

Terapia Familiar Afirmativa com Lésbicas, Gays e Bissexuais

Madalena Leite¹

Ramiro Figueiredo Catelan²

Resumo

As práticas psicológicas com indivíduos lésbicas, gays e bissexuais (LGB) vêm sendo exercidas de modo muitas vezes inadequado, amparadas numa lógica heteronormativa e que hostiliza as orientações não-heterossexuais. Considerando este cenário, nosso artigo tem como objetivo principal apresentar os elementos básicos da terapia familiar afirmativa, um modelo para trabalhar com famílias com membros LGB, de forma a desenvolver intervenções culturalmente sensíveis, empáticas e respeitosas em relação à diversidade sexual. Num primeiro momento, descreve-se o panorama da despatologização da homossexualidade. A seguir, apresenta-se o modelo conceitual do preconceito e estresse de minoria, útil para a compreensão dos impactos da violência na saúde mental de pessoas LGB. Também são relatados alguns dados empíricos sobre apoio familiar e saúde mental de pessoas LGB. Subsequentemente, o modelo das competências multiculturais e terapia afirmativa é abordado. Após, são apresentadas estratégias para manejo terapêutico, bem como exemplos clínicos fictícios para ilustrar a prática. Conclui-se que terapeutas com viés devem ter conhecimento dos desafios enfrentados pela população LGB e desenvolver instrumentalização para um trabalho mais adequado.

Palavras-chave: *terapia familiar; terapia afirmativa; diversidade sexual.*

Affirmative Family Therapy with Lesbian, Gay and Bisexual Persons

Abstract

Psychological practices with lesbian, gay, and bisexual (LGB) individuals have often been performed inappropriately, supported by a heteronormative logic that is hostile toward non-heterosexual orientations. Considering this scenario, our article aims to present basic elements of affirmative family psychotherapy, a model for working with families including LGB members, in order to develop culturally sensitive, empathic and respectful interventions in relation to sexual diversity. At first, the panorama of the depathologization of homosexuality is described. The conceptual model of minority prejudice and stress is, useful for understanding the impacts of violence on the mental health of LGB people, is presented. Some empirical data on family support and mental health of LGB people are also reported. Subsequently, the model of multicultural skills and affirmative psychotherapy is addressed. Then,

¹ Psicóloga (PUCRS). Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental (InTCC). Especialista em Terapia da Sexualidade Humana, Diversidade Sexual e Gênero (InTCC). Atua como terapeuta em consultório particular.

² Psicólogo (PUCRS). Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental (CEFI). Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Doutor em Psicologia (PUCRS). Tem treinamento intensivo em Terapia Comportamental Dialética (Behavioral Tech/USA). Atua como terapeuta e supervisor em consultório particular. Membro do corpo docente da Wainer. Atua como professor convidado em algumas instituições nas áreas de terapias cognitivo-comportamentais, regulação emocional e diversidade sexual e de gênero.

strategies for psychotherapeutic management are presented, as well as fictitious clinical examples to illustrate the practice. It is concluded that psychotherapists in an affirmative framework should be aware of the challenges faced by LGB population, developing instrumentalization for a more adequate work.

Keywords: *family psychotherapy; affirmative psychotherapy; sexual diversity*

Despatologização da homossexualidade

Durante décadas, a cultura ocidental patologizou expressões e identidades que rompessem com o padrão heteronormativo, ou seja, a ideia de que pessoas heterossexuais são superiores às não-heterossexuais era hegemônica. Criaram-se mitos culturais a respeito da existência de “homens e mulheres de verdade”, que em muitos espaços seguem vigentes. Após os eventos ligados à revolta de Stonewall, em 1969, na qual a comunidade LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros) nova-iorquina se revoltou contra a intolerância e a discriminação sofridas, os movimentos sociais e profissionais da Psicologia e Psiquiatria começaram a pressionar a American Psychiatric Association para que removesse a homossexualidade do DSM, o que aconteceu em 1973 (Drescher, 2015). O diagnóstico de homossexualismo (termo em desuso) somente foi removido da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde na década de 1990, após muita pressão do movimento de lésbicas, gays e bissexuais (LGB) (World Health Organization, 1992).

Terapeutas que buscam trabalhar no modelo afirmativo precisam abraçar o compromisso de respeitar a diversidade sexual e abandonar crenças etiopatológicas sobre a homo/ bissexualidade (Lingiardi, Nardelli & Tripodi, 2015). Exemplos dessas crenças são ideias como *a homo/bissexualidade é fruto de crenças irracionais e distorcidas desenvolvidas na infância e adolescência; a homossexualidade é causada por um trauma; a homossexualidade é a manifestação de uma falha de identificação com o próprio papel de gênero; uma pessoa homo/bissexual deve experimentar contato físico ou sexual com uma pessoa de outro gênero para ter certeza de sua homo/bissexualidade; e existe uma causa para a homo/bissexualidade das/os pacientes* (Vezzosi, Ramos, Almeida Segundo & Costa, 2019).

Não existem evidências que apoiem afirmações como essas. O desenvolvimento das orientações sexuais, de uma maneira geral, segue inconclusivo; supõe-se que seja um combinado de fatores biológicos, ambientais e sociais. A visão científica contemporânea enxerga a homo/bissexualidade como uma variação normal das orientações sexuais, não cabendo espaço para sua presença em manuais psiquiátricos (Drescher, 2015).

Apesar de existir farta literatura científica a respeito das especificidades de saúde mental de pessoas LGB e do entendimento moderno de que as orientações não-heterossexuais não configuram desvio, patologia ou perversão, persistem uma série de mitos, estereótipos e distorções sobre a população LGB na prática terapêutica, que pode levar a diferentes formas de terapia de conversão/correção. Terapia de conversão/correção é qualquer tentativa, sutil ou explícita, de realizar a modificação de uma orientação sexual (Drescher et al., 2016). Para evitar intervenções iatrogênicas ou danosas para seus clientes, profissionais da Psicologia devem se ater a uma série de orientações

que balizam o trabalho afirmativo, empático e inclusivo com pessoas não-heterossexuais (American Psychological Association, 2011; Pachankis, 2018).

Preconceito e estresse de minoria

O preconceito é uma atitude, ou seja, uma tendência cognitiva relativamente estável de criar avaliações sobre pessoas com base em estereótipos, ou seja, mitos/distorções, fruto de um processo de aprendizagem que inicia na infância. Cria-se uma imagem negativa de uma pessoa a partir de características atribuídas socialmente ao grupo social ao qual a pessoa pertence (Myers, 2014). O preconceito é um fenômeno tanto individual quanto social, e compõe-se de três aspectos básicos: cognitivo (pensamentos), emoções (carga afetiva) e comportamentos (atos direcionados) (Herek, 2000). Exemplo: não gosto de gays (cognição), sinto raiva deles (emoção), logo, irei falar mal deles ou agredi-los fisicamente (comportamentos).

Esse fenômeno faz parte de um sistema cultural complexo e representa o endosso de indivíduos a um modelo social que cria hierarquias baseadas em estereótipos grupais, provocando barreiras institucionais à plena participação social de determinados grupos e predispondo vulnerabilidade às vítimas. Logo, a modificação das expressões do preconceito depende de mudanças culturais que demandam tempo (Herek, 2016).

O estresse é uma resposta fisiológica natural do corpo humano diante de determinados estímulos interpretados como ameaçadores. É uma forma de defesa esperada frente a determinadas situações. Entretanto, em sociedades que invalidam e hostilizam a expressão da diversidade sexual, pessoas LGBT, de uma maneira geral, tendem a sofrer níveis crônicos de estresse. A esse fenômeno chama-se estresse de minoria. Estressores de minoria específicos em pessoas LGB não costumam ser experimentados por pessoas heterossexuais. Exemplos disso são medo de revelar sua orientação sexual, expectativa de rejeição familiar e comunitária e receio de agressões físicas motivadas por orientação sexual (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016; Meyer, 2003).

Um corpo crescente de investigações fornece apoio empírico ao modelo em diversas populações. Pesquisas vem demonstrando o impacto negativo do preconceito, da discriminação e da violência em diversos desfechos de vida de gays, lésbicas e bissexuais, incluindo dificuldades para revelar a identidade e homofobia internalizada (Cox, Dewaele, van Houtte & Vincke, 2010; Pollitt, Muraco, Grossman & Russell, 2017), risco aumentado para contrair HIV e estar suscetível a sintomas depressivos (Rendina et al., 2017), ansiedade, dificuldade para controlar raiva e estresse pós-traumático (Solomon et al., 2019) e risco elevado para abuso de substâncias (Feinstein & Newcomb, 2016).

O preconceito e o estresse de minoria são fenômenos importantes a serem explorados na formação clínica de terapeutas. Os modelos tradicionais de terapia costumam ser conduzidos dentro de uma lógica heteronormativa, podendo gerar uma hierarquia de desigualdades (Pachankis, 2018). Pesquisas têm apontado que terapeutas apresentam um nível preocupante de atitudes negativas em relação a pessoas com orientações não-heterossexuais e podem, mesmo de forma não-intencional, conduzir intervenções inadequadas (Gaspodini & Falcke, 2018; Lingardi et al., 2015). Isso reforça a

necessidade de identificar crenças enviesadas e buscar corrigi-las quando não se encontram em conformidade com a ideia do respeito à diversidade sexual.

Apoio familiar e saúde mental

Famílias que rechaçam e hostilizam membros LGB mostram-se fator de risco para uma série de desfechos negativos, fazendo com que muitos indivíduos ampliem o significado de família e escolham amigos próximos para este papel (Soler, Caldwell, Córdova, Harper & Bauermeister, 2017). Os resultados de uma pesquisa com 110 homens gays e bissexuais com idades entre 18 e 56 anos sugeriram que a revelação da orientação sexual à família é afetada pelo nível de independência econômica, ou seja, aqueles que não dependem financeiramente da família tendem a fazer mais revelação do que aqueles economicamente dependentes. Além disso, respostas familiares negativas à orientação sexual previram significativamente sintomas de depressão, indicando o impacto negativo da falta de apoio familiar sobre a saúde mental (White, Sandfort, Morgan, Carpenter & Pierre, 2016).

Um estudo conduzido por Feinstein, Wadsworth, Davila e Goldfried (2014) com 414 pessoas auto-identificadas como lésbicas e gays investigou a associação entre apoio parental e familiar e saúde mental indicou que atitudes afirmativas dos pais em relação à orientação sexual podem proteger os filhos diante de seus próprios pensamentos e sentimentos negativos relacionados à sua orientação sexual, apesar de não terem efeito de impedir a discriminação explícita. Além disso, as atitudes dos pais em relação à orientação sexual de seus filhos podem ser mais importantes para fornecer apoio geral.

Outra investigação que buscou avaliar o papel do apoio familiar como fator protetivo para pessoas LGB, numa amostra de 245 indivíduos, apontou que a aceitação da família é preditora de maior autoestima, apoio social e estado geral de saúde. O apoio familiar também protege contra depressão, abuso de substâncias e ideação/ comportamentos suicidas (Ryan, Russell, Huebner, Diaz & Sanchez, 2010).

Em pesquisa com 232 jovens LGBT, McConnell, Birkett e Mustanki (2015) avaliaram três diferentes níveis de apoio familiar: alto apoio (44,0% dos participantes), baixo apoio (21,6%) e sem apoio familiar (34,5%). Chama a atenção que 56,1% da amostra apresenta nível reduzido ou nulo de apoio familiar, o que interfere em variáveis de saúde mental como solidão, desesperança, ansiedade, somatização, gravidade geral dos sintomas e sintomas de transtorno depressivo maior. Os participantes com maiores níveis de apoio familiar tiveram níveis reduzidos de agravos psicológicos, o que demonstra a importância da família na minimização das vulnerabilidades apresentadas por pessoas LGBT.

Tomados em conjuntos, os dados dos estudos acima mencionados demonstram a importância do apoio familiar para o bom funcionamento psicológico de pessoas LGB e denunciam os efeitos deletérios de saúde mental que a ausência desse apoio provoca. Em uma sociedade que abertamente hostiliza a expressão da homo/bissexualidade, contar com aceitação e engajamento da família pode facilitar o processo de vida das pessoas. Em decorrência da falta de apoio das famílias de origem, muitas pessoas LGB estendem o significado de família para suas amigas e relações sociais.

Competências multiculturais e terapia afirmativa

O multiculturalismo é a ideia de que existe uma ampla diversidade de perspectivas culturais em uma determinada sociedade (Antonsich, 2016). A perspectiva multicultural mostra-se desafiante em sociedades que giram em torno do monoculturalismo, ou seja, a hegemonia de uma única visão cultural, que pode resultar na visão distorcida de que o multiculturalismo é uma ameaça à identidade nacional e aos valores tradicionais (incluindo a “família tradicional”).

Alguns países desenvolvem regulações para proteger identidades culturais específicas, que costumam ser marginalizadas socialmente, visando a garantir direitos humanos básicos. Perspectivas multiculturalistas reconhecem que existem diversas identidades sociais que atravessam a vida das pessoas. Nesse sentido, é preciso fomentar a aceitação de múltiplos códigos de conduta e da livre expressão da diversidade humana (Verkuyten & Yogeewaran, 2019). Enfatizar o multiculturalismo é necessário para oferecer intervenções psicológicas mais sensíveis culturalmente, como se verá a seguir.

Competências multiculturais são habilidades terapêuticas que envolvem sensibilidade cultural para o respeito e valorização da diversidade humana, oferecendo intervenções apropriadas para minorias sociais, étnicas/raciais e de gênero/sexualidade. O desenvolvimento de competências multiculturais é relevante para o trabalho com famílias e permite compreender como as diversas identidades culturais e marcadores sociais da diferença (como raça, classe social, idade, orientação sexual, localização geográfica etc.) impactam a vidas das pessoas e se manifestam no contexto clínico (Sue, Zane, Nagayama Hall & Berger, 2019).

Essas competências dizem respeito não apenas à empatia, ou seja, a habilidade de colocar-se no lugar das outras pessoas (cognitiva e/ou emocionalmente), mas à capacidade de se conectar com a realidade cultural e identitária de cada paciente. Os modelos terapêuticos hegemônicos se norteiam por meio de uma perspectiva *ética*, que parte do pressuposto do universalismo cultural, segundo o qual a prevenção e intervenção devem seguir preceitos universais que não variam de acordo com a cultura. A abordagem das competências multiculturais se arvora em uma perspectiva *êmica*, que entende as dificuldades em saúde mental como estando interconectadas com cada realidade cultural. Experiências culturais e identitárias diversas influenciam o desenvolvimento, curso e expressão dos seres humanos e, por conseguinte, das demandas terapêuticas (Sue, Sue, Neville & Smith, 2019).

Uma série de esforços têm sido empreendidos no sentido de adaptar protocolos e estratégias terapêuticas para a população LGB. Alguns estudos têm usado a denominação (psico)terapia afirmativa para fazer alusão à terapia que usa estratégias tradicionais e reconhecidas no campo, mas abarca competências multiculturais que respeitem a diversidade sexual e de gênero. Assim, busca-se desenvolver maior sensibilidade cultural, entendendo as especificidades que a população LGB apresenta e o efeito dos estressores de minoria sobre a saúde mental (Balsam et al., 2006; Johnson, 2012; Korell & Lorah, 2007; Lelutiu-Weinberger & Pachankis, 2018; Pachankis, Hatzenbuehler, Rendina, Safren & Parsons, 2014; Proujansky & Pachankis, 2014). Receber treinamento específico em terapia e aconselhamento afirmativos em relação a pessoas LGB encontra associação com atitudes mais afirmativas em relação a esses indivíduos, níveis mais altos de autoeficácia ao conduzir

intervenções neste modelo e crenças mais positivas sobre indivíduos LGB (Alessi, Dillon & Kim, 2016). Algumas das tarefas de modelos terapêuticos afirmativos envolvem afirmar a identidade das pessoas, identificar forças pessoais, validar a orientação sexual, construir e reforçar redes de apoio e distinguir problemas ambientais daqueles derivados de pensamentos disfuncionais. Também pode-se desenvolver habilidades sociais para manejar ambientes estressores e reconhecer experiências de preconceito autorrelatadas (Craig, Austin & Alessi, 2013).

A despeito de os estudos internacionais indicarem que terapeutas familiares vêm apresentando cada vez mais atitudes respeitadas e afirmativas em relação a pacientes LGB, há barreiras a serem transpostas (McGeorge, Carlson & Toomey, 2015). Um estudo indicou que que terapeutas familiares que encaminharam pacientes LGB com base apenas na orientação sexual relataram níveis mais altos de crenças negativas em relação a indivíduos LGB e níveis mais baixos de competência clínica afirmativa. Os resultados também sugeriram que crenças negativas em relação às pessoas LGB não apenas aumentaram a chance de encaminhar pacientes LGB, mas também foram preditores de uma crença de que é ético encaminhar um pacientes LGB simplesmente com base na sua orientação (McGeorge, Stone Carlson & Farrell, 2015). Na literatura estrangeira, há um número crescente de estudos e manuais clínicos que explorem questões LGB na terapia familiar. No entanto, no contexto brasileiro, poucas publicações sobre esse tema são encontradas. Baseados nessa constatação, buscamos neste artigo sugerir algumas práticas afirmativas com pessoas LGB em terapia familiar, de modo a contribuir para preencher essa lacuna e fomentar reflexões sobre como terapeutas familiares têm abordado pacientes LGB em suas práticas clínicas.

Manejo clínico afirmativo

Para pensar um manejo clínico afirmativo, traremos vinhetas clínicas mostrando situações corriqueiras em famílias com pessoas LGB. Serão pontuadas intervenções terapêuticas afirmativas e descritas conceitualizações a partir da abordagem sistêmica-cognitiva. Os casos aqui descritos são fictícios e ilustrativos, uma vez que a realidade pode ser mais complexa e as famílias, mais resistentes à quebra da homeostase problemática. Além disso, apesar da escrita linear para fins didáticos, sabemos que a causa dos eventos é circular. Ação e reação estão interligadas e retroalimentam-se (Lomando & Sigaran, 2018). É importante salientar que ser um/a terapeuta afirmativa/o não diz respeito às técnicas utilizadas, mas ao foco e à atitude clínica com abertura para o respeito à diversidade humana, de maneira geral, e à diversidade sexual, de maneira específica.

Vinheta 1: Sandra procura terapia familiar para ela e sua filha lésbica de 18 anos, Antônia, porque brigam com muita frequência. No contato inicial, solicita-se que o pai compareça à sessão também; no entanto, ele não vem, alegando compromisso no trabalho. A mãe fala a maior parte do atendimento, e expõe irritada que não entende o motivo da filha ser tão explosiva com ela. Ao ouvir isso, a filha dá um suspiro. A terapeuta percebe isso e busca dar voz à menina, dizendo “ok, mãe, agora eu queria ouvir um pouco a Antônia. O que tu gostarias de nos comunicar com esse suspiro?”. Bastante tímida, a menina responde “não sei” e se encolhe na poltrona. Ela parece bastante insegura e com medo de desagradar a mãe, o que se confirma em sessões posteriores. A terapeuta incentiva-a a confiar no

novo vínculo, ressaltando que esse é um espaço seguro e que ela está ali para ajudar as duas a se darem melhor. Psicoeduca que é só quando falamos sobre o que nos incomoda que podemos mudar a nossa realidade. A partir disso, Antônia começa a contar como se sente rejeitada pela mãe, relatando que a mãe nunca a aceitou. A mãe tenta interrompê-la, mas a terapeuta faz um sinal com a mão para a mãe esperar. A menina conta que com frequência se sente criticada pela mãe, não sendo aceita na sua sexualidade. Ao ouvir isso, a terapeuta pergunta como foi a revelação da sua homossexualidade. Há quatro anos os pais descobriram por acaso quando passeavam no parque e viram a filha beijando outra menina. A mãe ficou furiosa e começou a agredi-la verbal e fisicamente, só parando quando foi segurada pelo marido. A partir disso, a relação da menina com a mãe, que era próxima, começou a se deteriorar. Ao ouvir essa história na sessão, a mãe diz “no início foi difícil mesmo, eu até fui em um psicólogo para me ajudar a entender e eu consegui aceitar. Hoje eu aceito”. A menina suspira de novo. Ao longo das sessões, fica claro que não houve nenhum pedido de desculpas referente a essa situação. A postura crítica da mãe em relação a outras atitudes da filha reforçam a sensação de rejeição. A ausência do pai também é um fator mantenedor desse conflito, uma vez que, ao brigar com a filha, a mãe não olha para as dificuldades do seu casamento.

Esse subsistema mãe-filha apresenta o que Minuchin e Fishman (1990) nomeiam fronteiras emaranhadas. Elas são tão próximas, que têm pouca autonomia e excesso de preocupações com a outra, a ponto de atrapalhar seu bem-estar. Isso fica claro quando a mãe ocupa a maior parte da sessão e tem dificuldade de ouvir a filha sem interrompê-la. As críticas constantes também são uma forma de emaranhamento, uma vez que a mãe apresenta dificuldades de lidar com a individualidade da filha. Antônia demonstra seu emaranhamento quando não consegue falar o que pensa por medo de desagradar a mãe. O ideal é que se torne nítida essa fronteira, ou seja, que ambas consigam ver-se diferenciadas.

Como toda família que vem à terapia, elas desenvolvem algumas estratégias de resolução de conflito que não trazem saúde. Algumas estratégias de resolução de conflito destrutivas que elas apresentam são: hostilidade física e verbal, submissão, evitação de falar do problema e estimulação de culpa. O papel da/o terapeuta é ajudá-las a se darem conta e criar estratégias construtivas que envolvam negociação, demonstração e respeito pelos sentimentos (Kurdek, 1994). Além disso, deve-se criar ativamente espaços seguros para escuta, ajudando a família a regular as possíveis reações.

Antônia reage a esse emaranhamento com submissão ou reações agressivas. Isso mostra uma baixa capacidade de assertividade e regulação emocional. Assertividade diz respeito a expressar seus sentimentos e pensamentos sem ferir o outro (Caballo, 2002). Já a regulação emocional envolve identificar, expressar e validar, de forma assertiva, as emoções. Esse é um ponto importante a ser trabalhado, uma vez que a/o paciente pode não saber lidar de forma saudável com as emoções despertadas pela invalidação (Caminha & Caminha, 2016).

Toda forma de expressão, seja verbal ou não, é uma forma de comunicação. Nesse caso, a paciente se comunica mais de forma não verbal, se afastando e suspirando. Uma vez que esse tipo de comunicação não é clara, é papel da/o terapeuta pontuar e ajudar a/o paciente a traduzir essa comunicação em palavras que os outros membros possam compreender (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2007). Ainda falando de assertividade, também poderia ser trabalhado com a mãe o conteúdo

e a ordem dos eventos, ou seja, o que se diz e a forma como se diz. Ao mesmo tempo que busca expressar cuidado e preocupação com a filha, o faz de forma agressiva e invasiva, emitindo duplas mensagens. Isso é um exemplo de duplo vínculo, que consiste em exigir um comportamento e resultar em consequências desagradáveis independentemente do que se faça, causando sofrimento. Nesse caso, seria importante clarificar o quanto cuidar é o valor associado, mas que, expressado dessa forma, é sentido como punição (Lomando & Sigaran, 2018).

Antônia contribui para essa situação à medida que não se posiciona assertivamente e deixa a mãe mandar na sua vida. As “explosões” são sintoma de uma dificuldade em delimitar assertivamente fronteiras de self. Ela tenta comunicar para a mãe que tem uma identidade separada dela e que gostaria de ser valorizada. Isso é um indicativo do que Bowen denomina fusão emocional. Isso acontece quando os pais não editam sua mater/paternidade de acordo com a idade do filho, mantendo sua identidade fusionada com a deles e projetando suas crenças e vivências. A evitação e o rompimento emocional são comuns nesses casos; no entanto, isso mantém a fusão e a falta de diferenciação de self. O ideal é auxiliar os membros a se diferenciarem dentro do possível (Nichols & Schwartz, 2007).

É comum em famílias com pais heterossexuais e filhos LGB a dificuldade de compreensão do impacto da orientação sexual no desenvolvimento da identidade, uma vez que esses pais não precisaram passar pelos desafios que a não-heterossexualidade traz (Riesenfeld, 2002). Isso faz com que algumas famílias reproduzam preconceitos internalizados, ou seja, ideias negativas e não questionadas sobre homo/bissexualidade. Sendo esse o primeiro grupo de inserção social e a base do desenvolvimento emocional, sofrer situações de rejeição e preconceito vulnerabiliza o sujeito ao desenvolvimento de sofrimento psicológico. É comum pessoas LGB terem frustrações na necessidade emocional de aceitação e crescerem com uma sensação de não-pertencimento (Borges, 2009). Isso pode acontecer tanto por questões da família em particular quanto por fatores sociais. O papel da/o terapeuta é ajudar a família a se dar conta de quais atitudes reforçam essa sensação. Nessa vinheta clínica, há uma situação traumática que não foi perdoada, sendo silenciada.

Poderia ser produtivo explorar qual foi o processamento cognitivo dos envolvidos nas situações de conflito, em especial durante a descoberta da homossexualidade da filha. Isso auxilia com que os membros da família criem uma narrativa da situação mais completa e menos enviesada. É comum que uma orientação não-heterossexual seja mantida em segredo por um tempo por medo de represálias. Afinal, existe a expectativa social de que todos sejamos heterossexuais, ou seja, a heterossexualidade compulsória (Riesenfeld, 2002). Nesse caso, como foi uma descoberta e não uma revelação, talvez nem mesmo a menina tivesse clareza do que estava experienciando e como estava significando sua orientação sexual. A reação da mãe pode ter precipitado e reforçado crenças de homofobia internalizada da filha.

Existem várias ideias distorcidas sobre a homo/bissexualidade na nossa sociedade, gerando medos e reações desproporcionais em alguns pais (Riesenfeld, 2002). Dependendo do processamento cognitivo automático que temos das situações, desenvolvemos algumas reações. Esse processamento é construído com base em crenças que são desenvolvidas e reforçadas ao longo da vida (Beck, 2013). Quando se fala de preconceito, não é diferente. São tantas as mensagens negativas sobre a homo/bissexualidade, que alguns pais podem tê-las internalizadas sem que percebam.

Independentemente de como foi a descoberta, gera-se algum impacto na família. As reações variam, mas podem incluir choque, estranhamento, negação, culpa, medo, fúria e compreensão (Riesenfeld, 2002). Nesse caso, a reação da mãe é de fúria. Uma vez que ambas têm um relacionamento emaranhado, a descoberta da homossexualidade foi tida como um ataque pessoal à sua identidade. Foi uma forma de feedback negativo pela quebra da heteronormatividade. O entendimento da filha sobre a atuação do pai também é importante, uma vez que ele pode ter sido visto como fonte de apoio naquele momento. Não temos muitas informações sobre o processamento do pai, mas podemos inferir que foi diferente daquele apresentado pela mãe. Em um processo terapêutico real seria essencial que esse pai distante participasse das consultas e da narrativa desses conflitos. No caso em questão, se apresenta uma triangulação, que é o tipo de processo que envolve uma terceira pessoa no conflito para diminuir a ansiedade imediata, mas que mantém o problema (Nichols & Schwartz, 2007). Ao se manter o conflito mãe-filha, não há espaço para olhar os conflitos do casal e o subsistema pai-filha.

Além do reconhecimento e da mudança efetiva dos outros mantenedores (comunicação crítica e triangulação), um ritual de perdão e reparação pode ser necessário para aproximar os membros da família. Em nenhum momento a mãe parece ter pedido desculpas ou, se o fez, não foi de uma forma que a filha tenha conseguido perceber seu arrependimento e confiar no vínculo novamente. Quando há algum conflito mal resolvido, ele tende a reaparecer em situações atuais, como uma conta a ser cobrada. Quem feriu precisa ser incentivado a vivenciar a história do outro para empatizar com o sentimento despertado e se dar conta do impacto gerado. Em geral, o arrependimento e a culpa despertados são importantes para validar a experiência do ferido. São eles que dão valor ao pedido de desculpas e possibilitam uma reparação. Apesar disso, em uma situação tão violenta como essa, a validação e o perdão pedido podem não ser suficientes para que a filha sinta-se disposta a perdoar. É importante que a/o terapeuta valide esse direito, peça que a paciente deixe claro seus motivos e questione por outras formas de reparação, se possível. Caso não existam, a própria manutenção da relação pode ser questionada (Lomando & Sigaran, 2018).

Falar sobre a orientação sexual, mesmo que não seja o foco principal, é essencial quando há um paciente LGB, uma vez que é comum esse assunto ser tratado como um tabu em algumas famílias. As vezes, houve a revelação, mas ninguém mais falou no assunto, como se fosse proibido. Isso é reflexo da homofobia institucionalizada, que reforça sentimentos de inadequação e exclusão social. A postura adequada é que se possa tratar a orientação não-heterossexual com normalidade, ou seja, sem evitações de tópicos associados e respeitando as devidas características. Alguns pontos a observar são a forma como a família fala sobre outras pessoas LGB, as palavras utilizadas (se são pejorativas ou não), a rejeição de saber mais sobre a vida amorosa e expectativas negativas sobre a pessoa (Borges, 2009).

Outro ponto a ser observado são os sentimentos e pensamentos da/o terapeuta. A forma como aquele sistema ressoa na/ terapeuta pode dizer muito de como o sistema funciona e de sua própria história de vida. Ficar atento à ressonância auxilia a se conectar com a família, ao mesmo tempo em que pode atrapalhar o processo. Vibrar na mesma frequência do sistema mantém a homeostase. O que as pessoas que buscam terapia precisam é de uma frequência diferente (Lomando & Sigaran, 2018). Em situações de violência é possível que haja uma tendência em se aliar com quem foi

agredido, principalmente se a/o terapeuta for mais *LGB-friendly*. A/o terapeuta precisa ter cuidado para não se voltar contra a mãe e assumir a postura punitiva da filha, mantendo a homeostase da família. Para pacientes LGB que sofreram rejeição desde cedo, é necessário ter maior cuidado para estabelecer vínculo, porque podem esperar o mesmo comportamento da/o terapeuta. Apesar disso, é fundamental que se lembre que o dever da/o terapeuta é com a família, e não com a/o paciente A ou B.

Os seguintes aspectos foram trabalhados nessa vinheta: revelação da orientação sexual, fronteiras, assertividade, diferenciação de self, aliança, self da/o terapeuta, ressonância, triangulação, duplo vínculo, importância de rituais de reparação e perdão. O papel da/o terapeuta familiar em um sistema com paciente LGB passa por ter conhecimento dos desafios específicos que essa população enfrenta, estar atenta/o ao impacto da orientação sexual e sua revelação para a pessoa e sua família. É essencial que se atente a preconceitos sutis que encontram-se enraizados na nossa cultura e como eles podem ser reproduzidos pela família e pela/ terapeuta. Ainda, a/o terapeuta precisa estar atenta/o às possíveis ressonâncias despertadas pelo caso.

Vinheta 2: Em uma cidade no interior do Rio Grande do Sul, uma família busca atendimento por recomendação da terapeuta individual de um dos membros. Apesar de não ter clareza como a terapia familiar pode ajudar, comparecem aos atendimentos pai, dois filhos e avó paterna. A mãe dessa família faleceu no parto do último filho, restando os cuidados dos filhos ao pai e à avó paterna. O que os leva a atendimento é o fato de o pai começar a desconfiar que um dos filhos é gay. Criado em uma cultura bastante machista, o pai acredita que a culpa é sua por estar sempre trabalhando e não ter sido um exemplo presente de “homem de verdade” para o filho, e da sua avó, por ter mimado o garoto demais. Isso causa várias discussões entre pai e filho. O pai, 57 anos, apresenta sintomas de desregulação de raiva; Arthur, 25 anos, o filho, depressão maior grave; e Pedro, 20 anos, transtorno de ansiedade social. Foi a terapeuta de Arthur que indicou a terapia familiar.

Em determinada sessão em que o pai e a avó não puderam comparecer, Arthur revela que ele e o irmão são gays, mas têm medo de contar para a família. Pedem ajuda à terapeuta porque têm receios da reação do pai. Eles avaliaram os medos, riscos envolvidos e suas probabilidades de concretização. Decidem que podem contar para a avó, mas que devem esperar mais tempo para contar para o pai devido ao seu histórico de reações agressivas. Nessa sessão fica combinado que a terapeuta trabalharia com eles para que pudessem revelar esse segredo com mais segurança. Ao se trabalhar o genograma da família, descobrem que o pai tivera uma experiência homofóbica quando tinha quatro anos. Admirava muito a beleza da mãe e um dia foi pego pelo pai brincando com as maquiagens dela, que reagiu dando uma surra nele e dizendo que “isso é coisa de viado. Os Silva são macho. Não quero te ver envergonhando a família assim”. Desde então, o pai se apegou a um estereótipo de “homem de verdade” que não condizia com sua essência. Nunca tinha parado para pensar no impacto da produção de uma masculinidade agressiva.

No atendimento familiar é trabalhado esse trauma e o impacto dele na relação que a família lida com ser homem e com a homossexualidade. O pai aprende a regular sua raiva de forma mais assertiva. Junto a isso, desfaz-se de crenças enraizadas na cultura local, e os filhos conseguem contar para o pai sobre sua orientação sexual com mais segurança.

Estar dentro do armário, ou seja, não ter a sua homossexualidade revelada, é sempre um sofrimento. Assumir-se é um rito de passagem importante para as pessoas LGB e um fator que impacta diretamente na saúde emocional (Borges, 2009). Como todo segredo, causa sintomas (Wagner, 2005). Nesse caso, pode estar associado à ansiedade social de Pedro e à depressão de Arthur.

Eles aprenderam desde cedo que a homossexualidade não era um *comportamento* aceitável pela família. Isso por si só já gera inseguranças, uma vez que orientação sexual não é uma característica que se escolhe. Por essa confusão, eles podem ter desenvolvido crenças de que há algo inerentemente errado com eles, gerando medo, culpa e vergonha. É importante ressaltar que ser LGB não diz respeito somente à orientação sexual, mas também a uma experiência de constituição de identidade diferente da heterossexual (Borges, 2009).

É importante compreender o processamento cognitivo e crenças associadas à homossexualidade para desfazer prováveis distorções. A/o terapeuta deve estar ciente dos seus possíveis vieses de homofobia internalizada. Mesmo a/o terapeuta mais *LGB-friendly* pode ter pontos-cegos, por ter inserção em uma cultura heteronormativa. Trabalhar de forma afirmativa não significa a ausência de crenças de homofobia internalizadas, mas estar ciente de que estamos em uma cultura que reforça preconceito e que, mesmo discordando, precisamos trabalhar ativamente para não reproduzi-la sem querer (Borges, 2009).

Quando há um bom vínculo terapêutico, em uma terapia com pacientes LGB não assumidas/os, pode acontecer a situação descrita na vinheta. Para esses pacientes pode ser importante assumir esse segredo temporariamente como forma de apoio, desde que pensando no bem-estar da família (Lomando & Sigaran, 2018). Pode ser que nesse momento a/o terapeuta seja a única rede de apoio e aceitação na vida desses pacientes. Nesse caso, com um pai com pouca regulação de raiva e que já demonstrava encarar homossexualidade de forma negativa, revelar a homossexualidade sem uma preparação prévia poderia resultar em um trauma familiar, como aconteceu com a paciente Antônia da Vinheta 1.

A necessidade de revelar e poder falar sobre a orientação não-heterossexual está diretamente ligada à necessidade básica de aceitação, honestidade, busca de apoio e aproximação. Quando alguém decide se assumir é porque tem certeza de como se sente; no entanto, cada pessoa tem o seu tempo para se entender e para se sentir confortável de compartilhar o que sente. Esse processo exige muita coragem de expor o vínculo a algo passível de rejeição (Riesenfeld, 2002). Para revelar a homossexualidade, é importante avaliar com a/o paciente medos reais e imaginados e suas probabilidades, como agressões físicas e verbais, punições financeiras, expulsão de casa etc. Aqui a/o terapeuta afirmativa/o precisa ter cuidado para não incentivar a/o paciente a se colocar em situação de risco. Em ambientes extremamente hostis pode ser mais protetivo se manter no armário. É necessário sempre avaliar o custo-benefício e o quanto o paciente está disposto e pronto a lidar com as consequências (Borges, 2009).

Como um dos rituais mais marcantes da vida de uma pessoa LGB, é importante uma reflexão prévia sobre para quem contar e de que forma. Para tal, pode-se levantar a rede de apoio da/o paciente e encorajá-la/o a se assumir primeiro para aqueles com vínculo mais seguro e com menos probabilidade de rejeição (Borges, 2009). Nesse caso, foi a avó a escolhida; no entanto, essa rede

pode incluir as amizades. É importante trabalhar habilidades sociais e de regulação emocional necessárias para lidar com as possíveis reações.

Além de entender os significados e as fantasias associadas à homossexualidade, pode ser útil olhar para a experiência transgeracional com esse tema. Muitas reações exageradas podem ter fundo na história de vida da família, nas crenças, valores, segredos e os mitos por ela construídos (Wagner, 2005). Quando essas memórias são trazidas à tona, abre-se espaço para serem questionadas e ressignificadas. Nesse caso, foi o próprio pai que teve uma experiência negativa com preconceito, mas poderia ter vindo de outras gerações ou mesmo do contexto cultural da comunidade em que vivem (Lomando & Sigaran, 2018). Ele não se dava conta do quanto essa experiência e outras criavam a crença do “homem de verdade”, que nunca foi questionada, e o quão sofrido era para todos impôr essa mesma regra.

Na vinheta 2, buscou-se apontar a importância do ritual de passagem de revelar a orientação sexual não-heterossexual e o impacto desta na construção de saúde e adoecimento, além de outros fatores relacionados a gênero e transgeracionalidade que são importantes de serem trabalhados. Em relação ao “assumir-se”, a tarefa da/o terapeuta é facilitar o processo, combatendo crenças distorcidas e desenvolvendo maior segurança para os envolvidos.

Considerações finais

Existem especificidades importantes ao se trabalhar com pessoas LGB que a/o terapeuta precisa ter consciência. É fundamental que não se encare a orientação sexual como apenas mais uma característica; a relevância ou não da sexualidade para cada paciente precisa ser avaliada nos encontros iniciais (Balsam et al., 2011). Existem evidências que mostram que a/o terapeuta pode não estar preparada/o para trabalhar com essa população (American Psychological Association, 2011). Elaborar hipóteses da origem da homossexualidade da/o paciente, por exemplo, sugere visão da homossexualidade como algo negativo e não natural – como se tivesse que ter uma causa específica.

É importante atentar ao uso de terminologia adequada, evitando expressões como “preferência sexual”, “homossexualismo” e “opção sexual”. Evita-se também confusão entre conceitos básicos em sexualidade e gênero. Sinteticamente: *orientação sexual* – para onde se direciona o desejo, ou de quem gostamos; *identidade de gênero* – como nos identificamos enquanto homens, mulheres, ambos e/ou nenhum, de acordo com as referências de gênero presentes em cada contexto cultural; e *expressão de gênero* – como demonstramos visualmente nosso gênero por meio de roupas, acessórios etc.

Para trabalhar com essa população de forma afirmativa, portanto, é desejável que a/o terapeuta tenha conhecimento dos desafios enfrentados por ela, assim como da cultura homo/bissexual, seu estilo de vida, recursos da comunidade disponíveis, legislação e seus possíveis vieses pessoais (self da/o terapeuta) (Borges, 2009). Desenvolver competências multiculturais para oferecer um serviço sensível, adequado e empático pode fortalecer o vínculo terapêutico e aumentar a chance de efetividade do processo terapêutico, contribuindo para que as/os pacientes construam uma vida valiosa e com mais significado.

Referências

- American Psychological Association. (2011). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 67(1), 10-42. doi:10.1037/a0024659
- Pollitt, A. M., Muraco, J. A., Grossman, A. H., & Russell, S. T. (2017). Disclosure stress, social support, and depressive symptoms among cisgender bisexual youth. *Journal of Marriage and Family*, 79(5), 1278-1294. doi:10.1111/jomf.12418
- McGeorge, C. R., Carlson, T. S., & Toomey, R. B. (2015). Assessing lesbian, gay, and bisexual affirmative training in couple and family therapy: Establishing the validity of the faculty version of the affirmative training inventory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(1), 57-71. doi:10.1111/jmft.12054
- Alessi, E. J., Dillon, F. R., & Kim, H. M. S. (2016). Therapist correlates of attitudes toward sexual minority individuals, affirmative counseling self-efficacy, and beliefs about affirmative practice. *Psychotherapy Research*, 26(4), 446-458.
- Feinstein, B. A., & Newcomb, M. E. (2016). The role of substance use motives in the associations between minority stressors and substance use problems among young men who have sex with men. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(3), 357-366. doi:10.1037/sgd0000185
- Balsam, K. F., Martell, C. R., & Safren, S. A. (2006). Affirmative cognitive-behavioral therapy with lesbian, gay, and bisexual people. In P. A. Hays & G. Y. Iwamasa (Eds.). *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy: Assessment, practice, and supervision* (pp. 223-243). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- McGeorge, C. R., Stone Carlson, T., & Farrell, M. (2015). To Refer or Not to Refer: Exploring Family Therapists' Beliefs and Practices Related to the Referral of Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42(3), 466-480. doi:10.1111/jmft.12148
- Soler, J. H., Caldwell, C. H., Córdova, D., Harper, G., & Bauermeister, J. A. (2017). Who counts as family? Family typologies, family support, and family undermining among young adult gay and bisexual men. *Sexuality Research and Social Policy*, 1-16. doi:10.1007/s13178-017-0288-7
- Beck, J. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed
- Rendina, H. J., Gamarel, K. E., Pachankis, J. E., Ventuneac, A., Grov, C., & Parsons, J. T. (2017). Extending the minority stress model to incorporate HIV-positive gay and bisexual men's experiences: A longitudinal examination of mental health and sexual risk behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(2), 147-158. doi:10.1007/s12160-016-9822-8
- White, Y., Sandfort, T., Morgan, K., Carpenter, K., & Pierre, R. (2016). Family relationships and sexual orientation disclosure to family by gay and bisexual men in Jamaica. *International journal of sexual health: official journal of the World Association for Sexual Health*, 28(4), 306-317. doi:10.1080/19317611.2016.1227015
- Borges, K. (2009). *Terapia afirmativa: Uma introdução a psicologia e a terapia dirigida a gays, lésbicas e bissexuais*. São Paulo: GLS.

- Caballo, V. (2002). *Manual de avaliação e treinamento em habilidades sociais*. Santos: Editora Santos.
- Caminha, R., & Caminha, M. (2016). *Baralho da regulação e proficiência emocional*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Cox, N., Dewaele, A., van Houtte, M., & Vincke, J. (2010). Stress-related growth, coming out, and internalized homonegativity in lesbian, gay, and bisexual youth: An examination of stress-related growth within the minority stress model. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 117-137. doi:10.1080/00918369.2011.533631
- Craig, S. L., Austin, A., & Alessi, E. (2013). Gay affirmative cognitive behavioral therapy for sexual minority youth: A clinical adaptation. *Journal of Clinical and Social Work*, 41, 258-266. doi:10.1007/s10615-012-0427-9
- Drescher J. (2015). Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565-75. doi:10.3390/bs5040565
- Drescher, J., Schwartz, A., Casoy, F., McIntosh, C. A., Hurley, B., Ashley, K., et al. (2016). The growing regulation of conversion therapy. *Journal of Medical Regulation*, 102(2), 7–12. doi:10.30770/2572-1852-102.2.7
- Feinstein, B. A., Wadsworth, L. P., Davila, J., & Goldfried, M. R. (2014). Do parental acceptance and family support moderate associations between dimensions of minority stress and depressive symptoms among lesbians and gay men? *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(4), 239-246. doi:10.1037/a0035393
- Lelutiu-Weinberger, C., & Pachankis, J. (2018). Evaluation of an LGBT-affirmative mental health practice training in a stigmatizing national context. *European Journal of Public Health*, 28(suppl_4), cky213-863. doi:10.1093/eurpub/cky213.863
- Gaspodini, I. B., & Falcke, D. (2018). Relações entre preconceito e crenças sobre diversidade sexual e de gênero em psicólogos/as brasileiros/as. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(4), 744-757. doi:10.1590/1982-3703001752017
- Hardin, K. N. (2000). *Autoestima para homossexuais: Um guia para o amor próprio*. São Paulo: Summus.
- Hatzenbuehler, M. L., Nolen-Hoeksema, S., & Erickson, S. J. (2008). Minority stress predictors of HIV risk behavior, substance use, and depressive symptoms: Results from a prospective study of bereaved gay men. *Health Psychology*, 27(4), 455-462. doi:10.1037/0278-6133.27.4.455
- Herek, G. M. (2000). The psychology of sexual prejudice. *Current Directions in Psychological Science*, 9(1), 19–22. doi:10.1111/1467-8721.00051
- Herek, G. M. (2016). A nuanced view of stigma for understanding and addressing sexual and gender minority health disparities. *LGBT Health*, 3(6), 397–399. doi:10.1089/lgbt.2016.0154
- Johnson, S. D. (2012). Gay affirmative psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual individuals: Implications for contemporary psychotherapy research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(4), 516-522. doi:10.1111/j.1939-0025.2012.01180.x
- Korell, S. C., & Lorah, P. (2007). An overview of affirmative psychotherapy and counseling with transgender clients. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.). *Handbook of counseling*

- and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (pp. 271-288). Washington: American Psychological Association. doi:10.1037/11482-011
- Kurdek, L. A. (1994). Conflict resolution styles in gay, lesbian, heterosexual non parent, and heterosexual parent couples. *Journal of Marriage and the Family*, 56(1), 705-722. doi:10.2307/352880
- Lingiardi, V., Nardelli, N., & Tripodi, E. (2015). Reparative attitudes of Italian psychologists toward lesbian and gay clients: Theoretical, clinical, and social implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(2), 132-139. doi:10.1037/pro0000016
- Lomando, E., & Sigaran, C. (2018). *Terapia dos movimentos sistêmicos*. Porto Alegre: Arte em Livros.
- McConnell, E. A., Birkett, M. A., & Mustanski, B. (2015). Typologies of social support and associations with mental health outcomes among LGBT youth. *LGBT Health*, 2(1), 55-61. doi:10.1089/lgbt.2014.0051
- Minuchin, S., & Fishman, C. H. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Myers, D. (2014). *Psicologia social*. Porto Alegre: Artmed.
- Nichols, M., & Schwartz, R. (2007). *Terapia familiar: Conceitos e métodos*. Porto Alegre: Artmed.
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A., & Parsons, J. T. (2015). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 875-889. doi:10.1037/ccp0000037
- Pepping, C. A., Lyons, A., & Morris, E. M. (2018). Affirmative LGBT psychotherapy: Outcomes of a therapist training protocol. *Psychotherapy*, 55(1), 52. doi:10.1037/pst0000149
- Pachankis, J. E. (2018). The scientific pursuit of sexual and gender minority mental health treatments: Toward evidence-based affirmative practice. *American Psychologist*, 73(9), 1207-1219. doi:10.1037/amp0000357
- Hatzenbuehler, M. L., & Pachankis, J. E. (2016). Stigma and minority stress as social determinants of health among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: research evidence and clinical implications. *Pediatric Clinics*, 63(6), 985-997. doi:10.1016/j.pcl.2016.07.003
- Proujansky, R. A., & Pachankis, J. E. (2014). Toward formulating evidence-based principles of LGB-affirmative psychotherapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 10(2), 117-131. doi:10.14713/pcsp.v10i2.1854
- Verkuyten, M., & Yogeeswaran, K. (2019). Interculturalism and the Acceptance of Minority Groups. *Social Psychology*.
- Riesenfeld, R. (2002). *Papai, mamãe, sou gay: Um guia para compreender a orientação sexual dos filhos*. São Paulo: Summus.
- Sluzki, C. (1997). *A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sue, D. W., Sue, D., Neville, H. A., & Smith, L. (2019). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice*. John Wiley & Sons.
- Sue, S., Zane, N., Nagayama Hall, G. C., & Berger, L. K. (2009). The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 525-548. doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163651

- Antonsich, M. (2016). Interculturalism or multiculturalism?. *Ethnicities*, 16(3), 470-493.
- Wagner, A. (2005). *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (2007). *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Cultrix.
- Vezzosi, J. Í. P., Ramos, M. de M., Almeida Segundo, D. S., & Costa, A. B. (2019). Crenças e atitudes corretivas de profissionais de psicologia sobre a homossexualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 1-19. doi:10.1590/1982-3703003228539
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Endereço para correspondência

ramirocatelan@gmail.com
psicologamadalena@gmail.com

Enviado em 30/10/2019

1ª revisão em 04/12/2019

2ª revisão em 30/04/2020

Aceito em 28/05/2020