapias de conversão, o mesmo *Conselho Federal de Psicologia* reiterou os princípios da resolução anterior no seu ofício circular 222/03 de setembro de 2003.

Não obstante a forte oposição às terapias de conversão, este tipo de intervenção vêm ganhando cada dia mais força nos Estados Unidos e, mais recentemente, no Brasil, onde em fevereiro de 2004 foi criada a *ABRACEH* (*Associação Brasileira de Apoio aos que Voluntariamente Desejam Deixar a Homossexualidade*), com sede no Rio de Janeiro e liderada pela psicóloga Rosângela Alves Justino. Mais recentemente, em agosto de 2004, a *Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj)* já tinha aprovado, em duas comissões, um projeto de lei que prevê a criação, pelo Governo, de um “programa de auxílio às pessoas que, voluntariamente, optarem pela mudança da homossexualidade para a heterossexualidade”. Um outro projeto do mesmo teor também tramita na *Câmara dos Deputados*, em Brasília. Vale ressaltar que tanto a *ABRACEH* quanto os referidos projetos de lei contam com amplo apoio e participação de grupos religiosos Evangélicos.

Terapeutas que praticam a conversão da homossexualidade postulam que os pacientes têm o direito de optarem, voluntariamente, pelo tipo de terapia que recebem e a liberdade de escolherem como vivenciar sua orientação sexual (Yarhouse, 1998). Naturalmente, o que estes terapeutas propõem é sempre a

esforços de marketing sobretudo para crianças e adolescentes (Cianciotto & Cahill, 2006). Não obstante este assunto ser extremamente sério e importante ele foge ao escopo desta tese, devendo ser discutido em um trabalho separado.

conversão da homossexualidade em heterossexualidade, nunca o contrário, o que torna claro o fato destes esforços basearem-se na assunção de que a homossexualidade, em si mesma, é patológica, anormal, indesejável ou problemática (Forstein, 2001). Praticantes das terapias de conversão sugerem, igualmente, que terapeutas que não queiram atender indivíduos que estejam buscando a cura da sua homossexualidade, têm a responsabilidade ética de encaminhá-los para terapias de conversão.

Para McConaghy (1977), indivíduos que procuram tratamentos de conversão não devem ser considerados vítimas da sociedade, mas como sujeitos capazes de realizar uma demanda voluntária que esteja de acordo com suas necessidades e seus valores morais e religiosos. A nossa postura é de que este tipo de raciocínio possui dois problemas centrais. Em primeiro lugar, respeitar as demandas, necessidades e valores do paciente não significa, necessariamente, concordar com eles. Em segundo lugar, devemos ter em mente que dado o elevado grau de preconceito sexual na nossa sociedade, homossexuais não possuem a liberdade de serem eles mesmos e, em muitos casos, não têm sequer acesso a informações cientificamente corretas sobre homossexualidade.

Crescer em uma família onde a palavra “homossexual” era sussurrada, brincar em uma praça e escutar as palavras “viado” e “bicha”, ir à Igreja e escutar falar sobre o “pecado” e, depois, na universidade ouvir “doença”, e, finalmente, para o centro de aconselhamento que promete “curar” é dificilmente uma forma de criar um ambiente de liberdade e escolha voluntária. (Silverstein, 1972: 4; tradução nossa)

Outros autores (Begelman, 1975; Weeks, 1977), insistem que a mera existência das terapias de conversão fomenta o preconceito contra a homossexualidade, ao mesmo tempo em que aumenta o preconceito internalizado de indivíduos que buscam uma suposta cura para sua orientação sexual (Martin, 1984). Críticos destas terapias também argumentam que mudar a orientação sexual de um indivíduo não é possível, e que tentar fazê-lo pode ter conseqüências extremamente prejudiciais (Murphy, 1992, 1997; LeVay, 1996). Para Haldeman (1991), por exemplo, as terapias de conversão estão baseadas em uma ciência questionável e inadequada, e terapeutas que fazem uso deste tipo de intervenção estão cometendo “fraude ao consumidor”, visto que a terapia simplesmente não funciona.

As teorias de base psicanalítica

A história das terapias de conversão parece estar inexoravelmente ligada com à da psicanálise (Drescher, 2001a), visto que distorções das formulações freudianas têm servido como base teórica para a maior parte das “psicoterapias” que visam converter homossexuais em heterossexuais. Não obstante a importância do tema, uma análise detalhada dos postulados freudianos a respeito da homossexualidade foge ao escopo desta tese e, portanto, remetemos o leitor interessado neste assunto aos trabalhos de Costa (1995a) e aos seguintes textos de Freud ([1893-1895; 1900-1901; 1901; 1905a; 1905b; 1908a; 1908b; 1908c; 1909a; 1909b; 1910; 1914; 1920; 1921; 1922; 1923; 1932] 1969).

O fato de indivíduos que trabalham com terapias de conversão terem realizado apropriações distorcidas da teoria freudiana para usá-las como embasamento de suas convicções a respeito da homossexualidade, fez com que a psicanálise ganhasse um status mítico não-merecido de “inimiga dos gays” (Drescher, 2001a). Tiradas do contexto no qual foram escritas, e dependendo da escolha seletiva de citações, Freud pode ser interpretado simultaneamente como extremamente preconceituoso (Nicolosi, 1997) ou como um defensor dos homossexuais (McWilliams, 1996). Acreditamos que um dos últimos comentários de Freud sobre o tema da homossexualidade - a célebre carta escrita a uma mãe norte-americana em abril de 1935 – fala por si só no que se refere à opinião deste autor sobre a possibilidade de fazer com que um homossexual se torne heterossexual através de terapia.

Ao solicitar a minha ajuda, a senhora revela a intenção, suponho eu, de obter que eu abula a homossexualidade e faça com que a heterossexualidade assumo o seu lugar. A resposta é que, de maneira geral, não temos possibilidade de consegui-lo. (...) O que a análise pode fazer por seu filho é coisa bem diferente. Se ele se sente infeliz, neurótico, despedaçado por conflitos, inibido na sua vida social, a análise pode trazer-lhe harmonia, paz de espírito, plena eficiência, continue ele homossexual ou se modifique. (Freud, citado por Jones, 1975: 738-739)

Nesta carta, Freud aponta para o fato de que “abolir a homossexualidade e fazer com que a heterossexualidade assumo o seu lugar” era praticamente impossível, idéia que já tinha sido colocada em *A Psicogênese de um Caso de Homossexualismo numa Mulher* (Freud, [1920] 1969).

O número de êxitos conseguidos pelo tratamento psicanalítico das diversas formas de homossexualismo, que, por casualidade, são múltiplas, na verdade não é muito notável. Via de regra, o homossexual não é capaz de abandonar o objeto que o abastece de prazer ... (...) Se chega a ser tratado, isso se dá principalmente pela pressão de motivos externos, tais como as desvantagens sociais e os perigos ligados à sua escolha de objetos; e esses componentes do instinto de autoconservação mostram-se fracos demais na luta contra os impulsos sexuais. (Freud [1920] 1969: 162-163)

Ele chega a mencionar, inclusive, uma idéia que é negada por praticantes das terapias de conversão, isto é, a noção de que aqueles indivíduos que procuram ajuda por causa de sua homossexualidade o fazem por motivos externos, tais como o preconceito social.

Os autores pioneiros das terapias de conversão: Rado, Bieber, Socarides e Ovesey

Segundo Drescher (2001a), os psicanalistas estiveram por muitos anos na vanguarda de redefinir psicologicamente comportamentos que eram considerados socialmente inaceitáveis, o que acabou gerando a falsa esperança de que intervenções de natureza psicológica pudessem modificá-los. Com o *boom* da psicanálise nos meios psiquiátricos e acadêmicos dos Estados Unidos entre as décadas de 40 e 60, muitos homossexuais procuraram voluntariamente tratamento psicanalítico para sua homossexualidade (Duberman, 1991; Isay, 1996). Após a morte de Freud em 1938, algumas teorias psicanalíticas, a maioria muito diferentes do modelo freudiano, começaram a oferecer explicações alternativas para a atração homossexual, o que criou “possibilidade terapêuticas” (Drescher, 2001a). Antes de começar a analisar estas teorias, faz-se importante ressaltar, no entanto, que a psicanálise, em si mesma, não é “a favor” nem “contra” os homossexuais e que, a despeito da utilização distorcida de conceitos psicanalíticos dentro das terapias de conversão, os praticantes desta modalidade de “atendimento psicológico” têm sido marginalizados pelas instituições psicanalíticas tradicionais.

Apesar de termos escolhido analisar em maior profundidade um número limitado de autores, não podemos esquecer que muitos outros estudiosos se dedicaram ao tema da gênese, e conseqüente conversão, da homossexualidade. Na maior parte das vezes, estes teóricos extrapolavam opiniões profissionais baseadas em casos clínicos isolados de pacientes institucionalizados ou em tratamento

psiquiátrico, como representativas da população homossexual com um todo. Estes escritos acabaram tendo um impacto sem precedentes na opinião que os profissionais de saúde mental possuíam a respeito da homossexualidade. Para sermos justos, lembramos, no entanto, que nesta época era extremamente difícil para os pesquisadores encontrarem amostras de homossexuais assumidos, visto que em alguns países a homossexualidade era ilegal e os movimentos políticos e sociais em defesa dos homossexuais se mostravam ainda muito incipientes (Besen, 2003).

Sandor Rado

Dentre todos os psicanalistas pós-freudianos, foi Sandor Rado (1962, 1969) quem lançou os fundamentos para o que mais tarde ficaria conhecido como terapia de conversão. A teoria de Rado sobre a homossexualidade deriva da refutação da crença freudiana de uma bissexualidade psíquica, visto que Rado alegava que este postulado estava baseado em uma analogia incorreta com a bissexualidade anatômica. De fato, uma das bases da teoria de Freud era a idéia, corrente no século XIX mas depois desconfirmada, de que o embrião era hermafrodita, isto é, que qualquer embrião teria a possibilidade de se tornar, anatomicamente, macho ou fêmea. No entanto, após desconstruir as metáforas biológicas de Freud, Rado sucumbe a problemas epistemológicos semelhantes, pois também se baseia em modelos fisiológicos e evolucionistas como metáforas concretas para a experiência psicológica. Rado fala, por exemplo, que os organismos adaptados são aqueles que estão mais aptos para sobreviver e se reproduzir. Declara, igualmente, que a heterossexualidade é o único desfecho não-patológico do desenvolvimento sexual humano. Partindo destes pressupostos, Rado oferece a seguinte teoria da etiologia da homossexualidade:

Pares homossexuais satisfariam seu repudiado mas irresistível desejo macho-fêmea através de aproximações e ilusões compartilhadas; tal é a força sobre o indivíduo de uma instituição cultural (*o casamento*) baseada em fundamentos biológicos. (...) Por que é o assim chamado homossexual forçado a escapar do par macho-fêmea em direção a um par homogêneo? (...) (*por causa da*) familiar campanha de dissuasão que os pais travam para proibir a atividade sexual da criança. (...) A campanha faz com que o homem enxergue no órgão feminino mutilado uma lembrança da punição da qual não pode escapar. Quando o medo e o ressentimento sentidos pelo órgão oposto tornam-se intransponíveis, o

indivíduo pode escapar na direção da homossexualidade. Os padrões masculinos são re-assegurados pela presença em ambos homens do pênis. A homossexualidade é uma adaptação deficiente do organismo em resposta a seu próprio exagero e descontrole emergencial. (Rado, 1969: 212-213; tradução nossa; parênteses nossos)

Assim, para Rado, a homossexualidade representava uma tentativa de “reparação” do indivíduo para tentar atingir prazer sexual quando o escoadouro heterossexual “normal” se mostrava muito ameaçador. Enquanto o medo e o ressentimento podiam prejudicar a expressão “natural” do desejo heterossexual, eles não eram capazes de destruí-lo – apenas a desorganização esquizofrênica seria capaz de obter este fim (Rado, 1962).

Rado faz uso de algumas idéias freudianas relativas à homossexualidade, tais como o fato de que esta poderia derivar de um temor à castração, mas distorce o pensamento de seu predecessor e fixa sua teoria em bases evolucionistas. Tendo explicado a homossexualidade não como um componente da vida instintual, mas como uma resposta fóbica a membros do sexo oposto, Rado e seus discípulos foram capazes de adotar uma postura “terapêutica”. Este novo otimismo começou a afetar o trabalho clínico e teórico de alguns psicanalistas a partir da década de 60, quando o status da homossexualidade começou a se tornar um tema de preocupação social (Bayer, 1987). Por último, devemos lembrar que a importância de Rado reside no fato de que seu modelo de homossexualidade dominou a psiquiatria norte-americana até o ano de sua morte, em 1972. Apesar desta teoria não ser mais o paradigma dominante, ela continua a surgir com novas roupagens.

Irving Bieber

Bieber (e cols., 1962, 1967), como Rado, também rejeitava a teoria freudiana da bissexualidade, enfatizando, pelo contrário, que a heterossexualidade exclusiva era a norma biológica. “*Nós assumimos que a heterossexualidade é a norma biológica e que, se não houver interferências, todos os indivíduos são heterossexuais.*” (Bieber e cols., 1962: 319; tradução nossa). Assim, Bieber se propôs a reverter a crença psicanalítica clássica da presença de um desejo homossexual latente em todos os heterossexuais afirmando: “*Nós consideramos a homossexualidade como uma adaptação biossocial e psicossocial patológica resultante de um medo intenso da expressão de impulsos heterossexuais. No nosso*

entendimento, todo homossexual é, na realidade, um heterossexual 'latente'.” (Bieber e cols., 1962: 220; tradução nossa). Neste sentido, o tratamento proposto por Bieber consistia em expor o medo irracional da heterossexualidade, com a intenção de que este fosse resolvido e que a heterossexualidade latente do paciente pudesse surgir. Como veremos adiante, estas idéias acabaram se tornando um dos pilares das terapias de conversão.

Tendo rejeitado a possibilidade de que fatores constitucionais pudessem explicar o desenvolvimento da homossexualidade, Bieber se voltou para um ambicioso estudo de famílias de pacientes homossexuais que estavam recebendo tratamento psicanalítico. Com a ajuda de 77 colaboradores, ele examinou, durante dez anos, 106 homens homossexuais (grupo experimental), comparando-os com 100 homens heterossexuais (grupo controle), com o objetivo de identificar padrões familiares responsáveis pela homossexualidade. Segundo os próprios autores do estudo, seus resultados apontavam para o fato da homossexualidade ser uma adaptação resultante de relações pais-filho altamente patológicas durante a infância.

Acreditava-se que as mães eram excessivamente protetoras e íntimas e impediam o desenvolvimento normal de seus filhos respondendo a seus impulsos heterossexuais com hostilidade, freqüentemente expressando atitudes desmasculinizantes e feminizantes, interferindo com a relação pai-filho fomentando competitividade, com freqüência favorecendo seus filhos ao invés de seus maridos, inibindo o desenvolvimento de relacionamentos normais de amizade com meninos da mesma idade e prejudicando a capacidade para a ação independente, subvertendo todo sinal de autonomia. (Bieber e cols., 1962: 23; tradução nossa)

Para Bieber, o relacionamento entre mãe e filho era prejudicial porque causava um profundo distúrbio interpessoal nos relacionamentos pai-filho. Como um grupo, os pais de homossexuais eram representados como distantes, hostis, depreciativos e abertamente rejeitadores. Ao falhar em atender as necessidades de afeto de seus filhos eles criavam uma carência patológica que só poderia ser satisfeita com outros homens através de uma adaptação homossexual. Bieber acabava por confirmar a teoria de Rado de que fatores constitucionais eram irrelevantes na gênese da homossexualidade, que era causada, ao contrário, pela psicopatologia parental.

Vale ressaltar, por último, que o estudo conduzido por Bieber relatou que dos 106 homossexuais estudados, 27% haviam se tornado exclusivamente heterossexuais durante o tratamento psicanalítico. Não obstante o número relativamente pequeno de conversões, Bieber sugere que “*apesar desta mudança ser mais facilmente alcançada por alguns indivíduos, no nosso julgamento a mudança heterossexual é uma possibilidade para todos os homossexuais que estão fortemente motivados a mudar.*” (Bieber, 1967: 82; tradução nossa). Eis, aqui, uma das primeiras pesquisas que relatam dados sobre a “conversão homossexual”. O autor conclui que psicanalistas deveriam dirigir seus esforços na direção de ajudarem seus pacientes a alcançarem a heterossexualidade, ao invés de se ajustarem à homossexualidade.

De acordo com Besen (2003), o estudo de Bieber teve enorme repercussão na época de seu lançamento, mas foi severamente desacreditado ao longo dos anos. Isto ocorreu porque a amostra utilizada era falha: dos 106 sujeitos homossexuais que participaram da pesquisa 28 eram esquizofrênicos, 31 neuróticos e 42 possuíam distúrbios de personalidade. Além da utilização de uma população clínica para compor a amostra do seu estudo, 18% dos sujeitos que teriam se tornado heterossexuais após a intervenção eram, na verdade, bissexuais. No mesmo sentido, Bieber baseou os resultados nas suas impressões pessoais a respeito da mudança dos sujeitos, isto é, sequer perguntou aos participantes se estes achavam que haviam se tornado heterossexuais, nem tampouco utilizou medidas que pudessem ser validadas externamente. Deste modo, na melhor das hipóteses, os resultados do estudo se baseavam em mudanças comportamentais, e não de fantasias ou atrações homossexuais. A pesquisa de *follow-up* realizada foi igualmente mal-apresentada e pobre em dados empíricos (Haldeman, 1994). Por este motivo, autores subseqüentes que tentaram replicar o estudo desacreditaram os resultados obtidos por Bieber.

Charles Socarides

Socarides⁵⁴ (1968, 1969, 1970, 1972, 1974, 1975, 1978), assim como Bieber, foi uma figura proeminente na psiquiatria norte-americana do final dos anos 60 e começo de 70. Segundo este autor, a homossexualidade é uma psicopatologia profunda, visto que a escolha de objeto heterossexual, um produto da diferença sexual, é determinada por 2 bilhões e meio de anos de evolução humana. Contraditoriamente, Socarides também argumenta que tanto a heterossexualidade quanto a homossexualidade são comportamentos aprendidos.

A escolha de objeto heterossexual é traçada desde o nascimento de acordo com a anatomia de criança e posteriormente reforçada por doutrinação cultural e ambiental. Ela é reforçada mais uma vez por conceitos humanos universais de acasalamento e pelas tradições da unidade familiar, junto com a natureza complementar e contrastante entre os dois sexos. Tudo, da morte ao nascimento, é criado para perpetuar a dualidade macho-fêmea. Este padrão não é apenas culturalmente gravado, mas anatomicamente traçado. O termo “anatomicamente traçado” não significa, contudo, que escolher uma pessoa do sexo oposto é uma questão instintual. O ser humano é uma entidade biologicamente emergente, fruto da evolução, favorecendo a sobrevivência. (Socarides, 1974: 291; tradução nossa)

Socarides (1975) compartilhava a visão de Rado e Bieber de que a homossexualidade podia ser explicada apenas em termos de fortes medos infantis que atrapalhassem o que a evolução humana tinha decretado ser o curso normal de desenvolvimento. Sua maior contribuição para as teorias que embasam as terapias de conversão tem sido a sugestão de que a perturbação responsável pelos medos infantis ocorria muito antes da fase edípica.

O fracasso em atravessar bem-sucedidamente o estágio de desenvolvimento que ocorre antes da idade de três anos, ponto no qual acredita-se que a criança estabeleça uma identidade separada da de sua mãe (a fase de separação-individuação) possui conseqüências calamitosas. No caso da criança do sexo masculino, manter-se patologicamente ligado à mãe impede o surgimento de uma identidade de gênero apropriada. Conseqüentemente, todos os homossexuais “verdadeiros” ou “obrigatórios” se caracterizam por uma identificação feminina, e qualquer esforço em estabelecer um relacionamento com uma mulher que não seja a mãe produz uma profunda ansiedade de separação, provocando, ao mesmo tempo, um medo terrível de ter o *self* engolido ou perdido. (Socarides, 1969: 202; tradução nossa)

⁵⁴Vale ressaltar que Charles Socarides é membro da *IPA (International Psychoanalytical Association)*.

De acordo com Bayer (1987), Socarides estabeleceu uma justificação teórica para caracterizar a homossexualidade como profundamente patológica, pois remontou sua etiologia à fase pré-edípica do desenvolvimento. Segundo a teoria de Socarides, a desesperada e compulsiva busca por parceiros sexuais, característica do “estilo de vida” homossexual, nada mais era do que uma tentativa de agarrar um cada vez mais distante senso de masculinidade, protegendo o homossexual do temor de fundir-se com sua mãe. Os homossexuais tentariam alcançar a masculinidade através do ato homossexual e, tal como um viciado, o homossexual buscaria incessantemente sua “droga” (Socarides, 1970).

A imagem que acompanha o ato homossexual entre machos é totalmente fantasiosa, sem relevância do outro exceto enquanto dispositivo. Isto equivale à masturbação e é altamente narcisista. (...) Não existe uma percepção real do parceiro ou de seus sentimentos; o contato é simplesmente epidérmico, mucoso e anatômico. (...) As “emoções de bem-estar”, aquelas que surgem do prazer, estão conspicuamente ausentes: alegria, amor, carinho, e orgulho. (...) Esta é a representação da natureza fundamental de suas relações objetais: relacionando-se a objetos parciais, não objetos totais. (Socarides, 1968: 135-136; tradução nossa)

Socarides (1968) contesta a teoria freudiana de que a homossexualidade é uma interrupção do desenvolvimento e a redefine como um conflito. Segundo Drescher (2001a), este modelo sugere intervenções terapêuticas que tragam conflitos inconscientes à consciência, com o intuito de reduzir os sintomas homossexuais. Socarides reformula os constructos metapsicológicos de Freud e afirma que a homossexualidade é uma condição neurótica na qual o instinto libidinal se transformou e se fantasiou para ser satisfeito através de comportamentos perversos. Visto que agora a homossexualidade é definida como um compromisso entre forças intra-psíquicas, ela satisfaz a definição psicanalítica de doença.

Socarides também menciona que os pais de gays e lésbicas são responsáveis por causar a homossexualidade de seus filhos, utilizando argumentos muito parecidos com os de Bieber. “*A família do homossexual é usualmente um ambiente dominado pela mulher, onde o pai era ausente, fraco, distante ou sádico.*” (Socarides, 1968: 38; tradução nossa). Socarides (1978) chega a afirmar que 44% de seus pacientes homossexuais se converteram à heterossexualidade através de tratamento psicanalítico. O tratamento, segundo ele, consistia em: trazer à tona um desejo inconsciente de alcançar a masculinidade através da

identificação com o parceiro homossexual; compreensão dos medos pré-edípicos de incorporação pela mãe e medos de que um esforço por se separar dela gere dissolução pessoal; análise dos medos edípicos de incesto e agressão; descoberta do papel do pênis como um substituto para o seio materno; o afloramento da necessidade de amor e proteção por parte do pai; e o reconhecimento da presença de interesses e desejos heterossexuais suprimidos (Socarides, 1969). Após a eliminação do medo e da repulsa às mulheres o antigo homossexual pode “*funcionar no mais significativo relacionamento que existe na vida: a união sexual macho-fêmea e o estado afetivo de amor, carinho e alegria com um parceiro do sexo oposto*” (Socarides, 1972: 43; tradução nossa).

Devemos lembrar que Socarides foi um dos mais proeminentes opositores à decisão de 1973 da *Associação Psiquiátrica Americana* de retirar a homossexualidade do *DSM*. Nos seus comentários públicos, no entanto, Socarides se apresenta como um defensor dos direitos dos gays, leia-se, o direito destes indivíduos buscarem tratamento para mudarem sua orientação homossexual. A despeito de sua suposta oposição à discriminação dos homossexuais, as ações de Socarides são consistentes com a crença, comum entre os praticantes das terapias de conversão, de que a condenação social deve ser reforçada se o objetivo é fazer com que os homossexuais se sintam motivados para alterarem sua orientação sexual.

Lionel Ovesey

O trabalho de Ovesey (1969) se distancia das teorias psicanalíticas, concentrando-se em uma postura marcadamente behaviorista. Seu pensamento se aproxima um pouco das idéias pós-modernistas que afirmam que categorias tais como masculinidade e feminilidade são socialmente construídas (Drescher, 2001a), mas não se aprofunda neste assunto. Para Ovesey, homens que têm sonhos ou fantasias nos quais eles aparecem como submissos ou dependentes de outros homens não estão necessariamente experimentando sentimentos homossexuais, mas sim “pseudo-homossexuais”. Em outras palavras, homossexuais seriam apenas heterossexuais confusos que foram enganados em acharem que eram gays. Estes sentimentos, por sua vez, simbolizariam temas de competição e status comumente encontrados em homens heterossexuais. Mesmo

estando ciente de que a cultura valoriza atributos masculinos (enquanto os femininos são denegridos), Ovesey trata o baixo status, na nossa sociedade, da homossexualidade masculina como um fato natural que não requer explicação. Ele chega a afirmar que *“aqueles aos quais falta a convicção de que a homossexualidade é uma doença tratável, mas acreditam, ao contrário, de que ela é uma variante constitucional natural, não devem aceitar homossexuais como pacientes.”* (Ovesey, 1969: 119; tradução nossa). Assim, na técnica de Ovesey para tratar a homossexualidade masculina vemos a recomendação padrão das terapias de conversão de abandonar qualquer neutralidade:

Existe apenas uma maneira através da qual o homossexual poderá superar esta fobia e aprender a ter intercurso heterossexual, e esta maneira é estar na cama com uma mulher. (...) Mais cedo ou mais tarde o paciente homossexual precisará fazer as tentativas necessárias para ter relações sexuais, e ele deve fazê-las uma e outra vez, até que ele seja capaz de manter uma ereção, penetração e um orgasmo intravaginal prazeroso. (Ovesey, 1969: 106-107; tradução nossa)

Com relação a este tema, Ovesey parece privilegiar a técnica comportamental da aproximação sucessiva. A citação que se segue é longa, mas muito interessante, pois explica com clareza o modo através do qual muitos destes terapeutas operam.

A maioria dos homossexuais não se movimenta prontamente em direção às mulheres. Na maioria das vezes, o paciente protesta que ele não está pronto para sexo com uma mulher. Ele está, naturalmente, correto. O terapeuta deve assegurar-lo de que, no momento, lhe é apenas pedido estar com mulheres socialmente, sair com elas; ninguém está lhe pedindo que pule na cama com elas. Mais tarde, quando ele estiver confortável com as saídas, ele começará primeiro a chegar perto, depois a acariciar e, eventualmente, ir ainda mais longe, mas certamente não neste momento. Se o paciente é sério com relação ao tratamento, ele irá aceitar este compromisso e gradualmente, com alguma pressão do terapeuta, se necessário, começará a sair. (...) Em outras palavras, o paciente homossexual deve receber um ultimato por esforços insuficientes para comportar-se heterossexualmente. (Ovesey, 1969: 120-121; tradução nossa)

Com a utilização de sua técnica terapêutica, Ovesey (1969) chega a mencionar a existência de 3 casos bem sucedidos de homossexuais que se tornaram heterossexuais, mantendo a mudança por um mínimo de 5 anos após o término do tratamento.

Os autores contemporâneos das terapias de conversão: Elizabeth Moberly e Joseph Nicolosi

Os teóricos contemporâneos das terapias de conversão precisam lidar com o fato de que o debate científico e social a respeito da homossexualidade mudou consideravelmente nos últimos anos, sobretudo após a revolução sexual e os conseqüentes ganhos obtidos pelo movimento gay. Segundo Drescher (2001a), ao contrário de seus predecessores, estes teóricos necessitam enfrentar uma série de fatores que afetam sobremaneira sua clínica, a saber: seus pacientes estão cientes de que existem identidades positivas para gays e lésbicas; um número cada vez maior de pesquisas define a homossexualidade como uma variação normal da sexualidade humana; as rígidas categorias de masculinidade e feminilidade têm sido desconstruídas por diversas teorias; existem inúmeras pesquisas sobre preconceito contra homossexuais; e, talvez mais importante, a homossexualidade não é mais considerada uma doença. Não obstante estas transformações culturais, tal como veremos a seguir, as formulações teóricas que embasam as terapias de conversão pouco tem mudado desde o trabalho de Sandor Rado. A novidade trazida por estes novos teóricos é o fato deles unirem, na mesma teoria, formulações psicológicas, religiosas e políticas.

Elizabeth Moberly

Elizabeth Moberly (1983), uma teóloga cristã inglesa, estudou os trabalhos de Freud e de Bieber e desenvolveu uma nova teoria para a etiologia da homossexualidade: a hipótese de que esta orientação sexual seria derivada de fatores ambientais, mais especificamente a incompetência do pai do mesmo gênero daquele do indivíduo homossexual. Assim, Moberly abandonou a ênfase de Freud na relação da criança com a mãe e voltou sua atenção para o papel do pai distante ou passivo. De acordo com esta teoria, homens homossexuais sofreriam de uma condição que ela denominou “desapego defensivo”. Na sua hipótese, o menino, por uma variedade de razões, não teria desenvolvido uma boa relação com seu pai. Percebendo esta distância como rejeição, o menino se “desapegaria defensivamente” do pai e de outros homens, rejeitando sua identidade de gênero. O desapego defensivo seria uma postura caracterizada essencialmente por um

distanciamento emocional. De acordo com Moberly, um menino que sofre de desapego defensivo evitaria esportes, enquanto a menina esconderia sua feminilidade e abraçaria atividades masculinas, tais como consertar carros. Isto faria com que o indivíduo se isolasse ainda mais de seus pares. Depois da puberdade, um adolescente que sofre de desapego defensivo procuraria desfazer seus déficits de masculinidade ou feminilidade através de encontros homossexuais. A necessidade de amor e aceitação, seria, de acordo com Moberly, erroneamente sexualizada.

Outro conceito de Moberly é o de “ambivalência para com o mesmo sexo”, onde ela sugere que relacionamentos homossexuais estão fadados ao fracasso devido ao fato de que ambos sujeitos estariam, na verdade, procurando o amor de seus pais e mães, perdidos durante o período de desapego defensivo. *“Neste sentido, a necessidade de amor homossexual é, essencialmente, uma busca por paternidade/maternidade.”* (Moberly, 1983: 9; tradução nossa). O relacionamento naufragaria porque, naturalmente, nenhum dos parceiros está apto a exercer a função de pai/mãe do outro. Com o tempo, o homossexual projetaria o ódio inconsciente sentido pelo pai do mesmo sexo no parceiro, daí a idéia de ambivalência e a noção de que relacionamentos homossexuais são promíscuos, visto que nenhum indivíduo será capaz de reparar a falta infantil. Assim, a homossexualidade seria uma confusão entre as necessidades emocionais de uma criança com os desejos fisiológicos de um adulto.

De acordo com a teoria de Moberly, a cura para a homossexualidade seria gays e lésbicas formarem amizades íntimas, mas não eróticas nem sexuais, com pessoas de seu mesmo sexo. Segundo a autora, estes relacionamentos eventualmente permitiriam que o homossexual se identificasse com seus pares de uma forma dessexualizada. Na medida em que os membros do mesmo sexo são “desmistificados”, o homossexual perderia o interesse por eles e começaria a procurar indivíduos do sexo oposto. *“Tais amizades são centrais, e de fato essenciais, para a solução do problema da homossexualidade.”* (Moberly, 1983: 32; tradução nossa).

A importância de Moberly reside no fato de que suas teorias têm sido apropriadas e largamente utilizadas pelo movimento dos ex-gays⁵⁵, posto que fornecem um substrato supostamente psicológico e científico para crenças morais e religiosas. Até a publicação de seu livro intitulado *Homosexuality: a new Christian ethic*, o movimento dos ex-gays se baseava quase que exclusivamente na oração para “livrar seus clientes do pecado da homossexualidade”. Após um ou dois anos de “tratamento”, a maioria dos indivíduos se dava conta de que não havia mudado e, frustrado, abandonava o programa de conversão. Com o advento do livro de Moberly, no entanto, o movimento dos ex-gays teve a oportunidade de combinar teorias pseudo-psicológicas para a gênese da homossexualidade com crenças religiosas, aumentando o apelo que estes grupos tinham para homossexuais que queriam mudar sua orientação sexual: agora eles podiam explorar suas infâncias ao invés de esperar, passivamente, para que a intervenção divina os curasse. Faz-se importante ressaltar, também, que o livro de Moberly surgiu no mesmo período que a epidemia de AIDS, o que forneceu uma plataforma para que a autora discutisse na mídia o motivo pelo qual os homossexuais deviam mudar seu “estilo de vida pecaminoso” (Besen, 2003).

Joseph Nicolosi

Joseph Nicolosi (1997) é, atualmente, um dos psicólogos mais conhecidos na teoria e prática da terapia de conversão. Sua importância reside, também, no fato dele ter criado a *NARTH (National Association for Research and Therapy of Homosexuality)*⁵⁶, uma associação norte-americana cujo objetivo é promover as terapias de conversão. Dada a relevância do trabalho deste autor para a compreensão destes tipos de intervenção, analisaremos, primeiramente, as teorias de Nicolosi para depois abordar o funcionamento e a estrutura da *NARTH*.

Inicialmente, podemos dizer que Nicolosi é um psicólogo norte-americano que tem sido criticado por diversos autores (Besen, 2003) pelo fato de suas idéias não terem qualquer comprovação científica, pela precariedade de sua formação acadêmica e devido à sua ligação estreita com políticos religiosos de extrema

⁵⁵ O movimento dos ex-gays abriga uma série de organizações religiosas que acreditam que a homossexualidade é um pecado que pode e deve ser modificado. Este tema será discutido em detalhes mais adiante.

⁵⁶ Em português: *Associação Nacional Para Pesquisa e Terapia da Homossexualidade*.

direita, que buscam negar direitos civis a homossexuais. De um modo geral, a postura de Nicolosi aponta para uma mudança significativa na literatura sobre terapia de conversão ao fundir, deliberadamente, teoria psicanalítica com pensamento espiritual. Este fenômeno fica mais claro quando lembramos que a teoria de Nicolosi é fortemente baseada nas idéias de Moberly.

Nicolosi também parece basear seu pensamento em uma mistura entre as teorias de Bieber, Ovesey, Rado e Socarides, e literatura religiosa, particularmente aquela que se refere a aconselhamento pastoral. Isto faz com que seus escritos acabem sendo interpretados como tratados religiosos, disfarçados de documentos científicos (Drescher, 2001a). Neste seu “paradigma científico-religioso” a saúde mental é definida como conformidade a valores e normas tradicionais, enquanto que sua terapia de conversão enfatiza as diferenças de gênero (sobretudo a importância da prevenção da confusão de gênero nas crianças), a família, e os valores convencionais. Criticando as teorias contemporâneas que postulam que a homossexualidade é uma variação normal da sexualidade humana, Nicolosi argumenta não como um cientista, mas como um religioso fundamentalista.

A lógica da seguinte afirmação sempre tem me iludido: porque talvez 4 por cento de todas as pessoas seja homossexual, então a homossexualidade *deve ser uma variação normal* da sexualidade humana. O fato de que ela ocorre em outras culturas e em espécies sub-humanas, em determinadas condições (...), também é vista como uma prova de sua normalidade. Esta lógica seria equivalente a concluir que, dado que uma certa porcentagem das pessoas, no inverno, quebrará uma perna esquiando, então a perna quebrada é uma condição natural e as pessoas não devem tentar evitá-la. (Nicolosi, 1997: 132; tradução nossa)

As generalizações das teorias de Nicolosi não começam com a homossexualidade, mas com as diferenças entre os sexos. Assim, por exemplo, este autor postula que o amor da mãe pela criança é incondicional, ao passo que o pai demonstra um amor condicional porque ele mediará entre a criança e a realidade. Nicolosi também sugere que enquanto as mulheres possuem instinto maternal, homens não sabem cuidar de bebês recém-nascidos, sentindo-se desconfortáveis ao fazê-lo. O pai simboliza força, independência e controle do meio ambiente e, através deste, o menino aprenderia que o perigo pode ser divertido e excitante. Outra generalização com relação à diferença de gêneros é exemplificada pela seguinte citação: “*Homens tendem a ver seus corpos em*

termos de força, agilidade e ação, e eles precisam se relacionar num nível físico. Ao contrário dos homens, a maioria das mulheres pode se relacionar de um modo estático ao se sentarem e conversarem face-a-face.” (Nicolosi, 1997: 39; tradução nossa). As mulheres também dariam preferência a relacionamentos, enquanto os homens valorizariam atividades grupais. Sua idéia de masculinidade pode ser considerada igualmente distorcida, pois a equipara com sucesso e controle: *“Homens não-homossexuais que experienciam derrota e fracasso podem também experienciar fantasias ou sonhos homossexuais.”* (Nicolosi, 1997: 104; tradução nossa). Levando em consideração estas noções sobre as diferenças entre os sexos, não nos deveria surpreender que a visão de Nicolosi sobre as relações familiares que originariam a homossexualidade sejam igualmente preconceituosas. Vale ressaltar, no entanto, que a teoria deste autor se refere exclusivamente a homossexuais do sexo masculino, ignorando completamente as lésbicas.

Nicolosi sugere que a homossexualidade é um distúrbio no desenvolvimento da criança, fruto de dinâmicas familiares disfuncionais que gerariam problemas no relacionamento do menino com o pai. Devido a uma relação extremamente próxima entre o menino e sua mãe, com o pai distante de ambos, o menino não seria capaz de se desidentificar da mãe e se identificar com o pai, o que resultaria em uma falha em internalizar a identidade de gênero masculina. Neste sentido, o autor ressalta que o problema principal reside não na relação do menino com a mãe, mas no fato desta afetar a relação com o pai, que geralmente se mostra ausente, passivo, evitativo, indisponível, frio, crítico, pouco empático, rejeitador e hostil. Dito de outro modo, uma triangulação disfuncional entre menino-pai-mãe geraria a homossexualidade futura.

De acordo com este autor, a falha na identificação com o gênero masculino aliena o menino de seu pai. O menino, com medo de sofrer rejeição e novos desapontamentos, se “desapega defensivamente” (Moberly, 1983) do pai e de outros garotos da sua idade, sentindo-se cada vez mais isolado, o que por sua vez gera uma erotização da masculinidade. A homossexualidade resultante é entendida como uma necessidade de reparar o dano à identidade de gênero, e o indivíduo procuraria em outros homens justamente aquelas qualidades que não pôde obter de seu pai, isto é, amor, confiança, autonomia, independência,

assertividade, controle, liderança e poder⁵⁷. O desapego defensivo também faria com que o sujeito colocasse outros homens em duas posições opostas: ou estes seriam desvalorizados ou valorizados ao extremo, não conseguindo jamais constituir relacionamentos iguais.

Cada um de nós, seja homem ou mulher, é impulsionado pelo poder do amor romântico. Estas paixões obtêm seu poder do desejo inconsciente de se tornar um ser humano completo. Nos heterossexuais, é o desejo de unir a polaridade macho-fêmea através da procura de um outro que não seja eu. Mas, nos homossexuais, é a tentativa de preencher uma deficiência na completude do gênero original. (Nicolosi, 1997: 109; tradução nossa)

Devido ao fato do menino homossexual ter se identificado com a mãe (e, conseqüentemente, contra o pai), ele ficaria com raiva do pai e expressaria este sentimento ignorando o pai ou negando sua importância dentro da estrutura familiar. Mais tarde, o menino se uniria subversivamente à mãe para conspirar contra o pai, sugerindo que a mãe abandone o pai porque ele (o menino) já o fez na primeira infância. O homossexual rejeitaria o pai como um modelo, demonstrando ressentimento, desapontamento e frustração com relação a este. Esta hostilidade, no entanto, não seria expressa abertamente, mas através de uma raiva impotente e uma sensação geral de inferioridade. O desconforto e a desconfiança com relação ao pai, seriam, então, direcionadas a outros homens. Aqui, Nicolosi toma emprestado outro conceito de Moberly (1983), isto é, que a “ambivalência para com o mesmo sexo” (os sentimentos de amor e ódio com relação a homens), funcionariam como um bloqueio à possibilidade de uma identificação masculina heterossexual “normal”.

Com relação aos estereótipos negativos sobre os homossexuais, Nicolosi menciona que estes possuem dificuldades de: assertividade (sobretudo com relação a figuras de autoridade masculinas), expressão de necessidades, expressão de agressão/hostilidade (geralmente demonstrada de forma indireta ou inapropriada, o que geraria uma sensação de desamparo e frustração), estabelecimento de amizades não-eróticas com outros homens, competição com outros homens e toma de decisões. Outras características da homossexualidade incluiriam passividade, dependência, baixa auto-estima (baseada na incompletude

⁵⁷Nicolosi sugere que esta busca pela masculinidade jamais atingida pelo homossexual é que faz com que, na comunidade gay, os homossexuais efeminados sejam mais desvalorizados do que aqueles que apresentam características consideradas masculinas.

da identidade de gênero), hipersensibilidade a críticas e opiniões alheias (que tendem a gerar raiva ou depressão), preocupação excessiva em ferir os sentimentos dos outros, problemas de imagem corporal (excessiva inibição ou exibicionismo) e sintomas fóbicos (particularmente um medo intenso de urinar em público, fruto da ansiedade de competição com outros homens ou preocupações com desejos homossexuais). De acordo com o autor, o homossexual também traria da sua infância um “falso *self*”, isto é, se apresentaria como “o bom menininho” que compromete seu verdadeiro *self* para agradar as expectativas de um ou ambos pais. Os pais, por sua vez, cultivariam o falso *self* da criança sabotando suas tentativas de individuação e masculinidade.

No que se refere aos relacionamentos amorosos entre homossexuais, Nicolosi postula que estes tendem a ser instáveis, narcisistas, dependentes, fusionados, possessivos, controladores, ciumentos, insatisfatórios, ambivalentes, com baixo grau de intimidade emocional e com ênfase excessiva em uma sexualidade definida como compulsiva e perversa. Casais homossexuais também seriam extremamente promíscuos.

Relacionamentos homossexuais são caracteristicamente breves e excessivamente voláteis, com muitas brigas, discussões, situações nas quais se faz as pazes, e desapontamentos contínuos. Eles podem tomar a forma de romances intensos, onde a atração se mantém primariamente no nível sexual, caracterizada por uma paixão e nunca evoluindo em direção a um amor maduro; ou, então, eles se acomodam em amizades de longa data enquanto mantêm casos fora da relação. Pesquisas, no entanto, revelam que eles quase nunca possuem os elementos maduros de consistência, confiança, dependência mútua e fidelidade sexual característica de casamentos heterossexuais altamente funcionais. (Nicolosi, 1997: 110; tradução nossa)

Com relação à terapia propriamente dita, Nicolosi prefere chamar seus pacientes de “homossexuais não-gays”, isto é, indivíduos que experienciam uma cisão entre seu sistema de valores e sua orientação sexual, identificando-se com o padrão de vida heterossexual e acreditando que a homossexualidade prejudica seu progresso pessoal. Em outras palavras, são indivíduos que não adotam uma identidade gay. Curiosamente, os primeiros pacientes atendidos pelo autor, aqueles nos quais sua teoria da gênese da homossexualidade parece estar baseada, foram padres católicos homossexuais que tentavam reconciliar sua fé com sua orientação sexual. Visto que a homossexualidade não teria uma origem biológica, e todos os indivíduos possuiriam uma “heterossexualidade latente”, a terapia de

conversão permitiria ao sujeito atingir “completude” e adequar-se à “ordem natural da sociedade”, isto é, desenvolver uma masculinidade heterossexual tradicional. Além das sessões individuais e grupais de terapia, Nicolosi também recomenda que o paciente faça uso de livros e fitas de áudio e vídeo fornecidos por grupos de ex-gays, de modo que estes materiais educativos ofereçam suporte ao indivíduo na sua batalha contra a homossexualidade.

Nicolosi sugere que, em primeiro lugar, seja esclarecida a dinâmica familiar que levou à homossexualidade, momento durante o qual o paciente deve fazer as pazes com seu pai. As diferenças de gênero também são consideravelmente discutidas durante as sessões terapêuticas, assim como o desenvolvimento de saudáveis amizades masculinas não-erotizadas, baseadas em confiança e mutualidade, pois estas permitirão ao sujeito formar uma identidade masculina. Este autor encoraja seus pacientes a aumentarem sua masculinidade como um pré-requisito para a heterossexualidade. Este tipo de técnica, utilizada tanto por psicólogos quanto por terapias de conversão de base religiosa, pode ser chamada de “lições de gênero”, isto é, o sujeito deve aprender comportamentos masculinos e femininos considerados adequados para seu sexo biológico. No caso dos homens, significa aprender sobre carros, praticar atividades esportivas, pescar, caçar, etc., enquanto para as mulheres as atividades que devem ser aprendidas incluem cozinhar, costurar, usar maquiagem, e vestir-se “femininamente” (Schroeder & Shidlo, 2001; Svensson, 2003).

A técnica das lições de gênero tem como postulado principal a noção de que uma deficiência na identidade de gênero do indivíduo é a causa da sua homossexualidade (Beckstead, 2001), deficiência esta que pode ser solucionada através de determinados exercícios. Além das atividades citadas acima, clientes que se submetem a terapias de conversão são frequentemente encorajados por seus terapeutas a mostrar interesse romântico por membros do sexo oposto. Através de técnicas de aproximação sucessiva, o homem gay, por exemplo, deveria ser capaz de, primeiro, se aproximar de uma mulher, convidá-la para sair, mostrar afeto em relação a ela (beijar, fazer carinho, dar a mão, etc.) e, finalmente, ser capaz de manter uma relação sexual satisfatória. Promete-se ao cliente que ao final do longo e doloroso processo ele será capaz de casar-se, ter filhos e levar uma vida feliz, agora saudavelmente adaptado ao mundo heterossexual (Beckstead, 2001).

Naturalmente, estes relacionamentos terminam, freqüentemente, em amargos divórcios (Besen, 2003).

Com relação a este tema, Haldeman (2001) levanta um ponto extremamente importante: a responsabilidade que o cliente homossexual e o terapeuta de conversão possuem com relação a ex-namoradas, ex-mulheres e filhos quando estes “experimentos de heterossexualidade” falham e o sujeito resolve assumir sua verdadeira orientação sexual. Não obstante, o sentimento de perda e traição, assim como o profundo impacto psíquico desta situação na vida de indivíduos que foram usados como “dever de casa”, não são discutidos pela literatura de terapia de conversão.

Uma crítica semelhante é feita por Drescher (2001b), que diz que nas terapias de conversão o cliente deve adotar estereótipos de gênero e valores convencionais como um objetivo explícito do tratamento. Nicolosi, por exemplo, acredita que o “*tratamento efetivo toma sua direção de um sistema de valores compartilhados entre o cliente e o terapeuta*” (Nicolosi, 1997: 17; tradução nossa). Naturalmente, submeter-se à autoridade do terapeuta como uma condição para o tratamento acarreta uma série de problemas éticos. Vale lembrar que, de acordo com Nicolosi, a relação terapêutica (particularmente a transferência) é fundamental para a conversão homossexual, visto que é tomando o terapeuta como um modelo de masculinidade que o paciente se tornará heterossexual. Por este motivo, apenas homens deveriam praticar terapia de conversão com homossexuais masculinos, e o terapeuta deve adotar uma postura diretiva com relação à promoção da identidade de gênero masculina no seu paciente.

Nicolosi não apresenta qualquer pesquisa que demonstre a eficácia do seu tipo de intervenção e afirma que não gosta de falar em “cura”, mas em “crescimento” e “mudança”, isto é, uma modificação na forma de enxergar o *self* e no entendimento do comportamento homossexual como uma forma patológica de satisfazer necessidades de amor e masculinidade. O objetivo final da terapia seria o casamento heterossexual, mas para muitos sujeitos o celibato pode se tornar a única opção. Apesar da transformação, é possível, no entanto, que desejos homossexuais persistam ou reapareçam em determinados momentos do ciclo de vida do indivíduo. A mudança, ou seja, a aquisição de uma identidade masculina heterossexual, é compreendida como um processo de longo-termo, podendo durar a vida toda.

A terapia reparativa não é uma “cura” no sentido de erradicar todos os sentimentos homossexuais. No entanto ela pode fazer muito para melhorar a forma como um homem se relaciona com outros homens e para fortalecer a identificação masculina. Como um resultado do tratamento, muitos homens têm recebido apoio em seu desejo de compromisso com o celibato, enquanto outros têm sido capazes de progredir para o objetivo de um casamento heterossexual. (Nicolosi, 1997: xviii; tradução nossa)

Nicolosi afirma, ao contrário de seus predecessores, cujo ideal era “vamos salvar o mundo dos homossexuais”, que ele está tentando “salvar os homossexuais deles mesmos”, ajudando seus clientes a mudar, a evitar contrair o vírus HIV e a escapar do supostamente triste “estilo de vida homossexual”. Partindo do pressuposto de que “*a condição homossexual não pode ser correlacionada com saúde psicológica*” (Nicolosi, 1997: 83; tradução nossa), este autor não acredita “*que o estilo de vida gay possa ser saudável, ou que a identidade homossexual possa ser completamente egossintônica*” (Nicolosi, 1997: 13; tradução nossa), fatos que o levaram a fundar a *NARTH*.

Com relação à *NARTH* (*National Association for Research and Therapy of Homosexuality*), podemos dizer que esta é uma organização politicamente conservadora que abriga terapeutas que trabalham com conversão de homossexuais, incluindo, igualmente, membros do movimento dos ex-gays. Fundada em 1992 (quase 20 anos após a homossexualidade ter sido retirada do *DSM*), por Socarides e Nicolosi, ela possui um papel crucial na manutenção desta prática “psicoterapêutica”, pois possibilitou que as terapias de conversão fossem conhecidas por um número muito grande de indivíduos. Com dinheiro recolhido através de anuidades, encontros anuais e acesso à mídia, a *NARTH* apresenta um ar de respeitabilidade e cientificismo, permitindo que seus membros⁵⁸ se apoiem mutuamente, evitando, ao mesmo tempo, que a prática das terapias de conversão seja banida. De acordo com Besen (2003), outros objetivos da *NARTH* incluiriam abrir o movimento dos ex-gays ao povo judaico (que não se sente acolhido por denominações religiosas cristãs que praticam conversão), abrir o movimento dos ex-gays para um público mais intelectualizado (que não acredita nas práticas místicas e supersticiosas oferecidas por religiosos que trabalham com conversão),

⁵⁸ De acordo com Besen (2003), a *NARTH* possui em torno de 1000 membros, um número muito pequeno de indivíduos se comparados aos 150,000 membros da *Associação de Psicologia Americana*.

mostrar estes terapeutas e seus pacientes ex-gays como vítimas, e provar que a homossexualidade não é genética (e que, portanto, pode ser modificada).

Apesar de tentar passar uma imagem pública de “defensora dos homossexuais”, através de declarações do tipo “ame o pecador, mas odeie o pecado”, o objetivo último da *NARTH* é, no entanto, fazer com que a homossexualidade seja novamente classificada como uma doença, idéia que fica clara nas numerosas declarações públicas de seus oficiais. Vale apontar, também, que membros da organização são freqüentemente chamados para depor contra os homossexuais em situações jurídicas onde os direitos civis destes indivíduos estão em jogo. Estas ações são consistentes com a crença de que o preconceito contra a homossexualidade deve ser mantido e reforçado para que a heterossexualidade seja socialmente privilegiada. Vale ressaltar que para muitos terapeutas de conversão o preconceito explícito contra a homossexualidade é considerado um aliado fundamental no processo terapêutico de mudança em direção à heterossexualidade (Drescher, 2001b). Tendo em vista que as crenças da *NARTH* têm sido duramente criticadas e marginalizadas por diversas organizações profissionais e científicas, ela tem se aliado cada vez mais a denominações religiosas que condenam a homossexualidade.

As teorias comportamentais

De acordo com Bayer (1987), na década de 60, quando a importância da teoria psicanalítica na psiquiatria norte-americana começou a diminuir, outras escolas de pensamento começaram a incorporar a visão de que a homossexualidade é uma anormalidade. No caso das teorias comportamentais, a homossexualidade passou de uma perversão no curso normal de desenvolvimento psicosssexual para ser transformada em uma “conseqüência pouco adaptativa” ou uma “aprendizagem inapropriada”. Assim, estas teorias postulam, de um modo geral, que a resposta homossexual aprendida pode ser contra-condicionada com estímulos aversivos, substituindo o comportamento inadequado por uma resposta heterossexual apropriada (Haldeman, 1994; Martell e cols., 2004). Vale ressaltar que, ao contrário das teorias de base psicanalítica, tratamentos de conversão que fazem uso de técnicas comportamentais raramente são utilizados atualmente, tendo em vista o descrédito que determinadas técnicas ganharam no meio

científico, muitas das quais são consideradas bárbaras para os padrões vigentes. Este é um dos motivos pelos quais não nos aprofundaremos neste tópico, apesar de precisarmos tecer alguns comentários.

Em primeiro lugar, devemos lembrar que, não obstante a grande maioria dos homossexuais que procuraram terapias comportamentais para mudar sua orientação sexual terem sido participantes voluntários neste processo, muitos descreveram o tratamento como “tortura” ou “punição” (Svensson, 2003). Durante as décadas de 60 e 70, por exemplo, três formas de terapia aversiva estiveram na moda: utilização de choques elétricos que eram administrados ao paciente masculino após este responder eroticamente a fotografias de homens nus⁵⁹ (Feldman & McCulloch, 1971; Feldman, 1977); utilização da técnica de “sensibilização encoberta”, na qual imagens de medo ou repulsa (frequentemente nojo ou vômito) eram empregadas com o objetivo de diminuir o desejo homossexual (Barlow e cols., 1969; Cautela, 1967); e administração da droga apomorfinina que induz náusea (McConaghy e cols., 1972). Outras técnicas incluíam fazer com que homossexuais se masturbassem vendo fotografias de mulheres nuas (Davison, 1968) e a implantação de eletrodos nos centros de prazer do cérebro de homens homossexuais, eletrodos estes que eram estimulados enquanto uma prostituta tentava seduzir o sujeito (Heath, 1972). Alguns programas, por sua vez, tentavam potencializar a eficácia de técnicas de condicionamento aversivo adicionando a elas componentes de aprendizagem social, tais como treinamento de assertividade (Feldman & McCulloch, 1965).

Não obstante Wolpe (1969) ter relatado uma conversão espontânea de um cliente homossexual após ele ter abandonado a terapia comportamental, diversos autores favoráveis às terapias comportamentais do tipo aversivo posteriormente mudaram de opinião quanto à eficácia e ética do tratamento (Davison, 1976, 1978, 1991). De um modo geral, terapias aversivas têm falhado em demonstrar sucesso de longo prazo quando utilizadas para tratar diversas condições, dentre as quais alcoolismo, tabagismo e homossexualidade. O problema central da terapia aversiva parece ser o fato de que, quando o estímulo aversivo é retirado, o paciente tende a voltar ao seu comportamento anterior, sobretudo quando o

⁵⁹ Em alguns tipos de intervenção a cessação do choque elétrico era acompanhada de material pornográfico heterossexual. A premissa deste tipo de intervenção era treinar o paciente a responder eroticamente a mulheres e temer uma resposta erótica a homens.

comportamento a ser extinguido é física ou emocionalmente prazeroso. O problema do ganho secundário também não pode ser negado, tendo em vista que um indivíduo pode fingir que mudou seu comportamento apenas para escapar da terapia aversiva.

Lembramos, no entanto, que atualmente muitos terapeutas de conversão têm utilizado uma mistura de técnicas cognitivas e comportamentais para mudar a orientação sexual de seus pacientes, incluindo: parada de pensamento, sensibilização encoberta, dessensibilização sistemática, modelação e condicionamento operante (Schroeder & Shidlo, 2001).

As terapias de conversão de base religiosa: o movimento dos “ex-gays”

O movimento dos ex-gays⁶⁰ abriga, sob o mesmo leque, uma série de organizações religiosas (geralmente evangélicas, cristãs, protestantes ou mórmons) que acreditam que a homossexualidade é um pecado que pode e deve ser modificado. De um modo geral, consiste em diversas práticas religiosas e espirituais, que combinam terapias grupais e individuais baseadas nas teorias psicológicas descritas acima, assim como em modelos de grupos de apoio-mútuo⁶¹, bastante similares àqueles utilizados pelos alcoólicos anônimos.

Nos Estados Unidos, existem inúmeros destes grupos, sendo os mais conhecidos o *Exodus International* (fundado em 1976, tem como objetivo agregar todos os grupos que participam do movimento dos ex-gays; possui filiais em diversos países)⁶², *Homosexuals Anonymous* (baseado em um programa de 14

⁶⁰ De acordo com Besen (2003), o termo “ex-gay” foi cunhado por Michael Bussee, fundador da *Exodus International*, na década de 70. Alguns grupos fundamentalistas de extrema direita criticam o termo “ex-gay” pelo fato de que não faria sentido basear a identidade de um indivíduo em um “ex-pecado”. Assim, se auto-denominar “ex-gay” seria tão absurdo quanto dizer que o sujeito é um “ex-adúltero”. Para estes grupos, se o pecado for curado, deve-se parar de falar dele.

⁶¹ Devemos ressaltar que não são poucos os autores que comparam a homossexualidade com vício em álcool ou drogas, postulando que, devido ao fato destes comportamentos serem compulsões, uma abordagem baseada em programas de 12 passos é a mais adequada para curar o sujeito da sua adicção (Satinover, 2001). Autores como Barnhouse (1977), chegam inclusive a comparar homossexualidade com canibalismo, sugerindo, a partir da teoria de Moberly (1983), que homossexuais tentariam consumir a masculinidade de seus parceiros, identidade de gênero esta que não foi adquirida durante a infância.

⁶² Ironicamente, os fundadores do *Exodus*, Michael Bussee e Gary Cooper, assumiram serem amantes em 1979, permanecendo juntos até Cooper morrer de AIDS em 1991. Durante seu

passos, similar ao utilizado pelo alcoólicos anônimos), *Love in Action* (fundado em 1973, é o primeiro grupo ex-gay de que se tem notícia; funciona adotando um modelo de “retiros espirituais” e portanto é frequentemente comparado a cultos)⁶³; *Courage* (voltada para católicos, prega “castidade” em vez de “cura” da homossexualidade), *Evergreen* (direcionada para Mórmons), *International Healing Foundation*⁶⁴ e *JONAH* (sigla para *Jews Offering New Alternatives to Homosexuality*, direcionada para judeus, mas baseada em postulados cristãos). No Brasil, existem mais de 20 grupos que praticam terapia de conversão de base religiosa, dentre os quais citamos o *Exodus Brasil* (coordenado pela psicóloga Rosângela Alves Justino), o *MOSES* (sigla que significa *Movimento pela Sexualidade Sadia*, sediado no Rio de Janeiro) e o *Desafio Jovem Ebenezer* (que também abriga indivíduos viciados em drogas e álcool, possuindo filiais no Rio de Janeiro, São Paulo e Goiás) (Cassalto, 2000).

Tal como mencionado acima, o movimento dos ex-gays data de 1973, coincidindo com os ganhos obtidos pela revolução sexual e pelo movimento homossexual, mas só começou a ganhar força na década de 80, com o surgimento da AIDS. Aterrorizante, misteriosa e associada à peste (Sontag, 1989), a AIDS parecia uma doença saída do Antigo Testamento, um castigo divino que teria surgido para punir a sexualidade desviante dos homossexuais. Assim, a epidemia parecia mostrar que Deus era contra a homossexualidade e que a única saída possível deste “estilo de vida” que levaria, certamente, à doença terminal, era tentar tornar-se heterossexual (Besen, 2003). Vale lembrar que nesta mesma época surgiram as teorias de Elizabeth Moberly (1983), que se concentrava nas causas da homossexualidade, e as pesquisas de Paul Cameron (1993), que demonstravam

relacionamento o casal dedicou-se a criticar as terapias de conversão, particularmente as de natureza religiosa.

⁶³ O Reverendo Kent Philpott, um dos fundadores do grupo *Love in Action*, escreveu em 1975 *The Third Sex?*, o primeiro livro sobre terapias de conversão de base religiosa. Extremamente influente, este livro tornou-se a base sob a qual o movimento ex-gay foi fundado, apesar de ter sido retirado do mercado alguns anos mais tarde devido a um processo judicial iniciado por indivíduos que haviam sido entrevistados para o livro mas que afirmavam que este era uma fraude, pois eles continuavam sendo homossexuais (Besen, 2003).

⁶⁴ A *International Healing Foundation* é liderada por Richard Cohen (2001), um indivíduo que tem sido bastante influente dentro das terapias de conversão, tendo se tornado praticamente um guru dentro do movimento. Apesar da relativa importância de Cohen, seus postulados e técnicas não serão analisados neste capítulo devido ao fato deles não possuírem qualquer consistência teórica, apresentando-se mais como uma colagem das teorias de diferentes autores, misturada a técnicas *new age*, tais como o trabalho com “energias”.

as conseqüências negativas de ser homossexual. Ambos autores ressuscitaram o movimento dos ex-gays, proporcionando-lhe uma aura mais científica.

A partir da década de 90, membros do movimento começaram a se ligar a grupos políticos de extrema direita, grupos estes que têm como objetivo principal mudar a opinião pública a respeito da homossexualidade (isto é, mostrá-la como uma doença que pode ser curada) e fazer com que este setor da população não seja protegido por leis (Ford, 2001). Ao que parece, a mensagem que estes grupos querem transmitir é a de que “se gays e lésbicas podem mudar, não há necessidade de criar leis que os protejam de discriminação” (Human Rights Campaign Foundation, 2000). Esta associação fez com que o movimento dos ex-gays ficasse conhecido do grande público, sobretudo quando, em 1998⁶⁵, uma série de anúncios sobre o movimento apareceu em importantes jornais norte-americanos de circulação nacional⁶⁶. Patrocinada por 18 organizações religiosas conservadoras, esta campanha multimilionária⁶⁷ consistiu em diversos anúncios de página inteira que faziam propaganda das terapias de conversão. O texto dos anúncios incluía mensagens como “*a verdade pode machucar antes que ela possa curar, mas a mudança é possível*” e “*se você realmente ama alguém, você lhe dirá a verdade... que os homossexuais podem mudar*” (“We’re Standing”, 1998: A11; tradução nossa). Fotos de casais de ex-gays também foram utilizadas na campanha, garotos-propaganda estes que testemunhavam a respeito de seu casamento heterossexual feliz, do fato de terem se livrado de um passado homossexual e da possibilidade de que qualquer um pode mudar sua orientação sexual. Apesar da campanha ter sido bem sucedida no que diz respeito à visibilidade do movimento dos ex-gays, ela também foi alvo de críticas ferozes por parte de ativistas homossexuais e associações de psicologia e psiquiatria. Mais recentemente, o movimento dos ex-gays também têm realizado anúncios para a televisão, assim como uma série de convenções pelos Estados Unidos.

Uma das características que mais chama atenção no movimento dos ex-gays é o fato dele não possuir uma organização uniforme, isto é, cada grupo adota

⁶⁵ Segundo Svensson (2003), o Movimento dos Ex-Gays atingiu seu auge neste ano, chegando a contar com mais de 300 grupos religiosos espalhados pelos Estados Unidos.

⁶⁶ Os jornais incluíam: *The Los Angeles Times*, *The New York Times*, *USA Today*, *The Washington Post* e *The Washington Times*, dentre outros.

⁶⁷ De acordo com um relatório da Human Rights Campaign (2000), esta campanha, chamada *Truth in Love* (“A Verdade no Amor”) contou com um orçamento de aproximadamente US\$500,000.

teorias e técnicas diferentes, chegando a existir enorme variação no que cada grupo considera uma “cura” da homossexualidade (Besen, 2003). Não obstante a diversidade, tanto teórica quanto prática, destes grupos, a maioria adere aos seguintes postulados: a Bíblia, palavra de Deus, é a autoridade suprema em todos os assuntos; a homossexualidade é uma evidência da natureza pecadora do homem e continuar mantendo relações homossexuais exclui o indivíduo da entrada no Paraíso; a fé em Jesus Cristo é o único caminho para a salvação e para a cura da homossexualidade; “a verdade” nos pertence e devemos compartilhá-la com o mundo, na intenção de salvar o maior número de pessoas do inferno da perdição; e a homossexualidade ameaça a sociedade e os valores familiares. Central para o sistema de crenças destes grupos é a idéia de que tanto Satanás quanto o inferno possuem existência concreta. Este espírito personificado do mal é onipresente e capaz de habitar o corpo de um indivíduo e influenciar seus pensamentos e sentimentos. Visto que as tentações são compreendidas como obra de Satanás, deixar-se levar por fantasias ou adotar comportamentos homossexuais é uma forma de entregar-se ao mal. Existe perdão e graça para o pecador que se arrepende, mas esta é freqüentemente misturada com vergonha e punição. Indivíduos que aderem ao movimento são acolhidos com amor e pertencimento, mas olhados com pesar e desgosto caso se desviem do caminho (Ford, 2001).

Inicialmente, as técnicas utilizadas por estes grupos eram baseadas em sessões de reza e/ou exorcismo. Dentro do movimento dos ex-gays, no entanto, há uma certa controvérsia com relação ao papel dos “demônios” no pecado da homossexualidade. Alguns membros acreditam, por exemplo, que através do exorcismo o demônio da homossexualidade pode ser expulso, o que oferece ao indivíduo uma cura instantânea. Caso as tentações retornem, a vítima do exorcismo é considerada culpada. Posteriormente, introduziu-se o conceito de “pecado secreto”, que assume que exorcismos mal-sucedidos são resultado de um pecado que não foi confessado, o que mais uma vez faz com que a culpa recaia sobre o sujeito homossexual. De acordo com Ford (2001), após uma sessão de exorcismo o indivíduo pode sentir uma intensa pressão psicológica para dizer que foi curado. Isto não significa, no entanto, que o sujeito esteja deliberadamente mentindo, mas sim que a intensidade emocional da experiência e a expectativa de mudança podem acabar reforçando a negação.

Outra técnica muito utilizada pelo movimento dos ex-gays é a verbalização de cura, ou seja, o fato de dizer-se “curado” significa que o indivíduo tornou-se heterossexual. Visto que todas as pessoas seriam heterossexuais através de Jesus Cristo, o sujeito pode acreditar que, no fundo, é heterossexual, ao mesmo tempo em que a homossexualidade é interpretada como uma ilusão, fruto da obra de Satanás. Esta mudança conceitual permite ao indivíduo dizer, honestamente, que ele está curado, não obstante a atração homossexual persistir. Devemos ressaltar que o movimento dos ex-gays têm sido duramente criticado por utilizar técnicas de conversão consideradas “estranhas”. Alguns grupos, por exemplo, trabalham com o que eles chamam de “constelações familiares” (que consiste na confecção de uma espécie de genograma com o objetivo de curar “feridas geracionais”), enquanto outros tentam recuperar memórias intra-uterinas dolorosas ou reprimidas, que podem ter causado a homossexualidade do indivíduo. Exercícios “bioenergéticos” também são realizados, sendo o mais comum destes fazer com que o sujeito bata em um travesseiro com uma raquete de tênis, ao mesmo tempo em que respira profundamente e verbaliza sua raiva e frustração com relação à memórias infantis. A idéia, neste caso, é de liberar um repositório de emoções e memórias não-expressas na musculatura corporal.

Técnicas de natureza comportamental também são bastante frequentes, sobretudo em terapias de conversão grupal. Uma destas é a “técnica do elástico”, na qual o sujeito deve colocar um elástico no seu pulso e puxá-lo toda vez que tiver fantasias homossexuais. A explicação para a utilização deste método aversivo é que a dor causada pelo elástico batendo na pele lembre ao indivíduo que a homossexualidade é algo errado, ao mesmo tempo em que focaliza a atenção do sujeito na dor momentânea, ou invés de no desejo homossexual. Duas técnicas desenvolvidas por Cohen (2001), têm, igualmente, ampla aceitação dentro do movimento dos ex-gays: a primeira delas é a prática da “distração” e a segunda chama-se “terapia do toque”. No que se refere à distração, esta tem por objetivo tirar a atenção do sujeito do seu desejo homossexual, ocupando seu dia com atividades tais como dieta alimentar, exercícios físicos, rezas, estudos Bíblicos, meditação/relaxamento, confissão, etc. Naturalmente, este método têm mais eficácia quando aplicado a grupos de indivíduos isolados em retiros de conversão, que, como veremos adiante, têm sido acusados de funcionarem como seitas ou cultos. Por último, a técnica que têm gerado maior controvérsia,

chegando, inclusive, a acusações de abuso sexual, é a da terapia do toque, que consiste em um indivíduo heterossexual acariciar um homossexual do mesmo sexo em uma forma não-sexual. Esta prática baseia-se na premissa anteriormente estudada de que uma pessoa se torna homossexual porque foi privada de carinho não-sexual por membros do seu mesmo sexo. Acredita-se, então, que o indivíduo perderá sua atração homossexual se receber demonstrações saudáveis de carinho por parte de “mentores” (Besen, 2003).

Atualmente, tendo em vista a dificuldade de encontrar um suporte científico para suas crenças religiosas, o movimento dos ex-gays tem se voltado em direção às terapias de conversão de base psicológica, particularmente aquelas propagadas por Moberly (1983) e Nicolosi (1997), que provêm uma aura de modernidade e respeitabilidade ao movimento, através da utilização de uma linguagem científica ou pseudo-científica (Drescher, 2001a). Apesar de terem sido realizados poucos estudos sobre a eficácia das terapias de conversão de base religiosa, Pattison e Pattison (1980) descrevem 11 homens que “superaram” a homossexualidade através de conversão espiritual, enquanto 65% dos 101 clientes homossexuais de van der Aardweg ([1986] 1997) teriam atingido mudanças consideradas “radicais” ou “satisfatórias”.

O movimento dos ex-gays tem sido frequentemente comparado a seitas ou cultos, dado o modo em que eles operam e o fato deles serem particularmente atraentes para indivíduos marginalizados (devido ao preconceito) ou em situação de risco. De acordo com Svensson (2003), características centrais de cultos, que praticam o que ele chama de “persuasão coerciva”, estão presentes dentro de grupos que participam do movimento dos ex-gays. Dentre estas características podemos citar: *controle e isolamento* (o indivíduo é proibido de ter contato com seu companheiro ou outros homossexuais assumidos, devendo dar preferência a contatos com outros membros do grupo); *exaustão social e emocional* (através de um pesado programa de contatos com membros do grupo, aconselhamento pastoral individual, terapia grupal, *workshops*, estudos Bíblicos e outras atividades da congregação); *confusão e incerteza* (sobre a habilidade de poder tornar-se heterossexual e alcançar felicidade na Terra ou no Céu, em contraste com uma vida de sofrimento no Inferno caso o indivíduo mantenha seu comportamento homossexual); *culpa e vergonha* (de pensamentos ou comportamentos homossexuais, sejam estes passados, presentes ou futuros); e *libertação e*

resolução (prometida para pensamentos e comportamentos homossexuais). Em alguns casos a persuasão é mais sutil, tal como pedir para que o indivíduo evite ler materiais que postulem uma visão positiva da homossexualidade, mas em outros têm sido comparada a uma espécie de “lavagem-cerebral” (Ford, 2001). Visto que a aceitação do indivíduo é condicional, existe uma forte motivação para que os membros se conformem e neguem experiências subjetivas. Por este motivo, sentimentos são considerados suspeitos e confiar na própria intuição é carnal e perigoso. No entanto, apoiar-se no pensamento racional, questionar ou duvidar, também são vistos como evidências de pouca fé e como lugares de abertura para que o “inimigo” (leia-se, Satanás) entre. A ênfase é posta na aceitação da “verdade” tal como ela é ensinada ao grupo pelos líderes ou membros mais antigos (Ford, 2001).

Outras críticas incluem o fato de “recaídas” e contatos de natureza homossexual serem freqüentes entre membros, líderes e garotos-propaganda do movimento, o que provoca escândalos e têm se transformando em um sério problema de imagem para estes grupos (Besen, 2003). De acordo com Mills (1998), as recaídas se tornaram tão comuns que atualmente muitos grupos preferem colocar heterossexuais em posições de liderança, com o intuito de evitar novos escândalos. Se levarmos em consideração a natureza e a função destes grupos, não é difícil imaginar que ocorram “recaídas”, tendo em vista o fato do homossexual em conflito estar sendo constantemente tentado por seu objeto de desejo durante as reuniões de conversão. A forma através da qual o movimento têm lidado com estas transgressões é o estabelecimento de regras explícitas, tal como a de que qualquer encontro entre homossexuais deve incluir três ou mais pessoas. Amizades muito intensas são desestimuladas, sobretudo no caso de líderes ou garotos-propaganda, que muitas vezes acabam sendo expulsos do movimento por causa destes “deslizes”. Paradoxalmente, são justamente estas amizades intensas que, transformadas em um amor genuíno, proporcionam ao indivíduo a coragem para aceitar sua homossexualidade e adotar uma identidade gay positiva (Ford, 2001). Em um sentido semelhante, podemos dizer que estes grupos tendem a facilitar o contato entre homossexuais religiosos, permitindo que o indivíduo se dê conta de que é possível ser ao mesmo tempo homossexual e possuir determinados valores morais e espirituais.

O conceito de profissionalismo também se mostra problemático, visto que a grande maioria dos conselheiros destes grupos não possui qualquer treinamento na área de saúde mental (Ford, 2001). De acordo com Besen (2003), por exemplo, um número considerável de líderes ou conselheiros dentro do movimento são indivíduos que possuem transtornos mentais severos e passados questionáveis, incluindo diversos tipos de psicose, episódios de encarceramento, prostituição, vício em drogas/álcool e comportamento sexual compulsivo, dentre outros. Na maioria dos casos, estes problemas são interpretados como sendo fruto da homossexualidade, e não uma decorrência do preconceito ou de outras dificuldades emocionais que nada tem a ver com a orientação sexual do indivíduo.

Não obstante as críticas a este tipo de intervenção, alguns estudiosos (Besen, 2003; Ford, 2001) concordam com a idéia de que a maioria dos indivíduos que fazem parte do movimento dos ex-gays são pessoas sinceras, devotas e bem intencionadas, acreditando firmemente no que pregam e achando que, de fato, estão servindo o desejo de Deus e ajudando outros seres humanos a se livrarem de um pecado mortal.

As pesquisas de “eficácia” das terapias de conversão

Relatos de conversão de homossexuais em heterossexuais, obtidos com uso de psicoterapia, existem desde o início do século XX. Stekel (1930), um psicanalista freudiano, por exemplo, faz menção a uma série de conversões completas, incluindo um caso que é discutido em detalhes. Anna Freud (1949, 1952) também se refere a diversos casos que mostraram “bons resultados”, incluindo 4 que teriam levado a um ajustamento heterossexual completo. Ellis (1956) menciona, igualmente, que de seus 28 pacientes homossexuais masculinos, 18 teriam atingido uma melhora “significativa” na obtenção de relacionamentos afetivo-sexuais com mulheres. Ross e Medelsohn (1958), por sua vez, descrevem que, de 15 estudantes universitários homossexuais, 11 demonstraram melhoras “moderadas a consideráveis”. Mais tarde, Monroe e Enelow (1960) descrevem mudanças significativas em 4, de um total de 7, pacientes, enquanto Eidelberg (1956) e Wallace (1969) também relatam a conversão bem sucedida de um homossexual, obtida após um breve período de tratamento psicanalítico. Em um estudo de 30 alunos universitários homossexuais, Whitener e Nikelly (1964)

relatam “melhoras consideráveis” entre pacientes que estavam altamente motivados, possuíam estruturas de caráter relativamente saudáveis, e não tinham praticado atos homossexuais durante um longo período. Em outro estudo mais detalhado que o anterior, Mayerson e Lief (1965) encontraram que 47% dos seus pacientes continuavam funcionando heterossexualmente após 4 anos do término da intervenção.

No estudo de Masters e Johnson (1979), os autores alegam a conversão de 50-60% de seus pacientes, mudanças estas que teriam se mantido 5 anos após o tratamento, que consistia em duas semanas de intensivas sessões de psicanálise individual associadas a modificações comportamentais. A teoria por trás deste estudo era de que a homossexualidade seria um resultado de tentativas heterossexuais que teriam falhado ou sido ridicularizadas. Naturalmente, Masters e Johnson (1979) esqueceram o mais provável, isto é, que as “falhas” heterossexuais entre indivíduos homossexuais são esperadas, visto que o comportamento em questão está fora do padrão de resposta sexual do indivíduo (Haldeman, 1994). Faz-se importante ressaltar que estes resultados também têm sido criticados devido ao fato de que os dados se referem a participantes bissexuais, que estavam em relacionamentos com acesso a contatos heterossexuais, e cuja mudança de orientação sexual teria ocorrido em um nível exclusivamente comportamental (Svensson, 2003). Não obstante as críticas, o estudo de Masters e Johnson (1979) é constantemente citado por terapeutas que praticam a conversão da homossexualidade.

Dentre os estudos mais recentes, o realizado por Beckstead (2001) obteve resultados bastante interessantes, pois apesar dos participantes terem passado a se auto-identificar como heterossexuais, estes não foram capazes de modificar seu desejo homossexual, nem conseguiram aumentar seu nível de atração heterossexual. O que parece ter sofrido alteração foi a forma em que a identidade sexual era definida, ao invés de uma mudança real de orientação sexual.

Com relação às terapias de conversão que fazem uso de intervenções grupais, podemos dizer que Hadden (1966) menciona que 37% de seus pacientes haviam se tornado heterossexuais, enquanto Birk (1974) também relata que 38% dos seus pacientes atingiram “mudanças heterossexuais sólidas”. Importante lembrarmos que, ao passo que na maioria dos estudos sobre terapia de conversão o indivíduo se sente pressionado a dizer que se tornou heterossexual, este

fenômeno é particularmente evidente nos estudos que utilizam grupos, dada a intensa necessidade do sujeito de adequar-se aos padrões grupais. Deste modo, o indivíduo é encorajado a dizer que mudou, mesmo quando esse não é o caso. Um estudo recente de Nicolosi e cols. (2000) pesquisou 882 indivíduos que participaram de terapias de conversão que incluíam sessões individuais e grupais. Dos 319 clientes que disseram ser exclusivamente homossexuais antes da intervenção, 18% relataram terem se tornado exclusivamente heterossexuais depois do tratamento, enquanto 17% relatou sentir-se “quase inteiramente heterossexual”.

O estudo mais recente e o que gerou maior controvérsia sobre a eficácia das terapias de conversão foi o de Robert Spitzer (2003), um psiquiatra da Universidade de Columbia, que, curiosamente, havia liderado o movimento para que a *Associação Psiquiátrica Americana* retirasse a homossexualidade do *DSM* em 1973. Apesar de ter sido publicado apenas em 2003, uma versão preliminar do estudo foi apresentada no encontro anual da *Associação Psiquiátrica Americana* em maio de 2001, recebendo, simultaneamente, críticas acirradas e uma dose intensa de publicidade. Enquanto que o estudo foi recebido com entusiasmo por grupos que praticam terapias de conversão como uma prova de que a homossexualidade pode ser mudada, ele foi duramente criticado tanto pelo movimento homossexual quanto pela comunidade científica, praticamente arruinando a até então brilhante carreira profissional de Spitzer. A mídia internacional, por sua vez, sensacionalizou e distorceu os resultados obtidos, referindo-se à pesquisa como “um explosivo novo estudo que diz que alguns gays podem se tornar heterossexuais se realmente quiserem” (Carelli, 2001; Ritter, 2001). Vejamos, brevemente, a metodologia e os resultados de Spitzer (2003) para, depois, tentar compreender o motivo pelo qual este trabalho foi desacreditado.

O estudo de Spitzer (2003) compôs-se de 200 indivíduos (143 homens gays e 57 mulheres lésbicas), que afirmavam terem se tornado heterossexuais, mudança esta que persistia há pelo menos 5 anos. O autor realizou entrevistas estruturadas com cada sujeito, que duravam em média 45 minutos, durante as quais era aplicado um questionário que analisava quatro dimensões básicas: atração homossexual, fantasias homossexuais, anseios (em ter relações

homossexuais) e comportamento homossexual. O ano anterior à terapia de conversão era comparado ao ano anterior à entrevista.

De acordo com o pesquisador acima, as motivações que levavam os sujeitos a procurarem terapias de conversão eram infelicidade emocional, conflitos entre sentimentos homossexuais e crenças religiosas, e desejo de casar-se ou permanecer casado. Neste sentido, devemos ressaltar que 93% dos entrevistados teriam dito que a religião era um fator extremamente importante em suas vidas, o que sugere a motivação religiosa como um elemento central na busca pelas terapias de conversão. O resto dos dados obtidos por Spitzer (2003) são, no entanto, um pouco mais confusos. Segundo o autor, 66% dos homens e 44% das mulheres entrevistados atingiram o que ele chamou de “bom funcionamento heterossexual” após terem se submetido a uma terapia de conversão. Outros 17% dos homens e 54% das mulheres relataram terem apenas atração heterossexual, sendo que destes indivíduos 11% dos homens e 37% das mulheres não teriam sequer fantasias, sentimentos, pensamentos, desejos ou comportamentos homossexuais, atingindo o que Spitzer (2003) chamou de “mudança completa”. Vale ressaltar que o autor não explica detalhadamente o que significa “bom funcionamento heterossexual” ou “mudança completa”, nem qual seria a diferença entre estas definições e ter uma “atração heterossexual exclusiva”.

Além dos dados acima, o estudo revelou que, do número total de entrevistados, 87% também teriam relatado sentirem-se mais “masculinos” (no caso de homens) ou “femininas” (no caso de mulheres), enquanto uma porcentagem ainda maior (93%) se sentiria capaz de desenvolver relacionamentos íntimos não-sexuais com pessoas do seu mesmo sexo. Lembramos, neste sentido, que estes resultados em muito se assemelham com as teorias sobre a gênese (e conseqüente “cura”) da homossexualidade propagada por terapeutas de conversão. Spitzer (2003) sugere, ainda, que seus entrevistados teriam levado uma média de dois anos para notarem mudanças em seus desejos sexuais, e explica as diferenças de gênero nos resultados dizendo que a sexualidade feminina teria um grau maior de “plasticidade” (em comparação com a sexualidade masculina), mas não entra em detalhes sobre o assunto.

Spitzer (2003) termina o artigo postulando que, apesar de estar inicialmente cético quanto à possibilidade de mudança de orientação sexual, seu estudo indica que *“alguns gays e lésbicas, após terapia reparativa, relatam terem*

feito grandes mudanças de uma orientação predominantemente homossexual para uma orientação predominantemente heterossexual.” (Spitzer, 2003: 413; tradução nossa). Com relação à crítica de que as terapias de conversão geram depressão, Spitzer (2003) menciona que apenas 1% dos homens e 4% das mulheres relataram estarem deprimidos após a intervenção. *“Para os participantes no nosso estudo, não houve evidência de dano. Pelo contrário, eles relataram que a terapia foi benéfica em uma variedade de maneiras além da mudança de orientação sexual.”* (Spitzer, 2003: 414; tradução nossa). Assim, com relação às implicações clínicas da pesquisa, o autor diz que seu estudo:

... questiona a visão convencional corrente de que o desejo por terapia para mudar a orientação sexual é sempre derivado de pressão social e uma irracional homofobia internalizada. Para alguns indivíduos, mudar a orientação sexual pode ser um objetivo racional e auto-direcionado. Em segundo lugar, ele sugere que as profissões de saúde mental devem parar de movimentar-se em direção à proibição de terapias que têm por objetivo uma mudança na orientação sexual. (Spitzer, 2003: 414; tradução nossa)

O estudo de Spitzer (2003) recebeu duras críticas por parte da comunidade científica devido a seus problemas metodológicos, dificuldades estas que fizeram com que seus resultados fossem questionados. Em primeiro lugar, a amostra utilizada por Spitzer (2003) não foi aleatória, tendo se constituído de indivíduos selecionados através de grupos que participam do movimento dos ex-gays, militantes de grupos de extrema direita que condenam a homossexualidade ou antigos pacientes de terapeutas que praticam conversão (Davern, 2201). No mesmo sentido, de acordo com Silverstein (2003), 19% dos sujeitos entrevistados eram psicólogos e psiquiatras que praticavam terapia de conversão, ou profissionais pagos pelo movimento dos ex-gays, o que fazia que com estes indivíduos tivessem um investimento pessoal nos resultados do estudo, isto é, possuíam motivos fortes para dizerem que as terapias de conversão funcionam. Acreditamos que se Spitzer (2003) tivesse colhido parte de sua amostra através da comunidade homossexual teria encontrado dados bastante distintos, sobretudo no que se refere aos efeitos negativos das terapias de conversão. Autores como Svensson (2003) sugerem, igualmente, que o conceito de homossexualidade não foi definido minuciosamente, e que grande parte da amostra se descreveu como sendo bissexual na época do estudo, o que significa que não sabemos quantos

destes indivíduos já eram bissexuais antes de se submeterem a terapias de conversão.

Em segundo lugar, Spitzer (2003) não aplicou testes para verificar a saúde mental dos seus sujeitos, o que era extremamente relevante, considerando que 45% da sua amostra apresentava sinais de depressão antes de se submeter à terapia de conversão (Besen, 2003). Em um sentido semelhante, pode-se dizer que Spitzer (2003) não teve um grupo controle; não especificou os diferentes tipos de intervenção (isto é, se elas eram de base psicológica ou religiosa e quais técnicas foram utilizadas), não diferenciou entre os diversos tipos de terapeuta (profissional de saúde mental ou conselheiro espiritual) e não explicou, em detalhes, porque seus resultados mostraram uma diferença tão significativa no índice de conversão de homens e mulheres. Visto que os resultados do estudo se basearam no testemunho dos sujeitos, Silverstein (2003) aponta para o fato de que a pesquisa não encontrou dados de mudança de orientação sexual, mas sim pessoas que *alegaram* tê-lo feito. Como menciona Besen (2003), é freqüente que indivíduos que alegam terem se tornado heterossexuais confessem, mais tarde, que apenas fizeram isto para serem aceitos e que, na verdade, sempre foram homossexuais. Por último, Spitzer (2003) foi alvo de críticas por ter se associado a ativistas políticos de extrema direita que condenam a homossexualidade, por ter ignorado as implicações políticas e morais do seu estudo, e pelo fato de ter confundido as fronteiras entre prática profissional e religiosa.

As críticas com relação às terapias de conversão

Diversos autores (Stein, 1996; Tozer & McClanahan, 1999) têm apontado os problemas metodológicos e éticos que caracterizam as pesquisas que avaliam a eficácia das terapias de conversão. Segundo Haldeman (2001), os problemas mais comuns incluem: amostragem (seleção e classificação de sujeitos), definição do que constitui mudança de orientação sexual, os efeitos dos testemunhos dos pacientes, e que tipo de *follow-up* é conduzido para avaliar a estabilidade e os efeitos posteriores do tratamento.

A amostragem pode ser considerada a principal dificuldade metodológica nos estudos sobre a eficácia das terapias de conversão devido ao fato delas não serem aleatórias, isto é, tendem a basear-se em homossexuais que procuraram

tratamento por estarem insatisfeitos com sua orientação sexual ou em indivíduos que são pagos por determinados grupos para falarem a favor da eficácia das terapias de conversão. A maioria destes estudos também não estabelece grupos experimentais em oposição a grupos de controle, o que faz com que qualquer tentativa de reproduzir a pesquisa seja extremamente difícil. Com frequência, sujeitos bissexuais são erroneamente classificados como homossexuais, o que faz com que os relatos de cura sejam substancialmente inflacionados, pois muitos destes indivíduos adotam um comportamento heterossexual independente da terapia de conversão (Haldeman, 1999). No mesmo sentido, podemos dizer que a maioria destes estudos não colhe histórias sexuais detalhadas dos sujeitos, o que é um fator de extrema relevância no caso das terapias de conversão.

O que é considerado “cura” ou mudança também varia muito de acordo com o estudo. Para ativistas do movimento homossexual uma intervenção bem-sucedida seria aquela na qual o sujeito adquire uma orientação heterossexual sem apresentar qualquer evidência de homossexualidade, incluindo excitação, fantasias ou comportamento homossexual. A maioria das pesquisas, no entanto, sugere que o critério de sucesso seja a mudança no comportamento sexual do paciente, isto é, um homossexual seria considerado curado quando ele deixa de praticar atos homossexuais e é bem sucedido em iniciar uma conduta heterossexual (Freund, 1960). Outros estudos, no entanto, utilizam critérios diferentes, tais como extinguir fantasias homossexuais, aprender a conviver com a intrusão periódica de atrações homossexuais, ter exclusivamente contatos heterossexuais (caso o indivíduo seja bissexual) ou viver no celibato (Beckstead, 2001). Terapeutas que praticam conversão sugerem que sentimentos, fantasias e desejos homossexuais residuais após o tratamento são comuns, o mesmo ocorrendo com ex-adictos que, vez por outra, sentem vontade de consumir drogas novamente. Como vimos anteriormente, comparações entre homossexuais e viciados em drogas ou álcool são freqüentes, analogia esta que é bastante questionável. Por estes motivos, muitos indivíduos que praticam terapias de conversão não gostam sequer de utilizar a palavra “cura”, preferindo o termo “luta contra a homossexualidade”. Independente do critério utilizado, no entanto, acreditamos que uma *“mudança no comportamento sexual ou no gênero do parceiro principal pode não indicar qualquer mudança no desejo sexual subjacente”* (Stein, 1996: 530; tradução nossa).

A maioria das pesquisas sobre o êxito das terapias de conversão também se baseia nos testemunhos de pacientes ou em avaliações dos próprios terapeutas, o que tende a propiciar o aparecimento de dados falsos (Haldeman, 1999). Freund (1960), por exemplo, descobriu, usando dados de pesquisas falométricas (ver parágrafo seguinte), que a descrição dos sucessos dos pacientes eram imprecisas e envolviam contradições com relação a estudos de *follow-up*. Conrad e Wincze (1976), por sua vez, descobriram que medições fisiológicas de excitação sexual não correspondiam aos relatos de cura de pacientes que haviam participado de terapias de conversão de base comportamental. O estudo realizado por Schroeder e Shidlo (2001) também revelou que muitos entrevistados haviam omitido ou fabricado informações ao discutir, com seus terapeutas, mudanças de orientação sexual. Muitos, inclusive, por vergonha (de admitirem que continuam homossexuais) ou por pressão (de relatar cura), teriam deixado a terapia fingindo para seus terapeutas que haviam se tornado heterossexuais. Este fenômeno pode ser explicado pelo fato de que muitos pacientes tendem a fazer a distinção entre *ser* homossexual e *fazer* homossexual, isto é, acreditam que um indivíduo só seria homossexual se continuasse a praticar atos homossexuais, independente ou não de ainda ter desejos dessa natureza. Esta dicotomia nos remete ao pensamento corrente no período anterior ao século XVIII com relação ao termo sodomita, que era uma categoria definida pelo ato, e não pelo indivíduo que o praticasse.

De acordo com uma série de autores (Beckstead, 2001; Silverstein, 2003), uma forma mais adequada de fazer pesquisa na área da terapia de conversão seria colher dados psico-fisiológicos objetivos de excitação sexual (antes e depois da intervenção), dados estes que corroborassem os relatos oferecidos pelos participantes. Uma testagem desta natureza poderia ser realizada através de um instrumento falométrico chamado, em inglês, de *penile plethysmograph*. Inventado na década de 60 por Kurt Freund, este aparelho mede mudanças no volume e pressão sanguíneas do pênis que ocorrem como uma resposta a estímulos eróticos, oferecendo aos cientistas uma forma de quantificar a excitação sexual diretamente⁶⁸. Um instrumento similar, denominado *vaginal*

⁶⁸ Um experimento realizado por Adams e cols. (1996) utilizando esta tecnologia revelou que homens muito preconceituosos contra gays apresentavam altos graus de excitação sexual frente a estímulos eróticos homossexuais. Os pesquisadores concluíram que os dados eram consistentes com a crença de que homens preconceituosos contra gays possuem desejos homossexuais

photoplethysmograph foi desenvolvido alguns anos mais tarde para mulheres (Sintchak & Geer, 1975).

Com relação aos estudos de *follow-up*, podemos dizer, de acordo com Haldeman (1999), que estes são extremamente pobres ou ineficientes. Acreditamos, também, que a falta de boas pesquisas de *follow-up* pode se dever, igualmente, à intensa vergonha experienciada por homossexuais que se submeteram a estes tipos de terapia, à vontade de passarem despercebidos e ao fato de que muitos destes indivíduos tendem a desconfiar de qualquer profissional de saúde mental, sobretudo no caso de terapias de conversão mal-sucedidas. Forstein (2001) resume o assunto dizendo que, até o momento, não foi publicado qualquer estudo sério, replicável e baseado em extensa pesquisa clínica descrevendo a base teórica para a mudança de orientação sexual a longo prazo, e se alguns tipos de intervenção são mais eficazes do que outros. “*Além do mais, não existe evidência de que a terapia em si, ao invés de outras forças ou eventos, incluindo o poderoso desejo de negar interesses homoeróticos e ser um membro ‘aceitável’ ou ‘normal’ da sociedade, seja a modalidade causal para a mudança*”. (Forstein, 2001: 173; tradução nossa). Deste modo, até o presente momento, todos os argumentos que postulam que as terapias de conversão (sejam estas de base psicológica ou religiosa) são eficazes em mudar a orientação sexual de um indivíduo a longo prazo, não possuem qualquer fundamento científico.

A prática das terapias de conversão também está assolada por uma série de preocupações éticas, dentre as quais citamos o fato do terapeuta não proporcionar informações precisas e científicas sobre homossexualidade e sobre esta não ser mais considerada uma doença por diversas associações, não discutir a possibilidade do paciente ser feliz como homossexual, e deixar de comunicar que não existem evidências científicas de que terapias de conversão funcionem (Beckstead, 2001; Svensson, 2003).

Schroeder e Shidlo (2001) apontam, ainda, outras áreas de violações éticas, incluindo: *consentimento informado* (explicação do tipo de tratamento, seu embasamento teórico, eficácia, prognóstico, possíveis resultados negativos e existência de abordagens alternativas); *confidencialidade* (por exemplo, falar sobre o progresso do paciente adulto com seus pais, conjuge ou superiores),

reprimidos. Uma explicação alternativa, mas pouco provável, seria de que as ereções dos homens preconceituosos foram causadas por ansiedade durante o experimento.

coerção (por parte de pais, universidades religiosas ou do próprio terapeuta, que pode solicitar ao paciente aparecer na mídia para falar sobre seu sucesso na conversão), *aconselhamento pós-tratamento* (o paciente é pressionado a continuar com a terapia mesmo nos casos em que ela não está funcionando) e *provisão de indicações após a terapia ter falhado* (o paciente não é preparado para lidar com o fracasso da terapia, perdas sociais subseqüentes e aceitação da homossexualidade). O estudo realizado por Schroeder e Shidlo (2001) também revelou uma característica grave, mas infelizmente comum, das terapias de conversão: o fato do terapeuta imputar uma determinada etiologia à homossexualidade do paciente (pai distante, mãe superprotetora, abuso sexual infantil, etc.) mesmo quando este nega a existência de tais eventos na sua história de vida.

De acordo com os autores acima, terapeutas de conversão postulam que os candidatos ideais para este tipo de intervenção são indivíduos que possuem características de personalidade estereotipicamente masculinas (no caso de homens) ou femininas (no caso de mulheres); pouca ou nenhuma história de comportamento homossexual; que não se identificam como gays ou lésbicas; não possuem amigos homossexuais; possuem sólida fé religiosa, valores convencionais e comportamento/fantasias/orientação bissexual; estabilidade ocupacional e social; tolerância à frustração; baixa impulsividade; e que afirmam uma motivação forte para mudar (expressa como persistência em um programa de tratamento). Também são considerados elementos importantes o número de sessões de terapia, assim como o fato do indivíduo acreditar que a cura da homossexualidade é um “compromisso para a vida toda”, o que preveniria recaídas. Nesse sentido, vale lembrar que é freqüente, dentro das terapias de conversão, que a culpa pela falha do tratamento recaia sobre o paciente, que não estaria suficientemente motivado a mudar (Moor, 2001; Silverstein, 1996). Nicolosi (1997) também sugere que a idade ideal para iniciar o tratamento é entre 20 e 30 anos de idade, pois é durante esta fase da vida que existe maior pressão social em direção a um casamento heterossexual. Shidlo e Schroeder (1999), no entanto, não encontraram qualquer dado científico que demonstrasse que estas características sustentavam um bom prognóstico para a mudança da homossexualidade, pelo contrário, indivíduos com altos níveis de motivação e

adesão ao tratamento por períodos superiores a 10 anos, foram incapazes de mudar sua orientação sexual.

De acordo com Beckstead (2001), as limitações das teorias nas quais as terapias de conversão se baseiam têm a ver com o fato delas fazerem interpretações causais de eventos que são, mais provavelmente, correlacionais, com o objetivo de confirmar suas hipóteses sobre a etiologia da homossexualidade e a melhor forma de “curá-la”. A teoria de que a homossexualidade masculina teria sido causada por um pai ausente e/ou uma mãe superprotetora durante a primeira infância pode ser explicada ao contrário, isto é, o pai teria se distanciado do filho por perceber nele desejos homossexuais e não saber como lidar com isto (Isay, 1989; Sullivan, 1996). Mãe e filho, por sua vez, se apegariam cada vez mais um ao outro como uma forma de compensar a ausência do pai. Esta hipótese já tinha sido levantada por Hirschfeld ([1914] 2000) e foi testada por Freund e Blanchard (1983), que descobriram que os relacionamentos emocionalmente distantes entre pais e filhos homossexuais estavam relacionados ao papel de gênero atípico do filho quando criança, e não à homossexualidade deste. Bergling (2001) chegou a conclusões similares, isto é, gays apresentariam uma maior propensão a terem pais distantes quando o pai reconhece um comportamento efeminado no filho desde criança.

No mesmo sentido, se a teoria do pai distante ou inadequado estivesse correta, deveríamos notar um aumento significativo do número de indivíduos homossexuais após um período de guerra, por exemplo, onde pais geralmente se encontram ausentes. Naturalmente, este não é o caso. Grupos sociais com alta incidência de lares comandados por mulheres também não apresentam uma proporção maior de casos de homossexualidade (Svensson, 2003). E como explicar, a partir desta teoria, os milhões de homossexuais que possuem relacionamentos próximos com seus pais? Estudos de populações não-clínicas também têm falhado em encontrar associações entre dinâmicas familiares e o desenvolvimento de determinadas orientações sexuais (Bell e cols., 1981; Siegelman, 1981). Lembramos que explicações similares podem ser aplicadas à idéia de que homossexuais teriam tido relacionamentos ruins com crianças da sua idade. De acordo com as teorias das terapias de conversão, o homossexual se “desapegaria defensivamente” de outras crianças. No entanto, é possível que o

contrário seja verdadeiro, isto é, o sujeito pode ter sido rejeitado por seus pares porque as outras crianças perceberam características homossexuais nele.

Os estudos utilizados pelas terapias de conversão que mostram a homossexualidade como uma orientação sexual “perigosa” provêm de autores como Paul Cameron (1993), e têm sido desacreditados como fraudulentos. Com relação a Cameron, nos limitaremos a dizer que ele é um psicólogo norte-americano de extrema direita que, apesar de não praticar terapia de conversão, tem se dedicado a disseminar o preconceito contra homossexuais através de “estatísticas” carregadas de estereótipos e de sua organização intitulada *The Family Research Institute*. Apesar das pesquisas de Cameron não serem levadas à sério pela comunidade científica, elas têm tido um impacto substancial na mídia e na opinião pública, motivo pelo qual se tornaram relevantes para o nosso estudo. De acordo com Cameron (1993), por exemplo, os homossexuais seriam indivíduos depravados (o que os torna uma ameaça para eles mesmos e para a sociedade), viciados em sexo, mais propensos a cometerem assassinatos em massa e a recrutarem crianças, pedófilos, vetores de todo tipo de doenças (principalmente a AIDS) e possuidores de uma expectativa de vida máxima de 40 anos. De acordo com Besen (2003), Cameron chegou a propor, inclusive, que homossexuais fossem exterminados⁶⁹. Tal como nos aponta Morin (1977), indivíduos com preconceito internalizado que se deparam com este tipo de informação podem desconhecer que a homossexualidade não representa um tipo específico de personalidade ou de estilo de vida, mas que é apenas uma orientação sexual como qualquer outra.

As terapias de conversão e o preconceito internalizado

Como podemos observar, até os estudos mais entusiastas sobre a eficácia das terapias de conversão relatam um índice de sucesso em torno de 30% (Haldeman, 1999). Estes resultados são explicados pelos autores destas pesquisas como uma consequência do fato de que a orientação sexual de um indivíduo é

⁶⁹ Declarações desta natureza fizeram com que Cameron fosse expulso da *Associação Psicológica Americana* em 1983, enquanto outros profissionais e organizações fizeram o possível para desacreditá-lo. Herek (1998), por exemplo, detalhou os erros metodológicos (incluindo amostragem, coleta de dados e análise de resultados) e de validade das pesquisas realizadas pelo grupo de Cameron.

muito difícil de mudar. Enquanto a maioria das pessoas pode considerar 30% uma taxa de sucesso baixa, entre os terapeutas que praticam conversão este é um índice aceitável. No entanto, a aparente falta de preocupação destes terapeutas com relação aos casos em que o tratamento falhou é significativa. Apenas recentemente (Shidlo & Schroeder, 1999) a pergunta sobre o que acontecia com os outros 70% de pacientes que não conseguiram mudar, foi postulada. Tendo em vista as implicações psicológicas de tentar mudar algo tão profundo quanto a orientação sexual, é razoável que nos perguntemos o que acontece com a grande maioria dos indivíduos que se submetem a estes tipos de terapia. Esta possibilidade tem sido ignorada pela maioria dos praticantes das terapias de conversão que, devido ao forte preconceito contra a homossexualidade, acreditam que qualquer possibilidade de mudar a orientação sexual de um indivíduo, por menor que ela seja, vale a pena ser tentada, independente dos riscos envolvidos (Drescher, 2001b; Haldeman, 2001).

Faz-se importante ressaltar que, não obstante os freqüentes efeitos nocivos das terapias de conversão, não existe uma reação humana universal a estes tipos de intervenções, e as respostas exibidas pelos indivíduos podem depender de fatores tais como características de personalidade, o tipo de terapia utilizada (se ela foi percebida como sendo invasiva ou aversiva) e o grau de apoio social oferecido ao indivíduo. Em alguns casos, o sujeito pode se beneficiar, indiretamente, de uma terapia de conversão, no sentido de que pode abandonar, uma vez por todas, a idéia de que é possível mudar sua orientação sexual, focalizando seus esforços, a partir deste momento, na aceitação da própria homossexualidade. No entanto, para a maioria dos indivíduos, este não é o caso.

Para muitos, uma tentativa fracassada – ou uma série de tentativas fracassadas – em terapia de conversão sinaliza um final, não um começo. (...) Com o fim desta esperança (*de se conformar a expectativas da família, cultura e Igreja*), vem uma série de perdas potenciais: expulsão da família, perda da posição na sociedade, rejeição por parte de instituições familiares, perda de oportunidades para criar crianças, perda de fé e da comunidade, e vulnerabilidade ao preconceito contra a homossexualidade. (Haldeman, 2001: 120; parênteses nossos; tradução nossa)

Analisemos, agora, em primeiro lugar, o que leva uma pessoa a procurar este tipo de tratamento e, em segundo, quais são as conseqüências de fazê-lo. Visto que aceitação é algo que os homossexuais buscam desesperadamente, mas

freqüentemente não encontram, as terapias de conversão se tornam um caminho procurado, voluntariamente, por muito indivíduos, sobretudo por aqueles que sofrem de preconceito internalizado, em especial os adolescentes ou aqueles que são profundamente religiosos (Ford, 2001; Tozer & Hayes, 2004). No caso de indivíduos casados heterossexualmente, o apelo das terapias de conversão é ainda maior, dado a infelicidade de manter um relacionamento baseado em aparências, ou as conseqüências negativas de uma revelação da homossexualidade. Sentindo-se doentes, condenados ou com necessidade de mudar, estes sujeitos acabam procurando um tipo de terapia que promete encontrar uma solução congruente com seus valores morais e religiosos.

De um modo geral, podemos dizer que indivíduos que procuram terapias de conversão (sejam estas de base psicológica ou religiosa), são freqüentemente profundamente religiosos, (endossando uma ideologia fundamentalista que se opõe à aceitação do “pecado” da homossexualidade), são apreensivos a respeito de respostas negativas por parte de outros indivíduos, possuem auto-conceitos mais baixos que os da maioria da população e estão, de um modo geral, deprimidos (Weinberg & Williams, 1974). Quando este sujeito descobre que é possível tornar-se heterossexual, mudar de vida, deixar de sentir ódio de si mesmo e ser aceito pela sociedade, ele tende a sentir um alívio profundo e uma sensação de esperança jamais vivenciados. Membros do movimento ex-gay ou terapeutas que trabalham com conversão também oferecem, na maior parte das vezes, apoio e uma explicação “racional” externa para a homossexualidade do sujeito, desculpabilizando-o e normalizando os sentimentos homossexuais como uma característica de indivíduos que tiveram problemas com seus pais ou sofreram abuso sexual infantil. Não podemos minimizar o impacto que estas teorias possuem em indivíduos com preconceito internalizado que nunca conheceram outro homossexual assumido e feliz. Esta aceitação oferecida pelas terapias de conversão é similar àquela experienciada por homossexuais que freqüentam, pela primeira vez, um bar ou boate gays. A diferença, no entanto, reside no fato de que a aceitação e o amor oferecidos condicionalmente pelas terapias de conversão possuem um custo elevado.

Para podermos entender adequadamente o efeito que este tipo de terapia possui sobre homossexuais religiosos que sofrem de preconceito internalizado, devemos levar em consideração que procurar a terapia de conversão é vista como

uma evidência de obediência à Deus e às escrituras, uma forma do indivíduo entrar em contato com seus sentimentos homossexuais sem medo de sofrer rejeição. Para este sujeito, ser simultaneamente homossexual é cristão não é possível e, em vez de aceitar sua homossexualidade, ele prefere submeter-se ao sofrimento de uma conversão nesta vida, para que seu esforço e sua fé sejam reconhecidos na próxima. Frequentemente, estes indivíduos recebem uma grande dose de amor, aceitação, apoio e esperança por parte de outros “ex-gays”, que estão dispostos a admitirem suas imperfeições sexuais. Para o sujeito que anteriormente se sentia sozinho e incompreendido, entrar para um grupo onde existem outras pessoas com uma experiência de vida similar torna-se extremamente reconfortante (Ford, 2001).

Os encontros patrocinados pelo movimento dos ex-gays são ao mesmo tempo festivos e focados na cura da homossexualidade, o que tende a trazer esperança para o indivíduo. Inicialmente, o sujeito se sente seguro e pode genuinamente acreditar que sua orientação sexual mudou. Os problemas começam a aparecer mais tarde, quando o entusiasmo e a fase de “lua-de-mel” desaparecem, e o sujeito se dá conta de que aqueles antigos sentimentos homossexuais voltaram à tona. Sentido-se desarmado, o indivíduo pode achar que fez alguma coisa errada. Pode, então, decidir revelar seus pensamentos para outros membros do grupo, que o apoiarão dizendo que estes sentimentos homossexuais aflorados são, na realidade, tentações, mentiras e decepções, evidências de que o inimigo (leia-se, Satanás) não está satisfeito. Neste momento, o conceito de batalha espiritual geralmente é invocado e explicado como uma luta pela alma do indivíduo, o qual deve ser forte e resistir às tentações. Esta dinâmica faz com que diversos membros do movimento dos ex-gays se coloquem na posição de mártires, interpretando a volta de sentimentos homossexuais não como uma parte deles mesmos, mas como um ataque vindo de um inimigo externo, uma “cruz que deve ser carregada”. Para muitos, esta passagem de ser um “pecador” para se tornar um “penitente” é reconfortante. Se, não obstante seus esforços pessoais, o indivíduo continuar confessando desejos homossexuais ou pensamentos “impuros”, sua sinceridade e sua fé são questionadas, e a culpa por não ter conseguido mudar de orientação sexual recai não sobre o grupo de ex-gays, mas sobre o indivíduo, que, a partir deste momento, passa a acreditar que foi

abandonado por Deus, estando condenado a passar a eternidade no inferno (Ford, 2001).

No caso das terapias de conversão de base psicológica a culpa pela falha em tornar-se heterossexual também recai sempre sobre o indivíduo, nunca sobre o terapeuta ou os pressupostos de seu tratamento. Frequentemente, o sujeito aceita a responsabilidade por não estar conseguindo “curar-se” e se esforça com mais afinco para tornar-se heterossexual, tentando agradar seu terapeuta e a sociedade, de um modo geral. Nesta situação, o sujeito não tem como ganhar, pois ou suprime uma parte fundamental de si mesmo (o desejo homossexual), ou aceita a responsabilidade em ter, mais uma vez, falhado perante os demais (Moor, 2001). Sua família e seus amigos podem acusá-lo, inclusive, de não ter se esforçado em mudar ou não estar suficientemente motivado. De acordo com Ford (2001), o risco para depressão e pensamentos auto-destrutivos é particularmente elevado durante esta fase, visto que o indivíduo internaliza, novamente, a vergonha e a crença de que ele é defeituoso. O medo de perder o amor e a aceitação da família e dos amigos pode ser esmagador, o que intensifica sentimentos de abandono, baixa auto-estima e desesperança.

Na maior parte das vezes o sujeito acaba por se dar conta de que não é seguro dizer a verdade e que, para ganhar o respeito dos outros, precisa esconder seus desejos homossexuais. A partir deste momento, o indivíduo passa a se sentir não apenas um fracassado, mas também um mentiroso. Este aspecto é particularmente relevante quando lembramos que as terapias de conversão se apóiam fortemente na relação terapêutica para catalizar a mudança de orientação sexual⁷⁰. O paciente deve identificar-se com o terapeuta do mesmo sexo, conectar-se com ele emocionalmente e buscar sua aprovação através do estabelecimento de relações heterossexuais. Assim, quando o processo falha, as conseqüências podem ser desastrosas (Haldeman, 2001). Em alguns casos, uma dissonância cognitiva (Aronson, 1992) severa pode estabelecer-se, na medida em que o sujeito possui fortes crenças morais a respeito da homossexualidade, mas não é capaz de comportar-se de acordo com elas. Valorizar determinados preceitos morais, mas

⁷⁰ Estamos cientes de que uma das características fundamentais do êxito de processos psicoterapêuticos é a relação que se estabelece entre cliente e terapeuta. No entanto, nas terapias de conversão o terapeuta adota uma postura extremamente diretiva e se coloca na posição de um modelo que deve ser imitado.

falhar em viver de acordo com eles, pode causar confusão e depressão (Ford, 2001).

Se o homossexual, finalmente, desejar abandonar a terapia de conversão, ele também pode encontrar dificuldade de aceitação dentro da comunidade gay, cujos membros têm sido sistematicamente discriminados por grande parte das organizações religiosas (Besen, 2003). Com frequência, a comunidade homossexual não consegue compreender os motivos que levam uma pessoa a procurar este tipo de terapia. Na maior parte das vezes, o sujeito é julgado e desdenhado por homossexuais que possuem uma identidade positiva, desvalorizando os medos e a intensidade do conflito interno que a pessoa está experienciando. Isto faz com que o indivíduo se sinta inseguro, perdido, isolado e sem saída, o que pode fazer com que ele considere o suicídio como uma alternativa viável para acabar com seu sofrimento interior (Ford, 2001).

Outra consequência das terapias de conversão é o reforço dos estereótipos negativos com relação à homossexualidade, agora travestidos com uma roupagem científica. A *Associação Psiquiátrica Americana* em sua declaração de 1998 diz que:

Os riscos potenciais da “terapia reparativa” são grandes, incluindo depressão, ansiedade e comportamento auto-destrutivo, visto que o alinhamento do terapeuta com preconceitos sociais contra a homossexualidade pode reforçar o ódio próprio já experienciado pelo paciente. Muitos pacientes que se submeteram à “terapia reparativa” relataram que lhes foi erroneamente relatado que homossexuais são indivíduos solitários e infelizes, que nunca alcançam aceitação ou satisfação. (*American Psychiatric Association Position Statement on Psychiatric Treatment and Sexual Orientation*, 1998, citado por Drescher, 2001b: 203; tradução nossa)

Como vimos acima, Haldeman (2001) é um autor que tem se dedicado a estudar as consequências nocivas das terapias de conversão nos indivíduos que se submetem a elas. Assim, dentre os problemas apresentados por pacientes após uma tentativa mal-sucedida de mudança de orientação sexual citamos: baixa auto-estima, culpa relacionada a múltiplas perdas, depressão, isolamento social, evitação de intimidade, disfunções sexuais, perda do sentimento de masculinidade e preocupações religiosas e espirituais. O indivíduo pode apresentar apenas um destes problemas, vários ou todos eles simultaneamente.

Com o intuito de contrabalançar os efeitos negativos das terapias de conversão, Haldeman (2001) sugere uma série de medidas terapêuticas. Em primeiro lugar, postula que o sofrimento, a depressão e o luto experienciados pelas múltiplas perdas familiares, sociais e de auto-estima sejam reconhecidos e trabalhados. Em casos mais graves, a depressão advinda destas perdas pode levar à ideação ou comportamento suicida. Posteriormente, o sujeito deve receber informação científica e não-preconceituosa sobre a homossexualidade, pois é comum que estes pacientes tenham sido instruídos de que esta orientação sexual é uma insuficiência moral ou uma doença psicológica que acarreta diversas conseqüências negativas para o indivíduo. Este tipo de informação distorcida tende a potencializar a culpa experienciada pelo sujeito, devendo, portanto, ser examinada e questionada.

Como veremos adiante quando estivermos falando a respeito da conjugalidade homossexual, uma das correlações do preconceito internalizado (que tende a ser potencializado pelas terapias de conversão) é a dificuldade em estabelecer e manter relacionamentos amorosos, aliada a uma evitação de intimidade e ao isolamento social. Com relação às disfunções sexuais (frequentemente relacionadas à excitação ou competência ejaculatória), estas parecem ser mais freqüentes entre indivíduos que se submeteram a terapias de conversão que utilizavam técnicas aversivas para extinguir a resposta homossexual e substituí-la por uma resposta heterossexual. *“Isto pode ser devido ao fato de que tratamentos aversivos afetam o indivíduo tanto num nível físico quanto mental, e o corpo responde a esta situação manifestando ambivalência com relação à expressão sexual.”* (Haldeman, 2001: 124-125; tradução nossa). Assim, este indivíduo pode evitar situações potencialmente românticas ou sexuais e se isolar progressivamente de qualquer contato social. Tal como ocorre com disfunções sexuais de um modo geral, o problema pode ser causado por atitudes negativas com relação ao sexo, aspectos estes que são particularmente relevantes para homossexuais que sofrem de preconceito internalizado.

Outra conseqüência negativa das terapias de conversão parece ser a perda do sentimento de masculinidade experienciada por sujeitos que não foram capazes de se transformar em heterossexuais. Devemos lembrar que a maioria destas teorias equipara masculinidade com heterossexualidade, além de sustentar a crença de que a homossexualidade se deve a uma interrupção do desenvolvimento

psicossexual normal causada por uma identificação inadequada com o pai do mesmo sexo. Visto que muitos terapeutas de conversão encorajam seus clientes a realizar atividades consideradas “masculinas” (tais como participar de eventos esportivos ou frequentar lugares voltados para homens heterossexuais), indivíduos que abandonam estas terapias podem experimentar uma perda do sentimento de masculinidade.

Por último, tal como discutimos acima, o efeito mais devastador das terapias de conversão é na área da espiritualidade e religião, devido ao fato de que estas crenças podem ser um aspecto tão importante do *self* quanto a orientação sexual. As razões para esta importância são múltiplas, mas o que devemos ter em mente é que para muitos indivíduos suas crenças religiosas e espirituais proporcionam direção e sentido para a existência humana. Assim, a religião pode estar associada com conforto espiritual, estrutura e valores familiares, perdas estas com as quais é extremamente difícil de lidar. Segundo Haldeman (2001), quando a religião e a sexualidade de um indivíduo estão em conflito, o *self* passa a enfrentar um enorme obstáculo para sua integração. Como vimos anteriormente, muitos indivíduos podem ter procurado as terapias de conversão por causa de suas crenças religiosas. O fracasso do tratamento, no entanto, não dissipa a força dos sentimentos religiosos, nem proporciona um mecanismo adequado para reconciliá-los com a homossexualidade.

A este problema acrescentamos o fato, também mencionado anteriormente, de que a comunidade gay, de um modo geral, tende a perceber instituições religiosas como forças opressoras em suas vidas, o que faz com que homossexuais com fortes crenças espirituais tenham dificuldade em se integrar à comunidade. Esta situação faz com que muitos indivíduos retornem inúmeras vezes às terapias de conversão, visto que a possibilidade de rejeição familiar, condenação religiosa e falta de apoio da comunidade gay, podem transformar-se em obstáculos difíceis demais de serem superados. A solução para este dilema parece ser afiliar-se a Igrejas ou congregações religiosas especificamente voltadas para homossexuais ou que acolham este setor da população, tal como discutido no capítulo sobre *Preconceito Sexual Internalizado*.

Comentários finais

Como vimos ao longo deste capítulo, parece ser muito pouco provável que as terapias de conversão sejam capazes de mudar a orientação sexual de um homossexual, transformando-o em heterossexual (Herek, 1999). Reivindicações sobre o sucesso destas intervenções estão baseadas em relatórios praticamente anedotais de cura, e nos últimos 40 anos estes terapeutas não têm sido capazes de produzir pesquisas científicas rigorosas que confirmem tais dados (Davern, 2001). Para cada história de um indivíduo que conseguiu mudar sua orientação sexual, existem diversas outras que narram o profundo sofrimento de homossexuais que tentaram transformar-se em heterossexuais sem sucesso. Muitas destas intervenções foram bem sucedidas apenas em reduzir ou eliminar o *comportamento* homossexual, ao invés de criar ou aumentar a atração heterossexual. Em outros casos, afirma-se que a terapia de conversão teve sucesso porque o indivíduo foi capaz de manter relações sexuais com um membro do sexo oposto. A orientação sexual, no entanto, envolve atrações e sentimentos que vão muito além de uma relação física. Desta forma, muitos ex-gays que dizem funcionar heterossexualmente após a terapia de conversão apenas suprimem seu comportamento homossexual, usando fantasias para serem capazes de manter relações heterossexuais. Bissexuais identificados como homossexuais também restringem seus contatos sexuais para que estes se adaptem ao padrão heterossexual esperado.

As terapias de conversão podem ser interpretadas como uma regressão à crença histórica de que a homossexualidade é pecaminosa ou prejudicial tanto para o indivíduo que a possui, quanto para a sociedade maior (Silverstein, 2003). Quando os terapeutas que praticam conversão postulam que muitos sujeitos estão infelizes com sua orientação homossexual, o que eles deixam de mencionar é que a infelicidade é quase sempre derivada do preconceito e do medo da rejeição (Besen, 2003). Indivíduos que tentam desesperadamente se conformar à normatividade heterossexual estão dispostos a fazer grandes sacrifícios de tempo⁷¹, esforço e dinheiro para alcançarem seus objetivos e escaparem do preconceito e da desvalorização social. Segundo Drescher (2001b), as terapias de

⁷¹ O estudo de Spitzer (2003), por exemplo, relata que 21% dos sujeitos pesquisados participavam de terapias de conversão há mais de 15 anos.

conversão nada mais são do que uma prática clínica questionável que oferece esperanças falsas a indivíduos desesperados e infelizes. Depois de um longo e doloroso processo, sujeitos que participaram destes tipos de intervenção não se tornam heterossexuais, mas acabam tendo seu preconceito internalizado exacerbado, dificultando a aquisição de uma identidade gay positiva (Schroeder & Shidlo, 2001; Shidlo e cols., 2001).

Não existiriam técnicas de reorientação onde não houvesse uma interpretação de que o homoerotismo é um estado inferior, uma interpretação que em várias maneiras continua a ser medicamente definida, criminalmente aplicada, socialmente sancionada, e religiosamente justificada. E é nessa interpretação moral, mais do que na teoria médica reinante, que todos os programas de reorientação possuem suas origens e justificativas. (Murphy, 1992: 520; tradução nossa)

Enquanto nossa sociedade fomentar o preconceito contra a homossexualidade existirão indivíduos infelizes e amedrontados buscando terapias de conversão para se transformarem em heterossexuais. A pergunta sobre a eficácia destes tipos de terapias já foi respondida inúmeras vezes: é altamente improvável conseguir mudar a orientação sexual de seres humanos através de intervenções psicológicas ou religiosas. Não obstante o acúmulo de informações científicas a respeito da homossexualidade como uma variação normal da sexualidade humana, estas não são capazes de contra-argumentar posições morais e religiosas. Na verdade, visto que a orientação sexual *em si mesma* não está correlacionada com saúde mental (DiPlacido, 1998; Herek, 1998), um indivíduo que sofre por causa de sua homossexualidade o faz devido ao preconceito da sociedade, isto sim devendo ser modificado.

7.2

Saúde Mental

7.2.1

Depressão, suicídio e ansiedade

Tal como exposto anteriormente, os estudos realizados por Hooker (1957) parecem ter inaugurado o que se convencionou chamar de a era moderna em pesquisas sobre homossexualidade (Schaefer e cols., 1987), isto é, pesquisas que se concentravam em estudar a saúde mental de gays e lésbicas em comparação com heterossexuais. Com a maior visibilidade adquirida pelo movimento homossexual no final da década de 60, as pesquisas na área tomaram uma nova direção, no sentido de deixar de considerar a homossexualidade como uma doença psiquiátrica e de destacar a igualdade dos índices de saúde mental existentes entre homossexuais e heterossexuais (Sandfort e cols., 2001). Assim, os estudos do início da década de 70 tinham como proposta estabelecer uma comparação entre homossexualidade e heterossexualidade em uma variedade de dimensões psicológicas que incluíam, segundo as classificações nosológicas da época, transtornos de humor, neuroses relacionadas a ansiedade ou fobias, dependência química, histeria, comportamento psicopático, transtorno obsessivo-compulsivo, paranóia e esquizofrenia. Os resultados destes estudos não indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Gonsiorek, 1977; 1982b), exceto por uma maior incidência de dependência química entre a população homossexual, tema que será discutido em detalhes mais adiante. Um estudo transnacional com mais de 2000 homossexuais realizado por Weinberg e Williams (1974) também encontrou dados semelhantes.

... o início do movimento de liberação homossexual resultou em um movimento político e social que em última instância teve um efeito profundo na comunidade psiquiátrica e psicológica. O resultado foi uma mudança no foco da pesquisa sobre homossexualidade: este mudou de um estudo das variáveis intra-psíquicas relacionadas com a homossexualidade (Modelo da Doença), para uma exploração de variáveis extra-psíquicas que influenciavam gays e lésbicas e afetavam seu ajustamento na sociedade (Modelo do Estresse). Este modelo enfatiza aspectos sócio-políticos de ser gay ou lésbica que afetam a adaptação, o ajustamento e a saúde. (Schaefer e cols., 1987: 124; tradução nossa)

Como mencionado no capítulo anterior, esta mudança no foco das pesquisas eventualmente levou a *Associação Psiquiátrica Americana* a retirar a homossexualidade do *DSM* em 1973. Apesar de atualmente a homossexualidade, em si mesma, não ser mais diagnosticada como um transtorno psiquiátrico, estudos recentes (Cochran, 2001; Friedman, 1999; Warner e cols., 2004) têm consistentemente demonstrado que devido ao preconceito, estigmatização e, particularmente no caso de gays masculinos, ao estresse de ter que lidar com a epidemia de AIDS, homossexuais manifestariam índices mais elevados de uma série de transtornos mentais. Deste modo, homossexuais apresentariam uma propensão maior do que heterossexuais a desenvolverem transtornos de humor (sobretudo depressão e transtorno bipolar), transtornos de ansiedade (particularmente transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, fobias simples e agorafobia), sintomas psicossomáticos, a apresentarem comorbidade de transtornos mentais, a se preocuparem com sua saúde mental e se sentirem insatisfeitos com ela, e a utilizarem serviços de saúde mental e medicação psiquiátrica (Cochran & Mays, 2000; Cochran e cols., 2003; Gilman e cols., 2001; King e cols., 2003; Mays & Cochran, 2001; Ross, 1990; Sandfort e cols., 2001). Vale lembrar que, mais uma vez, não fomos capazes de encontrar pesquisas nacionais que tratassem deste assunto, dependendo, quase exclusivamente, de estudos realizados nos Estados Unidos e na Europa.

De um modo geral, pode-se dizer que as pesquisas sobre saúde mental entre homossexuais tendem a estar focalizadas no tema da depressão e, particularmente, no elevado índice de suicídio deste setor da população, assunto que será discutido logo a seguir. Com relação especificamente à ansiedade, podemos dizer que a realidade de ter que conviver diariamente com uma identidade social estigmatizada explicaria, em parte, o fato de gays e lésbicas apresentarem um número significativo de transtornos de ansiedade, quando comparados a heterossexuais. De acordo com alguns autores (Patterson, 1995; Rotheram-Borus & Fernandez, 1995), a ansiedade generalizada em indivíduos homossexuais também pode ocorrer devido a uma supergeneralização de medos realistas de rejeição. Neste sentido, Finnegan e McNally (2002) postularam que em casos mais severos estes indivíduos podem se tornar extremamente medrosos, hipervigilantes e, inclusive, paranóicos, estando constantemente preocupados com possíveis fontes de perigo e apresentando dificuldade em discriminar ameaças

reais daquelas que são imaginárias, o que, naturalmente, prejudica consideravelmente suas vidas. Igartua e cols. (2003), por sua vez, mencionam uma hipótese complementar ao sugerir que o fato do indivíduo se enxergar negativamente pode criar ansiedade, independente de haver uma ameaça real de descoberta da homossexualidade. Em outras palavras, *“a vergonha é possível mesmo quando ninguém está olhando”* (Igartua e cols., 2003: 25; tradução nossa).

No estudo realizado por Cochran e cols. (2003), por exemplo, homossexuais e bissexuais, quando comparados a heterossexuais, tinham 3 vezes mais chances de serem diagnosticados com depressão, 4.7 vezes mais chances de desenvolverem transtorno do pânico e 3 a 4 vezes mais chances de apresentarem comorbidade para dois ou mais transtornos mentais. Este último dado é significativo porque, de um modo geral, acredita-se que a comorbidade esteja relacionada com severidade da doença e índices maiores de utilização de tratamento psiquiátrico (Kessler e cols., 1999a). A pesquisa de Gilman e cols. (2001), por sua vez, aponta para o fato de que homossexuais que sofrem de depressão grave também apresentam uma maior prevalência de pensamentos, planejamentos e tentativas de suicídio, quando comparados a heterossexuais na mesma situação. Estes dados são corroborados por Remafedi e cols. (1998), que relatam que 28% dos sujeitos homossexuais masculinos da sua amostra haviam tentado o suicídio, enquanto este número seria de apenas 4% para os homens heterossexuais, isto é, de acordo com este estudo, gays teriam 7 vezes mais chances de tentarem o suicídio do que homens heterossexuais.

Buhrich e Loke (1988), em uma revisão de estudos australianos, também concluem que tentativas de suicídio são mais comuns entre homossexuais. O estudo de King e cols. (2003), realizado na Inglaterra, relata que um quarto dos homossexuais de sua amostra tentaram causar danos a si próprios, em comparação com um sétimo dos heterossexuais. Mais importante ainda parece ser o fato de que 65% dos gays que tomaram esta atitude relataram sua orientação sexual como o motivo. Pesquisa realizadas com gêmeos (Herrell e cols., 1999) também chegaram a conclusões semelhantes, ou seja, a homossexualidade estaria significativamente associada com pensamentos e tentativas de suicídio. O estudo de Robertson (1998), por sua vez, revela que, pelo menos na sua amostra, as tentativas de suicídio estavam freqüentemente associadas com o fato de um dos membros da família do sujeito ter descoberto sua orientação sexual e tê-lo

rejeitado por isso. Para Cochran e Mays (2000), quando comparados a heterossexuais, homossexuais teriam 5 vezes mais chance de tentarem se suicidar, estariam mais predispostos a apresentar episódios recorrentes de depressão e a desenvolver este transtorno mais cedo durante suas vidas.

No que se refere mais especificamente aos elevados índices de episódios de depressão grave entre gays e lésbicas, grande parte dos estudos (McDaniel e cols., 2001; Nicholas & Howard, 1998) parece ter encontrado uma forte associação entre adolescentes e jovens homossexuais e risco de suicídio. Na amostra de Paul e cols. (2002), por exemplo, 12% dos homossexuais entrevistados haviam tentado o suicídio (metade destes mais de uma vez), com a maioria fazendo a primeira tentativa antes dos 25 anos de idade. Este índice seria 4 vezes maior ao existente entre heterossexuais, cujas tentativas de suicídio girariam em torno de 2.4%. O estudo de Nicholas e Howard (1998), realizado na Austrália, encontrou índices ainda mais elevados, sugerindo que adolescentes homossexuais teriam 3.7 vezes mais chances de tentarem o suicídio.

Segundo Remafedi e cols. (1991) as tentativas de suicídio de adolescentes homossexuais tendem a ser recorrentes e podem ser consideradas mais graves do que aquelas cometidas por heterossexuais da mesma idade. Nos casos em que o jovem não morre, o índice de assistência médica, psicológica ou familiar após a tentativa de suicídio é extremamente baixo. Os autores também verificaram que, em comparação com estudos realizados em décadas anteriores, a idade média da primeira tentativa de suicídio vem diminuindo progressivamente com o passar dos anos. Este resultado pode ser explicado, em parte, porque, após os ganhos obtidos pelo movimento homossexual, gays e lésbicas começaram a se assumir cada vez mais cedo, situação que, como foi exposto anteriormente, pode levar a elevados níveis de estresse e outras conseqüências negativas, particularmente no caso de adolescentes.

Paul e cols. (2002) identificaram, igualmente, fatores de risco que aumentariam a probabilidade de tentativas de suicídio entre adolescentes homossexuais, incluindo experiências constantes de preconceito e discriminação, tempo recente da primeira relação sexual com uma pessoa do mesmo sexo, e assunção da homossexualidade para a família.

Famílias frequentemente funcionam como sistemas de suporte quando indivíduos atravessam tempos difíceis. No entanto, parece que, neste caso, as famílias acrescentam ao estresse. Neste estágio é provável que jovens adultos GLB (*gays, lésbicas e bissexuais*) ainda não tenham trabalhado sentimentos de preconceito internalizado e, na melhor das hipóteses, ainda estejam ambivalentes quanto à sua orientação sexual. Assumir-se pode parecer uma confissão de suas falhas e a vergonha pode se tornar insuportável. (Igartua e cols., 2003: 25-26; tradução nossa; parênteses nossos)

De fato, a assunção da homossexualidade parece ser o evento de vida mais crítico, pois de acordo com D'Augelli e cols. (1998), adolescentes homossexuais assumidos experienciam um número maior de abusos verbais e físicos e apresentam índices mais elevados de ideação suicida do que aqueles que ainda não revelaram sua orientação sexual. Outros autores (Nicholas & Howard, 1998; Remafedi e cols.; 1991; Remafedi, 1994) incluem nesta lista fatores de risco adicionais, tais como o fato do adolescente assumir sua orientação sexual e ter experiências homossexuais durante a pré-adolescência, término de relacionamentos amorosos, dependência química, abuso sexual, assunção de papéis de gênero atípicos, problemas familiares e/ou sociais (incluindo fugir/ser expulso de casa, envolvimento com prostituição e criminalidade) e conflito pessoal com relação à própria homossexualidade. Naturalmente, muitos dos fatores de risco citados acima também estão presentes entre adolescentes heterossexuais que cometem suicídio, mas, no caso de homossexuais, seus efeitos são potencializados pelo preconceito, estigmatização e isolamento aos quais estes jovens estão expostos diariamente.

As explicações para a maior incidência de tentativas de suicídio entre adolescentes homossexuais são diversas. Em primeiro lugar, de acordo com inúmeros estudos (Cloud, 2005; Nicholas & Howard, 1998; Remafedi, 1994), adolescentes homossexuais são expostos a graus mais elevados de preconceito, discriminação e violência do que adultos, e poucos contam com fontes de apoio social (por parte de suas famílias de origem, amigos ou comunidade gay) que possam minimizar sentimentos de solidão, alienação e isolamento. O estudo de Herdt e Boxer (1993) parece confirmar esta idéia quando postula que jovens homossexuais não estão confusos quanto à sua sexualidade, mas não sabem como expressá-la em um ambiente social hostil. Adolescentes, por sua vez, sejam estes heterossexuais ou homossexuais, raramente possuem os recursos psíquicos e a

resiliência necessárias para lidar com estes conflitos, situação que tende a aumentar sua vulnerabilidade ao suicídio (Miranda & Storms, 1989).

Em segundo lugar, uma análise interessante de Paul e cols. (2002) sugere que o estresse relacionado ao preconceito e à discriminação pode ter uma ligação proximal ou distal com relação aos elevados índices de suicídio entre jovens homossexuais, similarmente às conseqüências a médio e longo prazo de outros eventos de vida traumáticos. Em outras palavras, estes eventos podem causar um sofrimento psíquico suficientemente forte que faça com que o adolescente contemple o suicídio, mas podem também estar ligados a baixa auto-estima, dependência química e subseqüentes transtornos do humor que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo ao suicídio.

As pesquisas acima, assim como as de outros autores (Coyle, 1993; Meyer, 1995; Warner e cols., 2004), parecem concordar com a idéia de que as diferenças nos índices de transtornos mentais entre homossexuais (tanto adolescentes quanto adultos) e heterossexuais podem ser explicadas não por características intrínsecas à homossexualidade, mas como fruto do preconceito e da estigmatização a que gays e lésbicas são submetidos diariamente. Um relatório de 1994 da *Associação Médica Americana*, por exemplo, conclui que “*muito do distúrbio emocional experienciado por gays e lésbicas com relação à sua identidade sexual não está baseado em causas fisiológicas, mas se deve a um senso de alienação em um ambiente hostil*” (citado por Murphy, 1997: 84; tradução nossa).

Esta idéia é corroborada pelo estudo de Mays e Cochran (2001), que descobriram que as chances de desenvolver transtornos psiquiátricos aumentava significativamente em indivíduos que haviam sofrido discriminação, seja apenas em uma ocasião isolada ou diariamente. Meyer (1995) obteve dados similares, concluindo que homossexuais que experienciam elevados níveis de estresse possuem 2 a 3 vezes mais chances de apresentarem sofrimento psíquico acentuado. Outras pesquisas (Dohrenwend, 2000; Kessler e cols., 1999b; Mazure, 1995) demonstraram, por exemplo, que, tanto no caso de heterossexuais como no de homossexuais, alguns tipos de transtornos mentais (particularmente aqueles relacionados a humor, ansiedade ou dependência química) são influenciados pelos efeitos do estresse e da estigmatização. A pesquisa de Otis e Skinner (1996), por sua vez, foi capaz de encontrar uma correlação significativa entre a vitimização

experienciada por gays e lésbicas e depressão, assim como entre preconceito internalizado e depressão.

Estes dados também parecem estar relacionados com o fato de que indivíduos estigmatizados apresentam maiores chances de serem expostos a experiências de vida negativas que podem afetar a aquisição de certas habilidades pessoais e sociais, tais como sensação de controle sobre a própria vida, auto-estima e apoio social (Aneshensel e cols., 1991; Aneshensel, 1992; Lackner e cols., 1993; Pearlin, 1989; Turner & Lloyd, 1999). Neste sentido, o estudo de Ross (1990) conclui que, no caso de homossexuais, as conseqüências sociais e emocionais de eventos de vida negativos são potencializadas pela experiência de estigmatização. Em homossexuais com preconceito internalizado os efeitos da vitimização podem ser ainda mais graves, pois, segundo Coates e Winston (1983), esta experiência tende a afetar a auto-percepção do indivíduo, fazendo com que o sujeito se enxergue como desviante, reforçando uma auto-imagem negativa.

Weinberg e Williams (1974) sugerem, por sua vez, que homossexuais não diferem de heterossexuais em medidas de estabilidade psicológica e social, ajustamento vocacional ou capacidade para tomar decisões. Argumentam, pelo contrário, que os menores índices de saúde mental dos homossexuais estariam correlacionados com o grau em que o sujeito aceita sua orientação sexual, isto é, com o preconceito internalizado. Estes dados são corroborados por Meyer (1995) e por Alexander (1986), que verificaram que homossexuais masculinos com preconceito internalizado apresentavam graus mais elevados de depressão.

Com relação especificamente ao apoio social, Lackner e cols. (1993) descobriram que este estava significativamente associado com saúde mental e que homossexuais que relatavam sentimentos de isolamento experienciavam um número maior de transtornos psíquicos. O estudo de Vincke e Bolton (1994), realizado na Bélgica, conclui que a falta de apoio social gera depressão e baixos índices de auto-aceitação em homossexuais. Rofes (1983) concorda com este raciocínio, postulando que sistemas de apoio social tais como família, Igreja e instituições escolares são vitais para o bem-estar de indivíduos. Com relação a este tema, Meyer (1993) verificou que o sentimento de fazer parte de uma comunidade gay mais ampla pode se tornar um fator extremamente importante na minimização dos efeitos do estresse experienciado por homossexuais. Miranda e Storms (1989), por sua vez, postulam que a aquisição de uma identidade

homossexual positiva tende a promover ajustamento psicológico entre gays e lésbicas, reduzindo significativamente sintomas de ansiedade, por exemplo.

Juntamente com as dificuldades relatadas acima, parece haver uma relutância e desconfiança por parte de homossexuais em revelar sua orientação sexual a agentes de saúde, o que faz com que necessidades relacionadas à saúde física e mental destes indivíduos não sejam reconhecidas e tratadas adequadamente por profissionais (Robertson, 1998). Como temos visto ao longo desta tese, o medo de ser vítima de preconceito e discriminação não é infundado, e muitos homossexuais temem ser ridicularizados, ignorados ou se tornarem vítimas de terapias de conversão caso assumam sua orientação sexual para psicólogos ou psiquiatras.

Por último, gostaríamos de frisar que, não obstante o preconceito aparentar ser uma explicação plausível para a diferença nos índices de saúde mental entre hetero e homossexuais, ele naturalmente não explica, por si só, todos os transtornos psíquicos que gays e lésbicas possam, porventura, apresentar, distúrbios estes que podem não ter nenhuma correlação com o estigma de ser homossexual na nossa sociedade. Também faz-se importante ressaltar que as pesquisas acima não visam re-patologizar a homossexualidade, mas sim abordar a orientação sexual como um possível fator de risco dentre muitos outros (tais como gênero, raça, idade, estado civil e condição sócio-econômica, por exemplo) que podem influenciar o início, curso ou prognóstico de transtornos mentais. Finalmente, mencionamos que apesar de estarem expostos a um risco mais elevado de desenvolverem distúrbios psíquicos específicos, a grande maioria dos homossexuais, ao longo de suas vidas, não apresenta quaisquer transtornos mentais.

7.2.2

Transtornos alimentares

Tal como mencionamos em capítulos anteriores, o preconceito internalizado por homossexuais masculinos também tem sido correlacionado com transtornos alimentares, razão pela qual abordaremos, a partir deste momento, a incidência destes transtornos na população homossexual. Em primeiro lugar, devemos apontar para o fato de que esta discussão ainda é bastante recente,

sobretudo porque anorexia e bulimia nervosa são transtornos fortemente associados ao sexo feminino. Neste sentido, vale a pena ressaltar que transtornos alimentares em homens só começaram a ser efetivamente pesquisados a partir da década de 80 (Atkins, 1998), ao passo que a especificidade destes em homossexuais masculinos só recebeu atenção 10 anos mais tarde⁷². Frisamos, mais uma vez, que todas as pesquisas citadas a seguir são, na sua grande maioria, norte-americanas, não tendo sido capazes de encontrar dados nacionais, seja sobre homens com transtornos alimentares, seja sobre homossexuais com os mesmos sintomas. Lembramos também que apesar de existirem algumas clínicas nos Estados Unidos e na Europa que atendem homossexuais com transtornos alimentares, instituições semelhantes são desconhecidas no Brasil.

De acordo com Anderson (1992), 10% dos pacientes com transtorno alimentar são homens, sendo que 30% deste total é composto por homossexuais masculinos (Carlat e cols., 1997; Heffernan, 1994; Schneider & Agras, 1987). Se lembrarmos, tal como abordado anteriormente, que o número total de homossexuais varia entre 4% a 8% da população adulta (Small, 1996; Kahan & Mulryan, 1995), o dado de que 30% dos casos diagnosticados com transtornos alimentares seja composto por gays torna-se bastante significativo. Herzog e cols. (1984) apontam para o fato de que é possível que homossexuais masculinos se apresentem para tratamento em números mais expressivos que homens heterossexuais, possivelmente pelo temor que estes últimos possuem de serem diagnosticados com um transtorno considerado pertencente ao universo feminino. Diversas pesquisas (Beren e cols., 1996; French e cols., 1996; Herzog e cols., 1991; Schneider e cols., 1995; Siever, 1994; Silberstein e cols., 1989; Williamson & Hartley, 1998; Yager e cols., 1988), no entanto, têm consistentemente encontrado uma associação entre homossexualidade e patologia alimentar em populações não-clínicas.

Estudos na área indicam que homossexuais masculinos apresentam sintomas, comportamentos e preocupações corporais muito semelhantes aos exibidos por mulheres heterossexuais, encontrando-se igualmente sujeitos à influência das mensagens sobre magreza como um ideal a ser alcançado,

⁷²Apesar dos transtornos alimentares em homossexuais masculinos só começarem a ter sido estudados a partir da década de 90, encontramos um artigo pioneiro sobre homossexualidade e imagem corporal datado de 1979 (Prytula e cols., 1979).

veiculadas pelos meios de comunicação de massa (Gettelman & Thompson, 1993; Strong e cols., 2000a). Neste sentido, podemos dizer que, em comparação com homens heterossexuais, gays relatam um número maior de sintomas indicativos de transtornos alimentares, se mostram mais preocupados com seu peso e aparência, apresentam maior insatisfação corporal, consideram a aparência central para sua auto-estima, fazem mais dietas, adotam um maior número de comportamentos relacionados com compulsão alimentar ou purgação, e realizam exercícios físicos com maior frequência com o intuito de melhorar sua aparência física (Beren e cols., 1996; Brand e cols., 1992; French e cols., 1996; Herzog e cols., 1991; Morrison e cols., 2004; Schneider e cols., 1995; Siever, 1994; Silberstein e cols., 1989; Williamson & Hartley, 1998; Yager e cols., 1988). Apesar de não nos determos neste assunto, vale mencionar que, no caso das lésbicas, as pesquisas realizadas até o momento têm obtido resultados contraditórios, não sabendo-se ao certo se elas apresentam índices de transtornos alimentares semelhantes ou inferiores àqueles das mulheres heterossexuais.

Grande parte dos estudos citados acima têm apontado explicações semelhantes para a elevada incidência de transtornos alimentares entre a população homossexual masculina. Uma explicação com a qual todos parecem concordar é a de que a subcultura homossexual valoriza excessivamente atratividade física, magreza e juventude (Anderson & Holman, 1997; Carlat e cols., 1997; Herzog e cols., 1991; Siever, 1994; Silberstein e cols., 1989; Yager e cols., 1988). Tal como explorado em maior profundidade em Nunan (2001), a mídia voltada para o público homossexual também tende a reforçar imagens de homens jovens, bonitos e com porte atlético, dados estes que são corroborados por outros autores (Cohen, 1997; Martell e cols., 2004).

Neste ponto, devemos lembrar que atualmente o padrão estético almejado pela maioria dos homossexuais masculinos é aquele representado pelas *Barbies* (nome que alude diretamente à boneca norte-americana), um subgrupo da comunidade homossexual. Em poucas palavras, as *Barbies* podem ser definidas como homossexuais musculosos que vivem para modelar o corpo (através de intermináveis horas de exercícios físicos, ingestão de anabolizantes e dietas alimentares específicas), de acordo com o conceito exacerbado de masculino. Amiúde raspam os pelos para que a musculatura se destaque e colocam bastante ênfase na sua aparência externa. Autores como Williamson (1999) proporcionam

uma explicação interessante para este fenômeno quando postulam que a construção de um corpo musculoso e viril, isto é, não-efeminado, facilita a aceitação social destes homossexuais, pois sua aparência externa está dentro dos padrões da masculinidade (Cohen, 1997; Sabino, 2000). Adotando um raciocínio semelhante, pode-se especular também que o corpo aparentemente saudável das *Barbies* contradiz o estereótipo de que os homossexuais são indivíduos doentes e portadores do vírus HIV. Estudos mais recentes (Yelland & Tiggemann, 2003), por sua vez, mencionam que para muitos homossexuais o corpo ideal seria ao mesmo tempo “magro” e “musculoso”, o que pode incentivar estes indivíduos a adotarem comportamentos alimentares de risco, tais como restrição de ingestão de determinados alimentos, uso de anabolizantes e/ou suplementos alimentares, e realização de exercícios físicos anaeróbicos em excesso.

De fundamental importância é o fato de que o meio homossexual parece seguir esse padrão de beleza que exalta a virilidade e a juventude, exacerbando o narcisismo e a busca de uma perfeição inalcançável. Neste sentido, podemos dizer que, ironicamente, a inserção do indivíduo na comunidade homossexual tem conseqüências simultaneamente benéficas e prejudiciais, pois ao mesmo tempo em que diminui seu preconceito internalizado, também contribui para o aparecimento de transtornos alimentares. Williamson e Spence (2001) postulam que transtornos alimentares e insatisfação corporal entre homossexuais masculinos estão correlacionados com baixa auto-estima e preconceito internalizado, assim como com uma internalização da crença de que “ser magro e atraente é importante”. Os sujeitos pesquisados por estes autores mencionaram também que a atratividade física era altamente valorizada por outros membros da comunidade gay. No entanto, estes mesmos autores verificaram que indivíduos que participavam de eventos organizados pela comunidade gay (tais como festivais, paradas, etc.), que valorizavam a *identidade* homossexual, apresentavam índices de transtorno alimentar mais baixos do que sujeitos que freqüentavam a “cena comercial gay” (composta por locais de freqüência homossexual, tais como bares e boates), que tendem a alienar indivíduos que não se adequam a um padrão estético pré-determinado.

Siever (1994), por sua vez, adota uma explicação de natureza evolucionista, sugerindo que homossexuais masculinos e mulheres heterossexuais estão mais insatisfeitos com sua aparência devido ao fato de que ambos tentam

atrair e agradar parceiros do sexo masculino. De acordo com determinadas teorias evolucionistas (Coombs & Kendell, 1966; Hatfield & Sprecher, 1986; Stroebe e cols., 1971; Vail & Staudt, 1950), ao escolher parceiros sexuais, homens dariam prioridade a características físicas, enquanto mulheres dariam ênfase a fatores como personalidade, status, poder e situação financeira. Por este motivo, homens heterossexuais e mulheres lésbicas estariam menos preocupados com sua atratividade física e, conseqüentemente, menos insatisfeitos com seus corpos, o que provocaria incidências mais baixas de transtornos alimentares.

Outra explicação oferecida para a maior incidência de transtornos alimentares entre homossexuais masculinos inclui a idéia, que pode ser considerada preconceituosa, de que gays que possuem uma identificação de papel de gênero feminina teriam uma propensão maior a apresentar estes tipos de sintomas (French e cols., 1996; Lakkis e cols., 1999; Meyer e cols., 2001; Murnen & Smolak, 1997). Outros autores (Fichter & Daser, 1987; Strong e cols., 2000b) postulam, igualmente, que, durante a infância, homossexuais masculinos apresentariam graus mais baixos de conformidade a seu papel de gênero do que crianças da mesma idade, sugerindo uma relação entre esta característica e insatisfação corporal, sobretudo no caso de adolescentes.

Williamson e Hartley (1998) mencionam teorias ligadas ao preconceito institucionalizado, sugerindo que, no caso de homossexuais masculinos, o transtorno alimentar refletiria, simultaneamente, questões de controle (tendo em vista sua posição social estigmatizada), assim como ansiedade com relação ao desenvolvimento de uma identidade homossexual, sobretudo no caso de adolescentes, quando os conceitos de aparência física e atração sexual tornam-se particularmente relevantes (McDonald, 1982). Estas teorias parecem encontrar eco em uma revisão de estudos realizada por Hsu (1990). O estudo de Gettelman e Thompson (1993) também revelou dados interessantes com relação aos estereótipos imputados a homossexuais masculinos: segundo estes autores, a população homossexual masculina é vista por outros indivíduos como possuindo um grau maior de transtorno de imagem corporal e preocupação com aparência física, peso e dietas do que é, de fato, correto. Atkins (1998), por sua vez, relata que o gay masculino é estereotipado como um indivíduo fútil, obcecado por seu corpo e interessado apenas na aparência das demais pessoas. Neste sentido, podemos pensar que sujeitos que internalizam estas crenças negativas podem,

através do já citado mecanismo da profecia auto-realizadora, acabar confirmando o estereótipo de que todo homossexual sofre de algum tipo de transtorno alimentar, acreditando, igualmente, que preocupar-se excessivamente com sua aparência nada é mais do que uma característica intrínseca à homossexualidade.

O primeiro estudo a estabelecer de fato uma correlação entre preconceito internalizado e transtornos alimentares foi o de Brown (1987), que ressaltou a importância da assunção da homossexualidade como uma forma de tratar estes sintomas em homossexuais. Dados semelhantes foram encontrados por Atkins (1998) e Thompson (1995), esta última autora também apontando para uma correlação entre racismo internalizado e transtornos alimentares. Russell e Keel (2002) sugerem que homossexuais masculinos que sofrem de algum tipo de transtorno alimentar relatam um grande desconforto com relação à sua orientação sexual, além de um número significativo de sintomas de anorexia ou bulimia nervosa, maior insatisfação corporal, baixa auto-estima e depressão. Estes dados são corroborados por estudos anteriores (Crisp, 1967; Crisp, 1970; Crisp & Toms, 1972; Dally, 1969; Herzog e cols., 1984; Scott, 1986), que descrevem uma elevada prevalência de conflitos homossexuais em pacientes diagnosticados com anorexia nervosa. Na amostra de Herzog e cols. (1984), por exemplo, 26% de seus pacientes masculinos com anorexia nervosa eram homossexuais, e desse total 71% apresentavam conflitos relacionados à sua sexualidade.

Williamson (1999) e Williamson e Hartley (1998) também apontam o preconceito internalizado como uma das explicações para o elevado índice de transtornos alimentares entre homossexuais masculinos, sugerindo que, nestes casos, o conflito que o indivíduo experiencia com relação à própria orientação sexual é deslocado para seu corpo, transformando-se em repulsa a este e ao que representa. De acordo com os autores acima, comportamentos tais como comer compulsivamente, restringir a ingestão de alimentos e vomitar, por exemplo, poderiam ser interpretados como um desejo do indivíduo de punir o próprio corpo, considerado “doentio” por ele. Pesquisas recentes (e. g. Reilly & Rudd, 2006) mostram, também, que elementos de preconceito internalizado parecem estar correlacionados com imagem corporal, auto-estima e comportamentos bulímicos, mas não especificam a natureza destes componentes. Acreditamos, pelas razões expostas acima, que o tema dos transtornos alimentares em

homossexuais masculinos deva ser investigado de forma aprofundada em estudos posteriores.

7.2.3

Abuso de álcool e drogas

Apesar da dependência química ser um sério problema de saúde para homossexuais, ele tem sido praticamente ignorado tanto pela comunidade gay (que recusa admitir suas proporções epidêmicas), quanto por profissionais que trabalham com indivíduos dependentes (que negam serem preconceituosos e evitam lidar com temas ligados à sexualidade) (Finnegan & McNally, 1995)⁷³. O primeiro livro escrito sobre este assunto data da década de 80 (Finnegan & McNally, 1987), e apesar da bibliografia sobre o tema ter crescido consideravelmente nos últimos anos, sobretudo nos Estados Unidos, não fomos capazes de encontrar material em português. O mesmo ocorre com centros de tratamento de dependência química especializados na população homossexual que, até onde sabemos, são inexistentes no Brasil. Vale lembrar que centros semelhantes existem em outros países desde 1986, em que pese o número destes ser bastante restrito (Ratner, 1988).

Antes de iniciarmos nossa discussão propriamente dita, faz-se necessário dar algumas definições sobre dependência química, assim como que tipo de substâncias podem ser inseridas nesta categoria. Primeiramente, de acordo com a *Organização Mundial de Saúde*, síndrome de dependência pode ser definida como “*Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham valor*” (CID-10, 1993: 74). Em outras palavras, consideramos que um indivíduo é dependente químico quando ele mostra tolerância, sintomas de abstinência ou um padrão de uso compulsivo de substâncias associadas com um estado de intoxicação patológica (Anderson, 1996; Kaplan e cols., 1997; Masur, 1985). Vale ressaltar que a dependência química freqüentemente ocasiona

⁷³A título de curiosidade mencionamos que existe, desde 1979, a *NALGAP* ou *National Association of Lesbian and Gay Alcoholism Professionals* (Associação Nacional de Profissionais de Alcoolismo Gays e Lésbicos), criada justamente para fazer frente a esta situação.

problemas de natureza pessoal na vida do indivíduo, incluindo dificuldades nas áreas familiar, social e ocupacional.

Em segundo lugar, estas substâncias (às quais nos referiremos, a partir de agora, como “drogas”), podem ser lícitas ou ilícitas, enquadrando-se, didaticamente, em três grandes categorias gerais: depressoras, alucinógenas ou estimulantes. Entre as drogas *depressoras* podemos citar: álcool; sedativos, ansiolíticos e hipnóticos (benzodiazepínicos, barbitúricos); opióides (heroína, morfina, codeína); inalantes (colas, solventes, propulsores de aerossóis, combustíveis) e gases anestésicos (óxido nitroso, éter, nitrato de amila). As drogas *alucinógenas* incluem: maconha; LSD; PCP; psilocibina (cogumelos); mescalina (do cacto “peioite”) e ketamina (também conhecida como “special k”, “super k”, “vitamina k”, ou simplesmente “k”). Por último, enquadrados na categoria de *estimulantes* as seguintes drogas: cocaína; crack (cocaína fumada); free base; anfetamina (conhecida popularmente como “bolinha”); metanfetamina (conhecida também como “crystal”, “speed” ou “crank”); ice (metanfetamina pura); anfetaminas de designer ou anfetaminas sintetizadas (ecstasy, eve, STP); GHB (ecstasy líquido) e speedball⁷⁴ (cocaína ou crack misturado com heroína).

Pesquisas realizadas nos Estados Unidos e na Europa têm consistentemente demonstrado uma elevada incidência de abuso de álcool e drogas entre a população homossexual. De acordo com diversos estudos (Bickelhaupt, 1995; Bux, 1996; Cabaj, 1992, 1996, 1997; Fifield, 1975; Frosch e cols., 1996; Kelly, 1991; Kus & Procházka, 1991; Lohrenz e cols., 1978; Morales & Graves, 1983; Mosbacher, 1993; Paul e cols., 1991; Saghir & Robins, 1973; Skinner, 1994; Skinner & Otis, 1996; Stall & Wiley, 1988; Weinberg & Williams, 1974), entre 20% a 35% dos gays e lésbicas sofrem de algum problema relacionado a álcool ou drogas, ao passo que este número é de apenas 8%-17% para o grupo heterossexual (Clark & Midanik, 1982; Kaplan e cols., 1997). De acordo com dados levantados por algumas pesquisas (Kessler e cols., 1994; Ryan e cols., 1999), homossexuais teriam índices de dependência química três vezes mais elevados que os da população heterossexual geral. Tal como mencionado acima, o Brasil não possui estatísticas sobre dependência química entre

⁷⁴ A droga “speedball”, ainda sem nome em português, é uma tentativa de contrabalançar o efeito estimulante da cocaína (ou crack) com o efeito depressor da heroína, muitas vezes gerando reações fisiológicas fatais para o indivíduo que faz uso dela.

homossexuais, mas um recente levantamento sobre o uso de drogas psicotrópicas (Carlini e cols., 2002) estimou em 11,2% a porcentagem da população nacional que é dependente de álcool, número este similar ao encontrado em outros países.

Outro dado interessante de ser apontado é que, ao contrário do que acontece com heterossexuais, gays e lésbicas não passam a consumir menores quantidades de álcool e drogas à medida que ficam mais velhos (McKirnan & Peterson, 1989). Esta característica de uso faz com que, provavelmente, os problemas físicos, sociais e ocupacionais relacionados à dependência química sejam ainda mais significativos nesta população. Grave também é o fato de que homossexuais procuram tratamento para estes problemas em números menores do que heterossexuais (Straub, citado por Burtle, 1979; Sandmaier, 1980), muito provavelmente por medo de sofrer preconceito.

Não obstante os autores acima sugerirem que gays e lésbicas têm maiores chances de desenvolverem problemas ligados ao abuso de álcool e drogas, devemos frisar que não se deve assumir, naturalmente, que exista uma relação causal direta entre dependência química e orientação sexual. Pode haver uma *correlação* entre estes dois fenômenos, tal como veremos a seguir, mas isto não é invariavelmente verdadeiro para todos os casos. Não são poucas as situações em que o abuso de substâncias químicas em nada está ligado ao fato do indivíduo ser hetero ou homossexual.

Diversos autores têm postulado explicações para a elevada incidência de dependência química entre a população homossexual, a grande maioria centrando-se em duas alternativas. A primeira tem a ver com o preconceito, tanto institucionalizado quanto internalizado, experienciado diariamente por gays e lésbicas. De acordo com Finnegan e McNally (1995), por exemplo, muitos indivíduos tomariam drogas ou álcool como uma forma de facilitar interações sociais e sexuais, reduzir a ansiedade, lidar com o preconceito, aliviar o sofrimento derivado da dúvida entre assumir-se ou não, e minimizar a sensação de isolamento de ser homossexual em uma sociedade altamente preconceituosa. Kowszun e Malley (1996) concordam com este raciocínio, acrescentando ainda que, devido ao preconceito, é freqüente que homossexuais experienciem suas primeiras relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas, situação que pode fazer com que o indivíduo associe os dois comportamentos, ou seja, a idéia de que “só posso ter relações com alguém do mesmo sexo se estiver alcoolizado ou

drogado”. Para Olson (2000), é muito provável que o álcool ou a droga atuem no sentido de diminuir a inibição, negação, ansiedade e inclusive o medo da relação sexual homossexual. Em outras palavras, substâncias químicas podem ajudar gays com preconceito internalizado a terem relações homossexuais sem se sentirem culpados após o ato; podem reduzir sua ansiedade antes, durante e depois do sexo; e, podem, igualmente, minimizar o estigma experienciado por estes indivíduos caso eles venham a ser descobertos. Neste sentido, McKirnan e Peterson (1988) sugerem que as expectativas de “redução de tensão” proporcionadas por álcool e drogas tendem a estar correlacionadas com dependência química em homossexuais que relataram altos índices de discriminação.

Podemos sugerir, seguindo os passos de Kominars (1995), que raiva, medo, culpa e isolamento são quatro dos maiores obstáculos para a recuperação de dependentes químicos, sejam estes gays ou heterossexuais, mas, no caso dos homossexuais, o preconceito internalizado potencializa estes sentimentos, deixando o indivíduo ainda mais vulnerável. Para Cabaj (2000), a dependência química e o preconceito internalizado apresentam uma série de semelhanças: negação, medo, ansiedade, paranóia, raiva, culpa, depressão, desamparo, vida-dupla, passividade, sensação de ser uma vítima, inferioridade, baixa auto-estima⁷⁵, isolamento, alienação, solidão, fragmentação e confusão. Estas características fazem com que o uso de substâncias entorpecentes reforce o preconceito internalizado e vice-versa, criando um círculo vicioso do qual torna-se extremamente difícil de escapar. Para alguns indivíduos, por exemplo, a dependência química passaria a ser explicada como uma característica “natural” da “doença” da homossexualidade (Shernoff & Finnegan, 1991). Deste modo, se a auto-aceitação não for alcançada, os efeitos do preconceito internalizado poderão colocar o processo de recuperação em xeque, deixando o indivíduo em um risco constante de sofrer recaídas (Finnegan & McNally, 2002). Outros autores (Anderson, 1996; Kus, 1988; Kus & Smith, 1995; Neisen, 1993; Nicely, 2001; Schaefer e cols., 1987) concordam com este raciocínio, afirmando que o preconceito internalizado é uma característica extremamente freqüente entre homossexuais dependentes de álcool. Caso o indivíduo não consiga superar este preconceito e começar a ver sua homossexualidade como mais um aspecto da sua

⁷⁵ Lembremos que o álcool, assim como alguns tipos de drogas, podem causar depressão, o que tende a diminuir ainda mais a auto-estima do indivíduo.

identidade, a sobriedade a longo prazo será extremamente difícil de manter (Cabaj, 1996; Kus, 1988). Kus e Latcovich (1995) sugerem que, à medida que a sobriedade aumenta, o preconceito internalizado diminui, e que grupos de alcoólicos anônimos voltados para homossexuais podem ser bastante úteis neste sentido.

A dependência química entre homossexuais não só está correlacionada com preconceito internalizado como também parece afetar negativamente o desenvolvimento de uma identidade gay positiva. Pesquisas sobre este tema (Kus, 1987, 1988, 1990; McNally, 1989) indicam que o abuso de álcool ou drogas prejudica determinadas habilidades cognitivas e afetivas utilizadas em processos de desenvolvimento; isto é, o indivíduo não é capaz de trabalhar internamente idéias e emoções inerentes ao processo de aquisição de uma identidade sócio-sexual positiva. Como aponta Kus (1990): “... a auto-aceitação de uma identidade gay ou lésbica não ocorre até que a sobriedade é escolhida e vivida” (Kus, 1990: 41; tradução nossa). McNally e Finnegan (1992) mencionam, no entanto, que a medida em que a recuperação da dependência química é iniciada ela passa a auxiliar o processo de assunção da homossexualidade.

A segunda explicação dada para a maior incidência de dependência química nesta população se refere ao fato de que bares, boates e festas têm sido, tradicionalmente, os principais centros de socialização dentro da comunidade homossexual⁷⁶. Estes locais, com sua ênfase no consumo de bebidas alcoólicas e drogas, e sua aura de permissividade, muitas vezes representam as únicas alternativas para obter informações relevantes dentro da comunidade, fazer amigos e conhecer possíveis parceiros, sobretudo em cidades pequenas e ambientes rurais (Hicks, 2000; Kus & Smith, 1995; Schaefer e cols., 1987)⁷⁷. O uso (e abuso) de determinadas substâncias também é freqüentemente aceito como uma parte “normal” do “estilo de vida” e identidade gay (Finnegan & McNally, 1995), sobretudo em determinados eventos, tais como festas *rave*. Em outras

⁷⁶ Não é mera coincidência que as primeiras empresas a perceberem o potencial do mercado homossexual tenham sido as fabricantes de bebidas alcoólicas, que anunciam seus produtos maciçamente em revistas e eventos gays desde a década de 80 (Nunan, 2001).

⁷⁷ Apesar de não existirem pesquisas nacionais sobre dependência química entre homossexuais, acreditamos que no Brasil a importância de bares e boates como lugares privilegiados de socialização homossexual seja menor do que nos Estados Unidos e na Europa, pois em cidades como o Rio de Janeiro a população tem acesso a locais de interação social mais diversificados, tais como a praia, por exemplo.

palavras, pode ser que esta população tenha maior probabilidade de aceitar a experimentação de várias drogas como socialmente aceitável (Martell e cols., 2004).

Para concluir, gostaríamos de mencionar que o tratamento de homossexuais que sofrem de dependência química é um processo muito mais complexo do que tratar heterossexuais com o mesmo problema, pois preocupações ligadas à vergonha, estigma, preconceito e assunção da orientação sexual tendem a complicar sobremaneira o processo de recuperação (Pohl, 1995). Segundo Cabaj (2000), por exemplo, homossexuais dependentes químicos que sofreram algum tipo de agressão verbal ou física possuem maiores chances de apresentarem recaídas. Em um sentido semelhante, ressaltamos que a violência doméstica entre casais homossexuais (assunto que abordaremos em detalhe mais adiante) também está correlacionada com abuso de álcool e drogas (Schilit e cols., 1990), o que faz com que precisemos ficar atentos a esta possível combinação de fatores. Não devemos esquecer, por último, que homossexuais dependentes de substâncias químicas são duplamente estigmatizados, seja pela adicção, seja por sua orientação sexual (Finnegan & McNally, 1987; Ziegler, 2000).

7.2.4

Comportamento sexual de risco: *barebacking* e *bug chasing*

Além de problemas relacionados à saúde mental de um modo geral, transtornos alimentares e dependência química, comportamentos sexuais de risco também parecem estar correlacionados com preconceito internalizado em homossexuais masculinos. Determinadas práticas sexuais, sejam estas estimuladas pelo abuso de álcool e drogas (tal como veremos logo a seguir) ou por outros motivos (como é o caso do *Barebacking* e do *Bug Chasing*, analisados mais adiante), têm provocado um aumento nos casos de transmissão do vírus HIV entre homossexuais, nos Estados Unidos, Inglaterra e Austrália (Catania e cols., 1992; Ekstrand & Coates, 1990; Hays e cols., 1990; Kelly e cols., 1990, 1992; Koblin e cols., 2003; Parker, 2003; Stall e cols., 1992; Van de Ven e cols., 2000). No Brasil, dados do *Ministério da Saúde* revelam que a epidemia de AIDS está em um processo de estabilização, com os casos devido à transmissão homo/bissexual

mantendo-se em cerca de 26%⁷⁸, número ainda elevado, considerando-se que apenas 8% da população pode ser considerada homossexual.

Os dados sobre uso de preservativos entre *homens que fazem sexo com homens*⁷⁹, no entanto, são mais preocupantes. De acordo com o levantamento do *MONITORAIDS*⁸⁰, 59,8% destes indivíduos usaram preservativo na última relação sexual; 80,7% utilizaram na última relação sexual com um parceiro eventual; 44,4% usaram preservativo regularmente com qualquer parceiro; 39,6% o fizeram com parceiro fixo; e 66,9% adotaram este comportamento apenas com parceiros eventuais. Dados semelhantes foram encontrados por Carrara e Ramos (2005), que postulam que apenas 72,6% dos homossexuais, bissexuais e transgêneros entrevistados utilizavam preservativos em todas as relações sexuais, o que significa que quase 30% deste setor da população não usa preservativo ou não o faz de modo sistemático. Ainda de acordo com esta pesquisa, o uso de preservativo está hierarquizado segundo o caráter da relação sexual, isto é, na medida em que o relacionamento se torna mais estável ao longo do tempo a utilização de preservativo cai significativamente. Na pesquisa de Antunes (2005), por exemplo, 52% dos homossexuais pesquisados tiveram prática sexual de risco com parceiros fixos e 42% o fizeram com parceiros casuais. Informações colhidas pelo *Censo GLS* (2005) indicam, por sua vez, que apenas 50% dos homossexuais utilizam preservativo em todas as relações, 29% na maioria das relações e 8% o faz esporadicamente. Por último, segundo dados de uma pesquisa realizada em São Paulo (Silva e cols., 2004), 27,7% dos homossexuais entrevistados disseram ter feito sexo anal desprotegido com um parceiro fixo, ao passo que 18,1% dos sujeitos afirmaram ter tido comportamento semelhante com um parceiro ocasional. Em outras palavras, os dados acima nos levam a crer que um número elevado dos homossexuais masculinos não faz uso de preservativos em relações sexuais ou o faz apenas esporadicamente.

⁷⁸ *Boletim Epidemiológico de AIDS*. Site do Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde. <<http://www.aids.gov.br>> Acesso em: 24 de junho de 2005.

⁷⁹ O termo *homens que fazem sexo com homens* (HSH) é um conceito epidemiológico criado para referir-se a indivíduos que adotam práticas sexuais com pessoas do mesmo sexo biológico, mas que não se identificam como homossexuais. Apesar de acreditarmos que este conceito é útil para pesquisas em saúde pública, ele tem sido duramente criticado por setores do movimento homossexual que postulam que sua utilização reforça a invisibilidade dos gays. Mott (2003), por exemplo, sugere que ele seja substituído pela expressão *homens com práticas homossexuais*.

⁸⁰ *Indicador de Uso de Preservativo entre HSH*. Site do Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e AIDS – MONITORAIDS. <<http://157.86.8.37/>> Acesso em: 24 de junho de 2005.

Não obstante os dados do *Ministério da Saúde* brasileiro apontarem para uma estabilização da contaminação pelo HIV entre homossexuais, acreditamos, junto com outros autores (Buchalla, 2005; Martins, 2003), que este índice tenderá a aumentar no futuro, sobretudo devido à utilização reduzida de preservativos em todas as relações sexuais, assim como um aumento no número de práticas sexuais de risco, tal como veremos a seguir. Além do HIV, ressaltamos que outras doenças sexualmente transmissíveis possuem elevada incidência entre homossexuais, incluindo Hepatite (que pode evoluir para cirrose ou câncer), Sífilis (que tem registrado um aumento de casos nos últimos anos), HPV (que também causa câncer anal) e LGV (doença causada por uma bactéria do grupo da Clamídia que facilita a transmissão de Hepatite C e de HIV). Lembramos que, de um modo geral, qualquer doença sexualmente transmissível aumenta o risco de infecção pelo vírus HIV.

Como nos aponta Ritter (2001),⁸¹ jovens que não experienciaram a devastação causada pelos primeiros anos da epidemia (particularmente durante as décadas de 80 e início de 90) tendem a adotar comportamentos sexuais de risco, acreditando que mesmo que sejam infectados o coquetel de remédios anti-HIV, utilizados desde 1996, prolongarão indefinidamente suas vidas⁸². Para estes indivíduos, o HIV passou a ser encarado como uma doença crônica, com a qual é possível conviver sem maiores transtornos (Dean e cols., 2000; Dilley e cols., 1997; Kalichman e cols. 1998; Kelly e cols., 1998; Marinho, 2004; Silva e cols.,

⁸¹ RITTER, J. Ads linked to rise in rate of HIV infections. *The Gay Financial Network*, april 6, 2001. Disponível em: <<http://www.gfn.com>>. Acesso em: 12 de julho de 2000.

⁸² O coquetel de remédios anti-HIV consiste na associação de diversas drogas anti-retrovirais, cujo objetivo é impedir que o vírus se multiplique no organismo do indivíduo. Até o momento, existem quatro categorias distintas de anti-retrovirais e a quantidade de remédios que compõem o coquetel varia com cada caso, podendo chegar a 20 comprimidos por dia. Vale ressaltar que as orientações para tomar os remédios são bastante complicadas, visto que estes só parecem fazer efeito se tomados à risca. Esta característica dos anti-retrovirais coloca um peso muito grande na vida do indivíduo, que tem que adequar sua rotina em função da medicação. Infelizmente, existem indivíduos nos quais o coquetel não surte efeito, independente da combinação de remédios ou dose utilizada.

O tratamento com o coquetel anti-HIV pode falhar devido a uma série de razões, incluindo descontinuação da medicação fruto dos efeitos colaterais intoleráveis, baixa adesão ao esquema de tratamento ou por infecção por tipos diferentes de vírus resistentes ao tratamento convencional. De acordo com estudos realizados nos Estados Unidos, o tratamento falha entre 15-25% em populações clinicamente controladas (Gulick e cols., 1997), mas pode chegar a 60% em amostras retiradas da população mais ampla (Fatkenheuer e cols., 1997). De acordo com Voelkner (2000), aproximadamente 80% dos indivíduos apresentam resistência a pelo menos um tipo de anti-retroviral. Vale ressaltar, também, que ainda não se conhece o efeito a longo prazo destas medicações, assim como por quanto tempo elas serão capazes de conter a multiplicação do vírus (Vanable e cols., 2000).

2004; Venable e cols. 2000). Estes dados são corroborados por Mansergh e cols. (2000), que sugerem que ter uma relação emocional próxima com uma pessoa HIV-positivo faz com que o indivíduo adote um número menor de comportamentos sexuais de risco, visto que este passa a experimentar, mesmo que indiretamente, as conseqüências de ser portador do vírus da AIDS. De acordo com Kalichman e cols. (1998), alguns indivíduos acreditam, equivocadamente, que homossexuais HIV-positivo que estão tomando o coquetel de remédios e possuem cargas virais muito baixas ou não-detectáveis são menos propensos a transmitir o vírus e se tornam, portanto, mais seguros como parceiros sexuais. Da mesma forma, imagens cadavéricas de indivíduos morrendo de AIDS não são mais veiculadas, enquanto que os anúncios dos coquetéis de remédios apresentam fotografias de homens belos, atléticos e saudáveis inseridos em paisagens paradisíacas, ignorando os severos efeitos colaterais⁸³ provocados por estas medicações.

Em outras palavras, podemos dizer que na última década o medo provocado pela AIDS diminuiu consideravelmente, o que fez com que muitos indivíduos se preocupassem cada vez menos com a prevenção da doença. Scarce (1999) aponta ainda para outros motivos igualmente relevantes, tais como a falta de uma discussão verdadeiramente aberta sobre desejo, a dessensibilização provocada por décadas de campanhas a favor do uso de preservativos, e a resistência em adotar estratégias de redução de danos (nas quais as pessoas possam realizar escolhas informadas sobre o nível de risco ao qual querem se expor). Em suma, uma série de fatores distintos parecem ter contribuído para uma explosão de casos de HIV entre homossexuais jovens vivendo em grandes centros urbanos (Finnegan & McNally, 2002).

Outro fator apontado com freqüência para explicar o aumento no número de homossexuais contaminados pelo HIV é o elevado índice de dependência química nesta população, tal como discutimos anteriormente. De acordo com Bissell (1995), indivíduos sob o efeito de álcool ou drogas são incapazes de

⁸³Dentre os diversos efeitos colaterais causados pelo coquetel de remédios anti-retrovirais citamos: lipodistrofia (ou depósitos de gordura em determinadas partes do corpo, podendo causar desfiguramentos corporais tais como corcundas, por exemplo); alterações do estômago e do intestino (náuseas, vômitos, diarreias, dor abdominal, aftas bucais); *rash* cutâneo (aparecimento de manchas avermelhadas pelo corpo); febre; colesterol elevado; problemas no pâncreas; inflamação nervosa (que aparece como dormência nas mãos, pés e ao redor da boca); anemia e alterações de humor e sono.

juízos racionais e de preocupar-se com a utilização de seringas estéreis (no caso de drogas injetáveis) ou preservativos, caso mantenham relações sexuais. Este fenômeno parece ocorrer mesmo entre pessoas que estão amplamente cientes dos riscos envolvidos nestes tipos de comportamento. Esta idéia é corroborada por diversos autores (Coates & Stall, 1988; Ekstrand & Coates, 1990; Gordon e cols., 1997; Koblin e cols., 2003; Kus & Smith, 1995; Mulry e cols., 1994; Seage e cols., 1992; Stall & Ostrow, 1989; Stall e cols., 1986, 1999), que apontam para o fato de que indivíduos que usam álcool ou drogas não praticam sexo seguro, a despeito de conhecimento prévio de técnicas de prevenção.

Álcool e drogas podem desinibir a atividade sexual (servindo como um “afrodisíaco”, por exemplo), atuando em mecanismos do sistema nervoso central que aumentam a excitação (Crowe & George, 1989), diminuindo a ansiedade (Levenson e cols., 1980), ou exacerbando a percepção de sensação imediata, ao mesmo tempo em que reduzem a habilidade de processar informação abstrata, incluindo normas de comportamento sexual seguro (Steele & Josephs, 1990). Drogas tais como cocaína e crack também induziriam o sujeito a adotar comportamentos sexuais de risco devido ao aumento de libido e desinibição decorrentes da estimulação dopaminérgica (Chaisson e cols., 1991; Fullilove e cols., 1990). Vale mencionar aqui a teoria do modelo de interação biológica, que postula que durante o sexo anal determinadas drogas (particularmente cocaína, crack e maconha) relaxam o esfíncter anal causando vasodilatação, irritação ou ressecamento de membranas mucosas, facilitando o trauma retal, o que por sua vez aumentaria o número de caminhos físicos para a infecção pelo vírus do HIV. Do mesmo modo, os efeitos imunossupressivos do álcool e de outras drogas de um modo geral, podem tornar o organismo ainda mais suscetível à contaminação (Dean e cols., 2000; Ostrow & Shelby, 2000).

De acordo com McKirnan e cols. (1996), é possível, também, que um mecanismo de aprendizagem simples contribua para os efeitos de substâncias químicas nos comportamentos sexuais de risco. Tal como visto anteriormente, bares e boates são importantes locais de socialização para muitos homossexuais, o que, ao longo do tempo, pode vir a criar uma forte associação positiva entre sexo e uso de substâncias (Caudill & Marlatt, 1975; Crowe & George, 1989). Por outro lado, estes mesmos autores (McKirnan e cols., 1996; Ostrow & McKirnan, 1997; Ostrow & Shelby, 2000) têm postulado a idéia de que determinados indivíduos,

querendo adotar comportamentos sexuais de risco, mas não tendo coragem suficiente para tomar esta decisão, usam drogas e álcool como uma “desculpa”, uma estratégia cognitiva para escapar de suas inibições e medos. Independente da teoria explicativa adotada, pode-se dizer, com um razoável grau de certeza, que, sobretudo no caso da população homossexual masculina, drogas, álcool e HIV andam de mãos dadas (Chesney e cols., 1998; Hicks, 2000; Kalichman e cols., 1997; Ostrow, 2000; Pohl, 1995; Ross e cols., 2001; Ryan e cols., 1999; Venable e cols., 2000).

Ainda no que se refere à correlação entre dependência química e HIV, não podemos deixar de mencionar a explosão, nos últimos dez anos, do uso da droga metanfetamina (também conhecida como “crystal”) entre determinados subgrupos da comunidade homossexual masculina (Gorman e cols., 1995). Nos Estados Unidos a gravidade do problema fez com que cidades como Los Angeles, Nova Iorque e São Francisco elaborassem campanhas de saúde pública voltadas exclusivamente para homossexuais que consomem metanfetamina. No Brasil, o ecstasy ainda parece ser a droga mais consumida pela população homossexual, mas, de acordo com algumas matérias jornalísticas (Buchalla, 2005), as anfetaminas vêm ganhando cada vez mais espaço.

A metanfetamina pode ser administrada de diversas formas, incluindo inalação oral (fumada), insuflação nasal (cheirada), absorção pela mucosa retal e de modo intravenoso (injetada), sendo este último método o mais utilizado por homossexuais (Morgan e cols., 1993). Visto que os efeitos desta droga incluem desinibição e estimulação sexual, seu uso constante coloca os homossexuais em um risco elevadíssimo para infecção pelo HIV e por outras doenças sexualmente transmissíveis (Gorman e cols., 1995). As anfetaminas, em geral, assim como a cocaína, tendem a ser consumidas por um pequeno subgrupo de indivíduos dentro da comunidade homossexual que praticam sexo anônimo ou com muitos parceiros. Isto se deve ao fato de que, tal como mencionado acima, estas drogas são grandes estimuladores da intensidade e atividade sexual, aumentando e prolongando a potência sexual. Não obstante estas características, um dos efeitos colaterais das anfetaminas é uma impotência transitória, o que, por sua vez, faz com que o usuário combine o uso da droga com o de medicamentos tais como o *Viagra*, gerando muitas vezes um coquetel potencialmente danoso de substâncias (Guss, 2000). Vale ressaltar que o *Viagra* também pode ser misturado com

ecstasy, caso no qual a substância (vendida pronta em formato de pílula) é chamada de “sextasy”, podendo provocar, por exemplo, ataques cardíacos fulminantes ou danos permanentes ao pênis. Visto que, após o consumo destas substâncias, o desejo sexual é prolongado por até quatorze horas, muitos destes indivíduos passam a fazer sexo anal receptivo, algumas vezes com muitos parceiros, o que aumenta significativamente o risco de infecção por HIV se medidas profiláticas não forem adotadas (Cabaj, 2000). O *Viagra* também aumenta o risco de transmissão de doenças sexuais porque a medicação pode prolongar a intimidade e aumentar o tamanho de uma ereção, o que, por sua vez, potencializa a fricção e o risco de fissuras anais. A relação entre o uso das drogas acima e o vírus HIV também pode ser evidenciada pelo fato de que muitos indivíduos interrompem a medicação anti-HIV no final de semana (período durante o qual o ecstasy e as metanfetaminas são mais consumidos) com o intuito de evitar os efeitos da combinação dos remédios com as drogas, o que acaba causando resistência aos medicamentos, gerando tipos de vírus cada vez mais perigosos.

Além dos comportamentos de risco relacionados ao uso de substâncias químicas, determinadas práticas sexuais que ganharam adeptos nos últimos dez anos têm tido um impacto significativo na transmissão do vírus HIV entre homossexuais masculinos. Dentre estas práticas citamos o *barebacking*, o *bug chasing* e o *dogging*. Deste modo, analisaremos, em primeiro lugar, o *barebacking*, para, posteriormente, entrar em detalhes sobre o que ficou conhecido como *bug chasing*. O *dogging*, que parece ter muitos adeptos na Inglaterra e em algumas metrópoles norte-americanas, não tem sido largamente estudado, o que faz com que nos limitemos apenas a dizer que esta é uma prática que envolve sexo exibicionista (muitas vezes sem proteção e com estranhos) em locais públicos ou semidesertos (tais como parques e estacionamentos). Assim como o *barebacking* e o *bug chasing*, o *dogging* se tornou popular através da internet, mas, ao contrário destes, ele também é largamente praticado por casais heterossexuais (Piemonte & Freitas, 2006)⁸⁴. Os locais escolhidos para os eventos de *dogging* são freqüentemente divulgados em sites ou por mensagens de texto enviadas por

⁸⁴ Ainda de acordo com Piemonte e Freitas (2006) o *flashing*, comportamento que envolve fazer sexo em frente à câmeras de monitoramento da cidade, também tem se tornado popular na Inglaterra entre casais heterossexuais. No entanto, não fomos capazes de encontrar estudos que relatem a prevalência desta prática entre homossexuais.

celular, e os interessados podem simplesmente assistir (na posição de voyeuristas) ou serem convidados a participar (como exibicionistas).

O *barebacking* (também chamado de “sexo cru” ou “pele-com-pele”) é uma prática sexual na qual o indivíduo se expõe premeditada e voluntariamente a relacionamentos sexuais de alto risco (isto é, pratica sexo anal sem uso de preservativo e com parceiros múltiplos e/ou desconhecidos), unindo prazer sexual à uma sensação de “liberdade”, que pode ou não incluir a contaminação pelo vírus HIV. A palavra *bareback* pode ser traduzida por “traseiro careca” ou “cavalgada sem sela”, sendo que este último termo parece ter sido tomado emprestado do hipismo, onde ele é aplicado a cavalos. Não obstante o sexo anal sem proteção ter sido uma prática sexual relativamente comum na comunidade gay até a década de 80, o surgimento da AIDS fez com que estes tipos de comportamentos tivessem que ser rapidamente modificados com o intuito de evitar que a epidemia se alastrasse ainda mais. O *barebacking*, no entanto, foi resgatado a partir dos anos 90 por um subgrupo da comunidade homossexual que alega que a prática de sexo sem proteção é um direito de escolha na busca por prazer e intimidade e uma volta à liberdade sexual característica da década de 70. De acordo com Martins (2003), um dos aspectos centrais da definição do *barebacking* é a intencionalidade: o indivíduo consciente e racionalmente procura sexo anal sem proteção, o que distingue este comportamento de descuido, falta de planejamento ou decisões espontâneas no que se refere ao uso de preservativos. Outro aspecto crucial para a definição é que o parceiro sexual é freqüentemente “avulso”, ou seja, o comportamento não se insere em um contexto de sexo seguro negociado entre o indivíduo e seu companheiro estável. Vale ressaltar que este subgrupo da comunidade homossexual se encontra amplamente ciente das formas de contágio e prevenção do HIV, o que torna o *barebacking* uma escolha consciente (Santos, 2003).

Esta prática parece ter se disseminado a partir da internet, onde atualmente existem diversos sites e grupos dedicados ao *barebacking*, cujo número vem crescendo rapidamente a cada ano (Halkitis e cols., 2003). Para estes indivíduos, a internet (uma maneira rápida, fácil e anônima de encontrar novos parceiros)

desempenha o papel das saunas gays e quartos escuros⁸⁵ do início da década de 80, quando a AIDS começou a se disseminar entre os homossexuais masculinos. Vale frisar, no entanto, que apesar da internet facilitar estes tipos de encontros ela, em si mesma, não os estimula, o que fica evidenciado pelo fato de que bares, boates e saunas ainda são considerados locais importantes para encontrar eventuais parceiros sexuais. De acordo com Suarez e Miller (2001), também não se sabe ao certo se indivíduos que se identificam como *barebackers* não adotam práticas de sexo seguro de um modo geral ou se aderiram ao *barebacking* recentemente. Identificar o motivo deste comportamento nos parece crucial para elaborar estratégias de prevenção de HIV mais eficazes.

O *barebacking* é mais frequentemente praticado em festas fechadas (geralmente na residência de um dos participantes), durante finais de semana (pois os eventos podem durar de algumas horas chegando até dois dias), e com o número de participantes (em torno de dez pessoas) variando de acordo com o tamanho do local. Diversas preferências sexuais podem fazer parte do encontro, incluindo sexo oral com ingestão de sêmen, sadomasoquismo, dupla penetração, *fist fucking* (penetração anal pelo punho do parceiro) e coprofilia, por exemplo. Em muitas destas festas álcool e drogas são amplamente consumidos, assim como medicações tais como o *Viagra*, com o objetivo de prolongar as ereções. Mencionamos que apesar do *barebacking* ser geralmente praticado em festas isto não quer dizer que ele não faça parte do comportamento sexual diário de muitos indivíduos.

De acordo com uma pesquisa realizada por Mansergh e cols. (2002), 14% dos homossexuais entrevistados haviam praticado *barebacking* nos últimos dois anos, sendo que a maioria destes indivíduos era HIV-positivo. Vale ressaltar que apesar da maior parte dos indivíduos optar por fazer sexo com pessoas de status sorológico idêntico (isto é, sujeitos HIV-positivo só se relacionavam com outros HIV-positivo, e HIV-negativos só faziam sexo com outros HIV-negativos)⁸⁶, muitos mantinham relações sexuais com indivíduos de status sorológico discordante ou dos quais não tinham informação. Estes dados são similares aos

⁸⁵ Quartos escuros (chamados em inglês de *darkrooms*) são salas escuras, frequentemente localizadas em boates, que se destinam única e exclusivamente à prática de sexo casual e anônimo.

⁸⁶ Esta prática é chamada de *soro-seleção*, e envolve homens que escolhem parceiros sexuais baseados no status sorológico comum deles, isto é, na presença ou ausência de anticorpos no sangue a um agente infeccioso particular (no caso, o vírus do HIV).

encontrados por outros autores (Ekstrand e cols., 1999; Halkitis & Parsons, 2003), que indicam que aproximadamente metade dos indivíduos que praticam sexo de risco o fazem com parceiros de status sorológico distinto ou desconhecido.

Escolher parceiros sexuais com base em informações sobre o status sorológico destes é arriscado, no sentido de que o indivíduo pode mentir ou simplesmente não saber que está contaminado (Cochran & Mays, 1990; Hays e cols., 1997; Rowatt e cols., 1999). Outros sujeitos fundamentam suas decisões sobre o status sorológico do parceiro com base em dados “intuitivos”, tais como aparência, idade, personalidade, comportamento, *setting* e discussão ou não sobre o uso de preservativo (Adam e cols., 2000; Santos, 2003; Suarez & Miller, 2001), informações estas claramente incapazes de predizer se um indivíduo é ou não HIV-positivo. Apontamos também para o fato de que de acordo com a pesquisa de Mansergh e cols. (2002), citada acima, mais da metade dos sujeitos que haviam praticado *barebacking* estavam sob o efeito de álcool ou drogas (particularmente metanfetamina) na ocasião. O estudo de Halkitis e cols. (2003) encontrou dados semelhantes, isto é, os indivíduos se relacionavam com sujeitos com o mesmo status sorológico que eles, mas homossexuais HIV-positivo relataram uma porcentagem maior de episódios de *barebacking*, assim como um número mais elevado de parceiros sexuais. De acordo com nossa análise, estes dados podem ser explicados de diversas formas: pode ser que o indivíduo tenha contraído HIV devido a um número maior de contatos sexuais de risco; aqueles que já são HIV-positivo podem achar que não têm nada a perder praticando *barebacking*; ou é possível que homens HIV-negativo e positivo tenham índices idênticos de *barebacking*, mas aqueles que são HIV-negativo têm vergonha de admitir que adotam este comportamento sexual.

Praticantes do *barebacking* justificam este comportamento alegando que preservativos devem ser uma escolha, e, conseqüentemente, uma responsabilidade, mas nunca uma imposição social. Para estes indivíduos, o sexo sem restrições é excitante, permitindo que o sujeito alcance uma grande “estimulação” ou “satisfação” física, assim como uma maior “conexão espiritual” com o parceiro (Jesus, 2002; Mansergh e cols., 2002). Neste sentido, pode-se pensar que o preservativo (uma barreira física) representa uma barreira emocional para muitos indivíduos. Gus (2000) sugere, igualmente, que a qualidade “pervertida” deste tipo de comportamento possa contribuir para a excitação, na

medida em que a procura por um “sexo puro” oferece uma emoção transgressora, isto é, a idéia de que “é divertido ser mau”. Deste modo, podemos compreender este sistema de valores quase como uma ideologia, uma rebelião contra a “ditadura” do sexo seguro, contra a “tirania das camisinhas” e a favor da “liberdade do desejo” (Ostrow & Shelby, 2000). Vale ressaltar que muitos dos indivíduos que adotam esta prática se auto-intitulam *barebackers*, isto é, adotam uma identidade específica, lutando, igualmente, pelo direito de terem relações sexuais da forma como quiserem. Lembramos, também, que a grande maioria dos *barebackers* possui preconceito contra homossexuais efeminados, adotando o raciocínio de que “sexo sem camisinha é coisa de macho porque requer coragem”. Este pensamento foi corroborado pelos achados de Halkitis e Parsons (2003), que observaram uma correlação entre *barebacking* e a idéia de sexo como uma definição de masculinidade.

Nos Estados Unidos e na Europa o fenômeno do *barebacking* tem atraído a atenção da mídia e de pesquisadores, gerando, simultaneamente, uma enorme controvérsia dentro da comunidade homossexual que, se por um lado critica este comportamento, também o *glamouriza* em capas de revistas (Gendin, 1999). No Brasil, onde o *barebacking* começou a se propagar a partir de 2002, apenas Martins (2003) e Santos (2003) têm pesquisado o assunto. Dentro da comunidade homossexual brasileira, esta prática, considerada tabu, tem sido duramente criticada por alguns líderes do movimento gay, tais como Beto de Jesus (2002) e Luiz Mott (comunicação pessoal, 2005), mas sua gravidade permanece largamente subestimada pela maioria da população. De acordo com Jesus (2002), por exemplo, muitos especialistas na área de saúde acreditam que alertar a população sobre o *barebacking* ajudaria a divulgar este tipo de prática, ao passo que grupos religiosos conservadores a utilizam como um argumento a favor da idéia de que os homossexuais continuam sendo um grupo de risco. Apesar das pesquisas com relação a este tema ainda serem relativamente escassas, os autores que se dedicam ao assunto apontam motivações psicossociais semelhantes para explicar porque determinados indivíduos se expõem, voluntariamente, a relações sexuais de alto risco.

Em primeiro lugar, autores como Friedman e Downey (1994) postulam que o preconceito internalizado possui influência crucial no que se refere à prática do *barebacking*, seja porque o indivíduo está deprimido ou tem baixa auto-estima

(isto é, não acredita que sua saúde seja merecedora de cuidados), seja como um comportamento suicida ou de auto-punição (visto que o indivíduo se considera uma pessoa “doente”, “ruim” ou “defeituosa”, cuja única saída é contaminar-se com HIV e morrer). Estes dados são corroborados por Adam e cols. (2000), que postulam que estados de humor e auto-imagens negativas estão associadas com comportamentos sexuais de risco. Outros autores (Hospers e cols., 1994), encontraram, igualmente, associações entre depressão e comportamentos sexuais de risco. Odets (1995), por sua vez, relata uma correlação entre práticas sexuais de risco e um desejo consciente ou inconsciente de auto-destruição. Crises ligadas à assunção da homossexualidade, particularmente entre indivíduos previamente casados com mulheres ou sujeitos profundamente religiosos, também tendem a se correlacionarem com práticas sexuais de risco. A pesquisa de Adam e cols. (2000), citada acima, encontrou um dado semelhante: homossexuais que foram criados com valores religiosos conservadores eram os que mais relatavam práticas sexuais de risco e idéias auto-destrutivas.

Tendo “caído em tentação” através da expressão do seu desejo homossexual, eles se encontravam presos no discurso da “AIDS como um castigo” propagado pelas Igrejas conservadoras o que, ironicamente, pode acabar se transformando em uma profecia auto-realizadora, no sentido de aumentar o risco de exposição ao HIV através do sexo pouco seguro. (Adam e cols., 2000: 30; tradução nossa)

Neste sentido, podemos dizer que sexo seguro torna-se irrelevante quando existe perspectiva de retribuição divina. De acordo com Adam e Sears (1996), em alguns casos, indivíduos HIV-positivo imersos em tradições religiosas conservadoras continuariam lutando contra esta lógica da punição anos após o diagnóstico. O estudo de Nicholson e Long (1990), por sua vez, postula que homossexuais HIV-positivo que sofrem de preconceito internalizado tendem a se culpar pela doença. Jovens homossexuais com preconceito internalizado também podem se sentir pessimistas com relação à idéia de envelhecer como um homem gay, e podem acabar achando que contrair HIV é uma forma aceitável de escapar de um futuro encarado por eles como sombrio (Suarez & Miller, 2001). Sujeitos que acabaram de receber o diagnóstico de HIV-positivo também podem achar que não têm nada a perder, raciocínio semelhante ao adotado por indivíduos que acreditavam que iam morrer mas que se mantiveram vivos graças aos coquetéis de

remédios. Um dos entrevistados de Martins (2003) também sugere uma explicação bastante interessante para este fenômeno: visto que os homossexuais ainda são encarados com um grupo de risco pela sociedade mais ampla, o comportamento sexual sem repressões (isto é, sem preservativos) dos *barebackers* seria uma tentativa de assemelhar-se aos heterossexuais, que, de acordo com este raciocínio, são capazes de vivenciar uma sexualidade livre do fantasma da AIDS. O que estes sujeitos esquecem, no entanto, é que não existem mais “grupos de risco”, e sim “comportamentos de risco”.

Não obstante alguns *barebackers* compartilhem a valorização do HIV como algo que lhes confere erotismo e um status social mais elevado dentro da comunidade gay, esta prática sexual deve ser diferenciada do *bug chasing*, na qual o indivíduo tenta, voluntariamente, contrair o vírus do HIV através de relações sexuais desprotegidas com sujeitos HIV-positivo. Aparentemente, não há muita divergência quanto ao fato do *barebacking* ser imprudente, mas isto não quer dizer, necessariamente, que seus praticantes busquem uma doença sexualmente transmissível mais do que qualquer heterossexual que pratique sexo sem preservativo. Na maioria das vezes, no entanto, *barebacking* e *bug chasing* são comportamentos intimamente ligados entre si, posto que praticar sexo anal conscientemente sem o uso de preservativos coloca o sujeito em grande risco de contrair o vírus do HIV.

O *bug chasing*, expressão que pode ser traduzida como “caçando o vírus”, é uma prática que ganhou força no início da década de 90, aproximadamente na mesma época que o *barebacking*, sendo divulgada primariamente através da internet. De acordo com Gauthier e Forsyth (1999), o *bug chasing* provavelmente existe desde o começo da epidemia de AIDS, mas se tornou mais freqüente com o advento da internet, que facilitou o encontro de parceiros sexuais. Inicialmente considerado uma “lenda urbana”, o *bug chasing* ganhou notoriedade internacional com um documentário de 2002 intitulado *The Gift*, da diretora norte-americana Louise Hogarth. Apesar deste comportamento ser considerado chocante tanto pela comunidade homossexual como pela sociedade mais ampla (Gauthier & Forsyth, 1999), pesquisas científicas sobre o assunto são praticamente inexistentes, sobretudo devido à dificuldade de encontrar indivíduos que admitam abertamente que estão tentando se contaminar com HIV (Barker, 2002).

Para compreendermos o *bug chasing* devemos, em primeiro lugar, estar familiarizados com a linguagem própria utilizada por estes indivíduos. Assim, dentre os termos mais comuns citamos: *bug chaser* (ou “caçador de vírus”, sujeito HIV-negativo que quer se tornar HIV-positivo); *the gift* (“o presente”, isto é, o vírus HIV); *gift giver* (“doador do presente”, ou seja, indivíduos HIV-positivo que buscam contaminar outras pessoas); *russian roulette parties* (“festas de roleta russa”, onde existem pessoas HIV-positivo e HIV-negativo); *bug brother* (que pode ser traduzido como “irmão de vírus”, isto é, grupo de pessoas HIV-positivo); *charged cum* ou *poz cum* (“ejaculação carregada” ou “positiva”, em outras palavras é o sêmen com HIV); *fuck of death* (ou “foda da morte”, termo que se refere ao sexo durante o qual o vírus HIV é transmitido) e *conversion parties* (ou “festas de conversão”, onde o indivíduo HIV-negativo se torna HIV-positivo). Acrescentamos que nestas festas os *bug chasers* são convertidos em *gift givers*, situação que lhes confere um status maior no grupo e que, portanto, é celebrada por amigos freqüentemente convidados a participarem do acontecimento. Para todos estes indivíduos, o sêmen contaminado com o vírus do HIV possui um forte apelo erótico (Scarce, 1999). Vale lembrar que, assim como acontece com o *barebacking*, a prática do *bug chasing* não se limita a festas esporádicas, podendo ocorrer, por exemplo, entre apenas dois indivíduos.

No começo dos anos 80, na comunidade gay, circulou brevemente a proposta de tatuar os soropositivos, de forma que seus parceiros fossem imediatamente informados e tomassem as precauções necessárias. A idéia foi recusada como forma abjeta de discriminação. A ironia é que, hoje, a tatuagem volta, mas não como marca de exclusão. Ao contrário, o símbolo convencional que designa o perigo biológico de contaminação é tatuado por sujeitos soropositivos perto do púbis como um incentivo sexual. Pela mesma razão, alguns escrevem no bíceps “HIV-poz”. Outros escrevem “HIV-neg” e saem à caça do vírus para poder, enfim, barrar o “neg”. (Calligaris, 2003: sem número de página)

Diversos fatores têm sido citados como explicações para o comportamento do *bug chasing*, dentre os quais destacamos o preconceito, tanto internalizado quanto institucionalizado, idéia com a qual a maioria dos autores parece concordar (Barker, 2002). Parker (2003), por exemplo, sugere que alguns homossexuais jovens tentariam contrair o HIV como uma forma de expressão de identidade, isto é, receber um diagnóstico de soropositividade seria um sinal de reconhecimento de que se é verdadeiramente gay. Neste sentido, o HIV é visto como um prêmio

que permite ao indivíduo pertencer tanto à comunidade gay mais ampla quanto àquela formada pelos soropositivos, que passaram a ser reverenciados pela subcultura homossexual como “soldados em uma guerra santa”. Em outras palavras, a identidade do indivíduo HIV-positivo teria sido desestigmatizada, passando de desviante para carismática (Gauthier & Forsyth, 1999). Para indivíduos que se sentem extremamente solitários (devido à morte de companheiros e amigos) e marginalizados (das rígidas normas estéticas prevalentes na subcultura homossexual), esta nova identidade “positiva” (em ambos sentidos) pode se tornar extremamente sedutora. Para alguns sujeitos, por exemplo, a AIDS, assim como outras doenças mortais, pode trazer significado para a vida, transformação esta que, provavelmente, não seria possível em outras situações.

Outra explicação apontada por Gauthier e Forsyth (1999) é a idéia de que indivíduos que sobreviveram aos primeiros anos da epidemia se sentem culpados de continuarem vivos enquanto muitos de seus companheiros e amigos morreram. É possível que os *bug chasers* estejam mais dispostos do que outros sujeitos a expiar esta culpa de terem sobrevivido por tantos anos ativamente “caçando o vírus”. Em um sentido semelhante, encontramos homossexuais que acreditam que estão fadados a desenvolverem AIDS (Finnegan & McNally, 2002), o que os leva a tomar o controle da situação adotando o seguinte raciocínio: “vou pegar de uma vez e acabar com essa ansiedade”. Nestes casos, o resultado de HIV-positivo é encarado pelo indivíduo como um alívio (Gendin, 1999).

Muitos homens gays têm visto amigos e companheiros morrer e podem sentir que o HIV é uma inevitabilidade que eles estão cansados de esperar. Para homens HIV-negativo que estão vivendo em uma comunidade de homens HIV-positivo, ou para aqueles em relacionamentos sorodiscordantes (um parceiro é positivo, o outro negativo), o HIV pode ser um equalizador. Ele pode ser um meio de aceitação e status, uma forma de compreender profundamente as experiências de tantos outros homens gays e uma entrada em grupos de apoio mútuo, retiros e diversos serviços de saúde alternativos. Muitos de nós sabemos o que significa sentir-se socialmente isolado e rejeitado. (Barker, 2002: 7; tradução nossa)

No caso de casais sorodiscordantes, por exemplo, o parceiro que é HIV-negativo busca contrair voluntariamente o vírus do HIV com o objetivo de eliminar o uso de preservativos da relação sexual (o que, como vimos acima, proporcionaria maior “intimidade”), assim como de experienciar, junto com seu

parceiro, problemas decorrentes da soropositividade, da AIDS e da proximidade da morte, igualando o status de ambos sujeitos no relacionamento. De acordo com Scarce (1999), muitos praticantes de bug chasing acreditam que quando são contaminados pelo parceiro uma ligação espiritual eterna é estabelecida entre ambos, conexão esta que dura a vida toda. Com frequência estes indivíduos utilizam o conhecimento científico de como o vírus HIV se propaga no organismo humano para romancear o processo de contaminação. Visto que o vírus invade a célula hospedeira, incorporando-se a ela, tecnicamente poderia-se dizer que o DNA de um organismo é combinado com o de outro para criar uma forma nova de vida. Assim, estes indivíduos equiparam o bug chasing com “reprodução” e a infecção como “fertilização”. Alguns homossexuais HIV-negativo tentam conscientemente escolher o indivíduo que irá ser o “pai” de sua infecção. Interessante ressaltar que, segundo Koblin e cols. (2003), aproximadamente 37% dos homossexuais cujos parceiros são HIV-positivo praticam sexo sem proteção. Estes dados não indicam, necessariamente, que estes sujeitos sejam *bug chasers*, mas ressaltam a elevada incidência de relações sexuais desprotegidas entre casais sorodiscordantes.

Cabaj (2000), que entrevistou homossexuais moradores de rua, concorda com Barker (2002) no sentido de que muitos destes indivíduos (particularmente os adolescentes), tentariam se contaminar voluntariamente com o vírus do HIV para poderem obter determinados benefícios médicos e sociais. Jesus (2002), por sua vez, sugere que a soropositividade é entendida como uma liberação do sexo seguro, que possibilitaria um retorno à sexualidade sem limites experienciada na década de 70.

Percebe-se que aqui não existem informações sobre aderência ao tratamento e aos efeitos colaterais provenientes do mesmo. (...) Ou mesmo, não se fala em re-infecção, em aumento de carga viral, no desencadeamento da queda de imunidade e novos sintomas, além da possibilidade de um tipo diferente de vírus que não responde à terapia anti-retroviral em uso, além de todas as outras DSTs nem sempre isentas de riscos graves para seus portadores. (Jesus, 2002: 3)

Não podemos esquecer ainda de mencionar aqueles indivíduos que praticam o *barebacking* e o *bug chasing* por mera diversão, isto é, como comportamentos sexuais “radicais” que proporcionam uma alta dose de adrenalina, tal como acontece quando se brinca de roleta russa, por exemplo. De

acordo com Gauthier e Forsyth (1999), estes indivíduos acreditam que a satisfação sexual é aumentada em comportamentos sexuais de altíssimo risco, onde eles “flertariam com a morte”. E, tal como acontece com os *barebackers*, muitos *bug chasers* adotam uma identidade específica. Ironicamente, estas práticas podem ser compreendidas como uma internalização do estereótipo de que os homossexuais são disseminadores da AIDS, uma espécie de profecia auto-realizadora que reforça tanto o preconceito institucionalizado quanto o internalizado. De acordo com Jablonski (comunicação pessoal, 2005), também não se pode descartar a hipótese de que transtornos de personalidade específicos estejam correlacionados com o comportamento do *bug chasing*, tema este que precisa ser melhor investigado. Seja qual for o motivo que leva um indivíduo a ser *barebacker* ou *bug chaser* (preconceito, auto-destruição, transtorno psíquico, extrema pobreza ou simples entretenimento), um número maior de pesquisas sobre estes fenômenos precisam ser realizadas, sobretudo devido ao elevado custo social, médico e legal que comportamentos sexuais desta natureza geram para a sociedade mais ampla.

7.3

Conjugalidade homossexual e violência doméstica

Apesar de sabermos que a homossexualidade não é uma área de estudos recente, o tema da conjugalidade homossexual foi praticamente ignorado até inícios da década de 80, quando cientistas sociais começaram a analisar as características dos casais gays na sociedade contemporânea, devido à crescente visibilidade que estes adquiriram em decorrência da revolução sexual, dos ganhos obtidos pelo movimento gay e da epidemia de AIDS (Almeida Neto, 1999; Berger, 1990a). A partir de então, pesquisas sobre este assunto têm sistematicamente demonstrado que, não obstante casais hetero e homossexuais apresentarem alegrias e problemas semelhantes, casais de gays e lésbicas experienciam obstáculos adicionais em seus relacionamentos, derivados, sobretudo, do preconceito da sociedade e dos efeitos particulares da socialização de papel de gênero em indivíduos homossexuais (McGoldrick, [1989] 1995a).

De acordo com diversos autores (Meyer, 1989; Peplau & Gordon, 1991), a maioria das pessoas (independente da orientação sexual) deseja relações amorosas estáveis onde possam obter afeto, companheirismo, intimidade e amor, e poucas

se contentariam apenas com relacionamentos sexuais casuais. Neste sentido, grande parte dos casais precisaria lidar com dificuldades semelhantes, tais como resolver questões ligadas à autonomia *versus* intimidade, decisões financeiras, sexualidade, comunicação, resolução de conflito, convivência com a família de origem, filhos⁸⁷, balancear relacionamento com responsabilidades profissionais, dentre outras (Martell e cols., 2004). Casais gays seriam, desta forma, indistinguíveis de casais heterossexuais em aspectos tais como satisfação com a relação, ajustamento do casal, amor e alegrias/problemas conjugais (Kurdek & Schmitt, 1986; Peplau & Cochran, 1981). Em um estudo pioneiro, por exemplo, Mackey e cols. (1997) compararam casais hetero e homossexuais que coabitavam há mais de 15 anos, descobrindo que, independente da orientação sexual, as características que fazem um relacionamento ser duradouro e satisfatório são as mesmas para ambos os grupos, a saber: confiança, respeito, compromisso, lealdade, flexibilidade, complementaridade, semelhança de valores, comunicação e entendimento das necessidades do parceiro. No entanto, apesar de apresentarem níveis de satisfação conjugal bastante similares, casais do mesmo sexo enfrentam entraves adicionais em seus relacionamentos, dificuldades estas que serão abordadas a seguir.

O preconceito

De acordo com diversos autores (Lehman, 1997; Walsh, 1996), o preconceito sexual, tanto institucionalizado quanto internalizado, afeta sobremaneira a dinâmica da conjugalidade entre casais homossexuais. Primeiramente, devido à falta de proteção legal para parceiros do mesmo sexo e suas famílias, estes indivíduos não têm assegurados direitos civis semelhantes aos estipulados a casais heterossexuais: direito à herança, partilha de bens, declaração conjunta de renda, inclusão do parceiro como dependente em planos de saúde e previdência, aquisição de nacionalidade (caso o parceiro seja estrangeiro), adoção, dentre outros (Gwercman, 2004). Do mesmo modo, a falta de rituais que marquem a união, assim como a inexistência do direito de casar-se legalmente exclui estes casais de validação social e legal.

⁸⁷O tema da homoparentalidade não será abordado nesta tese por constituir um assunto amplo e complexo demais, precisando ser investigado em um estudo separado.

Tal como nos aponta Imber-Black ([1989] 1995), rituais ajudam a reduzir a ansiedade característica de momentos de transição, fazendo com que a identidade individual e social dos sujeitos seja comunicada à família e à sociedade mais ampla. As cerimônias de casamento, especificamente, são úteis em obter o apoio de instituições tradicionais, tais como a família e a Igreja, criando alianças e fazendo com que os indivíduos negociem suas relações. Para casais homossexuais que não têm acesso a estes tipos de rituais resta a confusão que os membros da família experienciam no processo de tentar entender seus papéis com relação ao novo casal. A ausência de uma festa de casamento ou de uma cerimônia equivalente tende a confirmar o estigma com relação aos homossexuais, perpetuando a crença de que estes casais devem ser mantidos em segredo.

Na última década, no entanto, cerimônias de “casamento” homossexual têm se tornado cada vez mais comuns, sobretudo nos Estados Unidos e na Europa (Imber-Black & Roberts, 1992; Marcus, 1988). Um estudo recente (Shipman & Smart, 2006; Smart, 2006) conduzido na Inglaterra entrevistou casais homossexuais que tinham decidido realizar uma cerimônia de compromisso para marcar sua relação, encontrando dados bastante interessantes. Alguns casais, por exemplo, relataram que a decisão de contar a familiares e amigos sobre a cerimônia foi extremamente difícil e dolorosa, sendo descrita como “uma abertura de novas feridas” e uma segunda assunção da homossexualidade. Este fenômeno parecia ocorrer porque enquanto algumas famílias simplesmente não aceitavam a homossexualidade, outras a toleravam desde que ela não ficasse evidente, isto é, os companheiros homossexuais eram vistos como apenas “colegas de quarto”. Em outras palavras, a realização de uma cerimônia de compromisso abalava estas crenças. Para King e Bartlett (2006), por sua vez, o reconhecimento legal e social dos relacionamentos homossexuais pode ajudar a reduzir a discriminação, aumentar a estabilidade destes relacionamentos e levar a uma melhora na saúde física e mental deste setor da população.

O preconceito pode tomar formas ainda mais insidiosas, tais como tratar indivíduos em relacionamentos estáveis como se eles fossem solteiros, isto é, sem as responsabilidades e compromissos de casais heterossexuais (Oswald, 2000). Outro exemplo de preconceito seria deixar de retratar casais gays positivamente na mídia, conforme o raciocínio desenvolvido anteriormente por Kushner (1997), segundo o qual quase não existem imagens de casais homossexuais bem-

sucedidos, felizes ou levando uma vida familiar “comum”, com alegrias e problemas como a maioria das pessoas. Johnson e Keren (1996) apontam, ainda, para o fato de que, quando casais gays são retratados na mídia, seus relacionamentos aparecem marcados por traição, competição, maldade e ciúme. Raramente vemos imagens significativas de amor, afeto, compromisso e cuidado.

Em segundo lugar, o preconceito faz com que casais homossexuais tenham que negociar constantemente em que grau devem, ou não, assumir seu relacionamento, avaliando os riscos de tal decisão. LaSala (1998) postula, por exemplo, que a grande maioria dos casais homossexuais sofre um grau elevado de preconceito por parte dos familiares de ambos os conjugues quando estes decidem assumir seu relacionamento. Apesar do grau de apoio familiar aumentar com o passar dos anos, ele tende a ser muito pequeno, e com frequência os pais culpam o companheiro do filho pelo “estilo de vida pervertido” deste ou por tê-lo “levado para o mau-caminho”. Neste sentido, Mackey e cols. (1997) postulam que irmãos do indivíduo homossexual possuem uma importância crucial no que se refere a estreitar a relação deste, e de seu companheiro, com pais e outros membros da família. Paciência, persistência e compreensão por parte do casal também parecem fazer diferença no que se refere à maior aceitação parental, que acaba percebendo, em alguns casos, que um casal homossexual pode ser tão feliz quanto qualquer outro. Não obstante esta aparente melhoria na qualidade das relações com a família de origem, os autores acima fazem a ressalva de que atitudes negativas sutis podem ser observadas mesmo em pais que se esforçam por se reconciliar com seu filho homossexual. Um exemplo característico deste fenômeno seria “esquecer” o aniversário do companheiro do filho ou deixar de incluí-lo em eventos familiares, o que demonstra ambivalência sobre a aceitação do relacionamento.

Freqüentemente, a decisão que o sujeito homossexual enfrenta oscila entre assumir a própria homossexualidade, suportando a possibilidade de rejeição, discriminação e marginalização, ou manter segredo sobre a orientação sexual, tendo que se defrontar com isolamento, falta de apoio e a dificuldade de levar uma “vida dupla”. Como postulado anteriormente, o retraimento e o controle da informação sobre a homossexualidade podem prejudicar gravemente qualquer tipo de relação interpessoal, desde as mais passageiras até as mais íntimas. Com relação especificamente ao preconceito internalizado, Berzon (1988) notou, por

exemplo, que casais que lidam com conflitos relacionados à identidade homossexual desvalorizando outros gays assumidos e vivendo uma vida dupla tendem a desvalorizarem-se a si mesmos e a prejudicar seus relacionamentos. De acordo com este autor, levar uma vida dupla sugere que o indivíduo sofre de preconceito internalizado, baixa auto-estima esta que é reforçada pelo estresse diário do processo de encobrimento. Sujeitos com baixa auto-estima podem apresentar muita dificuldade em manterem relacionamentos satisfatórios porque também lhes é difícil valorizar seus parceiros. Por sua vez, se o encobrimento é uma resposta ao preconceito internalizado o parceiro pode se tornar uma lembrança constante da “falha” do sujeito.

Desta forma, muitos indivíduos evitam estabelecer relacionamentos duradouros, pelo medo de que este envolvimento torne mais difícil esconder sua orientação sexual, ou optam por se distanciar de seus pais em um esforço por esconder a própria homossexualidade (Harry, 1988; Reece, 1988). Paralelamente, é freqüente que muitos casais homossexuais apresentem uma vigilância excessiva acerca de comportamentos (verbais e não-verbais) que sejam “reveladores” ou demasiadamente afetuosos, adaptando a expressão de intimidade a diversas situações. Neste sentido, não podemos minimizar os riscos que estes indivíduos possuem de serem agredidos, verbal ou fisicamente, caso decidam expressar seu afeto em público. Assim, estes medos e tensões constantes provocam elevados níveis de estresse, sobretudo quando os parceiros discordam com relação ao grau em que devem se assumir, estão em diferentes estágios de auto-aceitação da homossexualidade, apresentam um grau elevado de preconceito internalizado, ou possuem experiências freqüentes com discriminação, fatores que limitam a habilidade do casal de se sentir seguro e reconhecido.

A descontinuidade entre “passar como apenas amigos” em alguns contextos e experienciar a liberdade de ser um casal em outros cria um desgaste tremendo em casais do mesmo sexo. De fato, por causa da opressão social e do medo de sofrerem represálias, muitos casais do mesmo sexo sentem-se forçados a comportar-se de formas que invalidam seus relacionamentos. (Ossana, 2000: 283; tradução nossa)

Como exemplo deste fenômeno podemos mencionar a situação em que a família de origem de um homossexual se recusa a convidar o parceiro deste para um evento familiar, caso no qual o sujeito é deixado na difícil situação de ter que

escolher entre seu companheiro e sua família (Johnson & Keren, 1996). Problemas também podem ocorrer quando um dos membros do casal é assumido há mais tempo que o outro. Enquanto o indivíduo mais “experiente” pode ficar preocupado em saber se a orientação sexual do parceiro é transitória (com medo de que ele eventualmente procure outros tipos de relacionamentos), o sujeito que ainda não se assumiu pode se sentir inseguro e ameaçado com o grau de assunção da homossexualidade de seu companheiro (Ossana, 2000). Observamos, deste modo, que estes tipos de dilemas, repetidos dia após dia, exercem uma enorme quantidade de pressão e estresse na vida do casal homossexual, dificuldades estas que são desconhecidas pela maioria dos casais heterossexuais.

Em terceiro lugar, um dos estereótipos mais comuns com relação aos homossexuais é que estes são incapazes de estabelecer relações amorosas duradouras, não têm famílias ou filhos e morrem (ou se suicidam) desesperados e sozinhos (Meyer & Dean, 1998). Gays que internalizam estas crenças podem se sentir inferiores aos heterossexuais e incapazes de alcançar objetivos que contradigam o preconceito. Muitos não tentariam sequer desenvolver relacionamentos estáveis satisfatórios ou criar famílias alternativas. Simon (1996) postula também que problemas no relacionamento são interpretados por estes indivíduos como uma confirmação de que relacionamentos homossexuais são naturalmente fadados ao fracasso e que, portanto, não faz sentido tentar solucionar eventuais dificuldades. Refutando estes estereótipos, estatísticas norte-americanas mostram que 39% dos homossexuais coabitam com seu parceiro (em contraposição a 44% da população heterossexual que é casada), e que relacionamentos de 20 anos ou mais de duração não são incomuns (Mackey e cols., 1997; Wilke, 1998).

Vale ressaltar, no entanto, que apesar do fato de alguns casais gays coabitarem por um longo período de tempo, pesquisas (Blumstein & Schwartz, 1983; Kurdek, 1995) têm demonstrado que relacionamentos homossexuais duram, em média, um número menor de anos quando comparados à população heterossexual, existindo várias explicações para este fenômeno. Em primeiro lugar, a dificuldade de estabelecer e manter relacionamentos amorosos ocorreria porque assumir um relacionamento homossexual duradouro implica em assumir a própria homossexualidade, ao passo que experiências sexuais isoladas podem ser racionalizadas como sendo apenas uma contingência do momento, permitindo que

o sujeito mantenha sua suposta heterossexualidade. Nos casos em que o indivíduo apresenta um grau elevado de preconceito internalizado, este pode inclusive deixar de reconhecer que está em uma relação amorosa com alguém de seu mesmo sexo biológico (Simon, 1996). A culpa sobre a homossexualidade parece fazer com que o sujeito negue uma parte central da sua identidade, o que torna extremamente difícil qualquer movimento em direção a um relacionamento satisfatório com alguém do mesmo sexo. Gaines (2001) também aponta para o fato de que indivíduos estigmatizados com altos níveis de preconceito internalizado são menos capazes de oferecer apoio sócio-emocional, isto é, amor e respeito, a outros sujeitos estigmatizados, o que tende a provocar problemas de auto-estima que acabam afetando o relacionamento do casal. Paradoxalmente, Mackey e cols. (1997) postulam que estar em um relacionamento amoroso com alguém do mesmo sexo tende a facilitar o desaparecimento gradual do preconceito internalizado.

Em segundo lugar, como nos apontam Fry e MacRae (1983), visto que casais homossexuais não são unidos por nenhuma espécie de contrato legal ou religioso, a principal base de seus relacionamentos é a atração e afeição mútuas, bases estas que podem mudar com o passar do tempo. Os heterossexuais, pelo contrário, ao mesmo tempo em que estão sujeitos a um grau maior de apoio e validação social, também sofreriam pressão familiar, legal e financeira para tentar resgatar relacionamentos em declínio, chegando, em muitos casos, a manter casamentos francamente deteriorados. Green e cols. (1996) mencionam, em um sentido semelhante, que casais heterossexuais são mais propensos a estarem criando crianças juntos (o que provê objetivos comuns e um forte incentivo para que o casal se mantenha unido); estão mais sujeitos a adotar valores tradicionais, conservadores ou religiosos (que mantêm o casal junto a despeito de uma possível infelicidade) ou podem acreditar que possuem poucas alternativas ao relacionamento (sobretudo no caso de mulheres mais velhas ou com filhos pequenos). De acordo com estes autores, casais homossexuais seriam mais flexíveis e, portanto, mais dispostos a abandonarem relacionamentos pouco satisfatórios.

Berger (1990a) sugere uma explicação alternativa para a curta duração de alguns relacionamentos homossexuais: muitos destes indivíduos passam a morar juntos em um curto período de tempo (4 meses em média), o que faz com que o

casal comece a coabitar sem pensar cuidadosamente em questões de compatibilidade. Lembramos, neste sentido, que dado o fato de casais homossexuais não terem rituais socialmente aceitos (tais como noivados e casamentos) para marcar o começo de seus relacionamentos, o ato de morar junto adquire uma importância considerável⁸⁸. Ainda com relação ao tema da compatibilidade, Carl (1990) postula que devido ao menor número de indivíduos (se comparados à população heterossexual) dentre os quais os homossexuais podem escolher seus parceiros, muitos casais gays acabam sendo formados por sujeitos de distintas raças ou níveis sócio-econômico-culturais, fenômeno que se apresenta como um complicador adicional na vida destes indivíduos. De um modo geral, não obstante, acredita-se que a longevidade dos relacionamentos homossexuais tenderá a aumentar com a diminuição do preconceito contra estes casais (King & Bartlett, 2006).

Importante ressaltar também que a assunção da homossexualidade para familiares, amigos próximos ou chefes, e, particularmente, o grau de apoio social, estão correlacionados com satisfação conjugal em casais gays (Kurdek, 1988), apesar de não estarem, necessariamente, relacionados com o amor pelo parceiro (Berger, 1990b). Neste sentido, LaSala (2000) sugere que a assunção da homossexualidade, principalmente para familiares, é vista como uma forma de comunicar compromisso ao parceiro, protegendo o relacionamento mesmo nos casos em que o casal sofre preconceito. Simultaneamente, interações sociais que apóiam o relacionamento são cruciais para a viabilidade deste, e indivíduos que não se assumem estão privados destas interações. Por sua vez, o estresse de esconder a homossexualidade pode precipitar e potencializar outras dificuldades de relacionamento, assim como tirar a energia necessária para a resolução destes conflitos (Patterson & Schwartz, 1994). Por último, apontamos para o fato de que, ao contrário do que sugere o senso comum, a comunidade homossexual, com sua ênfase em determinados locais de socialização (particularmente bares e boates), não oferece apoio a casais homossexuais, fazendo com que muitos indivíduos

⁸⁸ Mackey e cols. (1997) também apontam como momentos importantes na vida de um casal homossexual a primeira relação sexual e a compra conjunta de bens, tais como um imóvel, por exemplo.

deixem de freqüentar certos ambientes como uma forma de proteger seus relacionamentos (Meyer, 1989)⁸⁹.

Ironicamente, o apoio oferecido por uma rede de amigos (hetero e/ou homossexuais), e sobretudo por outros casais gays, é importante para viabilizar a manutenção de relacionamentos homossexuais em face do preconceito que estes casais sofrem por parte de suas famílias de origem. Segundo Mackey e cols. (1997), as amizades oferecem aceitação, afirmam a orientação sexual dos indivíduos, ajudam a neutralizar o isolamento social que é uma ameaça para a vida destes casais, e permitem que o casal experiencie um sentido de validação e bem-estar sobre seu relacionamento. Em geral, o desenvolvimento de amigos em comum parece estar associado à assunção da homossexualidade e a um sentimento de confiança em ser identificado como um casal homossexual. Vale lembrar que para indivíduos homossexuais uma rede de amigos íntimos muitas vezes funciona como uma “família eleita” (família esta que é composta por indivíduos com os quais o sujeito tem um vínculo afetivo especial, independente de compartilharem laços sanguíneos ou jurídicos), que substitui, de certa forma, a família de origem que discrimina o sujeito (Kates, 1998; Rucker e cols., 1996; Weston, 1991).

A viuvez

Uma outra dinâmica inerente à conjugalidade homossexual parece ser a correlação entre a viuvez e o ressurgimento de sentimentos negativos direcionados ao *self*. Neste sentido, podemos dizer que o preconceito internalizado se apresenta como um fenômeno tão pernicioso que ele pode voltar a surgir, com força redobrada, muitos anos após o indivíduo ter se aceito e se assumido como homossexual. Isto aparece de forma particularmente clara em casos nos quais um dos membros do casal homossexual morre, deixando o conjugue na posição de viúvo. Segundo alguns autores (Harry, 1988; McGoldrick, [1989] 1995b), a viuvez é um evento que marca o ciclo de vida familiar⁹⁰, experiência que é negada

⁸⁹ Johnson & Keren (1996) fazem a ressalva de que o apoio da comunidade gay a relacionamentos estáveis aumentou consideravelmente após o surgimento da AIDS na década de 80.

⁹⁰ Modelos de ciclo de vida familiar baseados em casais heterossexuais tornam-se inadequados quando aplicados a relacionamentos homossexuais. Por este motivo, alguns autores têm se dedicado a estudar o desenvolvimento de relacionamentos entre gays e lésbicas postulando modelos de “estágios” pelos quais o casal passaria ao longo do tempo (Clunis & Green, 1993;

aos homossexuais. Apesar de ainda ser um tema pouco explorado, o processo de luto dos homossexuais começou a ser estudado a partir da década de 80, devido ao número cada vez maior de gays que morriam em decorrência da AIDS (Shernoff, 1997). Tal como apontam Dane e Miller (1992), nossa sociedade oferece um espaço muito limitado para a expressão do luto de um modo geral e, particularmente, do luto homossexual, o que faz com que estes indivíduos sofram preconceito e discriminação ao mesmo tempo em que tentam superar a morte de um parceiro. Segundo Decker (1984), no caso de homossexuais, não existem formas socialmente aceitáveis de realizar o luto pelo término de uma relação (seja por morte ou abandono), o que pode fazer com que o indivíduo carregue, para um relacionamento subsequente, a perda mal-resolvida.

Uma dificuldade característica enfrentada por viúvos homossexuais se refere ao fato do seu relacionamento não ser reconhecido, validado ou valorizado. *“Uma viúva ou viúvo heterossexual que perde um parceiro recebe um nível tácito de apoio social e condolência. Homens gays que se tornaram viúvos podem estar mais predispostos a encontrar deboche, ostracismo, medo ou culpa.”* (Schwartzberg, 1996: 36; tradução nossa). Assim, o processo de luto destes sujeitos é complicado pelo fato de que sua tristeza não é validada: o relacionamento homossexual, a perda em si e o viúvo não são reconhecidos como tais (Doka, 1989; King & Bartlett, 2006). Uma das formas pelas quais o sujeito lida com o preconceito com relação à sua perda é a necessidade constante de defender o relacionamento que ele teve com o falecido, tentando provar a validade da relação. A consequência direta deste tipo de atitude é o modo como ela atrapalha o processo de luto do indivíduo, que, como uma defesa por ter seu relacionamento negado, pode sentir-se incentivado a manter ativa sua relação com o morto, afirmando sua realidade e importância. A raiva pela morte do parceiro, característica do processo de luto, também pode ser potencializada por reações preconceituosas e pela insensibilidade de familiares e amigos com relação à perda. Neste sentido, Shernoff (1998) lembra que homossexuais assumidos estão menos suscetíveis a estes processos, pois com frequência contam com uma rede de apoio de amigos que ajuda o sujeito a superar o trauma pela morte do companheiro. Siegal e Hofer (1981), por sua vez, apontam atitudes preconceituosas mais

McWhirter & Mattison, 1984; Slater, 1995). Não obstante ser bastante interessante, este tema não será explorado em maior profundidade por fugir ao escopo da tese.

concretas, tais como não permitir que o viúvo tire licença de seu trabalho (um benefício concedido a casais heterossexuais)⁹¹, hostilidade por parte da família do morto, e exclusão do viúvo dos preparativos para o funeral (ou da própria cerimônia). Em situações mais graves, devido à falta de proteção legal para relacionamentos entre homossexuais, a família do falecido pode inclusive negar o acesso do viúvo a imóveis, bens e objetos adquiridos em conjunto durante o relacionamento.

O trauma de perder o parceiro pode igualmente reacender antigos sentimentos de preconceito internalizado, posto que a falta de apoio e compaixão por parte de familiares, amigos e colegas de trabalho tende a gerar sentimentos de vergonha e culpa em alguns viúvos gays, sobretudo entre aqueles que provêm de famílias religiosas ou conservadoras. Neste sentido, o homossexual pode pensar que, de algum modo, ele merece o sofrimento pelo qual está passando ou que, se não fosse gay, talvez não estivesse vivenciando esta situação. Naturalmente, se o indivíduo não fosse gay ele não teria se apaixonado pelo homem que acabou morrendo, mas isto não quer dizer que se ele fosse heterossexual ele estaria livre deste tipo de acontecimento. O problema central com esta linha de raciocínio é o fato de que ela equaciona “ser gay” com “sofrimento” (o que para nós é um indício de preconceito internalizado), ao invés de demonstrar que a tristeza é uma resposta apropriada ao fato de ter amado e ter perdido o objeto de amor. Nos casos nos quais o viúvo é HIV-positivo e seu parceiro morreu de AIDS o sentimento de culpa pode ser potencializado pelo pensamento de “por que eu ainda estou vivo se meu companheiro morreu desta doença?” (Shernoff, 1997). Quando o preconceito internalizado atingiu níveis mais elevados o viúvo pode inclusive chegar a adotar o mecanismo de defesa de minimizar ou desvalorizar a importância do relacionamento. Sentindo-se sozinho, isolado e sem poder contar com a compreensão e o apoio das pessoas à sua volta, o viúvo tem seu sofrimento e raiva aumentadas, o que tende a facilitar o surgimento de sintomas clínicos mais graves, tais como depressão.

⁹¹ Shernoff (1998) aponta para o fato de que, caso após a sua volta ao trabalho o viúvo homossexual apresente um rendimento inferior ao habitual, ele provavelmente não contará com a mesma leniência concedida a heterossexuais, o que pode contribuir para diminuir ainda mais sua auto-estima.

A socialização de papel de gênero

Tal como mencionamos no início deste capítulo, muitas das dificuldades inerentes aos relacionamentos homossexuais podem ser explicadas pela distinta socialização de gênero de homens e mulheres na nossa sociedade. Segundo Moore e cols. (1999), o *papel de gênero* se refere a uma série de características, comportamentos e interesses definidos por uma sociedade ou cultura como sendo apropriados para membros de cada sexo biológico. Nas sociedades ocidentais as mulheres têm sido tradicionalmente socializadas para valorizar intimidade e compromisso em seus relacionamentos, a botar as necessidades dos outros em primeiro lugar, a serem excepcionalmente afetivas e sensíveis, e a esconderem reações competitivas ou agressivas (Roth, 1985). Os homens, por sua vez, são socializados para valorizar independência, assertividade, racionalidade, liderança, competitividade e realização profissional (Jablonski, [1991] 1998; Levant, 1995). Assim, devido a este tipo particular de socialização, casais gays tenderiam a apresentar problemas conjugais que possivelmente derivam de um desenvolvimento excessivo de habilidades e valores associados com a masculinidade tradicional (George & Behrendt, 1988b)⁹².

De acordo com Hawkins (1992), problemas comuns apresentados por casais homossexuais que procuram terapia incluem conflitos em torno de dinheiro e emprego, raiva e violência⁹³, ciúme e dificuldades sexuais. Neste sentido, a socialização masculina provocaria deficiências em habilidades interpessoais (o que aumenta os problemas de comunicação), e casais gays apresentariam dificuldades nas áreas de dependência, intimidade e expressividade, freqüentemente utilizando negação, distanciamento e evitação como uma forma de lidar com as pressões e problemas de um relacionamento (Elise, 1986; Krestan & Bepko, 1980; Rubin, 1983). Mackey e cols. (1997), ressaltam que a evitação de

⁹² Vale ressaltar que alguns autores (e. g. Green e cols., 1996) discordam da utilização das teorias de gênero para explicar as particularidades da conjugalidade homossexual, postulando que a socialização de gênero de gays e lésbicas é distinta daquela vivenciada por homens e mulheres heterossexuais. No entanto, apesar de levarmos em consideração as ressalvas apontadas por estes autores, acreditamos, junto com a maior parte dos estudiosos do assunto, que a socialização de gênero masculina ou feminina possui uma influência considerável na dinâmica específica dos relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo.

⁹³ Tendo dificuldade em expressar sentimentos de um modo geral, sobretudo aqueles relacionados a medo, muitos homossexuais masculinos tendem a adotar comportamentos agressivos com relação a seus parceiros.

conflito, característica de alguns casais homossexuais, é potencializada pelo medo de ser abandonado pelo parceiro, assim como pelo fato de “não saber como brigar”. Primeiramente, no caso dos homossexuais, ser abandonado pelo parceiro é um receio que não pode ser de forma alguma minimizado, devido à frequência com que o companheiro homossexual é as vezes a única fonte de suporte emocional para o indivíduo. Em segundo lugar, tal como abordado em Nunan (2001), homossexuais que são vítimas de discriminação tendem a adotar comportamentos de evitação para lidar com a ameaça preconceituosa. Neste sentido, podemos dizer que a evitação de sentimentos associados com situações sociais desprazerosas pode, eventualmente, se reproduzir nas relações com os parceiros.

Uma série de pesquisas têm demonstrado que durante a infância muitos homossexuais masculinos apresentavam graus mais baixos de conformidade a seu papel de gênero do que crianças da mesma idade (Bailey & Zucker, 1995; Green e cols., 1996). Neste caso, é provável que o comportamento mais “feminino” destes sujeitos, quando crianças, tenha provocado ridicularização, rejeição e desaprovação, tanto por parte de pais e amigos, quanto pela sociedade mais ampla. Visto que, na nossa sociedade, características masculinas são extremamente valorizadas, e que a idéia de masculinidade e homossexualidade são incompatíveis, é possível que estes meninos tenham sofrido intensa pressão para reprimir traços “femininos”. Um processo semelhante a este pode ter ocorrido com meninos que, apesar de não apresentarem estes comportamentos “femininos”, internalizaram a crença de que tais características são intrinsecamente ruins, sobretudo porque elas estariam associadas com déficits na masculinidade. *“Ironicamente, os próprios traços que alguns homens homossexuais aprenderam a desvalorizar e suprimir em si mesmos, particularmente nos relacionamentos com outros homens, provêem alguns dos ingredientes essenciais para uma intimidade bem sucedida.”* (Ossana, 2000: 280; tradução nossa). Um exemplo deste fenômeno seria o distanciamento emocional que o sujeito homossexual coloca entre ele e seu parceiro. De acordo com Johnson e Keren (1996), isto ocorreria porque, na nossa cultura, os homens, sejam eles hetero ou homossexuais, são socializados no sentido de manterem distância emocional em relação a outros homens, posto que a intimidade entre dois homens é indicativa da pior possibilidade: ser homossexual. No caso de homossexuais que possuem elevados

níveis de preconceito internalizado, o estabelecimento de intimidade com outro homem pode provocar uma sensação de “perda de masculinidade” e de baixa auto-estima, o que tende a gerar dificuldades conjugais. Em um sentido semelhante, a excessiva valorização da competitividade como um traço masculino pode ocasionar graves transtornos em relacionamentos amorosos que, com frequência, requerem que os membros de casal aprendam a negociar e ceder.

A socialização de papel de gênero também parece exercer influência com relação à dimensão de monogamia nos casais homossexuais. De acordo com um número considerável de pesquisas (e. g. Johnson & Keren, 1996; Peplau & Gordon, 1991), casais homossexuais masculinos são marcadamente menos monógamos em seus relacionamentos do que casais de heterossexuais ou lésbicas. Vale a pena ressaltar que, segundo Féres-Carneiro (1999), gays masculinos tendem a diferenciar os conceitos de *fidelidade amorosa* (que é sempre considerada uma traição) e *fidelidade sexual* (que não é, necessariamente, considerada uma traição). Estes dados são corroborados por outros autores (Blumstein & Schwartz, 1983; Green e cols., 1996), que postulam que para homens gays sexo fora do relacionamento pode não ser emocionalmente envolvente ou ter o mesmo significado (por exemplo: falta de compromisso, deslealdade, traição, falta de amor), do que ele adquire para heterossexuais ou lésbicas. No estudo de Mackey e cols. (1997), apenas a fidelidade amorosa mostrou-se importante para a manutenção do relacionamento, porque indicava confiança e lealdade, isto é, a disponibilidade emocional do sujeito para ajudar seu parceiro em momentos difíceis, o que não está relacionado, necessariamente, com monogamia. Neste sentido, o sexo fora do relacionamento é visto como algo lúdico e não parece interferir na qualidade da relação, que aparenta ser a mesma tanto para casais que adotam a monogamia, como para aqueles que não o fazem (Blasband & Peplau, 1985; Kurdek, 1988; McWhirter & Mattison, 1984). A opção por estabelecer um relacionamento sexualmente exclusivo ou não parece ser fruto de uma escolha individual de cada casal, escolha esta, no entanto, que precisa ser cuidadosamente negociada entre os parceiros a fim de evitar dificuldades conjugais geradas por sentimentos de traição.

De acordo com o que foi postulado em Nunan (2003), existiriam duas explicações distintas para o fenômeno da não-monogamia dos casais homossexuais masculinos. Em primeiro lugar, a socialização de gênero na nossa

cultura ensina os homens a serem mais interessados em sexo e em variedade sexual do que as mulheres. Por outro lado, para muitas mulheres, independente de sua orientação sexual, sexo e amor estão intimamente ligados, o que faz com que relações casuais sejam menos atraentes. Os gays seriam capazes de separar amor e sexo e portanto desfrutar de sexo casual sem envolvimento emocional (Almeida Neto, 1999). Estas características do comportamento do homossexual masculino se devem, assim, não à sua orientação sexual, mas às diferenças existentes entre homens e mulheres. Em outras palavras, pode-se argumentar que o gênero influencia o tipo de relacionamento que as pessoas querem. Ao passo que a maioria das pessoas parece desejar uma relação estável com um parceiro especial, os homens possuem maiores chances de quererem (e terem) relações sexuais com outros parceiros. Neste sentido, o sexo casual é visto como um complemento para o relacionamento estável, não um substituto.

Em segundo lugar, em que pese os relacionamentos monogâmicos duradouros serem cada vez mais comuns e visíveis (sobretudo após o surgimento da AIDS), uma grande parte da vida gay ainda tem girado em torno de sexo casual e anônimo, disponível, por exemplo, em bares, saunas, boates, quartos escuros, parques, estacionamentos e banheiros públicos (Almeida Neto, 1999; Johnson & Keren, 1996; Matthaei, 1997). Para Costa (1992), esta “sexualidade clandestina”, no entanto, não é uma característica inerente à homossexualidade, mas uma consequência da exclusão social vivenciada por estes sujeitos, que os impede de viver publicamente seus relacionamentos amorosos. Seguindo esta linha de raciocínio, autores como Kirk e Madsen (1989) teorizaram que se a homossexualidade fosse completamente aceita pela sociedade mais ampla relacionamentos sexuais anônimos em locais públicos deixariam de existir. Bapst (2001), no entanto, descobriu que muitos homossexuais de fato gostam destes tipos de lugares, característica presente, aliás, entre muitos heterossexuais.

Para muitos indivíduos, esta sucessão de relacionamentos anônimos e superficiais acabaria gerando compulsão, ansiedade, insatisfação, solidão, ressentimento, culpa, sofrimento, privação afetiva e isolamento emocional. Greenberg (1988) sugere, igualmente, que a impessoalidade de muitas relações homossexuais não se deve apenas aos obstáculos sociais criados pela

discriminação à relacionamentos duradouros⁹⁴, mas às dificuldades que muitos homens têm de expressar emoções. Nos relacionamentos heterossexuais, por exemplo, a responsabilidade pela intimidade emocional necessária para viabilizar a relação amorosa recai freqüentemente sobre a mulher, pois o homem não foi socializado para exercer esta função (Heilborn, 2004). Em outras palavras, não é que os homossexuais masculinos não sejam capazes de estabelecer parcerias de longo prazo, muitos apenas não sabem como fazê-lo. Vale ressaltar, por último, que gays tendem a dar muita importância à atratividade física e à capacidade erótica do parceiro no processo de escolha amorosa, valorizando a intensidade da atividade sexual (Féres-Carneiro, 1997), o que pode contribuir para problemas com intimidade emocional.

Com relação a este último tema, alguns autores (Carl, 1990; George & Behrendt, 1988b; Smith, 1988) sugerem que homossexuais que assumem sua orientação sexual depois de adultos deixam de vivenciar comportamentos de experimentação sexual característicos da adolescência, completando esta tarefa desenvolvimentista em um momento posterior de suas vidas. Deste modo, estes indivíduos tenderiam a passar por um período de elevada energia sexual (similar àquele experienciado por adolescentes heterossexuais), envolvendo-se sexual e romanticamente com um número considerável de homens. Para a maioria dos homossexuais, no entanto, sobretudo para aqueles com baixos níveis de preconceito internalizado, este período de elevada atividade sexual cessaria com o passar dos anos. Vale ressaltar, por último, que independente da teoria que utilizemos para explicar os índices mais baixos de monogamia em casais gays (quando comparados a lésbicas e heterossexuais), devemos ter em mente que, dentro da subcultura homossexual masculina, este conceito possui um significado bastante diferente daquele que é adotado pelo resto da sociedade (Johnson & Keren, 1996).

⁹⁴Higgs (1999) sugere que devido à profunda reprovção social, casais de homossexuais assumidos que vivem juntos como uma unidade familiar com rotinas domésticas (tal como é freqüente nos Estados Unidos e na Europa), são bastante incomuns no Brasil, e geralmente se restringem às classes médias.

A falta de modelos de relacionamento

Uma das particularidades da conjugalidade homossexual é a falta de modelos de relacionamento nos quais indivíduos gays e lésbicos possam se basear para estabelecerem suas parcerias⁹⁵. Assim, na ausência de validação social, legal e religiosa, assim como na falta de modelos de relacionamento nos quais se espelhar, sujeitos homossexuais com frequência criam suas próprias normas conjugais (Simon, 1996). Diversos estudos (Green e cols., 1996; Kurdek, 1995; Peplau, 1991) têm demonstrado, por exemplo, que casais do mesmo sexo valorizam flexibilidade e igualitarismo em seus relacionamentos⁹⁶. Dado que adultos homossexuais tendem a se conformar menos com papéis de gênero tradicionais do que casais heterossexuais (Ossana, 2000), é incomum na sociedade contemporânea, ao contrário do que sugere o preconceito, que um gay se comporte tradicionalmente como o marido (papel de gênero masculino) e o outro como a esposa (papel de gênero feminino). De acordo com Peplau e Gordon (1991), estes estereótipos surgem da assunção errônea de que os componentes da sexualidade humana (orientação sexual, identidade de gênero e papel de gênero) são inseparáveis, isto é, se um indivíduo difere da norma em um destes componentes, ele deve diferir também em todos os outros. Estes autores postulam que a adoção de papéis de gênero rígidos é mais comum entre homossexuais idosos (isto é, que vivenciaram sua sexualidade antes da revolução sexual), ou que casais que adotam estes comportamentos são mais visíveis do que aqueles que não o fazem, fatores estes que tendem a perpetuar os estereótipos.

Apesar da falta de modelos de relacionamento nos quais se espelhar possuir sobretudo conseqüências positivas para o casal, dentre os efeitos negativos deste fenômeno destacamos o fato de que, com o intuito de negociar seus papéis dentro do relacionamento, muitos casais homossexuais podem acabar se baseando nos exemplos oferecidos por casamentos heterossexuais, o que não é apropriado

⁹⁵ Vale lembrar que os novos arranjos conjugais estabelecidos por alguns casais heterossexuais na contemporaneidade são bastante semelhantes àqueles vivenciados por casais de gays e lésbicas, no sentido de que ambas conjugalidades não incorporam modelos tradicionais de relacionamento.

⁹⁶ Green e cols. (1996) também sugerem que, além de flexíveis e igualitários, os relacionamentos homossexuais seriam mais coesos do que aqueles estabelecidos por heterossexuais. Neste sentido, coesão pode ser definida como uma medida geral de proximidade do relacionamento, isto é, “*a ligação emocional que membros da família possuem uns com os outros*” (Olson e cols., 1983: 70; tradução nossa).

(Carl, 1990). Da mesma forma, a ausência de parâmetros pode causar conflitos no que se refere a negociar responsabilidades financeiras ou domésticas (Driggs & Finn, 1990). O lado positivo desta falta de expectativas sociais com relação aos papéis de casais homossexuais é que os sujeitos ficam livres para experimentarem e desenvolverem papéis flexíveis que se adequem às suas necessidades individuais e relacionais (McWhirter & Mattison, 1984). Mackey e cols. (1997) perceberam em seu estudo que os papéis de casais gays eram freqüentemente resultado das características de personalidade, interesses e habilidades individuais de cada parceiro, da preferência que estes tinham por determinadas atividades ou de seus horários de trabalho. Os autores acima ressaltam, ainda, que estes papéis não eram estáticos, podendo transformar-se com o tempo ou à medida em que os parceiros mudavam comportamentos interpessoais específicos. De um modo geral, homossexuais tenderiam a rejeitar papéis rígidos, sobretudo aqueles relacionados com os estereótipos de gênero tradicionais, valorizando a negociação constante de quais papéis devem ser adotados.

Não obstante a flexibilidade ser considerada positiva, a ênfase que casais homossexuais colocam na igualdade dentro do relacionamento pode causar conflitos em casos de desigualdade explícita, tais como diferenças nos níveis financeiro, social ou escolar. Neste sentido, Blumstein e Schwartz (1983) postulam que em casais homossexuais masculinos uma das áreas de maior conflito é a relação com o dinheiro. Para estes autores, a capacidade de ganhar dinheiro é uma parte central da identidade masculina, outorgando poder no relacionamento. No caso de casais heterossexuais esta diferença de poder é, de certa forma, contrabalançada pela norma social, ainda vigente, de que o marido deve sustentar a esposa. Homens homossexuais, no entanto, se sentem desconfortáveis se um dos parceiros sustenta o outro. Dilemas similares parecem rondar a área profissional, pois gays tendem a comparar freqüentemente seu sucesso profissional com o de seus parceiros. Vale ressaltar que Mackey e cols. (1997) descobriram que aqueles casais homossexuais que conseguiram sobreviver por um grande número de anos o fizeram, em parte, porque lidavam com o dinheiro de uma forma conjunta, isto é, não davam importância para a discussão de qual parceiro trazia mais recursos financeiros para a relação. Em casos de desigualdade financeira explícita, o casal fazia com que o parceiro com menos

dinheiro trouxesse outros tipos de contribuição para a relação, mantendo, assim, um nível satisfatório de igualdade de status.

Outro estereótipo bastante prevalente com relação aos relacionamentos homossexuais é que os gays se dividiriam em *ativos* e *passivos*, papéis sexuais estes que reproduziriam uma relação heterossexual. Pesquisas que abordam este tema, particularmente no Brasil, têm apresentado resultados contraditórios. Em uma pesquisa realizada por nós no Rio de Janeiro (Nunan, 2001), metade dos sujeitos entrevistados afirmou que este tipo de categorização era fruto do preconceito, que “sexo é sempre ativo” (isto é, ambos indivíduos participam igualmente da relação), e que as pessoas podem ter determinadas preferências, mas que estas não são exclusivas. Da mesma forma como mulheres e homens heterossexuais gostariam mais de determinadas posições sexuais, também os homossexuais teriam suas preferências, e a variabilidade nesse sentido seria muito grande. Os entrevistados também ressaltaram que sexo não envolve apenas penetração e que portanto dividir os homossexuais em ativos e passivos nada mais faz do que reproduzir uma relação heterossexual entre macho e fêmea com vistas à procriação. Em geral, os estudos sobre este assunto tendem a corroborar os discursos acima, isto é, que não haveria divisão entre homossexuais ativos e passivos, e que, apesar de existirem determinadas preferências individuais, os parceiros alternariam os papéis sexuais. Importante ressaltar também que mesmo que um dos sujeitos prefira ser ativo esta postura sexual não influencia seu grau de poder dentro do relacionamento (Peplau & Gordon, 1991). Parker (1999) afirma ainda que a alternância de papéis sexuais entre os gays é bastante comum no Brasil, mencionando que existe amplo espaço para negociação e experimentação sexual.

No lado oposto desta discussão, encontram-se a outra metade dos entrevistados no estudo realizado por nós (Nunan, 2001), que postulou que existe sim a divisão entre homossexuais ativos e passivos, dados estes que são corroborados por Féres-Carneiro (1997). De acordo com estes sujeitos, o gay que se define como passivo sofre preconceito tanto da sociedade mais ampla como dos próprios homossexuais, pois na nossa cultura a passividade sexual está associada à feminilidade e, portanto, desviriliza o homem. Com relação a estes dados, vale lembrar, tal como mencionado anteriormente, que o sistema de gêneros brasileiro, hierarquicamente estruturado, divide os indivíduos que adotam comportamentos

homossexuais em duas categorias: o *homem* (ativo) e a *bicha* (passiva) (Fry & MacRae, 1983). Este sistema, característico das culturas latinas, contrapõe-se aos modelos norte-americano e europeu onde qualquer pessoa que tenha relações sexuais com um membro do mesmo sexo biológico é considerada homossexual, independente de adotar uma postura ativa ou passiva. Desta forma, acreditamos que a obtenção de dados contraditórios no que se refere ao tema da divisão dos homossexuais em ativos e passivos está relacionada à coexistência no Brasil de modelos tradicionais de relação homossexual (exemplificados pela díade *homem/bicha*) junto com o igualitarismo proposto pelo modelo norte-americano.

A guisa de conclusão, podemos dizer que, apesar do ainda escasso número de estudos (sobretudo no Brasil) que investigam a natureza da conjugalidade homossexual, as pesquisas de que dispomos têm encontrado dados bastante semelhantes. Em primeiro lugar, de acordo com estes estudos, a principal característica que diferencia os relacionamentos homossexuais dos heterossexuais é a falta de uma rede de apoio (familiar, social e de parte da comunidade gay) que ofereça suporte emocional tanto para o indivíduo quanto para o casal homossexual. Em segundo, à esta falta de apoio podemos somar o preconceito (tanto institucionalizado quanto internalizado) experienciado por estes casais, a falta de modelos de relacionamento saudáveis nos quais possam se espelhar, e os problemas decorrentes da socialização de papel de gênero vivenciada pelos homossexuais masculinos (que tende a desvalorizar características de personalidade essenciais para a manutenção da intimidade emocional). A socialização de papel de gênero também parece exercer influência com relação à monogamia nos relacionamentos homossexuais masculinos, que tendem a ser menos sexualmente exclusivos que os de casais lésbicos ou heterossexuais. Não obstante acreditar-se que casais gays tendam a estabelecer relacionamentos mais igualitários e flexíveis (se comparados ao restante da população), o tema da existência de papéis sexuais de atividade e passividade dentro destes relacionamentos têm apresentado dados contraditórios e, portanto, precisa ser melhor investigado em estudos subseqüentes. Detenhamo-nos agora, no cerne deste capítulo, isto é, a violência doméstica entre casais homossexuais e sua correlação com o preconceito internalizado.

A violência doméstica

A partir da década de 70, quando o movimento de emancipação feminina fez com que a sociedade começasse a discutir o problema da violência doméstica, pesquisas científicas, campanhas de saúde pública, programas de televisão, novelas e filmes começaram a difundir largamente este tema, não obstante a análise do fenômeno centrar-se na agressão cometida por homens em relação às suas parceiras heterossexuais⁹⁷. Apesar de existir bibliografia sobre violência doméstica entre homossexuais desde 1980, decorrente, em grande parte, dos ganhos obtidos pelo movimento homossexual, esta ainda é geralmente percebida como um problema heterossexual (Farley, 1996). De acordo com Coleman (1994), apenas a partir da década de 90 é que a violência ocorrida em relacionamentos gays e lésbicos começou a ser efetivamente pesquisada, em que pese um considerável grau de resistência em tratar do assunto, tanto por parte da comunidade homossexual (que teme reforçar estereótipos negativos sobre os relacionamentos homossexuais) quanto pela sociedade em geral (dado que ele questiona o pressuposto feminista de que a violência doméstica é causada por sexismo e relações de gênero desiguais).⁹⁸

Enquanto a discriminação e os crimes cometidos contra homossexuais são um problema reconhecido tanto pela comunidade gay quanto por grande parte da sociedade (Mott, 2003), estas agressões tendem a encobrir o problema ainda mais grave da violência doméstica homossexual, que, de acordo com Island e Letellier (1990), pode ser considerada um dos três riscos mais importantes à saúde dos homossexuais, ficando atrás apenas do HIV e do abuso de álcool e drogas. Vale apontar que, ao contrário do que ocorre com a maior parte da bibliografia sobre homossexualidade, o número de pesquisas sobre violência doméstica entre lésbicas é consideravelmente maior do que os estudos que se baseiam exclusivamente em homossexuais masculinos. Esta diferença no número de

⁹⁷ Estamos cientes da existência de violência doméstica cometida por mulheres contra seus companheiros do sexo masculino, apesar deste tema não fazer parte do escopo do nosso estudo.

⁹⁸ Apesar de estarmos familiarizados com a discussão a respeito das teorias sociais e psicológicas que visam explicar o fenômeno da violência doméstica, não é nossa intenção abordá-las aqui, por constituir um tema amplo demais para o escopo deste trabalho. Para o leitor interessado, recomendamos a leitura de Lehman (1997), que faz uma boa revisão sobre o tema, e de Merrill (1996), que propõe que a violência doméstica seja compreendida através de teorias que integrem modelos sociais e psicológicos.

estudos pode ser explicada, em parte, pela constatação de que as lésbicas estão envolvidas no movimento de emancipação feminina desde seu início, aliado ao fato de que os homossexuais masculinos parecem ter concentrado seus esforços no controle da epidemia do HIV (Elliot, 1996). Talvez por este motivo é que, somente a partir da década de 90, quando a epidemia de AIDS se tornou, de certa forma, controlada, se começou a falar também em violência doméstica entre casais gays masculinos.

De um modo geral, definimos *violência doméstica* entre casais como qualquer agressão física, sexual e/ou psicológica através da qual um indivíduo tenta estabelecer e manter controle e poder sobre seu parceiro (Farley, 1992). As dinâmicas características da violência doméstica (seja esta hetero ou homossexual) foram discutidas em outro trabalho (Nunan, 2004), e não serão abordadas aqui por fugirem ao escopo desta tese. De acordo com pesquisas realizadas nos Estados Unidos, a violência doméstica entre casais homossexuais ocorre aproximadamente entre 12% a 39% dos relacionamentos (Burke & Follingstad, 1999; Greenwood e cols., 2002; Tjaden e cols., 1999; Waldner-Haugrud e cols., 1997; Waterman e cols., 1989; West, 1998), estimativas similares à violência sofrida por mulheres heterossexuais, tanto nos Estados Unidos quanto no Brasil (Cohen e cols., 2000; Coker e cols., 2000; Jones e cols., 1999; Plichta & Weisman, 1995; Schraiber e cols., 2002; Straus & Gelles, 1990; Wilt & Olson, 1996).

Uma pesquisa realizada em Portugal (Antunes & Machado, 2005) apresentou dados semelhantes aos apontados acima, revelando que 21% dos participantes homossexuais envolvidos em relações amorosas haviam sido vítimas de pelo menos um ato abusivo durante o último ano. Aproximadamente 16% da amostra também admitiu ter adotado algum tipo de comportamento violento em relação aos seus companheiros. No caso brasileiro, não fomos capazes de encontrar pesquisas sobre violência doméstica entre casais homossexuais, com exceção de um pequeno manual produzido pelo *Grupo Gay da Bahia* (Mott, 2002) destinado à esclarecer a população homossexual a respeito da existência deste fenômeno. Apesar de não analisar especificamente este tema, a pesquisa realizada por Carrara e Ramos (2005), citada anteriormente, revelou que 6,3% dos indivíduos entrevistados haviam sido agredidos por parceiros ou ex-parceiros.

Devemos lembrar, por último, que se dados sobre a violência cometida contra a mulher são difíceis de levantar, estatísticas confiáveis sobre violência doméstica entre casais homossexuais são ainda mais escassas. Primeiramente, não existem dados demográficos oficiais sobre a população homossexual, o que faz com que qualquer informação sobre estes indivíduos seja necessariamente incompleta ou falha em algum aspecto (Nunan, 2001). Em segundo lugar, mesmo pesquisas com amostras razoavelmente representativas de homossexuais tendem a não investigar aspectos relacionados à violência doméstica, devido à disseminação da ideologia de que este tipo de agressão ocorre apenas entre casais heterossexuais, onde o homem é sempre o agressor.

Não obstante o fenômeno da violência doméstica entre casais heterossexuais e homossexuais apresentar uma série de semelhanças (Nunan, 2004), uma importante diferença entre estes dois grupos se refere ao preconceito sexual experienciado por gays e lésbicas. De acordo com diversos autores (Lehman, 1997; Walsh, 1996), o preconceito sexual, tanto institucionalizado quanto internalizado, afeta sobremaneira a dinâmica da violência doméstica entre casais homossexuais. Primeiramente, o parceiro que é vítima de violência pode ter dificuldade em encontrar apoio externo, tanto por parte de sua família, quanto por parte de instituições tais como polícia, serviços legais e sociais, grupos especializados em violência doméstica, médicos e psicólogos. Em uma cultura onde a homossexualidade carrega um grau elevado de estigma, assumir-se como vítima de violência doméstica perpetrada por um parceiro do mesmo sexo torna-se extremamente difícil. Some-se a isso o preconceito e a falta de treinamento e experiência que estas mesmas instituições possuem com relação à homossexualidade, em primeiro lugar, e à violência doméstica ocorrida entre casais homossexuais, em segundo. Diversos autores (Coleman, 1994; Lehman, 1997; Vickers, 1996) também postulam que o preconceito internalizado é um fator extremamente relevante na violência doméstica entre casais homossexuais, afetando tanto o agressor como a vítima.

Esta forma de opressão pode contribuir para a violência nas relações homossexuais, através de duas formas distintas: primeiro, os investigadores argumentam que a discriminação social alimenta a homofobia internalizada que, por sua vez, contribui para uma baixa auto-estima, para sentimentos de desesperança e vulnerabilidade e para dificuldades em estabelecer relações íntimas baseadas na confiança e no comprometimento. Estes sentimentos

negativos podem ser expressos através da violência. Por outro lado, o impacto emocionalmente nefasto desta estigmatização reforça a posição de subordinação e desesperança das vítimas, assim como erige uma barreira que as impede de procurarem ajuda, devido à relutância em revelar a sua identidade sexual à família, colegas e amigos. (Antunes & Machado, 2005: 8)

No caso do agressor, o preconceito internalizado pode fazer parte de uma baixa auto-estima ou inadequação sexual que o indivíduo procura aumentar exercendo poder sobre seu parceiro (Byrne, 1996; Curtis, 2002). Também pode ocorrer que o parceiro represente elementos de sua própria identidade sexual, aspectos estes com os quais o agressor se sente desconfortável. No caso da vítima, o preconceito internalizado pode fazê-la acreditar que o relacionamento, em si mesmo, é errado - uma manifestação de sua sexualidade “doentia” - , que a violência é apenas um outro aspecto de uma relação “perversa”, fadada ao fracasso, e que ela é, de alguma forma, merecedora ou culpada pela violência. Na verdade, o mito de que a vítima é, de alguma forma, culpada pela violência, está presente tanto em relacionamentos heterossexuais como em homossexuais. Compartilhado pelo agressor, pela vítima e pela sociedade de um modo geral, esta crença se apresenta como um dos principais fatores que impedem um indivíduo de abandonar uma relação violenta.

Tal como vimos acima, em situações de violência doméstica entre casais gays, o preconceito sexual provoca diferenças na forma pela qual os homossexuais são tratados pela sociedade, no modo como compreendem seu relacionamento e na opção que fazem, ou não, de procurar ajuda. Devemos apontar, ainda, para o fato de que o preconceito também está relacionado com duas dinâmicas muito características da violência doméstica entre casais homossexuais: a ameaça de revelação da homossexualidade e a soropositividade. Deste modo, uma forma adicional de violência psicológica que pode ser experienciada por homossexuais é a ameaça que o agressor faz de revelar a orientação sexual de seu parceiro para familiares, amigos e chefes, caso este não ceda à suas demandas de controle e poder (Island & Letellier, 1991; Lundy, 1993). Neste sentido, não podemos subestimar o medo que advém da possibilidade de perder conexões humanas valiosas, assim como de ter problemas relacionados com a custódia de filhos pequenos, e perda de emprego ou moradia, por exemplo. No caso do parceiro já ter assumido sua homossexualidade, o agressor pode convencê-lo de que, caso decida procurar ajuda para sair da relação,

as pessoas serão preconceituosas e pouco prestativas, o que, tal como foi exposto anteriormente, possui uma grande probabilidade de ocorrer.

Além da violência doméstica entre casais homossexuais ocorrer em um contexto de preconceito sexual, diversos autores sugerem que este fenômeno também é fortemente afetado pelo status de contaminação pelo vírus do HIV, tanto do agressor quanto da vítima, atuando como um poderoso elemento estressor que precipita incidentes de violência, simultaneamente dificultando que a vítima abandone o agressor (Cruz & Firestone, 1998; Letellier, 1994). Nos casos em que um ou ambos parceiros são HIV-positivo, as constantes agressões físicas e sexuais podem tornar-se letais (Warters, 1989). De acordo com alguns estudos, homens HIV-positivo possuem maiores chances de serem agredidos física e psicologicamente, situações nas quais o agressor ameaça de revelar a soropositividade do parceiro, restringe acesso a medicação e serviços médico-assistenciais, ou acusa o parceiro de ter contraído o vírus propositalmente (Greenwood e cols., 2002; Merrill & Wolfe, 2000; Zierler e cols., 2000). A vítima HIV-positivo também pode continuar na relação por medo de desenvolver AIDS e morrer sozinha, e, caso tenha um grau elevado de preconceito internalizado, este pode ser potencializado pelo preconceito contra portadores do vírus HIV, diminuindo, ainda mais, sua disposição interna para abandonar o relacionamento. Nas situações em que o agressor é HIV-positivo, seu parceiro pode se sentir culpado de abandoná-lo, ou interpretar a violência como uma consequência da doença ou de efeitos colaterais do coquetel de remédios (Curtis, 2002). Com frequência, o agressor HIV-positivo finge estar doente para evitar que o parceiro o abandone, ou volte para cuidar dele, caso já tenha abandonado a relação. De acordo com Letellier (1996), em casos mais graves, o agressor deliberadamente contamina seu parceiro.

De um modo geral, a violência doméstica entre casais homossexuais é um assunto cercado de uma série de mitos que precisam ser reconhecidos e desconstruídos, na medida em que afetam a atitude dos indivíduos frente às suas dificuldades e nossa disposição, como sociedade, de prover serviços adequados para este setor da população. Dentre os mitos mais comuns com relação a este tema, dois surgem com bastante frequência: a agressão é sempre cometida por um homem contra sua parceira mulher, e os homossexuais têm mais facilidade em terminarem seus relacionamentos do que casais heterossexuais.

O mito de que a agressão é sempre cometida por um homem contra sua parceira mulher se baseia em dois pressupostos distintos: a idéia de que homens nunca são vítimas de violência doméstica e de que mulheres não são violentas. Em primeiro lugar, aceitar que alguns homens podem ser vítimas (tanto de outros homens como de mulheres) contradiz todos nossos estereótipos sobre masculinidade.

Um homem jamais deve ser submisso, medroso (indício de covardia), sentimental. Deve resistir à dor sem reclamar muito (“homem não chora”); deve ter porte altivo, “ másculo”, e olhar que nunca se abaixa diante do desafio de outro homem. (Sabino, 2000: 92)

Assim, em algumas ocasiões, considera-se aceitável que um homem seja violento e, caso seja agredido, deve ser capaz de defender-se (Califia, 1986; Island & Letellier, 1991). No caso da violência entre lésbicas a negação de que uma mulher possa agredir outra parece ser ainda mais grave, pois esbarra no discurso feminista de que a violência doméstica é decorrente das diferenças de poder entre os gêneros. Se nossa sociedade tem dificuldade em responsabilizar homens por serem violentos, acusar uma outra mulher de agressão torna-se, muitas vezes, impensável.

Em segundo lugar, uma decorrência do mito acima é acreditar que o agressor é sempre maior, mais forte e mais “masculino”. Esta crença, que advém da nossa experiência com a violência doméstica heterossexual, assim como de atitudes a respeito de papéis de gênero tradicionais, faz com que desenvolvamos estereótipos de como agressores e vítimas devem ser e agir. Além deste mito estar baseado apenas nos aspectos físicos da violência doméstica, ele nos faz esquecer que a violência, de um modo geral, se refere a controle e poder, não a tamanho ou força. Este tipo de raciocínio também dificulta identificar, durante uma briga, quem está agredindo e quem está sendo agredido, não sendo incomum que, ao presenciar cenas de violência entre homossexuais, pensemos que a situação é apenas “uma briga de casal” ou uma “briga justa entre iguais”. Enquanto é verdade que determinados indivíduos, denominados por alguns autores de “participantes”, reagem às agressões, a violência doméstica nunca é mútua (Antunes & Machado, 2005; Island & Letellier, 1991; Marrujo & Kreger, 1996). Ao passo que o agressor utiliza violência para controlar seu parceiro, este reage da

mesma maneira para se defender ou tentar parar a agressão (Burstow, 1992). Neste sentido, devemos lembrar que a violência doméstica não é um problema de gênero, mas sim uma questão de poder. Mesmo quando duas pessoas são do mesmo gênero, diferenças de poder (derivadas, por exemplo, da dinâmica inerente à relação, status financeiro, classe social, escolaridade, raça, grau de assunção da homossexualidade ou contaminação pelo vírus do HIV), existem e podem ser usadas como mecanismos para controlar o parceiro.

No que se refere ao mito de que os homossexuais têm mais facilidade em terminarem seus relacionamentos do que casais heterossexuais, pode-se dizer, de um modo geral, que indivíduos não familiarizados com a dinâmica inerente ao fenômeno da violência doméstica com frequência acham inconcebível que a vítima não termine o relacionamento assim que as agressões começam. Apesar desta parecer ser a solução mais “óbvia”, terminar o relacionamento é, na maioria dos casos, a decisão mais difícil de ser tomada. Em primeiro lugar, a vítima é, muitas vezes, dependente financeira e/ou emocionalmente de seu parceiro. Pode, igualmente, minimizar a gravidade da violência, acreditar no mito de que ela é responsável ou merecedora da agressão, que o parceiro a ama e de que a violência diminuirá com o tempo.

Da mesma forma, estes indivíduos podem não ter a quem recorrer. Dado que o agressor com frequência isola seu parceiro de contatos com familiares e amigos, é possível que estes não estejam a par da situação ou que se recusem a acreditar nela. Assim, não é incomum que familiares e amigos se neguem a aceitar a realidade da violência, critiquem ou culpem a vítima por sua ocorrência e a encorajem a voltar para o agressor, sugerindo-lhe resolver o “problema” com seu parceiro. Por outro lado, optar por afastar-se do agressor pode significar deixar para trás objetos pessoais, moradia, emprego e cidade. Abandonar uma situação de violência doméstica requer auto-estima, coragem, autoconfiança e apoio externo, elementos que foram sendo pouco a pouco minados pela convivência com o agressor. Por outro lado, as ameaças se tornam mais frequentes quando a vítima decide terminar a relação e, de modo geral, incidentes de violência doméstica tendem a aumentar (chegando inclusive a casos de assassinato) depois que a vítima abandona o agressor (Walsh, 1996).

No caso dos homossexuais, as dificuldades em abandonar o agressor são ainda maiores. Em primeiro lugar, assumir estar em um relacionamento violento

significa, na maioria dos casos, revelar sua orientação sexual para uma série de indivíduos (incluindo familiares, amigos, colegas de trabalho, chefes e estranhos de uma forma geral), atitude que muitos indivíduos preferem não tomar devido ao medo de perder relacionamentos pessoais valiosos, custódia de filhos, emprego e moradia (Elliot, 1996). Além desta dificuldade, grande parte dos homossexuais (independente de serem ou não assumidos) não podem contar com apoio e compreensão por parte de suas famílias de origem, aliado ao fato de que a comunidade homossexual tende a negar a existência deste tipo de violência, o que aumenta ainda mais a sensação de isolamento. Por outro lado, mesmo em grandes centros urbanos, as comunidades homossexuais são relativamente pequenas, o que impede a manutenção da privacidade e o conseqüente abandono do agressor sem que a vítima possa ser facilmente achada. Mesmo que, depois de enfrentar todos estes obstáculos, a vítima decida abandonar a relação, é muito provável que esta ainda tenha que lidar com psicólogos, assistentes sociais, médicos, advogados, juizes e policiais possivelmente preconceituosos, dada a inexistência de serviços especializados para atender às necessidades desta população.

O mito de que homossexuais, pelo fato de não estarem legalmente casados, teriam mais facilidade (emocional e financeira) em abandonar a relação se baseia em preconceitos e assunções errôneas a respeito da natureza das relações amorosas homossexuais, pois casais do mesmo sexo estão tão envolvidos em seus relacionamentos quanto casais heterossexuais. Primeiramente, mesmo que alguns homossexuais não estejam economicamente ligados a seus parceiros, muitos, de fato, dependem financeiramente destes. No caso do casal coabitar a algum tempo é bastante provável que este tenha adquirido bens em comum, tais como carros e casa, por exemplo, e fazer a divisão destes bens sem qualquer amparo legal torna-se extremamente complicado. Em segundo lugar, acredita-se que a existência de filhos dificulta o abandono da relação, e que o fato dos homossexuais não terem crianças pequenas vivendo com eles seria um ponto a seu favor. Esta crença é refutada por uma série de autores (e. g. Badgett, 1998), que postulam que aproximadamente 32% dos homossexuais são pais ou cuidam de crianças menores de 18 anos. Vale lembrar que a violência doméstica possui um impacto profundo em crianças, independente destas também serem ou não diretamente agredidas, e visto que o reconhecimento da existência de pais homossexuais é um fenômeno

relativamente recente, a literatura sobre os prejuízos da violência doméstica entre casais gays sobre crianças é praticamente inexistente.

Em terceiro lugar, é preciso refutar os estereótipos de que todos os homossexuais são promíscuos, que seus relacionamentos são sexuais (mas não amorosos), e que estes indivíduos são incapazes de estabelecer relações amorosas duradouras. Tal como mencionamos anteriormente, estatísticas norte-americanas mostram que 39% dos homossexuais coabitam com seus parceiros (em contraposição a 44% da população heterossexual que é casada) e que relacionamentos de 20 anos ou mais de duração não são incomuns (Peplau & Gordon, 1991; Wilke, 1998). Ao contrário de casais heterossexuais, no entanto, gays e lésbicas tendem a estar mais alienados de suas famílias de origem devido ao preconceito e à estigmatização associadas à sua orientação sexual. Assim, homossexuais dão ainda mais valor a seus relacionamentos, visto que estes podem ser suas únicas fontes de suporte emocional. Neste sentido, pode-se dizer que o rompimento com um parceiro pode ser considerado um dos eventos de vida mais estressantes para os homossexuais. Vivendo em uma sociedade fortemente preconceituosa, é comum que casais homossexuais descrevam seus relacionamentos como tendo uma qualidade de “nós contra o mundo”, o que fortalece os vínculos entre os sujeitos. *“Se esta situação, por um lado, conduz a uma maior intensidade emocional na relação, por outro também pode gerar insegurança, ao não permitir a separação e a autonomia dos elementos da relação”* (Antunes & Machado, 2005: 7). Quando estes relacionamentos se tornam violentos, muitos gays sentem vergonha e desapontamento, pois acreditam que não foram capazes de refutar o estereótipo de que as relações homossexuais são, em si, perversas e, portanto, inevitavelmente fadadas ao fracasso.

A definição da violência doméstica como um problema heterossexual, as campanhas de educação do público nesse sentido, assim como as crenças e estereótipos citados acima, fazem com que homossexuais que se encontram em relações agressivas tenham dificuldade em definir seus problemas como decorrentes de violência doméstica. E, mais grave ainda, com poucos modelos positivos de relacionamento homossexual nos quais se basear, podem acabar acreditando e aceitando a violência como uma forma “normal” de relacionar-se (Vickers, 1996).

A falta de modelos saudáveis de relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo permite aos abusadores convencer seus parceiros de que seu comportamento (abusivo) é normal. A vítima é levada a crer que qualquer problema que ela tenha com este comportamento é um reflexo de sua falta de experiência ou entendimento dos relacionamentos homossexuais. (Lehman, 1997: 56; tradução nossa)

Levando em consideração que o preconceito na nossa sociedade faz com que muitos indivíduos neguem a existência de relacionamentos homossexuais estáveis, admitir a realidade de que alguns destes casais possam estar envolvidos em situações de violência doméstica torna-se quase inimaginável. Some-se a isso o fato de que a comunidade homossexual, de um modo geral, adota uma “conspiração do silêncio” com relação a este tema, fazendo com que a violência doméstica entre casais gays se transforme em um “segundo armário”⁹⁹.

Primeiramente, acredita-se que a discriminação sofrida por homossexuais os leve a proteger seus relacionamentos a todo custo, idealizando-os como igualitários e seguros, em contraposição aos relacionamentos heterossexuais, nos quais as diferenças de poder entre os gêneros provocariam o surgimento de problemas conjugais. Tal como visto anteriormente, se para a maioria dos homossexuais já é extremamente difícil assumir sua orientação sexual, dar-se conta de que seu relacionamento amoroso é violento pode tornar-se um processo ainda mais doloroso. Em um sentido semelhante, mesmo depois que a existência de violência doméstica é constatada, muitos homossexuais hesitam em lidar com o problema por temor em reforçar estereótipos negativos de que a homossexualidade é uma “doença” ou “perversão”, ou pelo medo que este tipo de informação seja usada contra o grupo, impedindo, por exemplo, ganhos legais tais como os direitos a casais do mesmo sexo e a adoção de crianças (Hamberger, 1996; Leland, 2000).

Na nossa sociedade, os conceitos de “homossexualidade” e “doméstico” são vistos de algum modo como opostos, o que faz com que o problema da violência doméstica entre casais homossexuais não seja reconhecido, provocando a quase inexistência de serviços especializados em atender este setor da

⁹⁹ Utilizamos a expressão “segundo armário” em referência ao termo norte-americano “*to come out of the closet*” (sair do armário), que, tal como vimos anteriormente, significa assumir a homossexualidade. A assunção da homossexualidade seria, assim, o “primeiro armário”, enquanto que a admissão da existência de violência doméstica entre casais homossexuais caracterizaria o “segundo”.

população. Assim como os heterossexuais, homossexuais vítimas de violência doméstica tendem a negar a existência da agressão e raramente procuram ajuda, fato ao qual, no caso dos gays, soma-se o preconceito e a omissão da sociedade em aceitar a validade de seus relacionamentos (Babbitt, 1997). Desta forma, muitos homossexuais evitam procurar ajuda policial, legal, médica ou psicológica com medo de serem re-vitimizados através de discriminação, rejeição e humilhação por parte de instituições que possuem uma história de exclusão e hostilidade com relação a gays e lésbicas (Mordcin & Wyers, 1990).

No que se refere aos serviços sociais e abrigos disponíveis para vítimas de violência doméstica, devemos apontar que a maioria destas instituições se destina a acolher mulheres heterossexuais, sendo praticamente inexistentes para homens (gays ou não). Nos Estados Unidos e na Europa, programas exclusivamente direcionados a gays são escassos e limitados aos grandes centros urbanos (Snow, 1992). No Brasil, por exemplo, não fomos capazes de encontrar serviços voltados especificamente a este setor da população, ao passo em que as agências existentes parecem não possuir um grau de conhecimento ou treinamento adequado para efetivamente servir homossexuais em relacionamentos violentos. No caso das lésbicas, acredita-se que estas poderiam utilizar serviços direcionados a mulheres heterossexuais, mas como os abrigos estão abertos para todas as mulheres é possível que a vítima não se sinta segura, visto que a agressora pode ter acesso ao local (Lundy, 1993; Ristock, 1994). O preconceito existente nestes locais também não pode ser minimizado, e muitos homossexuais acabam por se sentir desconfortáveis utilizando estes tipos de serviço.

Apesar da violência doméstica entre casais do mesmo sexo ser um problema tão sério e prevalente quanto a violência doméstica heterossexual, o preconceito tem feito com que gays vítimas deste tipo de agressão não tenham acesso ao apoio psicológico, social e legal que precisam para poderem abandonar estes relacionamentos (Merrill, 1996). Sem campanhas de informação adequadas ou imagens positivas de relacionamentos homossexuais, aliado à relutância da comunidade homossexual em discutir o tema, muitas vítimas de violência doméstica não são capazes de reconhecer seus relacionamentos como agressivos e de procurar ajuda neste sentido. Contribui para a gravidade do problema o fato de que, de acordo com Lehman (1997), o processo de socialização experienciado por homossexuais com frequência inclui estigmatização, segredo, encobrimento,

isolamento e medo de abandono, elementos que fazem com que mesmo aqueles indivíduos que reconheçam problemas em seus relacionamentos tenham em procurar ajuda. E, tal como vimos acima, caso o façam, provavelmente não receberão assistência adequada. Como nos apontam Antunes e Machado: “*a homofobia, a discriminação e o estigma que existem na nossa sociedade em relação à homossexualidade constituem uma aceitação implícita da violência*” (Antunes & Machado, 2005: 10). Desta forma, na medida em que relacionamentos homossexuais são cada vez mais aceitos e legitimados, tanto pela comunidade gay, quanto pela sociedade mais ampla, precisamos também reconhecer a existência de violência doméstica em algumas destas relações, desenvolvendo pesquisas e aumentando o número de serviços disponíveis tanto para vítimas quanto para agressores.