Maria Gabriela Moita

DISCURSOS SOBRE A HOMOSSEXUALIDADE NO CONTEXTO CLÍNICO

A HOMOSSEXUALIDADE DE DOIS LADOS DO ESPELHO

UNIVERSIDADE DO PORTO 2001

Maria Gabriela Martins de Nóbrega Moita

DISCURSOS SOBRE A HOMOSSEXUALIDADE NO CONTEXTO CLÍNICO

A HOMOSSEXUALIDADE DE DOIS LADOS DO ESPELHO

Dissertação apresentada para obtenção de Grau de Doutor em Ciências Biomédicas, pela Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, sob orientação do Prof. Doutor Júlio Guilherme Machado Vaz e do Prof. Doutor Félix López Sanchéz

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO 2001

ICBAS
BIBLIOTECA
U P
PORTO
9242

Ao Miguel e à Maria

À Ana Luísa

À Fernanda e à Maria

Agradeço ao Professor Doutor Júlio Machado Vaz e ao Professor Doutor Félix López o terem aceite, em partilha Ibérica, orientar este trabalho.

Foram tantos aqueles e aquelas que me ajudaram, em leituras várias, com sugestões, na bibliografia, trocando impressões, discutindo ideias ou dando apoio emocional, ajudas que foram desde cedências de espaços e tempos até à oferta sistemática de artigos de jornal, passando por aspectos mais técnicos como a partilha da codificação, a tradução de textos, ou a organização gráfica, que me seria impossível tentar fazer aqui uma lista dos seus nomes sem correr o risco de ser injusta e omitir alguém. Por isso, na impossibilidade de agradecer a cada um individualmente, opto por agradecer a todas e todos – num plural que de plural só tem a dimensão da gramática.

Agradeço à Escola Superior de Educação e ao Instituto Politécnico do Porto pela dispensa de serviço de que usufruí, com o apoio do PRODEP

DISCURSOS SOBRE A HOMOSSEXUALIDADE NO CONTEXTO CLÍNICO: A HOMOSSEXUALIDADE DE DOIS LADOS DO ESPELHO

RESUMO

Esta dissertação tem como objectivo dar a conhecer discursos sobre a homossexualidade no contexto clínico: as configurações que da homossexualidade têm terapeutas e clientes, as implicações de que ela se reveste no processo terapêutico e a avaliação desse processo.

Após uma primeira parte, em que são abordadas questões de ordem metodológica, como a escolha do objecto, as teorias que enquadram o método e o método propriamente dito, apresenta-se a contextualização da homossexualidade desde a antiga Grécia até ao final do século XX (desde a sua aceitação mais ou menos relativa e o seu entendimento enquanto comportamento até às mais recentes teorias que a abordam, como o construcionismo social ou a teoria *queer*, passando pela emergência de um paradigma identitário no século XIX).

Na terceira e última parte, dividida em configurações da homossexualidade e questões clínicas, apresentam-se as codificações feitas aos discursos de terapeutas e clientes produzidos em grupos de discussão, dando-se assim voz aos dois principais intervenientes no processo terapêutico. Essas codificações são o produto da criação de categorias que resultaram da decomposição das questões centrais da investigação.

As conclusões produzidas pelos clínicos sobre as configurações apontam para a existência ainda de um entendimento da homossexualidade num quadro deficitário e a quase inexistência de leituras da homossexualidade numa perspectiva social. Relativamente às implicações da homossexualidade no processo terapêutico e sua avaliação, as conclusões obedecem a um duplo padrão: se, por um lado, e no cômputo geral, a avaliação não foi negativa, por outro lado, nalguns casos, a homossexualidade foi lida pelo terapeuta como responsável pelo mal-estar do cliente, condicionando os objectivos e as estratégias de intervenção e conduzindo, por sua vez, à insatisfação por parte do cliente.

Verificou-se, desta forma, que a ideologia (hoje) dominante, construída pelo discurso de científicos no século XIX, continua ainda presente nos discursos dos clínicos e é, também através deles, absorvida pelos clientes, que assim a devolvem.

DISCOURSES ON HOMOSEXUALITY IN THE CLINICAL CONTEXT: HOMOSEXUALITY FROM TWO SIDES OF THE MIRROR

ABSTRACT

The aim of this dissertation is to examine discourses on homosexuality in the clinical context: its configurations, developed by therapists and clients, its implications in the therapeutic process and the evaluation of that process.

The first two parts of my study consist of a presentation of methodological questions, such as the choice of the object, the set of theories which serve as a framework to the method, and the method itself, as well as of a contextualization of homosexuality. This contextualization covers different historical periods, from Ancient Greece to the end of the twentieth-century (from the relative acceptance of homosexuality, and its understanding as behaviour, through the emergence of an identity paradigm in the nineteenth-century, to the most recent theories – like social constructionism or queer theory - which approach it as a social construction or as a place to exercise decentered sexualities).

In the third part, divided into configurations of homosexuality and clinical questions, I present the codifications of the discourses of therapists and clients produced within discussion groups – thus offering a voice to the two main interveners in the therapeutic process. Those codifications are the product of the creation of categories which resulted from the decomposition of the central questions of the research.

The conclusions of the therapists about the configurations of homosexuality point toward the existence of an understanding of same-sex relations still as a deficit and their nearly absent readings from a social perspective. As for the implications of homosexuality in the therapeutic process and its evaluation by the clients, the conclusions present a double pattern: if, on the one hand, the evaluation was not globally negative, on the other hand, in some cases, homosexuality was approached by the therapist as responsible for the clients' ill-at-ease, conditioning the objectives and leading, on its turn, to the clients' dissatisfaction.

In this way, it could be verified that the ideology established by the "scientific" discourse of the nineteenth-century is still present today in the discourse produced by the therapists, and is, through them, absorbed and reflected by the clients, who, on their turn, return it to society.

DISCOURS SUR L'HOMOSEXUALITÉ EN CONTEXTE CLINIQUE : L'HOMOSEXUALITÉ DE DEUX CÔTÉS DU MIROIR

RESUMÉ

Cette dissertation a comme but faire connaître des discours sur l'homosexualité en contexte clinique : quelles configurations de l'homosexualité ont et thérapeutes et clients, leurs implications pour le processus thérapeutique et l'évaluation de ces processus.

Après une première partie, où des questions d'ordre méthodologique sont présentées, telles que le choix du sujet, les théories encadrant la méthode, et la méthode à proprement parler, on passe a la mise en contexte de l'homosexualité, depuis la Grèce ancienne, jusqu'à la fin du XXe. siècle (depuis son acceptation plus ou moins relative et sa compréhension en tant que comportement, jusqu'aux théories les plus récentes qui s'en occupent, telles le constructionnisme social ou la théorie *queer*, en passant par un paradigme identitaire au XIXe. siècle).

Dans la troisième et dernière partie, divisée entre les configurations de l'homosexualité et des questions cliniques, on présente les codifications des discour de thérapeutes et de clients, discours produits en des groupes de discussion, donnant ainsi voix aux deux principaux intervenants dans le processus thérapeutique. Ces codifications sont le produit de la création de catégories obtenues par la décomposition des questions centrales de la recherche.

Les conclusions des cliniques sur les configurations montrent encore l'existence d'une compréhension de l'homosexualité dans un cadre déficitaire, et la presque inexistence d'interprétations de l'homosexualité dans une perspective sociale. Par rapport aux implications de l'homosexualité pour le processus thérapeutique et leur évaluation, les conclusions présentent un double paradigme : si, d'une part, et en tant que bilan général, l'évalution n'a pas été négative, d'autre part, souvent, l'homosexualité a été interpreté par le thérapeute comme responsable du malaise du client, ce qui conditionne les buts et les stratégies d'intervention et ammène à l'insatisfaction du client.

On a donc constaté que l'idéologie (aujourd'hui) dominante, bâtie par le discours des scientifiques du XIXe. siècle, est toujours présente dans le discours des cliniques, et qu'elle est, aussi par leur intermédiaire, absorbée par leurs clients, qui, de ce fait, la renvoient au tissu social.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 3

PARTE I – DO OBJECTO AO MÉTODO 11

1. O objecto 13
1.1. Motivações para a escolha do objecto 13

2. Teorias de suporte metodológico 16

3. O método 22
3.1. Teorias de suporte substantivo 22
3.2. Constituição do *corpus* 22
3.3. Análise do material qualitativo 26

PARTE II - INTERPRETAÇÕES DA HOMOSSEXUALIDADE EM DIFERENTES MOMENTOS HISTÓRICOS. PARADIGMAS DE ENTENDIMENTO E MODELOS FUNDAMENTAIS QUE OS INTEGRAM 29

CAPÍTULO I – COMPORTAMENTOS SEXUAIS CONDENADOS NA HISTÓRIA DO OCIDENTE ATÉ AO SÉCULO XIX. A CONDENAÇÃO DA PRÁTICA DO "VÍCIO" 33

1. Introdução 33

2. A hegemonia do patriarcado 36
2.1. A antiguidade clássica: as civilizações grega e romana 36
2.2. A queda do império romano e a emergência de novas formas de pensamento, de organização social e de poder religioso 42
2.3. O Renascimento e a defesa dos valores clássicos 53
2.4. O Século das Luzes e a defesa dos bons costumes 55

CAPÍTULO II – A CLASSIFICAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS SEXUAIS DESVIANTES NO SÉCULO XIX. O HOMOSSEXUAL PORTADOR DE UM DÉFICE 61

1. Introdução 61

2. Questões contextuais 63

3. As teorias iniciais sobre o erotismo entre pessoas do mesmo sexo: da perversão à inversão 71
3.1. A classificação do "perverso" 71
3.2. O invertido, embrião do "moderno homossexual" 74

CAPÍTULO III – TEORIAS INTERPRETATIVAS E MODELOS TERAPÊUTICOS DA HOMOSSEXUALIDADE DESENVOLVIDOS AO LONGO DO SÉCULO XX **85**

1. Introdução **85**

2. Teses etiológicas e modelos terapêuticos desenvolvidos **87**
2.1. Questões contextuais 87
2.2. Teorias biológicas 96
2.3. Teorias evolucionistas 109
2.4. Teorias psicológicas 111

3. Teses sociais **125**
3.1. Questões contextuais 125
3.2. O modelo afirmativo *gay* 148
3.3. O construcionismo social 161
3.4. A Teoria *Queer* 166

4. Estudos empíricos sobre atitudes dos técnicos de saúde mental perante a homossexualidade e de análise do significado atribuído à homossexualidade do cliente na intervenção terapêutica, bem como do nível de satisfação dos clientes **171**

PARTE III – NO TERRENO DOS TERAPEUTAS E DOS CLIENTES. DISCURSOS SOBRE A HOMOSSEXUALIDADE NO CONTEXTO CLÍNICO **187**

1. Introdução **189**

2. O método (organização, composição e dinamização dos grupos de discussão) **194**
2.1. Selecção dos participantes nas discussões 196
2.2. Dinamização dos grupos de discussão 197
2.3. Análise do material qualitativo 199

3. Configurações da homossexualidade **203**

3.1. A voz dos clínicos (anexo 8) **203**
3.1.1.Caracterização da homosexualidade 203
(i) Definição 203
(ii) Propriedades 205
(iii) Avaliação da orientação sexual 207
(iv)Teses etiológicas 208
(v) Perspectivas sociais 213
3.1.2."Perfil do homossexual" 214
3.1.3. Mudanças na leitura da homossexualidade 226
(i) Mudanças a nível social e no contexto clínico 226
(ii) Mudanças por realizar 229

(iii) Previsões futuras 230
3.1.4. Reflexões sobre as configurações da homossexualidade para os clínicos 230

3.2. A voz dos clientes (anexo 9) **243**
3.2.1. Caracterização da homossexualidade 243
(i) Definição 243
(ii) Propriedades 244
(iii) Avaliação da orientação sexual 246
(iv)Teses etiológicas 248
3.2.2. As vivências da sexualidade 250
3.2.3. Reflexões sobre as configurações da homossexualidade para os clientes 261

4. Questões clínicas **266**

4.1 A voz dos terapeutas (anexo 10) **266**
4.1.1. Pedidos 267
(i) Pedidos sem relação com a homossexualidade 270
(ii) Pedidos relacionados com a homossexualidade 270
4.1.2. Objectivos 274
(i) Quando a homossexualidade não é apresentada como problema 275
(ii) Quando a homossexualidade é apresentada como problema 276
4.1.3. Dificuldades 279
(i) Dificuldades na configuração da homossexualidade 279
(ii) Dificuldades a nível da sexualidade do terapeuta 280
(iii) Dificuldades no estabelecimento da relação terapêutica e no processo de intervenção terapêutica 282
4.1.4. Estratégias 285
(i) Estratégias utilizadas para lidar com as dificuldades que os terapeutas encontraram na abordagem da orientação sexual dos seus clientes 285
(ii) Estratégias usadas para responder a questões feitas por alguns clientes, no sentido de conhecerem a orientação sexual do terapeuta e a sua interpretação da homossexualidade 286
(iii) Estratégias adoptadas relativamente à homossexualidade ao longo do processo de intervenção 287
4.1.5. Avaliação 295
(i) Avaliações negativas 295
(ii) Avaliações positivas 296
4.1.6. Reflexões sobre os discursos dos terapeutas acerca de questões clínicas 297

4.2 A voz dos clientes (anexo 11) **310**
4.2.1. Motivos de procura de apoio 311
(i) Motivos de procura de apoio relacionados com a homossexualidade 311
(ii) Motivos de procura de apoio sem relação com a homossexualidade 313
4.2.2. A escolha do terapeuta 315
4.2.3. Estratégias 319
(i) Quando o motivo de procura de apoio não tinha relação com a homossexualidade 319
(ii) Quando o motivo de procura de apoio se relacionava com a homossexualidade 321
4.2.4. Avaliação 323
(i) Avaliações relativas a pedidos de apoio não relacionados com a homossexualidade 324
(ii) Avaliações relativas a pedidos de apoio relacionados com a homossexualidade 325
4.2.5. Reflexões sobre os discursos dos clientes acerca das questões clínicas 332

5. Reflexões finais sobre o estudo empírico **341**

NOTAS FINAIS **351**

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA **359**

ÍNDICE DE ANEXOS[1]

Anexo 1 – Grelhas de análise de conteúdo **1**

Quadro categorias relativas às configurações da homossexualidade para os clínicos 2
Quadro categorias relativas às configurações da homossexualidade para os clientes 3
Quadro categorias relativas às questões clínicas para os clínicos 4
Quadro categorias relativas às questões clínicas para os clientes 5

Anexo 2 – Caracterização dos grupos de discussão dos terapeutas **6**

Quadro GD1.1 Grupo de clínicos misto 7
Apontamento descritivo GD1.1 Grupo de clínicos misto 8

Quadro GD1.2 Grupo de clínicos misto 9
Apontamento descritivo GD1.2 Grupo de clínicos misto 10

Quadro GD1.3 Grupo de clínicos misto 11
Apontamento descritivo GD1.3 Grupo de clínicos misto 12

Quadro GD1.4 Grupo de clínicos masculino 14
Apontamento descritivo GD1.4 Grupo de clínicos masculino 15

Quadro GD1.5 Grupo de clínicos feminino 16
Apontamento descritivo GD1.5 Grupo de clínicos feminino 17

Anexo 3 – Caracterização dos grupos de discussão de clientes **18**

Quadro GD2.1 Grupo de clientes homossexuais masculino 19
Apontamento descritivo GD2.1 Grupo de clientes homossexuais masculino 20

Quadro GD2.2 Grupo de clientes homossexuais feminino 22
Apontamento descritivo GD2.2 Grupo de clientes homossexuais feminino 23

[1] Os anexos são apresentados em volume separado.

Quadro GD2.3 Grupo de clientes homossexuais misto 25
Apontamento descritivo GD2.3 Grupo de clientes homossexuais misto 26

Anexo 4 – Carta pedido de colaboração 27

Carta 28
Questionário anexo à carta 29

Anexo 5 – Questionários de caracterização dos grupos de discussão de terapeutas 30

Nota de agradecimento 31
Questionário 32

Anexo 6 – Questionários de caracterização dos grupos de discussão de clientes 33

Nota de agradecimento 34
Questionário de dados sociodemográficos 35
Escalas de avaliação da orientação sexual
Versão masculina 37
Versão feminina 38

Anexo 7 – Quadro de componentes discordantes de avaliação da orientação sexual 39

Quadro de componentes "discordantes" de avaliação da orientação sexual 40

Anexo 8 – Quadros relativos à configuração da homossexualidade para os terapeutas 41

Quadro ilustrativo da caracterização da homossexualidade feita pelos clínicos 42
Quadro ilustrativo do "perfil do homossexual" traçado pelos clínicos 51
Quadro ilustrativo das mudanças na leitura da homossexualidade observadas pelos clínicos 58

Anexo 9 - Quadros relativos à configuração da homossexualidade para os clientes 63

Quadro ilustrativo da caracterização da homossexualidade feita pelos clientes 64
Quadro ilustrativo das vivências da homossexualidade narradas pelos clientes 70

Anexo 10 – Quadros relativos às questões clínicas para os terapeutas **78**

Quadro ilustrativo dos pedidos dos clientes referidos pelos clínicos 78
Quadro ilustrativo dos objectivos terapêuticos relacionados com a orientação sexual dos clientes 82
Quadro ilustrativo das dificuldades referidas pelos clínicos em lidar com clientes com orientação sexual homossexual 86
Quadro ilustrativo das estratégias utilizadas pelos clínicos para lidar com a homossexualidade dos clientes 92
Quadro ilustrativo da avaliação do processo terapêutico realizada pelos clínicos 102

Anexo 11 - Quadros relativos às questões clínicas para os clientes **105**

Quadro ilustrativo dos motivos de procura de apoio por parte dos clientes 106
Quadro ilustrativo da escolha do terapeuta feita pelos clientes 110
Quadro ilustrativo das estratégias de intervenção percepcionadas pelos clientes 113
Quadro ilustrativo da avaliação do processo terapêutico feita pelos clientes 118

Espelho. Ǝɹqəlɹdo. A palavra reflecte
a outra palavra.

Fiama Hasse Pais Brandão

INTRODUÇÃO

> 'When I use a word,' Humpty Dumpty said, in rather a scornful tone, 'it means just what I choose it to mean - neither more nor less.'
> 'The question is', said Alice, 'whether you can make words mean so many different things'.
> 'The question is', said Humpty Dumpty, 'which is to be master - that's all'.
>
> Lewis Caroll, Through the Looking-Glass

A equação entre homossexualidade e doença desempenhou a sua função em meados do século XIX quando se tornava premente encontrar solução para uma legislação atroz que, em muitos países, condenava à pena de morte aqueles que se relacionassem sexualmente com pessoas do mesmo sexo. Muitas tinham sido as vítimas no seio da Igreja Católica, particularmente durante a Inquisição; contudo, sensivelmente até ao século XVIII, a perseguição dirigira-se a todas as formas de sexualidade não reprodutiva, não distinguindo o sexo dos parceiros e sim os actos cometidos. A partir de meados do século XVIII, a perseguição ao homoerotismo passa a ser mais agressiva, estando em causa o sexo do parceiro e, fundamentalmente, características comportamentais atribuídas socialmente ao outro sexo. Eram então os papéis sexuais socialmente construídos que se encontravam em questão - o alvo de perseguição passavam a ser os homens efeminados e as mulheres masculinizadas.

Em inícios do século XIX, o número de mortes por condenação e os massacres públicos atingiram tais proporções que se tornava imperioso tomar medidas. Estamos numa época em que o conceito de doença mental se torna alvo de particular atenção e em que existe uma forte ligação entre sexualidade e perturbação mental. A classe médica assume, assim, um protagonismo social significativo. Os médicos são chamados aos tribunais para darem o seu parecer e a forma que encontram para reduzirem os casos de condenação é conduzirem os sujeitos para asilos hospitalares, catalogando-os como doentes. Este posicionamento rapidamente terá um impacto contrário ao desejado, acabando por dar origem a uma nova perseguição aos "homossexuais", considerada por alguns autores como a mais grave da História (D'Emilio, 1992).

Desenvolvem-se uma série de teorias interpretativas e, paralelamente, uma série de modelos "terapêuticos" para curar a "doença". No entanto, os estudos realizados em diversos campos, nomeadamente na História, na Antropologia, na Sociologia, na

Psicologia e na própria Medicina, vêm revelar que qualquer associação de homossexualidade com patologia é desprovida de sentido. Daí que, em 1973, a Associação Americana de Psiquiatria, reconhecendo esta evidência, tenha restirado da sua lista de doenças mentais a homossexualidade. A Organização Mundial de Saúde, na sua publicação de 1992 (CIDM - 10), também já não integra este conceito como doença. E, todavia, a discriminação faz-se ainda sentir nos juízos de valor e nas atitudes de técnicos de saúde.

Com este trabalho, pretendo estudar diferentes interpretações da homossexualidade veiculadas justamente por técnicos de saúde mental, através de um levantamento e de uma categorização de discursos sobre a homossexualidade no contexto terapêutico português. Tal foi possível através da criação de um contexto de produção de discursos: grupos de discussão, uns constituídos por técnicos de saúde e outros por clientes homossexuais. Esclareça-se que o discurso dos clientes tem como função essencial oferecer uma espécie de leitura adicional ou de reflexo das práticas e discursos de que são parte activa. A opção por este estudo teve por base não apenas o interesse pela área clínica e os aspectos práticos da intervenção com pessoas cujo erotismo se dirige preferencial ou exclusivamente a outras do mesmo sexo, mas também a preocupação com o peso social que o discurso produzido pelos técnicos de saúde tem na opinião pública geral[1]. Espera-se que o conhecimento dele resultante permita reflectir e intervir a diversos níveis: a nível educativo, relativamente aos conteúdos dos programas de formação profissional e pós-graduação; a nível clínico, na elaboração de protocolos de intervenção que correspondam mais adequadamente às necessidades dos técnicos de saúde e dos seus clientes; por último, a nível social, na promoção de uma visão das sexualidades positiva e integradora das diferenças individuais.

No contexto português, não se conhece qualquer estudo realizado sobre as interpretações que os clínicos têm da homossexualidade, sendo também escassos os

[1] A comprová-lo, relativamente ao nosso país, refira-se como exemplo o facto público de, em entrevista à SIC, em 16/9/1995, o Primeiro Ministro António Guterres ter afirmado publicamente: "a homossexualidade não é um aspecto que me agrade particularmente" e ter remetido para a esposa, psiquiatra (como ele fez questão de realçar), a resposta à pergunta que lhe era colocada sobre o seu entendimento da homossexualidade (*Público*, 1995, 17 de Set.). Lembre-se ainda que, a propósito de um texto emitido em Diário da República a 6 de Janeiro de 1999, onde se definia a Classificação Nacional das Deficiências e se integrava a homossexualidade como deficiência da função heterossexual, a instância a que os movimentos de defesa dos direitos dos homossexuais portugueses recorreram a pedir apoio para questionar esta decisão foi exactamente a Ordem dos Médicos, que imediatamente pediu parecer ao Colégio de Psiquiatria (*Público*, 1999, 16 de Fev.). Os três psiquiatras nomeados foram unânimes em considerar que a homossexualidade não "é doença" nem "deficiência" nem "patologia, quer psicológica quer física" (*Público*, 1999, 18 de Fev.).

trabalhos produzidos sobre o tema da homossexualidade, o que me parece justificar a pertinência de uma investigação como aquela que agora se propõe[2]. Houve uma preocupação em tornar visível o contexto português, fazendo-o atravessar, sempre que possível, todo o trabalho.

O trabalho encontra-se dividido em três partes, cada uma delas organizada em diversos pontos ou capítulos. A Parte I, que tem por título DO OBJECTO AO MÉTODO, é constituída por três pontos: "O Objecto de estudo", em que delimito as principais motivações para a escolha do objecto proposto; "Teorias de suporte metodológico", onde procuro situar o enquadramento teórico em que este trabalho se inscreve; e "O método". Neste último ponto, dividido por sua vez em três momentos ("Teorias de suporte substantivo", "Constituição do *corpus*" e "Análise do material qualitativo"), explano o método por mim adoptado de recolha e análise do *corpus*, referindo a necessidade de integrar no trabalho uma perspectivação histórica da homossexualidade.

A Parte II tem como título INTERPRETAÇÕES DA HOMOSSEXUALIDADE EM DIFERENTES MOMENTOS HISTÓRICOS: PARADIGMAS DE ENTENDIMENTO E MODELOS FUNDAMENTAIS QUE OS INTEGRAM e compreende três capítulos correspondentes ao desenvolvimento de três grandes paradigmas: o ético-moral, o científico e o social. Cada um destes capítulos surge sempre acompanhado de uma breve introdução e de questões contextuais, que têm como objectivo enquadrar histórica e socialmente as configurações da homossexualidade apresentadas em cada época. No Capítulo I ("Comportamentos sexuais condenados na História do Ocidente até ao século XIX. A condenação da prática do «vício») pretendo cobrir as interpretações, tal como o Ocidente as reinventou, da homossexualidade (lida, como vício, a partir da queda do Império Romano), num longo período que vai desde a Antiguidade clássica até ao séc. XVIII. No Capítulo II ("A classificação dos comportamentos sexuais desviantes no século XIX. O homossexual portador de um défice"), procuro apresentar a mudança de paradigma interpretativo, descrevendo as primeiras teorias desenvolvidas no século XIX a partir dos trabalhos pioneiros prosseguidos, fundamentalmente, no âmbito da Medicina, e sublinhando a substituição da leitura da homossexualidade como comportamento pela leitura (moderna) da homossexualidade como identidade. No capítulo III ("Teorias interpretativas e modelos

[2] Existem estudos em Portugal sobre a sexualidade em geral que incluem dados sobre as atitudes da população relativamente à homossexualidade (Alferes, 1994; Miguel & Vilar, 1987; Vaz, 1988). Porém, não é objectivo desta dissertação explorar esta questão.

terapêuticos da homossexualidade desenvolvidos ao longo do século XX"), são apresentadas diferentes perspectivas interpretativas da homossexualidade agrupadas segundo dois grandes modelos de questionamento: as teses etiológicas, que procuram responder à questão "como se é homossexual?", e as perspectivas sociais, preocupadas com a denúncia de modelos hegemónicos e com a relação entre a homossexualidade e o contexto social, assim oferecendo uma alteração paradigmática na leitura da homossexualidade. Destas perspectivas salientam-se o "modelo afirmativo *gay*" (centrado nas tarefas desenvolvimentais que o homossexual terá que realizar numa sociedade heterossexista e homofóbica e relevando o estigma e o preconceito), "o construcionismo social" (centrado na questão de como é socialmente construída a homossexualidade) e a "teoria *queer*" (ocupada em desmontar a estabilidade das identidades sexuais, oferecendo, por seu turno, a ideia de uma miríade de identidades sexuais fluidas e propondo uma análise das relações sociais em termos da estruturação sexual).

Ainda neste capítulo, integrou-se um último ponto sobre os estudos empíricos realizados noutros países e relativos às atitudes dos clínicos em face da homossexualidade, à análise do significado atribuído à homossexualidade do cliente na intervenção clínica e ao seu nível de satisfação. Neste ponto, pretendi tão só fazer um levantamento dos estudos empíricos produzidos noutros países que apresentassem preocupações semelhantes àquelas que orientam este estudo. Os estudos referidos neste levantamento não pretendem ser mais do que um ponto de partida para aquilo que é o cerne desta investigação: um estudo sobre a homossexualidade no contexto clínico português. Não interessou, pois, desenvolver minuciosamente esses estudos, que, ainda assim, se distribuem por diversos espaços geográficos e, nalguns casos foram levados a cabo exactamente ao mesmo tempo que o presente estudo: Itália (Graglia, 2000), Suíça (Frossard, 2000); Alemanha (Biechele, 1996); Reino Unido (Golding, 1997; Annesley & Coyle, 1998). Saliente-se por fim, que os estudos levados a cabo nos E.U.A. (Friedman & Lilling, 1996, Graham, Rawlings, Halpern & Hermes, 1984; Liddle, 1996; 1997; 1999a; 1999b; Sorensen & Roberts, 1997) têm uma maior representatividade; porém, tal facto deve-se à enorme discrepância, em termos quantitativos, entre os trabalhos realizados nesse país e os trabalhos realizados na Europa.

O objectivo dos três capítulos da segunda parte é, assim, oferecer uma contextualização histórica e social (seguindo uma estrutura o mais possível cronológica) capaz de servir a terceira, e a mais nuclear, das partes do meu trabalho: NO TERRENO

DOS TERAPEUTAS E DOS CLIENTES. DISCURSOS SOBRE A HOMOSSEXUALIDADE NO CONTEXTO CLíNICO. Esta terceira parte divide-se, após uma breve introdução, em três pontos: no primeiro ponto ("O método"), apresento uma descrição pormenorizada do método seguido para a produção, a recolha e o tratamento dos discursos; no segundo ponto ("Configurações da homossexualidade"), são sistematizadas e analisadas as interpretações da homossexualidade emergentes nos discursos produzidos pelos clínicos e pelos clientes; no terceiro ponto ("Questões clínicas"), descrevem-se aspectos relacionados com questões clínicas, como o motivo da consulta, a escolha do terapeuta, os objectivos definidos ou as estratégias terapêuticas utilizadas. Esta terceira parte contempla ainda: reflexões parcelares sobre as configurações da homossexualidade, quer para clínicos quer para clientes (o que será feito no final do segundo ponto); reflexões sobre as questões clínicas, quer para clínicos quer para clientes (o que será feito no final do terceiro ponto); e reflexões gerais (no final de toda a terceira parte). Estas últimas - que constituem, afinal, a conclusão do estudo empírico - pretendem cruzar as configurações da homossexualidade com as questões clínicas e os discursos dos clientes com os discursos dos clínicos.

As Notas Finais, com que encerro o trabalho, pretendem efectuar uma síntese das ideias expostas e apresentar os aspectos conclusivos mais relevantes, bem como abrir pistas, a partir desta investigação, para o desenvolvimento de estudos futuros.

* * *

Gostaria agora de referir algumas das dificuldades encontradas a nível da terminologia (cuja fixação passou pela preferência – ou indiferença - por um determinado termo ou expressão e, no caso da tradução, pela manutenção de palavras ou expressões no original ou por escolhas de termos ainda em discussão), as fontes utilizadas e as opções que me foi necessário tomar.

Optei pelo uso indiferenciado dos termos "clínico", "terapeuta" e" "técnico de saúde ", sempre que me refiro aos psicólogos e psiquiatras que constituíram os grupos de discussão. Decidi manter a expressão *coming out* no original, por um lado, por não existir nenhuma tradução em português que me pareça satisfatória, e, por outro lado, por ser esta a expressão que as organizações de defesa de direitos de homossexuais utilizam em Portugal .

Uma outra decisão um pouco mais complexa prendeu-se com a escolha entre os termos "homossexual" ou "*gay*" e "lésbica". A primeira preocupação foi procurar saber o que as pessoas preferiam para si próprias e o que as organizações de defesa de direitos de homossexuais utilizavam. Como seria de esperar, não foi possível encontrar uma posição exclusiva: a maioria das mulheres que participaram nos grupos de discussão recusavam o termo lésbica, não se revendo nele; no entanto, nenhuma delas recusava o termo homossexual. Relativamente aos homens, eram utilizados indiferenciadamente os termos *gay* e homossexual, o mesmo se passando com o critério utilizado dentro das organizações. Na bibliografia utilizada, cada vez mais "homossexual" e "*gay*" parecem termos aplicáveis a períodos distintos e não justapostos a um fenómeno social para o qual não existe um termo abrangente. Correndo o risco de, na utilização geral da palavra homossexual, poder, de alguma forma, perpetuar o estado de menor visibilidade das mulheres homossexuais, optei por utilizar, de forma intermutável, à semelhança do que faz Eve Sedgwick (1994), homossexual e *gay* e lésbica, embora recorra mais ao uso de um ou de outro, consoante o momento histórico a que me reporto. Assim, quando me refiro a períodos anteriores àquele em que o termo homossexual foi criado, utilizarei a palavra homossexual como significando exclusivamente relacionamentos afectivo-sexuais entre pessoas do mesmo sexo; quando me refiro à segunda metade do século XIX e ao período que se lhe segue utilizarei a palavra homossexual com o sentido já de identidade; *gay* e lésbica surgirão com mais frequência quando me refiro a contextos relativos aos anos 60 e seguintes.

Outra opção prendeu-se com a tradução de "gender". Uma tendência, influenciada pelos Estudos Feministas, tem dominado a investigação portuguesa sobretudo em áreas de conhecimento como a Sociologia, a Psicologia, a Antropologia os Estudos Literários, a Filosofia, as Ciências da Educação: a de traduzir "gender" por "género". Contrariamente a essa tendência, cada vez mais generalizada, optei por utilizar o termo "sexo" como tradução de "gender". Isto deveu-se a algumas razões: em primeiro lugar, "género", na língua portuguesa, aplica-se à classificação literária e à marcação gramatical (note-se que o inglês distingue entre "genre", para o primeiro caso, e "gender", para o segundo); em segundo lugar, o que de mais recente se tem produzido no panorama anglo-americano na área dos Estudos Feministas, como o trabalho de Butler (1990), começa a questionar a produtividade da utilização do termo "gender" (proposta pela primeira vez por Ann Oakley, em "Sex, Gender and Society", publicado em 1972, e significando diferença sexual socialmente construída, Oakley, 1997).

Considerando os dois termos permutáveis, Maria Irene Ramalho de Sousa Santos (no prelo) escreve:

> O trabalho de cientistas como Anne Fausto-Sterling (1985; 1989), sobre os processos sexistas da construção científica da biologia, obriga-nos, com efeito, a perguntar se o sexo biológico não será, ele próprio, cientificamente construído, ao deixarem-se analisar nas próprias células os traços ideológicos identificadores da diferença sexual que nos habituámos a receber da cultura (por exemplo, o cromossoma masculino "activo" e o cromossoma feminino "passivo"; ou o simples facto de "o feminino" ser definido pela "ausência" do "masculino" [Fausto-Sterling, 1989: 327]). Destas reflexões conclui Judith Butler que a distinção teórica que em inglês se começou a fazer com aparente rigor a partir dos anos oitenta entre "sex" e "gender" deixa hoje de fazer sentido, uma vez que a identificação do fenómeno meramente biológico que "sex" designaria depende claramente da recente noção de "gender" ou seja, dos estereótipos culturais da diferença sexual e da construção social do sexo (...).

As fontes utilizadas não são em muitos casos as originais (isso acontece particularmente nos Capítulos I e II da Parte II), surgindo amiúde apresentadas por outros autores. Duas razões explicam este facto: a dificuldade de acesso que tive relativamente a essas fontes, mas principalmente o facto de me interessarem sobretudo os grande protótipos interpretativos da homossexualidade – modelos paradigmáticos que, tendo sido criados por um autor em particular, passaram depois a integrar e dominar uma organização de pensamento. Uma outra chamada de atenção: a bibliografia utilizada para a contextualização histórica, bem como aquela utilizada para as teorias interpretativas, é sobretudo de origem anglo-americana. Tal facto deve-se principalmente à muito maior disponibilidade de bibliografia oriunda do Reino Unido ou dos Estados Unidos da América.

Na Parte III, relativamente às modalidades de apresentação de exemplos retirados das falas dos clínicos e dos clientes, assumi dois critérios: integrar no corpo do meu texto alguns desses exemplos, constituindo assim um outro texto que combina a minha interpretação com as interpretações dos participantes; e noutros casos destacar exemplos que ilustram as minhas interpretações. Decidi não identificar qualquer fala dos participantes, nem sequer com um código que as individualizasse, como é habitual, de forma a evitar que se identificasse numa situação particular um dos elementos a partir de uma fala e com isso ele fosse sistematicamente identificado ao longo das diferentes posições. Optei assim por fazer equivaler a fala apenas ao grupo em que ela foi produzida. Para as citações das falas dos terapeutas e clientes utilizou-se um tipo de letra diferente daquela que se utilizou em todas as outras citações. As siglas utilizadas para identificar os grupos de clínicos e de clientes são, respectivamente, GD1 e GD2.

Como critério para as indicações e referências bibliográficas, utilizei as normas indicadas pelo "*Publication Manual of the American Psychological Association*" (1999).

PARTE I
DO OBJECTO AO MÉTODO

1. O OBJECTO

> Sentia a homossexualidade como um vidro (...) entre a pessoa e a sociedade
>
> (GD2.1:946)

1.1. Motivações para a escolha do objecto

A delimitação do objecto do presente estudo – *Discursos sobre a homossexualidade no contexto clínico: a homossexualidade de dois lados do espelho* – resultou da reflexão sobre um conjunto de factores históricos, políticos, sociais e profissionais de significativa relevância para a intervenção clínica. Passarei a referir resumidamente esses factores com o objectivo de enquadrar e justificar a pertinência deste estudo.

Desde cerca dos anos 70 que, de uma forma mais sistemática, várias medidas têm sido tomadas, nomeadamente junto de estruturas governamentais de vários países, no sentido de se efectuarem alterações na legislação que ponham fim à discriminação relativa a uma orientação sexual diferente da padronizada. Após a eliminação da homossexualidade da lista de doenças mentais, em 1973, pela *American Psychiatric Association*[3] (medida que foi seguida por várias outras instituições como a *American Psychological Association*)[4] um modelo afirmativo de intervenção psicológica (designado por "modelo afirmativo *gay*") tem vindo a ser desenvolvido, particularmente nos Estados Unidos[5]. A partir do final da década de 70 vários estudos foram realizados, sobretudo naquele país, com o objectivo de verificar em que medida as normas da *American Psychiatric Association* estavam a ser seguidas pelos clínicos e de identificar as necessidades sentidas - tanto por parte dos clínicos, ao lidarem com clientes homossexuais, como por parte dos próprios clientes - a fim de serem desenvolvidos programas de formação mais adequados (Baron, 1996; Davison & Wilson, 1973; Garnets, Hancock, Cochran, Goodchilds & Peplau, 1991; Graham et al.,1984; Jensen & Bergin, 1988; Liddle, 1996, 1997; McHenry & Johnson, 1993; Morgan & Nerison, 1993; Morin, 1977; Sorenson & Roberts, 1997).

---

[3] Este processo será aprofundado no ponto 2.1. do Capítulo III. Para um maior desenvolvimento, consultar Bayer (1987).

[4] Porque as siglas da *American Psychiatric Association* (APA) e da *American Psychological Association* (APA) se confundem, optou-se por referir estas duas associações pela sua designação completa.

[5] Uma exposição deste modelo é apresentada no ponto 2.2. do capítulo III.

Na esteira das medidas tomadas nos Estados Unidos, a Comunidade Europeia tem vindo, desde 1980, a fazer recomendações aos seus países membros no sentido de integrarem nas suas legislações orientações que promovam a igualdade de direitos relativamente à orientação sexual.

A Organização Mundial de Saúde, instituição que os clínicos portugueses, a par da *American Psychiatric Association,* habitualmente tomam como referência para as normas das políticas de saúde a assumir, eliminou a homossexualidade da sua 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças, aprovada em 1992 (Drimmelen-Krabbe, et al., 1994), à semelhança do que a associação americana fizera duas décadas antes. Contudo, não se conhecem quaisquer projectos de reflexão que tenham sido implementados dentro das estruturas de apoio a profissionais de saúde, sobre a intervenção junto de clientes homossexuais.

Em Portugal, a nível das discussões científicas (encontros, seminários, congressos) não se tem observado um acompanhamento por parte dos profissionais de saúde relativamente aos novos discursos sobre homossexualidade que noutros países e noutras áreas emergiam - facto que não teria qualquer importância se, no seio da comunidade dos profissionais de saúde, pretensamente centrada em objectivos de bem-estar e de promoção da saúde, não existisse um discurso inequívoco de patologização, que contamina ou senão mesmo enforma o discurso social.

A minha experiência enquanto formadora na área da sexualidade humana, no contexto de uma organização não governamental (Associação para o Planeamento da Família), permitiu-me constatar, nas formações ministradas a técnicos de saúde em geral e a técnicos de saúde mental em particular, um desconhecimento de questões relacionadas com a orientação sexual e uma quase total ausência de reflexão sobre o tema, facto que é igualmente referido em estudos realizados noutros países (Baron, 1996; Buhrke, 1989; Buhrke & Douce, 1991; Dworkin & Gutierrez, 1989; Glenn & Russel, 1986; Graham et al., 1984; Iasenza, 1989; McHenry & Johnson, 1993). Não raras vezes surgiu a pergunta "então mas é doença ou não?", a par de afirmações de resistência como "agora diz-se que não é doença, mas para mim continua a ser!", sem que existissem quaisquer argumentos na defesa dessa posição, para além da mera impressão, patente em expressões como "acho que". Quase sistematicamente, as questões de orientação sexual surgem, ainda, associadas aos papéis sexuais e à identidade sexual, não como resultado de uma reflexão sobre a construção social da

sexualidade, mas com base em crenças fundadas em estereótipos e preconceitos existentes.

Finalmente, na minha prática clínica, clientes homossexuais referiam grande insatisfação por terem sentido, por parte de terapeutas a quem recorreram para apoio psicológico e independentemente do tipo de pedido, atitudes de hostilidade face à sua orientação homossexual, manifestadas através da desvalorização da sua sexualidade ou de tentativas de orientação no sentido de uma prática heterossexual. Tanto a vivência pessoal destas situações como o conhecimento da sua existência eram referidos como um factor de resistência à procura de apoio.

Reconhecendo a importância que uma intervenção clínica tem sobre o sujeito que a ela recorre, particularmente a nível da (re)construção da sua identidade, parece justificada a pertinência de uma análise dos significados atribuídos a este processo por ambos os elementos nele envolvidos. Paralelamente, pelo facto de estarmos perante um fenómeno social relativamente ao qual várias ideologias[6] são desenvolvidas, e sendo elas que orientam a prática clínica, torna-se indispensável conhecer as configurações que clínicos e clientes fazem da homossexualidade. De significativa importância reveste-se também o peso do discurso produzido, ou reproduzido, pelos técnicos de saúde, nas diferentes construções deste fenómeno social, de que as pessoas em geral se poderão apropriar.

* * *

Assim, através da criação de um contexto de produção de discursos, quer para clientes homossexuais, quer para clínicos, pretende-se, com a presente investigação, mapear as configurações da homossexualidade que uns e outros detêm, assim como avaliar as suas perspectivas sobre o valor e a qualidade dos serviços clínicos prestados e recebidos, desta forma aumentando o conhecimento dos discursos sobre a abordagem da homossexualidade no processo terapêutico, **objectivo principal deste estudo.**

---

[6] Aqui entendidas como "um conjunto de produções significantes que operam como reguladores do social" (Canales & Peinado, 1995).

Com base no objectivo definido foram elaboradas as **questões centrais** deste estudo: Que configurações da homossexualidade podem ser inferidas dos discursos em análise? Que significados são atribuídos à homossexualidade no processo terapêutico e como são interpretados os resultados, pelos elementos nele envolvidos?

2. TEORIAS DE SUPORTE METODOLÓGICO

Truth is the silliest thing under the sun

Herman Melville , *Letters*

Como afirma Coulon, "escolher um método é escolher uma teoria. Nenhuma metodologia se justifica por ela mesma, é necessário, para lhe compreender a escolha e o uso, aproximá-la da teoria com a qual é compatível" (Fernandes, 1998, p.38). Poderá dizer-se que o contrário também é verdade, pois escolher um tema implica fazer opções teóricas, da gama de olhares possíveis sobre um objecto. Fernandes resolveu a impossibilidade de hierarquizar prioridades entre estes dois procedimentos, ao afirmar que "avançar num implica ir aprofundando o outro" (p. 38), adoptando uma dialéctica entre a escolha do método e a escolha teórica. Neste sentido, antes de uma reflexão sobre metodologia e o método a seleccionar para a análise do objecto refira-se que a racionalidade científica em que me situo aproxima o presente trabalho dos princípios teóricos do psicodrama, do interaccionismo simbólico, das teorias críticas e do construcionismo social. Todas estas teorias centram-se no papel fulcral da interacção entre sujeito e contexto, sublinhando a construção que o sujeito elabora a partir dos significados que ele atribui e/ou julga serem atribuídos às suas vivências. Segue-se uma breve exposição dos principais fundamentos de cada uma destas teorias de suporte, que enquadram o presente estudo.

O psicodrama

O psicodrama tem sido divulgado fundamentalmente como uma psicoterapia, mas é também uma concepção do mundo. Para Moreno (1889-1974), o seu fundador, a criança ao nascer é um ser criador que vai ser reprimido e restringido pelas *conservas culturais* que a cultura, rigidamente normativa, vai introduzindo. É o ambiente particular em que o recém-nascido se desenvolve que lhe permite incorporar a um nível primário

as características grupais e continuar os padrões do seu meio (Rojas-Bermúdez, 1984). A única essência para Moreno são os processos fisiológicos, importantes na fase inicial de construção da matriz de identidade. A *matriz de identidade* constrói-se através da incorporação da herança cultural. A criança aprende diversos papéis através de um processo que tem um tempo de duração variável e que depende de características como a *co*-acção, a *co*-existência e a *co*-experiência.

No seu texto mais referenciado, "As palavras do pai", Moreno (1976) afirma a sua concepção de humano como um ser com possibilidades ilimitadas; erigido em divindade criadora, ele "chega a ser divindade como autor, criador e comediante da sua própria existência" (p. 65) . O ser humano é um ser que se encontra permanentemente num processo de evolução emocional, através de interacções nas relações interpessoais.

O desenvolvimento humano, que é descrito por Moreno na teoria da espontaneidade, é conceptualizado como um desenvolvimento de papéis, cujo desempenho é anterior ao aparecimento do Eu. Moreno define papel como "a forma funcional que um indivíduo assume no momento em que reage a uma situação específica na qual pessoas e objectos estão envolvidos". Moreno deixa claro que papel é uma experiência interpessoal e necessita habitualmente de duas ou mais pessoas para ser actualizado. Os papéis são anteriores à organização do Eu " não emergem do Eu, mas é o Eu que emerge dos papéis", denunciando a existência de "actuação de papéis antes do nível de reconhecimento" (Moreno, 1964, p. ii).

A teoria psicodramática não se restringe apenas aos papéis sociais, compreende todos os sectores da vida humana. Relativamente à ciência, Moreno afirma que "o conceito de papel atravessa as ciências do homem, a Fisiologia, a Psicologia, a Sociologia, a Antropologia, e liga-as num novo plano" (Moreno,1961, p. 519).

A importância do psicodrama para o presente estudo prende-se com o deslocamento que Moreno propõe da valorização do indivíduo para o grupo e da palavra para a interacção, substituindo o pensamento individualista unipolar por uma abordagem intersubjectiva multipolar. Neste processo, o paciente deixa de ser um objecto dos cientistas, transformando-se em sujeito activo, elemento co-participante na psicoterapia. Nas palavras de Rojas-Bermúdez (1984), encontramos uma definição que exemplifica o que se passa numa dramatização psicodramática: "as interacções manifestam-se e já não é o indivíduo isolado que dramatiza mas um grupo que expressa as suas

interrelações" (p. XVIII). No enquadramento psicodramático o grupo surge como o local principal de encontro, de proximidade intersubjectiva.

O interaccionismo simbólico

Seria o livro de George Herbert Mead "*Mind, self and society*", publicado em 1934, que marcaria o modelo do interaccionismo simbólico, embora tivesse sido Herbert Blumer quem, em 1962, utilizaria pela primeira vez o termo. Com efeitos profundos na teoria social e na metodologia, a posição teórica de Blumer e o modelo de pesquisa por ele proposto fornecem uma teoria geral de explicação dos sentimentos e vivências dos indivíduos e da estrutura social (Stryker, 1992)

Mead havia chamado à sua abordagem "behaviorismo social". Sublinhando o papel da interacção enquanto reguladora das formas como o indivíduo se percebe ao ser percebido e perceber-se através dos outros, Mead defenderia igualmente que, se a natureza humana era parte da evolução e da Natureza, a importância da linguagem e da comunicação simbólica eram fulcrais para libertar o indivíduo do determinismo natural. O fundamento do interaccionismo simbólico é a ideia de que as identidades (próprias e dos outros) são construídas na interacção social do quotidiano (Burr, 1995).

Fortemente influenciado por Mead, Blumer (1969) faz assentar a sua teoria em três premissas essenciais: em primeiro lugar, é em função dos significados que atribui às coisas que o sujeito, enquanto actor, age; em segundo lugar, esses significados são construídos a partir da interacção do indivíduo com os outros; em terceiro lugar, um processo interpretativo é efectuado sempre que o sujeito tem que lidar com o meio. Assim, as pessoas partilham, em imaginação, as respostas umas das outras, e é esta partilha e a atribuição comum de significados que tornam o comportamento verdadeiramente social, sendo, pois, o mundo social determinado pelo significado que é atribuído ao comportamento humano e pelo indeterminismo.

Para este modelo é fundamental a noção de contexto. Porque é por ele que os actores pautam as suas condutas, será ele que influenciará o significado atribuído a essas condutas, sem, contudo, deixar de ser influenciado por esse significado: "as acções sociais ganham o seu significado a partir do contexto em que se situam, mas ao mesmo tempo definem esse contexto" (Fernandes, 1998, p. 44).

O princípio fundamental do interaccionismo é assim enunciado por Coulon (citado por Fernandes, 1998): "É necessário compreender o que fazem os indivíduos acedendo, do

interior, ao seu mundo particular, e tratar-se-á pois de descrever os mundos particulares dos indivíduos dos quais queremos compreender e analisar as práticas sociais" (p. 43). No dizer de Fernandes, o comportamento é sentido - e o acesso possível a esse sentido "só pode fazer-se através do discurso do actor sobre as suas acções, não está inscrito na acção em si mesma" (p. 42). Nesta perspectiva, a intervenção terapêutica é um acto, porque depende do sentido que faz para o terapeuta, da sua visão do mundo.

Desafiando a noção de que o mundo empírico tem um carácter imutável, Blumer defende que cada nova descoberta científica revela uma nova visão da realidade que exige que as concepções previamente assumidas sejam completamente revistas. Investigar é, nesta perspectiva, atribuir sentidos e significados, o que leva Denzin (1990) a afirmar a impossibilidade de fuga do círculo da interpretação e a negar a pureza da objectividade na realização dos estudos. Esta propriedade é designada por Hammersley como «círculo hermenêutico» (Fernandes, 1998).

As teorias críticas

Herdeiras do trabalho da escola de Frankfurt[7] e, mais contemporaneamente, seguidoras das linhas de reflexão de Habermas, as teorias críticas reprovam sobretudo a ideia de objectividade científica e de neutralidade. A expressão no plural deve-se ao facto de o termo "teoria crítica" estar associado a teóricos de diferentes disciplinas, não havendo uma única teoria crítica, mas antes um conjunto de princípios que permitem dar alguma unidade às perspectivas dos autores que se assumem como teóricos críticos.

Tal como foi definida pela escola de Frankfurt, a teoria crítica ataca as abordagens científicas que reclamam a explicação pura baseada em técnicas objectivas de análise experimentais ou estatísticas. Se entendermos, com B. S. Santos (1999) que teoria crítica é "toda a teoria que não reduz a realidade ao que existe", e que "a realidade qualquer que seja o modeo como é concebida, é considerada pela teoria crítica como um campo de possibilidades", sendo "a tarefa da teoria definir e avaliar a natureza e o âmbito das alternativas ao que está empiricamente dado" (p. 197), conclui-se que efectivamente todo o conhecimento é lido como ideológico e "todo o conhecimento crítico tem de começar pela crítica do conhecimento" (p. 205). Nesse sentido, o que é

[7] Por volta dos anos 20, teóricos como Max Horkheimer, Theodor Adorno e Herbert Marcuse procuravam, através de uma abordagem específica, interpretar a teoria marxista e weberiana e desenvolvem uma linha de pensamento que surge como alternativa àquilo que consideravam o fracasso da ciência moderna.

visto como empírico não passa de uma construção social. Por esta razão é o relativismo histórico essencial à teoria crítica.

Como alternativa a uma abordagem positivista da ciência, a teoria crítica propõe uma ciência social que contemple a natureza da sociedade como uma totalidade histórica, tendo, entre outros, o objectivo de combater a visão essencialista que entende produções sociais como aspectos intrínsecos ao sujeito e por isso imutáveis, de que são exemplos a raça, o sexo, ou a orientação sexual.

O desafio que a teoria crítica coloca ao investigador social é a construção de teorias que permitam desmistificar uma leitura "natural" do mundo social assumindo que "nem a objectividade nem a neutralidade são possíveis em termos absolutos. A atitude do cientista social crítico deve ser a que se orienta para maximizar a objectividade e para minimizar a neutralidade" (B. S. Santos, 1999, p. 208). O investigador será assim entendido como um construtor de realidades científicas, integrando o sistema de investigação numa perspectiva da cibernética de segunda ordem.

O construcionismo social

Pretendendo integrar as duas posições anteriores e uma série de outras abordagens críticas à ciência moderna e ao entendimento positivista do conhecimento, o construcionismo social recusa a pressuposição de que a linguagem pode conter verdade e de que a ciência pode fornecer descrições objectivas e correctas do mundo, adoptando a crítica pós-modernista à ciência positivista-empiricista e à concepção de verdade que lhe subjaz.

Para o construcionismo social, não há uma realidade objectiva, ela é construída pela nossa linguagem. Os fundamentos deste modelo teórico encontram-se nos princípios do interaccionismo simbólico e no trabalho de Berger & Luckman, publicado em 1966, "*The social construction of reality*". É a linguagem que constrói os fenómenos sociais, que são depois interiorizados pelos indivíduos como realidades e verdades inquestionáveis. Essa construção das realidades é limitada ao contexto geográfico, histórico, social e político de que emerge. Por isso o sujeito que a enuncia é secundário: o que interessa são as construções sociais possíveis num dado momento, num determinado espaço.

Devedor do estruturalismo e do pós-estruturalismo, no pendor anti-humanista que os une, o construcionismo social assume como referente o primado de que a linguagem é

a chave da transformação, quer social quer pessoal, por ser nela que as identidades se constroem, mantêm ou modificam, uma vez que a experiência apenas tem sentido através da linguagem e dos significados que lhe são atribuídos.

O construcionismo social entende que qualquer significação de um acontecimento poderá constituir uma prática social e fomentar a marginalização de formas alternativas de funcionamento. Assim, ao contrário da psicologia tradicional (que se centra na análise do sujeito) e da sociologia tradicional (que se centra na análise das instituições), o construcionismo social procura o que se constrói com e entre as pessoas, entendendo o conhecimento como não estático, antes dinâmico, ou seja, não como aquilo que se possui, mas como aquilo que se elabora em interacção com os outros.

Alargando a proposta de Semin (1986), aplicada a constructos psicológicos, pode dizer-se que o construcionismo social propõe uma política geral de investigação com a finalidade de tratar quaisquer que sejam os constructos sociais como resultado de práticas sociais situadas. O poder constitutivo da linguagem , a construção relacional do significado e o posicionamento histórico-cultural de qualquer descrição ou teorização são, assim, segundo M. Gonçalves e O. Gonçalves (no prelo), os três pressupostos fundamentais para caracterizar este modelo teórico.

Kenneth Gergen, um dos teóricos responsáveis pelo desenvolvimento desta teoria, autor de, entre outros livros, *Toward transformation in social knowledge* (1982), considera que o objectivo do construcionismo social é reconhecer que quando usamos determinados conceitos (como "alma", "escolha intencional", "cognição", etc), estamos a participar num conjunto particular de tradições culturais, e não a produzir verdade para além da cultura e da história, ou seja, que quando usamos determinados conceitos, ter presente que eles são constructos sociais. Ao investigador, o que importa não é saber "como as coisas são", mas como são interpretadas.

3. O MÉTODO

> He llegado a comprender que para poder entrar en una nueva historia lo que de verdad se necesita, lo más importante es crearla
>
> La Bruja Paz
> Grupo Cala

3.1. Teorias de suporte substantivo

Tendo em conta o objectivo definido e as questões em função dele elaboradas impunha-se fazer uma pesquisa de significados atribuídos à homossexualidade ao longo da história do Ocidente, identificando ideologias de conceptualização da homossexualidade. Nos modelos emergentes nas áreas das Ciências Médicas e da Psicologia procurou-se identificar igualmente, quando existiam, processos de intervenção propostos. A fim de facilitar um entendimento da função destas ideologias e das condições da sua emergência, efectuou-se, para cada momento histórico, um breve levantamento das principais questões do contexto histórico, social, cultural e económico que as enquadra. Esta pesquisa permitiu um melhor enquadramento dos discursos produzidos e categorizados.

A pesquisa documental para a recolha da informação pretendida implicou a incursão em áreas como a História, a Sociologia, a Filosofia, a Antropologia, a Medicina e, naturalmente, a Psicologia. O material disponível sobre o tema mais alargado que é o fenómeno social da homossexualidade é de uma grande vastidão, sujeitando o percurso de aproximação ao objecto em análise a uma série de "desvios", em momentos de maior indefinição e leituras que se vieram a revelar de pouca pertinência.

3.2. Constituição do *corpus*

Com a consciência de que qualquer método de investigação social deverá ser coerente com os objectivos propostos, impôs-se, no caso do presente estudo, uma escolha que permitisse dar voz à população-alvo da investigação para, de acordo com a finalidade pretendida - a compreensão dos discursos disponíveis sobre as configurações da homossexualidade e as práticas terapêuticas com clientes homossexuais – aceder aos significados que os sujeitos atribuem às suas experiências.

Com o objectivo de dar voz aos sujeitos do presente estudo, impunha-se obter uma das matérias-primas da informação qualitativa – o discurso – o que implicava organizar dispositivos conversacionais abertos, de forma a "alcançar" as vivências dos sujeitos, e, através destas, as estratégias dos mesmos[8]. A entrevista em profundidade ou a reunião de grupo eram dispositivos possíveis, ambos capazes de produzir discursos de forma mais ou menos espontânea. Mas o grande obstáculo das entrevistas abertas é, como diz Gallego (1995), a importante racionalização que realizam os entrevistados para oferecer "uma cara", um "estilo" coerente ao entrevistador. A presença de estratégias discursivas do tipo "salvar a cara", como as denomina Goffman, referido por Gallego (1995), estão mais facilmente presentes na entrevista, o que leva a um maior recurso à racionalização. Esta questão tornava-se de grande pertinência, fundamentalmente para o trabalho com clínicos, pela importância inquestionável do papel de aceitação e da capacidade de se colocar no lugar do outro, o que é consensualmente uma competência da prática profissional. A forma grupal, por seu turno, por permitir a interacção, é um processo que tende a eliminar os efeitos da observação e que facilita a percepção das vivências personalizadas como vivências colectivas e do grupo, relativizando os obstáculos acima referidos. A racionalização, sempre presente, torna-se parcialmente diluída na percepção de um discurso casual, emergente no calor da discussão entre iguais, partilhando o indivíduo a responsabilidade com o grupo[9].

Sendo uma técnica com grande popularidade, e reconhecida como adequada para estimular a visão dos utilizadores de serviços em geral (Krueger, 1991) e de serviços de saúde em particular (Beckerleg et al., 1997), os grupos de discussão permitem levar as pessoas a desenvolver e a realizar mudanças e são considerados dispositivos muito apropriados quando o objectivo é explicar como as pessoas percebem uma experiência, facilitando a compreensão da experiência humana, o que não é possível através de desenhos experimentais. Os grupos de discussão podem também fornecer informação sobre percepções, sentimentos e atitudes (Krueger, 1991). O corpo de material que fornecem espelha a realidade social de um grupo cultural (Hughes &

---

[8] Note-se que vários autores partilham a convicção de que o uso de material qualitativo para o estudo de aspectos relacionados com a intervenção terapêutica é altamente apropriado (Beckerleg, Lewando-Hundt, Borkan & Belmaker, 1997; Howe, 1996).

[9] Gallego (1995) refere que é frequente na fase final das reuniões, quando os participantes já se sentem cansados, observarem ao moderador «já lhe dissemos tudo», assumindo um sujeito plural (p. 13). Ressalve-se, no entanto, que, segundo Gallego, esta abertura face ao discurso casual varia em função da origem sócio-estrutural do grupo e do objecto do discurso, sendo reconhecida como menor nos grupos de executivos e profissionais .

DuMont, 1993), ao permitir "reflectir e refractar (a nível micro) uma sociedade e uma história"; e permite ainda observar a interacção social e investigar as nuances e as complexidades das atitudes e experiências dos participantes (Ibañez, 1994a).

A decisão, aqui tomada, por um processo de discussão em grupo para a produção do discurso a analisar é ainda uma forma de assumir que tudo é grupal, que a identidade individual se configura a partir das identificações colectivas, o que implica que no discurso produzido em grupo responderão as próprias características do discurso social. Se o universo do sentido é grupal (social) parece óbvio que a forma de grupo de discussão se adapta melhor a ele, de uma forma mais eficaz do que a que se verifica na entrevista individual. A reordenação do sentido social requer a interacção discursiva, comunicacional. É que o sujeito, cada sujeito, e inclusivamente cada grupo social, poderá eleger os significantes de que fará uso, dispor dos seus próprios repertórios de estilo, mas fá-lo pela pressão semântica, pelo universo de sentido que é para ele pré-existente e que o constitui: "o sujeito falante é dono das suas opiniões, mas não da estrutura que as gera" (Canales & Peinado, 1995, p. 291).

Assim, os participantes dos grupos, nas suas interacções discursivas, aproximam-se de modelos culturais, já que as acções das pessoas têm a ver com o que os outros pensam e planeiam, sendo difícil conceber a mais elementar interacção na vida de todos os dias sem atribuição de intenções e conhecimento dos outros (Carrithers, 1992). Quando conversamos, não estamos apenas a contar histórias, mas a reagir às reacções tanto reais como imaginárias da parte dos nossos interlocutores, ajustando a nossa narrativa às nossas leituras ou representações (Sobo, 1997). Os participantes são influenciados e influenciam os restantes, tal como sucede na vida real. Desta forma, este método permite intensificar e explorar alguma da carga cultural. A situação criada no grupo de discussão equivale, pois, a uma situação discursiva em cujo processo a ideologia, no seu sentido mais amplo de não habitar nenhum lugar social em particular, mas de se encontrar disseminada no próprio corpo social, se reordena para o grupo. Não interessa conhecer histórias pessoais; trata-se de "uma representação da realidade, reproduzindo-se nesta representação o discurso social" (Canales & Peinado, 1995, p. 290).

A elaboração de qualquer discurso tem sempre um sentido que o orienta. Qualquer discurso é construído de acordo com os requisitos situacionais e individuais da sua produção, sendo o material discursivo do relato de uma experiência uma reconstrução elaborada de forma a satisfazer as contingências do momento, estruturada,

seleccionada e editada, de forma a satisfazer as necessidades pessoais da conjuntura do momento, e influenciada por "memórias falíveis, paixões reconsideradas e visões selectivas" (Kitzinger, 1995, p.71).

A finalidade com o uso desta técnica era provocar os discursos, independentemente da sua verdade: qualquer discurso é o discurso possível para aquela pessoa naquele momento. Os falsos discursos (mesmo se deliberadamente falsificados) são correctos do ponto de vista do significado, uma mentira é igualmente plausível: é o que pode ser discurso correcto naquela sociedade e naquela situação. Embora a forma e o contexto da discussão de grupo seja "encenada" pelo investigador – é ele quem decide as características dos participantes, o local de encontro, quem propõe o tema, abre e encerra o diálogo, determina a duração (desempenhando um papel semelhante ao do director do psicodrama) - o que é dito, a ordem do que é dito e as interacções que ocorrem são as possíveis entre aquelas pessoas naquele contexto. Trata-se efectivamente de "um mundo social empírico", respeitando a ênfase no naturalismo proposta por Matza em 1969 (citado por Woods, 1999), no sentido em que os participantes "interagem entre si, desenvolvem entendimentos e significados, envolvem-se em acções conjuntas e respondem uns aos outros (...) organizam-se para resolver problemas que surgem nas circunstâncias em que se encontram" (p. 52). O respeito pelo mundo empírico significa, para Woods, colocar o mínimo de hipóteses possíveis antes do estudo.

Os grupos de discussão produzem informação qualitativa que permite conhecer atitudes, percepções e opiniões, a partir da organização de temas e questões que os participantes trazem para discussão, tendo como ponto de partida o menor número de questões abertas. Os grupos de discussão são pertinentes naquelas ocasiões em que a intuição, a compreensão e a explicação são mais importantes do que os números (Krueger, 1991). Mesmo sendo inadequado para fazer projecções, possuem uma ampla validade inter-subjectiva, fornecendo uma informação exploratória, esclarecedora e descritiva, facilmente compreendida e com resultados plausíveis aos utilizadores da informação.

Morgan e Margaret Spanish consideram que a força do grupo reside naquilo que entendem ser o melhor compromisso entre todas as vantagens que possuem cada uma das outras técnicas de investigação de informação qualitativa: se a observação participante permite a observação da interacção e a entrevista individual facilita a recolha de atitudes e das significações que os informantes atribuem às suas

experiências, os grupos de discussão acumulam estas duas possibilidades, embora, naturalmente, se perca a profundidade que cada um tem isoladamente - perdendo-se a extensão que cada uma das técnicas referidas isoladamente permite. (Krueger, 1991).

Por outro lado, uma das dificuldades dos grupos de discussão é a realização do encontro, pela necessidade de articulação das diferentes disponibilidades dos participantes. A conversação deve ter lugar num meio facilitador, factor que frequentemente apresenta problemas logísticos, ao contrário de uma entrevista individual que pode acontecer no lugar e momento mais convenientes para o entrevistado.

O grupo de discussão parece, portanto, ser a opção adequada para alcançar os objectivos propostos nesta investigação. Trata-se do contexto ideal para a produção do discurso sobre a experiência terapêutica, quer como serviço prestado (terapeutas), quer como serviço recebido (clientes), reforçado pela intenção de encontrar nesta narrativa significações da homossexualidade.

3.3. Análise do material qualitativo[10]

Feita a opção por trabalhar com material qualitativo tornava-se imprescindível a escolha de um método que se lhe adequasse e que permitisse dar sentido ao que é dito, sentido e feito, ou seja, interpretar o que é já interpretado. A reflexão sobre a selecção de uma técnica que permitisse sistematizar e organizar a análise levou à decisão pela utilização da análise de conteúdo, procedimento definido genericamente como "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens" (Bardin, 1991, p. 42)[11]. A pré-análise, a exploração do material e, por último, o tratamento de dados, as inferências e a interpretação são as fases através das quais se organiza a análise de conteúdo .

---

[10] Apontar-se-ão aqui somente os aspectos principais deste procedimento. No ponto 2 da Parte III ("O Método") far-se-à uma apresentação pormenorizada da análise de conteúdo a realizar.
[11] Para uma vasta recolha de definições de análise de conteúdo, consultar Ghiglione e Matalon (1993).

Para a codificação, a primeira fase da análise de conteúdo, optou-se por um processo simultaneamente dedutivo e indutivo, determinando-se como unidade de análise o tema, definido por Berelson como "uma afirmação acerca de um assunto, quer dizer, uma frase, ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou uma frase condensada da qual , por influência pode ser afectado um vasto conjunto de formulações singulares" (Bardin, 1991, p.105). Para a codificação em categorias foi utilizada a estratégia de "acordo entre juízes independentes" (Hill, Thompson, & Williams, 1997), de forma a atingir um maior nível de consenso que promovesse a intersubjectividade e assim aumentasse a credibilidade do método.

Assume-se, com o método adoptado, o paradigma emergente (B. S. Santos, 1987) que recusa a objectividade das produções científicas dissociadas dos sujeitos que as produzem e dos processos e contextos de produção. O objectivo dos grupos de discussão não é obter a verdade sobre o trabalho terapêutico com clientes homossexuais e sobre as configurações da homossexualidade, mas recolher e explorar a variedade de discursos que os clínicos e os clientes constroem sobre o trabalho terapêutico com clientes homossexuais e bissexuais e sobre as configurações da homossexualidade, sendo o foco o próprio relato fornecido. Tal como refere Wolcott, mais útil que o conceito de validade é o conceito de compreensão: procura-se "compreender ao invés de convencer" (Woods, 1999, p. 74). A proposta do presente estudo de escutar os intervenientes no processo terapêutico - clínicos e clientes - satisfez os requisitos do processo conhecido por triangulação, uma das estratégias defendidas por vários autores para procurar fornecer mais riqueza de informação. Esta estratégia aumenta a coerência dos resultados e a sua validade através de um processo de convergência, embora possam ser esperados diferentes resultados de cada perspectiva (Hill, Thompson & Williams, 1977; Stiles, 1993).

A unidade de investigação não é a intervenção com homossexuais, mas sim a própria narrativa (enquanto elaboração subjectiva) da intervenção, da mesma maneira que não é a homossexualidade, mas sim o discurso sobre a homossexualidade, isto é, o conjunto de significações que lhe é atribuído. Este facto reflecte a convicção de que a narrativa é apenas aquilo a que o cientista social tem acesso, sendo no entanto um descodificador da coisa que é narrada e da sua polissemia.

PARTE II

INTERPRETAÇÕES DA HOMOSSEXUALIDADE EM DIFERENTES MOMENTOS HISTÓRICOS: PARADIGMAS DE ENTENDIMENTO E MODELOS FUNDAMENTAIS QUE OS INTEGRAM

First there was Sappho (the good old days) . Then there was the acceptable homoeroticism of classical Greece, the excesses of Rome. Then, casually, to skip two millennia, there was Oscar Wilde, sodomy, blackmail and imprisonment, Forster, Sackville-West, Radclyffe Hall, inversion, censorship; then pansies, butch and femme, poofs, queens, fag hags, more censorship and blackmail, and Orton. There was feminism, too (...). There was drag and clones and dykes and politics and Gay Sweatshop. Then there was AIDS, which, through the intense discussion of sexual practices (as opposed to sexual identities), spawned the Queer movement in America. Then that supreme manifestation of Thatcherite paranoia, Clause 28, which provoked the shotgun marriage of lesbian and gay politics in the UK. The child is Queer, and a problem child it surely is.

Annemarie Jagose, *Queer theory*

CAPÍTULO I COMPORTAMENTOS SEXUAIS CONDENADOS, NA HISTÓRIA DO OCIDENTE ATÉ AO SÉCULO XIX. A CONDENAÇÃO DA PRÁTICA DO "VÍCIO"

> Research on the homosexual past inspires us to question the necessity of the present division of persons, activities and feelings into heterosexual and homossexual. Even Kinsey's famous continuum of sexual activities and feelings maintains the now dominant and traditional hetero-homo division. Research into past "same"-sex relations questions the applicability of this hetero-homo model to societies which did not recognize this polarity. If we have trouble imagining a world without heterosexuals or homosexuals, a historical perspective is useful.
>
> Jonathan Katz, "Why Gay History?"

1. INTRODUÇÃO

Pretende-se cartografar, no presente capítulo, as variações dos significados atribuídos aos relacionamentos homoeróticos, "tal como as foi reinventando o Ocidente ao longo dos tempos" (M. I. S. Santos, no prelo), em épocas anteriores à da emergência do modelo patológico como modelo de leitura dominante. Este levantamento no contexto de uma investigação sobre as atitudes e estratégias dos clínicos no apoio a pessoas, ditas, homossexuais, tem por objectivo perceber, por um lado, onde poderão estar ancoradas posições actuais e, por outro lado, facilitar a compreensão do processo de construção da homossexualidade enquanto fenómeno socialmente, e portanto, discursivamente também, construído.

O que aqui interessa analisar não são, sublinhe-se, os relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo, nem as pessoas neles envolvidos, mas sim os significados que a esses relacionamentos são atribuídos. As fontes da informação que se apresenta são, na maior parte dos casos, as leituras feitas por historiadores contemporâneos e não as fontes originais.[12]

[12] Este aspecto é tão mais importante quanto são escassas, ou de difícil acesso, as fontes disponíveis. Por sua vez, as fontes de informação e análise utilizadas pelos historiadores são a literatura, a legislação, os relatórios de tribunais, em suma, os registos sobre as políticas desenvolvidas face aos homossexuais. Licata e Petersen (1985) chamam a atenção para a dificuldade de realização destes estudos devido ao facto de os arquivos e bibliotecas terem, conforme as épocas, ocultado e por vezes destruído, materiais passíveis de dar informações sobre a sexualidade não conformista.

Torna-se relevante referir que a procura de significados de um objecto em períodos anteriores à sua concepção se reveste de alguma fragilidade, podendo mesmo o investigador incorrer em alguns enviesamentos. A análise dos significados dos relacionamentos homoeróticos durante o período proposto implica atribuir a estes relacionamentos uma autonomia e, concomitantemente, uma importância que, eventualmente, eles não possuíam na época, correndo-se o risco de reduzir a análise a uma leitura deslocada e de atribuir a estes relacionamentos um estigma que era devido não à relação em si, mas aos comportamentos sexuais, independentemente do sexo das pessoas que os praticavam. Por este motivo, alguns autores recusam a realização desta pesquisa, optando, antes, por investigar a forma como a sexualidade estruturava a vida social (Foucault, 1994; Weeks, 1990).

Na civilização ocidental, os relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo foram entendidos como uma escolha, permitida em determinadas épocas (dentro de certas limitações) e reprimida em quaisquer circunstâncias, noutros momentos históricos. Até meados do século XIX, não existia uma categoria social que caracterizasse as pessoas com envolvimentos homoeróticos como um grupo particular de pessoas. A homossexualidade, entendida como uma identidade particular, é um conceito que surge apenas no século XIX e o processo de modificação dos seus significados, que levou a esta passagem de acto a identidade, será descrito no próximo capítulo.

As expressões, anteriores ao século XIX, que habitualmente são assumidas como referentes a relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo não são exclusivas desses relacionamentos e qualificam não os indivíduos, mas os comportamentos (Boswell, 1980; Bullough, 1994). Não se referem a um tipo particular de pessoa, mas a uma pessoa que comete um tipo particular de pecado - sexo *contra a natureza*[13]. São

---

[13] O conceito de natureza vai sofrendo diferentes alterações. A expressão *contra natura* é, de acordo com Leroy-Forgeot (1997), inicialmente empregue por Platão, para quem o referente da natureza eram as normas sociais, sendo recuperada posteriormente pelas filosofias neoplatónicas e pelos estóicos:

> [Q]uando um Antigo diz que uma coisa não é natural, não está a pensar que ela é monstruosa, mas que não é conforme às regras sociais, ou ainda que é falseada, artificial: a natureza sendo quer a sociedade, quer uma espécie de ideal ecológico, tendo em vista o domínio de si e a autarcia; seria preciso saber contentar-se com o pouco que a natureza exige. De onde duas posições perante a homofilia: a maioria indulgente considerava-a normal e os moralistas políticos consideravam-na por vezes artificial, ao mesmo título, de resto, que qualquer outro prazer amoroso." (Veyne, 1983, pp. 37-38)

Este significado é assumido até ao final do Império Romano. Mais tarde, com a escolástica, a natureza passa a ter um significado teológico, identificando-se com a vontade de Deus. Alain de Lille, no seu *Liber Poenitentialis* (1199–1202), definiu o pecado contra a natureza como o derramar do sémen fora do recipiente apropriado; aí, inclui-se a masturbação, a relação oral ou anal, a bestialidade, o estupro e o adultério. Lille equipara sodomia a homicídio, considerando-os os crimes mais sérios dos pecados capitais. Guilherme de Auvergne (1180–1249) clarifica: com a sodomia há um depositar do sémen em recipiente impróprio, o que conduz a homicídio, pois há um desperdiçar do sémen improdutivamente. Este desperdício assume um outro perigo: segundo Caesarius de Heisterbach, contemporâneo de Auvergne, os demónios colhiam sistematicamente o sémen humano desperdiçado para moldá-lo na forma de corpos

exemplos destas expressões, entre outras, os termos *mollie (molitties)*, sodomita e *bougre*. A palavra *mollie,* evolução da palavra latina *mollities* (que significava "frouxidão", "fraqueza", "sensibilidade", ou "vida efeminada"), utilizada quer durante o Império Romano quer na Europa dos finais do século XVII até sensivelmente ao século XIX, aplicava-se aos homens, tanto pelos seus comportamentos considerados efeminados como pela realização de práticas sexuais em que se desempenhasse o papel de "penetrado", papel considerado passivo. Para os romanos, o comportamento considerado efeminado estava associado a uma tendência política passiva (Boswell, 1980; Veyne, 1983).

O termo *sodomia*[14] foi investido de múltiplos significados: a relação entre pessoas do mesmo sexo, toda a relação sexual que se desviasse do coito heterossexual (relações sexuais orais ou anais, entre homens ou entre homens e mulheres), zoofilia, masturbação, coito interrompido, relação coital heterossexual noutra posição que não fosse o homem sobre a mulher (devido, por exemplo, ao facto de se considerar diminuir as hipóteses de concepção) ou ainda qualquer relação sexual de cristãos com judeus ou muçulmanos (devido ao facto de se considerar que estes "infiéis" eram equivalentes a cães ou outros animais, aos olhos de Deus) (Leroy-Forgeot,1997; Lever,1985; Meer, 1989; Mondimore,1996). À medida que nos aproximamos do século XVIII, o conceito sofreu uma redução e passou a significar, para algumas legislações, a relação anal completa, implicando penetração e ejaculação[15]. Devido a este conceito alargado, até ao século XVIII é muito difícil saber-se de que se está a falar quando alguém é incriminado de *sodomia*.

A expressão *bougre*, frequentemente utilizada durante a idade média, e oriunda originalmente do sul de França, referia-se aos hereges, que eram acusados simultaneamente de práticas sexuais não reprodutivas, e passou a caracterizar indiferentemente hereges e sodomitas[16] (Boswell, 1980).

---

masculinos e femininos, que usavam nas aparições para atormentar e perseguir a humanidade (Richards, 1993).

[14] Segundo Jordan (1997), foi Pedro Damião, um dos mais relevantes reformadores do século XI, quem definiu o termo sodomia a partir da antiga categoria Romana «luxúria», entendida como a fonte de diversos actos pecaminosos, muitos dos quais relacionados com a sexualidade. Johansson e Percy (1996) referem a data de 1175 como o ano em que o termo surgiu na Península Ibérica.
De forma a entender-se melhor a dificuldade de rigor dos dados, refira-se que o médico português Camillo Monteiro (1922), no seu minucioso estudo sobre o *Amor Sáfico e Socrático*, citando Caetano Pereira e Sousa, diz ter sido o Imperador Justiniano (527-565), na sua Novela 141, quem primeiro empregou o termo "sodomia" em substituição da expressão «*pedicatio*» (p.488, nota 1).

[15] Exemplos desta definição encontram-se nas legislações holandesa (Meer, 1989) e portuguesa (Mott, 1988).

[16] Os Albigenses ou Cátaros, antes da regressarem a França cerca do século X, onde já haviam estado séculos antes, estiveram refugiados na Bulgária - daí lhes vem o nome de *Bulgares*. O termo *Bulgare* foi

A permissão ou condenação de comportamentos homoeróticos esteve dependente do sexo, das idades dos parceiros envolvidos, da classe social e do nível de educação, de épocas de maior ou menor dominância religiosa, do crescimento urbano e da explosão demográfica e até do menor ou maior grau de intimidade em relacionamentos pessoais[17]. Tentar-se-á, na exposição que se segue, e, sempre que os dados disponíveis o permitam, sublinhar estes aspectos em cada época.

2. A HEGEMONIA DO PATRIARCADO

2.1. A antiguidade clássica: as civilizações grega e romana

Para os antigos gregos, os relacionamentos sexuais estavam estruturados por relações complementares de dominação/subordinação. Esta assimetria na relação pressupunha a hierarquia socialmente estabelecida. O prazer sexual podia ser concretizado, pelo menos para os homens, através de uma variedade de formas, dependendo do estatuto social dos parceiros. O sexo ou o estado civil do parceiro sexual não tinham relevância. Era aceitável que um homem tivesse simultaneamente uma mulher e um *eromenos*[18]. A importância do casamento prendia-se com a procriação, sendo o casamento a única instituição que a legitimava.

No pensamento grego, que condicionou a cultura ocidental, o homem era o foco de toda a vida intelectual, o criador da ordem e da lei. A mulher existia em função do homem como mãe dos filhos e administradora da casa. Estava associada ao desejo e à desordem, era vista como um ser inferior a quem se atribuíam qualidades negativas

---

sofrendo alterações e passou a *boulgre,* depois *bougre* e, finalmente, também a substantivo: *bougrerie.* A palavra servia para designar a heresia *bulgare* dos séculos X-XII, mas muito depressa adquiriu o sentido de sodomia. No século XVIII, *bougre* qualificava indiferentemente herege e sodomita. Os Albigenses pregavam a não violência e o fim da propriedade privada. Influenciados pelo dualismo oriental e filosofias maniqueístas, desaprovavam a procriação, acreditavam na existência de dois criadores e negavam a realidade da encarnação de Jesus Cristo. Os seus opositores afirmavam que eles, para manter a castidade, sodomizavam as mulheres. A necessidade de os exterminar era sustentada pela 'teoria da infecção', teoria que responsabiliza a influência estrangeira pelo surgimento da 'sodomia', da efeminação e de outros desvios sexuais (Karlen, 1980).

[17] Refira-se, pela óbvia relação, que os estudos contemporâneos sobre atitudes face à homossexualidade sublinham a existência de uma correlação entre atitudes e factores como o sexo, a forma como são vividos e assumidos os papéis sexuais tradicionais, a idade, o grau de educação, o grau de religiosidade e o tipo de ideologia religiosa, a área de residência (rural ou urbana) e o maior ou menor contacto pessoal com pessoas homossexuais (Herek, 1991, 1996; Kerns, 1994).

[18] Nome atribuído ao elemento adolescente envolvido numa relação com um cidadão. *Erastes* era o nome atribuído ao elemento adulto.

que a impossibilitavam de participar activamente, de forma igual ao homem, na sociedade onde vivia. O seu papel estava quase exclusivamente ligado à reprodução:

> les femmes dans leur totalité etaient tenues pour d'éternelles mineurs. Au même titre que les enfants, les étrangers et les esclaves, elles demeuraient en marge de la communauté, indispensables certes pour en assurer la reprodution, mais sans droit aucun"(...)"Si l'on cherche à definir juridiquement le statut de la femme athénienne, le premier mot qui vient à l'esprit est celui de «mineur». (Mossé, 1983, p. 40,51)[19]

O desprezo pela capacidade intelectual das mulheres repercutia-se na educação das crianças. A educação das raparigas era completamente descuidada, estando elas excluídas de tudo o que dizia respeito à cultura e aos interesses do seu país e da sua época, sendo igualmente consideradas incapazes em terreno de guerra. Uma excepção deverá ser considerada, contudo, no caso de Esparta, onde as mulheres eram, pelo contrário, alvo de uma educação (moral, mas sobretudo física) privilegiada. Essa ênfase na educação das mulheres devia-se ao facto de nelas se valorizar a função procriadora – a mulher espartana devia, assim, ser saudável, de forma a poder produzir bons guerreiros. Os rapazes, avaliados pelo que prometiam ser como guerreiros, eram educados pelos homens com quem aprendiam a arte de governar e de defender a cidade (Licht, 1976; Mullol, 1985).

Do ponto de vista sexual, o prazer que a mulher podia dar ao homem era desvalorizado, e as relações heterossexuais eram vistas como uma experiência pouco enobrecedora e tidas quase exclusivamente como uma necessidade biológica (Mossé 1983; Valdés, 1981). O ideal do amor era dirigido aos rapazes jovens. Além do ideal físico de beleza, os jovens rapazes, fruto de uma melhor educação, possuíam dotes intelectuais que possibilitavam uma conversação racional, o que não aconteceria com uma mulher. Na análise que faz do sentido da homossexualidade na Grécia, Karlen (1980) recupera as posições apresentadas em *O Banquete*", de Platão, para chamar à atenção que o argumento básico do texto é de que o belo é o bom, e sendo o amor o amor do bom e do belo, e o homem melhor e mais belo do que a mulher, é o amor pelo homem que é o maior amor.

Este amor entre homens mais velhos e jovens era investido de uma forte componente pedagógica, sendo considerado a forma mais perfeita e mais bela de educação. Algumas cidades legislaram-no. Em Creta, segundo Dover (1978), a regulamentação

---

[19] Atente-se no que diz Aristóteles (trad. 1994) em a *Poética*: "com efeito há uma bondade de mulher e uma bondade de escravo, se bem que [a da mulher] seja inferior e [a do escravo] genericamente insignificante" (p.124).

era feita pelo Estado e tinha a finalidade de evitar a superpopulação. Ali, como em Esparta, cidade eminentemente militar, tratava-se de uma instituição aceite pela família. Nos estados Dóricos, o Estado chegou a considerar uma violação às obrigações do cidadão a não responsabilização de um homem por algum jovem, inspirando-lhe tudo o que era considerado justo e nobre, tomando assim a seu cargo o crescimento pessoal deste último. Era uma vergonha para o rapaz se não fosse honrado com a amizade de um homem (Mullol, 1985; Valdés, 1981).

A palavra no dialecto dórico usada para designar o amante era "inspirador" e a utilizada para designar o adolescente amado era "o que escutava", destacando-se a atitude fundamentalmente receptora do jovem. A pederastia parecia, pois, ser nesta época uma instituição social tão importante como a família, sendo considerada complementar ao casamento pelo seu importante papel pedagógico (Licht, 1976). A educação era entendida "como o conjunto de cuidados que um homem mais velho, cheio de solicitude, dedicava a um menor de idade, para favorecer o crescimento" (Mullol, 1985, p.118), e era suposto que um e outro desenvolvessem virtudes, consideradas, masculinas. Porém, como se disse já, uma regra entre estes relacionamentos era a existência de uma grande diferença de idades entre o amante e o amado. A idade limite era biologicamente determinada: ao surgimento dos primeiros caracteres sexuais secundários visíveis (em particular a barba), supunha-se que o jovem casasse e passasse, por sua vez, a desempenhar o papel de educador (*erastes*). As trocas sexuais não supunham uma experiência mútua, mas algo que o jovem proporcionava ao adulto. Do parceiro jovem - *eromenos* - , considerado passivo e por isso, submisso, não era esperado que tivesse prazer no acto sexual. A prática institucionalizada entre *erastes* e *eromenos*, era o sexo intracrural (Mondimore, 1996, p.8).

Se os historiadores estão de acordo relativamente a estes princípios para as classes intelectuais, desconhece-se o ideal dos menos favorecidos, embora, segundo Aristófanes, os pequenos camponeses de Ática não deixassem de contemplar o sexo com efebos (Karlen, 1980; Sartre, 1991). No entanto, uma lei promulgada pelo ateniense Sólon em 600 a.C. regulamentava estes relacionamentos, proibindo os escravos de terem relações sexuais com rapazes livres, evitando que se debilitassem os sentimentos de superioridade característicos dos cidadãos livres nas relações íntimas com os servos masculinos. Esta protecção não abrangia a grande quantidade de imigrantes da cidade (Mullol, 1985, p. 122).

Polémico, entre os historiadores, é o entendimento da existência de um amor entre pares no caso de dois adultos com iguais direitos de cidadania: Halperin (1990) considera-o inexistente, enquanto Boswell (1980), contrariando a posição de Halperin, argumenta a evidência da existência destes relacionamentos, apontando a distinção feita por Platão entre o amor de homens por jovens, e o amor de homens por outros homens. Dover (1978), por seu turno, afirma, simultaneamente, a existência de relacionamentos entre cidadãos adultos e a sua condenação, ao explicar que se algum dos cidadãos envolvidos na relação tivesse intenções de participar na vida política da cidade seria perseguido por se considerar que a 'passividade' era uma característica incompatível com o acto de governar. Dover clarifica que, nestes casos, a perseguição não se devia ao facto de o envolvimento ser entre dois homens, mas sim à condenação de um comportamento sexual considerado passivo - o de ser penetrado[20].

Os antigos Gregos souberam aproveitar a força e a energia do amor, considerando-o, nalguns casos, mais importante do que todos os aspectos que têm vindo a ser enunciados. Para além de objectivos pedagógicos, o amor era utilizado com o fim de inspirar e fortalecer os soldados. O "batalhão sagrado de Tebas" ou "batalhão dos amantes" integrava pares de amantes (*erastes-eromenos*) para que a sua proximidade inspirasse, a ambos, uma conduta heróica. Esta estratégia foi utilizada por vários Estados, tendo o principal sido o de Hélade (Sergent, 1986).

Refira-se finalmente, no que diz respeito à antiga Grécia, uma nota de diferença face ao que se passava com as mulheres, introduzida pela história de Safo, a poetisa da ilha de Lesbos, mais propriamente de Mitilene, onde viveu no último terço do século VI a.C.. Em Lesbos, existiram verdadeiras escolas de poesia e de música até finais do século VII, onde as jovens podiam receber uma educação complementar à educação recebida em casa, sob a autoridade materna, até à idade do casamento. Esta educação decorria dentro de uma comunidade escolar e sob a direcção de uma professora e desenvolvia-se tendo em conta um ideal de beleza, aspirando à sabedoria; paralelamente, parecia verificar-se a existência frequente de um vínculo passional entre mestra e discípula. Safo, a grande criadora da poesia ocidental, expressa, nos fragmentos dos poemas que dela nos chegaram, o relacionamento erótico com as suas discípulas, ou, pelo menos, a expressão desse desejo[21] (Marrou, 1976; Mossé, 1983).

---

[20] M. I. S. Santos (no prelo) afirma que este contraste entre ser (activo) e estar (passivo) se observa em "todas as culturas, do ocidente, do oriente, do norte, do sul, desde tempos imemoriais até aos nossos dias" (p. 13).

[21] Paradigmática do desejo homoerótico na poesia de Safo é a sua "Ode do Ciúme" (traduzida ao longo dos séculos em várias línguas; no caso de Portugal, a Ode teve também várias traduções desde a de António

***

A forma como o erotismo entre pessoas do mesmo sexo se configurava entre os romanos aproximava-se bastante da forma como era entendido na Grécia. Nem a religião nem a lei distinguiam o homossexual do heterossexual. Segundo Boswell (1980), notava-se uma absoluta indiferença na maior parte dos autores latinos relativamente à questão do sexo dos amantes. O comportamento sexual era associado ao comportamento político, como se a passividade sexual denunciasse impotência política (Boswell, 1980). De forma aparentemente não muito diferente do que se passava na Grécia, o papel, dito, passivo na relação sexual era suposto, em Roma, ser desempenhado por pessoas excluídas da estrutura de poder: rapazes, escravos e mulheres:

> a mulher é passiva por definição, a não ser que seja um monstro (...). As crianças também não contam, na condição de que o adulto não se ponha ao seu serviço para lhes dar prazer e se limite a obtê-lo delas; essas crianças são, em Roma, escravos (...). (Veyne, 1983, p.40,41)

Embora Valdés (1981) refira que a mulher tenha sido tida em maior consideração em Roma do que na Grécia, devido ao reconhecimento das suas capacidades de trabalho, o seu posicionamento social manteve-se num nível hierárquico inferior mas muito superior ao grego. O *pater familias* era, naquela sociedade, dotado de toda a autoridade e os papéis sociais ligados ao sexo eram particularmente relevantes e rígidos. A noção de passividade estava estritamente associada às mulheres e um homem desejar este papel torná-lo-ia efeminado.[22] Os homens efeminados, ridicularizados na literatura, eram desprezados e expulsos do exército; eram vistos como não tendo nem a força, nem a vontade para lidarem com a vida como homens saudáveis (Mullol, 1985; Veyne, 1983). Como se referiu, o termo utilizado pelos romanos que tinha como objectivo

---

Ribeiro dos Santos, poeta da Arcádia Lusitana, passando pela de Almeida Garrett ou a de David Mourão-Ferreira até à belíssima versão de Eugénio de Andrade (1974):

> Semelhante aos Deuses me parece
> o homem que diante de ti se senta
> e, tão doce, a tua voz escuta,
>
> ou amoroso riso - que tanto agita
> meu coração de súbito, pois basta ver-te
> para que não atine com o que digo,
>
> ou a língua se me torne inerte.
> Um subtil fogo me arrepia a pele,
> deixam de ver meus olhos, zunem-me os ouvidos,
>
> o suor inunda-me o corpo de frio,
> e tremendo toda, mais verde que as ervas,
> julgo que a morte não pode já tardar.

[22] O conceito de efeminado nesta época, segundo Boswell (1980), significava não masculino, no sentido de fraqueza ou auto-indulgência .

adjectivar, de forma depreciativa, comportamentos associados a passividade ou a efeminação era a palavra *mollie*. [23]

Comparando a cultura grega e a cultura romana, Lever (1985) considera que, enquanto a pederastia, fomentada pelos Gregos, exigia a igualdade social dos parceiros, o que implicava que o jovem fosse de condição livre, os Romanos, por seu turno, preferiam comprar o prazer, e fomentavam a assimetria de estatuto social nas relações entre o mesmo sexo[24]; é assim que em Roma eram livres e bem vistos os envolvimentos com escravos e as relações com prostitutos de ambos os sexos (Mullol, 1985). Receber prazer de alguém era um comportamento apenas permitido aos cidadãos, pois implicava que aquele que o proporcionava estava ao seu serviço. Por esta razão a homofilia era reduzida à relação do adulto com um escravo, o qual não era suposto tirar daí prazer. Neste sentido, Veyne (1983) comenta que Ovídio considerava que o encanto da heterossexualidade estava no prazer da companheira, pois não era suposto que os rapazes experimentassem prazer, distinguindo assim as relações homossexuais das heterossexuais.

Uma preocupação dos romanos era a defesa das crianças livres (rapazes e raparigas) de possíveis abusos sexuais. O que era considerado um delito grave era seduzir uma rapariga solteira e honrada, uma cidadã casada ou um jovem filho de um cidadão:

> A los romanos de los tiempos antiguos no les repugnava amar a muchachos jóvenes esclavos en la flor de la edad y no lo juzgaban indigno de ellos... pero se abstenían estrictamente de tocar a los muchachos de nacimiento libre. (Plutarco citado por Mullol, 1985, p.23)

> Mientras te abstengas de casada, viuda, virgen, de jóvenes y muchachos de buena casa, enamórate de quien quieras. (Plauto citado por Mullol, 1985, p.123)

Esta preocupação encontrava-se legislada. A lei que mais frequentemente surge referida como ligada a proibições sexuais é a *Lex Scantinia* ou *Scatinia,* ou ainda Escantínia (Boswell 1980; Leroy-Forgeot,1997; Lever,1985; Veyne,1983). Esta falta de consenso quanto ao nome manifesta-se igualmente quanto à época em que vigorou.[25]

---

[23] A título de exemplo, quer da rigidez dos papéis sexuais quer da desvalorização do papel da mulher na cultura romana, refira-se um episódio descrito por Veyne (1983): um dia quando o imperador Cláudio ordenava execuções pela decapitação deixou vivo um impúdico que "tinha complacências de mulher (...), pois um tal ser iria sujar o gládio do carrasco" (p.41).

[24] Mais importante do que o facto de a diferença de idades não ter a relevância que assumia na Grécia era o facto de não se pôr em questão o estatuto de "*pater familias*", razão pela qual essas relações eram desiguais em termos sociais.

[25] Segundo Veyne (1983), a lei data do tempo do Imperador Augusto de 149 a.C., para Boswell (1980) data de 226 a.C., verificando-se aqui, tal como noutros casos, desacordo entre os autores, no que diz respeito à datação de certos acontecimentos.

O texto da lei não foi conservado, o que implica leituras indirectas, e daí maiores subjectividades, havendo igualmente falta de acordo quanto ao conteúdo. O maior consenso aponta para uma lei que pretendia controlar situações de abuso, sem referência ao sexo das pessoas envolvidas, "protegendo o adolescente livre em pé de igualdade com a virgem de nascimento livre" (Veyne, 1983, p. 40). O objectivo desta lei era apenas proteger os jovens filhos de cidadãos de comportamentos passivos e não condenar a igualdade do sexo dos parceiros: a "rejeição do homófilo passivo não visa a sua homofilia mas a sua passividade, característica considerada grave, considerada o resultado de um defeito moral, ou melhor, político que era extremamente grave: a moleza" (p. 41). Refira-se, ainda, que para os romanos, havia também comportamentos sexuais que não era suposto serem praticados: a felação e o *cunilingus*, considerados mais graves ainda do que aquele que era considerado o princípio feminino - a *passividade.*

A aceitação, em Roma, de relações exclusivas e permanentes entre pessoas do mesmo sexo é referida por alguns autores (Boswell, 1980; Leroy-Forgeot, 1997; Sergent, 1986; Taylor, 1997) que afirmam que, nas classes mais baixas, se verificavam relações informais, ao passo que, entre a classe alta, eram comuns e legais uniões[26] tanto entre homens, como entre mulheres, regulados pelas mesmas leis que regulam o casamento entre homem e mulher:

> Plusieurs auteurs latins rapportent des unions d'hommes et des unions de femmes, parfois décrites comme des cérémonies publiques en présence des familles, avec dots et contrats de mariage. (Leroy-Forgeot, 1997, p. 17)

2.2. A queda do império romano e a emergência de novas formas de pensamento, de organização social e de poder religioso

A partir do final do século I, uma significativa transformação da organização social tem lugar: modifica-se a estrutura da família de tipo antigo, que encontrava dominância na figura do *pater familias*[27], tornando-se norma o modelo de casal em que a monogamia dominará; concomitantemente, assiste-se a uma valorização da noção de castidade e da proibição do incesto, a uma condenação da actividade sexual dos adolescentes, a

[26] Estas uniões tratavam-se mais precisamente de contratos de dote, como esclarece Sergent (1986).
[27] As grandes famílias aristocratas, de uma aristocracia concorrencial entre clãs, chefiadas pelo *pater familias* com poder supremo, dono das suas terras e, em parte, do Estado, são pouco a pouco substituídas por uma aristocracia de serviço, de menor poder em relação ao exterior, e que cultiva a respeitabilidade em ordem aos imperadores que serve. Para Veyne (1983), esta mudança implicará a construção de uma nova moralidade conjugal e sexual.

uma interdição do aborto; à transformação do adultério de falta risível em crime vergonhoso (Sergent, 1986) e à progressiva desvalorização de qualquer forma de sensualidade (Boswell ,1980).

Esta mudança nos conceitos morais havia tido origem, segundo Boswell (1980), já no Estoicismo, sendo depois absorvida pelo Cristianismo. Os estóicos defendiam a indiferença em relação a todas as fontes de prazer, incluindo o prazer sexual, e aconselhavam a renúncia a todas as emoções excessivas. Os defensores desta doutrina filosófica entendiam a paixão amorosa, porque incontrolável e por isso escravizante, passível de efeminar o cidadão, que ao mesmo tempo era soldado. Foram também os estóicos que defenderam, pela primeira vez, quer a limitação das relações sexuais ao matrimónio, reduzindo-as ao coito vaginal com objectivos de procriação, quer a fidelidade conjugal. Qualquer actividade sexual que não resultasse em concepção era considerada ilegítima e não "natural" (Mondimore, 1996), e mesmo o sexo com objectivos de procriação deveria ser desprovido de prazer, como salienta Ribert (1997), ao referir a posição de Séneca, que afirma que o amor exagerado pela própria mulher é escandaloso da mesma forma que o é o amor pela mulher do próximo, aconselhando, por isso, o discernimento no amor pela própria mulher e condenando como imundo que se ame a esposa como se fosse uma amante.

Esta postura levará no século III d.C., com a influência do neoplatonismo na moral cristã, à exaltação da abstinência sexual como um valor novo e positivo, indispensável ao conhecimento da divindade. O carnal é desprezado e só o espiritual e o imaterial passam a ser considerados divinos. É este espírito que, segundo Boswell (1980), não tendo sido implementado pelo cristianismo, vai contudo, como se disse acima, ser por ele absorvido, desenvolvido e exacerbado. Para os cristãos a procriação é considerada o *único* objectivo da sexualidade e do casamento.

São Paulo é o único apóstolo a condenar as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo (Rom 1, 26-28; 32)[28] e fá-lo , segundo Mullol (1985), quando entra em contacto com civilizações em que estas se desenvolvem, como é o caso do mundo helénico. No

[28] cf. Epístola de São Paulo aos Romanos: "Por esse motivo, Deus os entregou a paixões degradantes, pois suas mulheres mudaram o uso natural em outro uso que é contra a natureza. Do mesmo modo, também os homens, deixando o uso natural da mulher, abrasaram-se na mútua concupiscência, praticando uns com os outros o que é indecoroso e recebendo em si mesmo a paga, que era devida ao seu desregramento. E como não procuraram ter de Deus um conhecimento perfeito, entregou-os Deus a um sentimento pervertido a fim de que fizessem o que não convinha (Rom 1, 26-28). Esses conquanto conhecessem bem o decreto de Deus - de que são dignos de morte os que tais coisas praticam, não só as cometem como também aprovam os que as praticam" (Rom 1, 32).

entanto, na visão de Fuchs (1997), "não o faz em nome de uma lei moral mas de um argumento teológico: a homossexualidade surge-lhe como a consequência normal da idolatria" (p.327). Este tipo de sexualidade é entendida como uma forma de sucumbir ao fascínio da auto-suficiência, tomando a criatura pelo Criador: "eles trocaram a verdade de Deus pela mentira, adoraram e serviram a criatura em vez do criador. (...) Foi por isso que Deus os entregou a paixões aviltantes" (Rom 1, 15). A homossexualidade é vista por São Paulo como um bom analisador da recusa da autoridade de Deus e da recusa da alteridade do outro.

Com o cristianismo paulino, a dualidade entre corpo e alma passará a ter equivalente no binarismo pecado/virtude. A carne (o corpo) é o pecado que habita em nós; na alma reside a virtude que se encontra ao serviço da razão e de Deus (Valdés, 1981). Vale de Almeida (1995), baseado em LeGoff, sistematiza as três noções em torno das quais se fez a reprovação da sexualidade: "a de fornicação, designando todos os comportamentos sexuais ilegítimos; a de concupiscência, vista como fonte da sexualidade; a de luxúria, englobando todos os pecados da carne" (p.75).

Santo Agostinho (454-430) considerará a actividade sexual, em geral, como negativa. Será ele o responsável pela defesa da relação sexual conjugal para procriação somente, indo portanto mais longe que os neoplatónicos que preconizavam que a relação sexual deveria surgir apenas no contexto do casamento; e já que para ele o natural equivale ao divino, refere-se aos detestáveis crimes contra a natureza, como contrários à lei divina, entendendo as relações homoeróticas tal como são interpretadas no Livro do Levítico.[29]

Embora o ideal de vida cristã para Santo Agostinho fosse o celibato, aceitaria, no entanto, o casamento (por perceber que nem todas as pessoas eram capazes de viver daquela forma), assumindo-o como uma forma, por um lado, de socializar e de regular as pulsões anárquicas da líbido e, por outro, institucionalizar o amor. Para Fuchs (1997), o casamento, segundo Santo Agostinho, havia sido instituído para que os pais pudessem reconhecer os filhos e os filhos os pais, em virtude da manutenção da

[29] Após uma listagem de interdições matrimoniais e sexuais pode ler-se: "Não coabitarás sexualmente com um varão; é uma abominação. Não vos contaminareis com nenhuma coisa dessas porque foi assim que se contaminaram as nações que vou expulsar diante de vós. O país está contaminado; punirei as suas iniquidades e o país vomitará os seus habitantes. Porém, vós cumprireis as Minhas leis e os Meus preceitos e não cometereis nenhuma dessas abominações, quer o natural da terra, quer o estrangeiro residente no meio de vós. Porque os homens que vos precederam nesta terra, cometeram todas essas abominações e por isso o país ficou impuro. Temei que a terra vos não vomite se a contaminardes, como

castidade das mulheres. Foi também Santo Agostinho o defensor da "posição de missionário" na relação sexual, considerando-a o único acto limpo e condenando tanto o uso de qualquer outro orifício (que não a vagina) para penetração, quanto a masturbação, individual ou partilhada (Bullough, 1994). O crime *contra a natureza*, com Santo Agostinho, passa a ser concebido como uma injúria a Deus e aos homens (Richards, 1993). Fuchs põe ainda em relevo que Santo Agostinho, em "Cidade de Deus", explora o facto de as pessoas casadas não quererem ser observadas durante a actividade sexual por considerarem que ela tem algo de vergonhoso, para concluir que o que torna vergonhosa a actividade sexual é o apetite que lhe está na origem e que apenas as relações conducentes à geração de filhos e para ela orientadas escapam a essa dimensão de vergonha.

Em "Confissões", Santo Agostinho vai posicionar-se em relação às "torpezas" contra a natureza, condenando-as de uma forma radical:

> as torpezas que são contra a natureza, sempre e em toda a parte devem ser repudiadas e castigadas, como foram as dos habitantes de Sodoma. Ainda que todos os povos as cometessem, seriam réus do mesmo crime, segundo a lei Divina, que não fez os homens de molde a usarem de si desse modo (III, VIII,15)

A partir de Santo Agostinho, a sexualidade (ligada pela primeira vez ao pecado original) é entendida como tendo apenas a função de procriação e todas as outras formas são vistas como perversões, como doença, crime ou ignomínia (Mullol, 1985). Para alguns autores (Boswell, 1980; Weeks, 1990), a condenação dos comportamentos sexuais entre pessoas do mesmo sexo, a que se vai assistir a partir desta época, relaciona-se com a condenação de todas as formas de sexo não procriativo.

A decadência das grandes cidades e o aumento do absolutismo do governo de Roma facilitaram a imposição de comportamentos que se pretendiam homogeneizar. O fascínio pela ordem e pela uniformidade levou a um aumento de legislação de todo o tipo. Pretendeu-se uniformizar os assuntos eclesiásticos e seculares, reunindo na lei canónica a lei civil romana e os princípios religiosos cristãos, supervisionando-se, com as mesmas regras, os problemas clericais, éticos, morais e legais. Os adeptos da nova religião servem-se da sodomia como um argumento poderoso de luta contra o

---

vomitou o povo que a habitava antes de vós. Porque todos os que cometerem alguma dessas abominações serão eliminados do seu povo" (Levítico, 18, 22-29).

paganismo, atribuindo aos Gregos e aos Bárbaros a disseminação deste comportamento.[30]

Do século III ao século VI, procedeu-se a um progressivo estreitamento das atitudes sociais em relação a todas as formas de sexualidade fora do casamento. A prostituição masculina foi banida, provavelmente devido ao facto de, após a concessão de cidadania por Caracala, em 212, se ter tornado muito difícil limitar a prostituição aos não cidadãos que entretanto haviam decrescido no Império. O cristianismo e o estoicismo, por seu turno, alteraram consideravelmente a visão comum da escravatura e aumentaram a consciência pública da dignidade da pessoa humana, independentemente da posição social (Boswell, 1980).

Os legisladores eclesiásticos, durante os século IV e V, tenderam a encarar o casamento (incluindo o dos clérigos) como um estado inevitável para os adultos homens, passando as relações entre dois homens a ser vistas como uma forma de adultério, e decretadas, também como crime capital, inaugurando-se, assim, uma era de repressão violenta[31]. Depois do reconhecimento do cristianismo como religião do estado, com Constantino "O Grande", em 313, os Imperadores cristãos, que eram igualmente chefes da igreja, assumiram nas suas legislações as decisões sinodais e conciliares. A condenação do homoerotismo evoluiu da interdição de uniões entre pessoas do mesmo sexo à condenação à fogueira, "cujas chamas se acenderão durante cerca de quinze séculos para se queimarem vivos os homens que tornam impuro o ar" (Leroy-Forgeot, 1997, p. 26)

A primeira lei conhecida como legislando os relacionamentos entre dois homens foi promulgada em 342 pelo Imperador Constantino II (337-350), interditando as uniões entre homens. Em 390, o Imperador Teodósio (379-395) condena à execução pública pelo fogo os homens que submetem os seus corpos ao desejo de outro homem,

---

[30] Esta atribuição a influências estrangeiras daquilo que é considerado acontecer de negativo a uma comunidade verifica-se em todas as épocas. Leroy-Forgeot (1997), apoiando esta ideia, refere o uso de palavras estrangeiras (*sodomita, bougre, buggerie*) como uma tentativa de transmitir a ideia de que a noção de infracção às normas é exterior à cultura.

[31] Fuchs (1997), a propósito do bispo do século VI Cesário de Arles, diz o seguinte: "esforçou-se durante todo o conturbado período em que viveu, o das invasões bárbaras, em manter no interior da Igreja certas normas morais. Para lutar contra o concubinato, a fornicação e as desordens sexuais, retoma e endurece ainda mais a doutrina agostiniana sobre a exclusiva finalidade procriadora do acto sexual conjugal (...)" (p.181) e sublinha a ideia de que toda a relação sexual é pecado. No fim do mesmo século o Papa Gregório Magno (590-604) prosseguiu na mesma linha agostiniana e definiu o apetite sexual como "o castigo do pecado e surgiu tão bem da raiz do pecado que ninguém neste mundo é gerado sem a sua operação" (Fuchs, 1997, p. 181).

deixando, no entanto, a decisão da pena a aplicar ao critério do tribunal. É clara, no seguinte excerto, a condenação da transgressão dos papéis atribuídos a cada sexo:

> Lorsqu'un homme se comporte au lit à la manière d'une femme, que cherche-t-il donc? Le sexe perde toute sa signification. Le crime en est un dont il vaut mieux ne pas parler. Vénus est pervertie. On cherche l'amour et on ne le trouve pas. Nous ordonnons par conséquent que la loi se dresse, une épée à la main, et frappe l'infâme qui s'est rendu coupable d'un tel crime, que cet homme soit soumis à un *châtiment atroce et raffiné*...(Codex Theod., IX 7,3, citado por Lever, 1985. p. 35.)

A propósito desta rigidez dos papéis sociais atribuídos ao sexo, Leroy-Forgeot (1997) cita Brown: "on acceptait à présent comme tout aussi choquant qu'une âme assignée à perpétuité dans la «résidence sacro-saint» d'un corps identifié comme masculin eût tenté de contraindre ce corps à prendre des postures de femmes" (p.27). Este entendimento dos relacionamentos homoeróticos é classificado por Leroy-Forgeot como "crime contra a dignidade do homem", interpretação que encontra a sua origem teórica no Levítico (20,13)[32] cujas leis formulam mesmo, de acordo com certas versões da Bíblia, uma interdição das relações eróticas entre homens. Esta interdição consiste na interpretação de uma transgressão da hierarquia Deus-homem-mulher. Veja-se, por exemplo, a forma como esta questão é abordada na Bíblia anglicana:

> If a man also lie with mankind, as he lieth with a woman, both of them have commited an abomination[33]: they shall surely be put to death; their blood *shall be* upon them.

Invertendo a posição dos seres na hierarquia, o homem "que se comporta como uma mulher" e aquele que se torna cúmplice deste acto contrariam uma ordem determinada por Deus, rejeitando a Sua palavra pelo que se torna um crime sacrílego: "transgredir o interdito da homossexualidade masculina é destruir a ideia da criação divina colocando o homem com o qual Deus mantém uma relação privilegiada numa situação inferior" (Leroy-Forgeot, 1997, p.25). Existem então três tipos de sanções: a exclusão (Lev. 18:29); a pena de morte (Lev. 18:23) ou a castração (suprimindo-se, neste caso, um elemento físico constitutivo da dignidade).

O Imperador Justiniano (527-565), motivado pela vontade de prevenir uma ameaça ao vigor do povo Romano, é quem, pela primeira vez, em 533, formula a proibição global por referência à destruição de Sodoma (Génesis, 19), atribuindo às relações sexuais

---

[32] Levítico: "Se um homem coabitar sexualmente com um varão cometeram ambos um acto abominável ; serão punidos com a morte e merecem o suplício." (20:13)

[33] O termo abominação ou ignomínia é proveniente da palavra hebraica "toevah" que significa impureza, desrespeito pelos rituais judeus e, mais geralmente, os actos de idolatria cometidos por outros povos. Exemplos de formas de abominação, ou actos pouco limpos, são: comer carne de porco, ter relações sexuais com menstruação ou a prostituição sagrada ligada à idolatria (Boswell, 1980; Leroy-Forgeot, 1997).

entre homens a mesma categoria de adultério - que era na época punido com morte -, ordenando que todos os homens que fossem considerados culpados por relações entre o mesmo sexo fossem castrados.[34] A identificação feita deste tipo de "crime" com a destruição de Sodoma leva Leroy-Forgeot (1997) a atribuir-lhe a classificação de "crime contra a colectividade. Esta condenação estava associada à interpretação destes comportamentos sexuais como comportamentos que arrastavam a cólera divina e a miséria da humanidade. Para evitar a calamidade, a solução proposta era a supressão física do crime e dos seus rastos. A partir de Justiniano, argumentar-se-á em várias épocas que "a fome, a peste, os tremores de terra, as inundações e outras catástrofes de gravidade equivalente são retribuições divinas à sodomia"[35](Leroy-Forgeot, p. 36).

A condenação por crime de sodomia surge muitas vezes, desde o Império romano até ao século XVII, associado a oportunismo político e responde a uma lógica que Leroy-Forgeot (1997) resume pelo silogismo: "o sodomita é o pior dos criminosos; X, que se opõe ao meu grupo, é o pior dos criminosos; logo, X é um sodomita" (p. 42). Trata-se de uma norma destinada a reforçar a homogeneidade do grupo pela exclusão da sodomia. O princípio que prevalece pode ser resumido pela fórmula "o homossexual é culpado " ou pela fórmula contrária "o culpado é homossexual". Nestes casos, a sodomia representava apenas um pretexto arbitrário de condenação. Não era necessário que os designados culpados praticassem sodomia. As aplicações deste silogismo, denominado por Leroy-Forgeot "silogismo do outro", são múltiplas: inquisidoresfizeram-no em relação a cátaros, católicos a protestantes, cruzados a muçulmanos. O provérbio diz que aquele que deseja matar o seu cão dirá que o animal tem raiva. Por analogia, durante a Idade Média era suficiente acusar de sodomia o vizinho que se desejava ver morto, o que resulta do facto da acusação de sodomia ser o pior crime e o pecado mais perigoso. Esta perspectiva de crime é classificada como "crime contra o outro". O "desvio sexual" passa, a partir da época dos Imperadores Romanos, a estar associado a todas as formas de não ortodoxia social, tratando-se de um dispositivo de controlo social (Weeks, 1990).

---

[34] Note-se que em território que viria a ser o reino de Portugal, cerca de 506 d.C., o código Visigótico de Alarico II punia o "pecado nefando" de sodomia com, entre outras penas, o ostracismo público ou a castração "dos órgãos viris" (Gomes, s.d.; Leroy-Forgeot, 1997).

[35] Gilbert (1985) considera que, em 1810, a pressão sobre os homens homossexuais foi particularmente intensa em Inglaterra, devido ao cansaço da guerra e ao medo relativamente ao rumo tomado pelo espírito francês anti-religioso e revolucionário. Relaciona esta perseguição com perturbações sociais percebidas ou imaginadas. Mais próximo dos dias de hoje, recordem-se os discursos acerca da Sida como castigo de Deus ou vingança da natureza.

A hierarquia cristã entre o século VII e o século X estava mais preocupada com a sua organização interna, não tendo sido muito rigorosa com a aplicação das condenações de questões sexuais. A reforçar esta ideia, Monteiro (1922) refere que o Código romano no seu artigo 13º excluía os sodomitas do direito de asilo na Igreja enquanto esse mesmo direito era conferido pelo direito canónico. Boswell (1980) argumenta que as poucas leis que existiram contra o comportamento sexual entre pessoas do mesmo sexo antes do século XIII foram postas em vigor por autoridades civis.

Nos penitenciais era atribuída a mesma pena ao comportamento sexual praticado entre pessoas do mesmo sexo e entre pessoas de sexo diferente. Era o acto e não as partes envolvidas que constituía pecado. A pena para sexo anal era a mesma - três anos -, quer fosse praticado entre os elementos de um casal heterossexual, quer numa situação de *fornicação* (independentemente do sexo do outro), quer entre dois homens. As mulheres eram, contudo, menos penalizadas, o que é explicado por Weeks (1977), pelo facto de as proibições estarem associadas ao sexo não procriativo e se considerar que apenas o espermatozóide teria capacidade reprodutiva, desconhecendo-se o conceito de óvulo. Neste caso, a mulher seria apenas um receptáculo, pelo que não frustraria os objectivos da procriação da mesma forma que o homem[36].

Depois de um período, entre o século XI e finais do século XII, que Boswell (1980) refere como de maior expansão a nível intelectual e em que surgem referências a relacionamentos eróticos entre pessoas do mesmo sexo na literatura, segue-se uma nova política contra este comportamento, associando-o a heresia. Nos finais do século XII, assiste-se a uma época de grande hostilidade de que são exemplo as cruzadas contra os não cristãos e os hereges; a expulsão dos judeus de muitas áreas da Europa; o aumento da Inquisição; os esforços para rotular a bruxaria e a feitiçaria[37].

O papel dos reformadores da Igreja vai ser relevante a partir desta época. Pedro Damião entende o relacionamento sexual entre pessoas do mesmo sexo como "o resultado de um impulso demoníaco" e estabelece "uma vinculação directa entre a

---

[36] Como o Cristianismo pregava a igualdade do diferente, a mulher viu a sua condição elevada mas, ao ser atribuída a Eva a responsabilidade do pecado, esta condição voltaria a ser relegada. M. I. S. Santos (no prelo) sintetiza este processo: "Eva identifica o princípio feminino com a passividade física e intelectual, cuja transgressão é fonte de males irremediáveis, não só para as mulheres, mas sobretudo para toda a humanidade. Mais do que isso, a transgressão feminina desde logo prenuncia a fractura dessa identificação primordial do feminino enquanto dependente do masculino para a iniciativa e a acção. (...) Eva desobedece e é posta no seu lugar. Mas a transgressão existiu e pode sempre ser repetida, quem sabe com que ameaçadoras consequências outras num outro tempo".

homossexualidade, a heresia, a lepra e o Diabo" (Richards, 1993, p.143). Preocupado com a disseminação dos relacionamentos sexuais entre os membros do clero, explicita a condenação da "masturbação, da masturbação mútua, da relação interfemural e da relação anal". O reformador Pedro chantre critica a inexistência de sanções eclesiásticas gerais contra um comportamento que, na sua visão, havia sido o responsável pela destruição de cinco cidades e, como resposta directa a esta reclamação, o Concílio Ecuménico de Latrão III, em 1179, regulamenta os actos sexuais homossexuais e impõe sanções a todos os inconformistas, entre eles, heréticos, judeus, muçulmanos, mercenários (Lever, 1985).

A Igreja passa a associar heresia, feitiçaria e sodomia (Boswell, 1980; Karlen 1980; Monter, 1985). Esta relação é atribuída, segundo Karlen (1980) a um processo de contaminação: a rejeição de qualquer norma ou valor – sexual, religioso, político – levava à suspeita de rejeição de todos os outros. Boswell (1980) atribui a associação entre heresia e sodomia ao facto de, nos séculos XII e XIII, alguns grupos, como os Albigenses ou Cátaros, serem acusados de prática de sodomia. Na terminologia oficial, tornar-se-ia comum mencionar "traidores, hereges e sodomitas", por esses grupos serem mais tolerantes face à homossexualidade do que os católicos ortodoxos e alguns deles desaprovarem a procriação. Assim, muitos homens seriam estigmatizados como hereges por recusarem renunciar às suas preferências eróticas[38].

Não tendo havido mudanças significativas entre o século XII e os séculos XIV e XV, a emergência de um governo absoluto parece ter tido um papel importante no estreitamento da tolerância social: pretendeu-se uma maior uniformidade intelectual e institucional. Esta procura de conformismo levou, no século XIV, à expulsão dos judeus de Inglaterra e de França; à dissolução da Ordem dos Templários (por acusação de bruxaria e sexualidade desviante)[39]; e à sujeição à Inquisição de qualquer interesse associado a heresia. Os leprosos em França foram aprisionados e todos os defensores dos Judeus ou cépticos face à bruxaria foram perseguidos e envenenados. A Inquisição teve, na prossecução deste objectivo, o papel importante de eliminar as diferenças de opinião.

---

[37] Embora admitindo que não existe uma explicação para esta mudança, Boswell (1980) relaciona-a com o aumento geral de intolerância a grupos minoritários e considera que as crenças religiosas passaram a assumir a intolerância da época.

[38] Cf. nota 16.

[39] Na dissolução da Ordem dos Templários sob a acusação dos seus membros como sodomitas e hereges, os inquisidores levaram-nos a admitir, debaixo de tortura, que tinham cuspido na cruz, feito um pacto com os muçulmanos e cometido sodomia. Esta fórmula de acusação (heresia-traição-sodomia) tornou-se rotina nos julgamentos de heresia e feitiçaria (Martin, 1929 citado por Karlen, 1980).

Entre os séculos XII e XV as legislações seculares assumem os enunciados das proibições da ideologia cristã, dando continuidade à sua campanha contra a não conformidade sexual, passando as penas a ser mais severas do que as dos penitenciais. A sodomia passa a ser condenada como uma das formas mais sérias de luxúria por violar o propósito, considerado, natural da sexualidade: a procriação (Goodish, 1976). Não há um único tratado de direito criminal até ao fim do século XVIII que não recorde, em preâmbulo, a passagem do Génesis, de forma a que os filhos de Sodoma parem de infestar o ar que respiram e reencontrem a sua inocência através das chamas (Lever, 1985).

A maior parte das descrições de condenações por sodomia revelam que as acusações são feitas habitualmente a pessoas com culpas múltiplas. Entre os séculos XII e XIV surgem quase sempre associadas a heresia e mais tarde, nos séculos XV e XVI, ligadas a abuso de menores, roubo de crianças, violação. Raramente se encontram referências a condenações cuja acusação tivesse sido exclusivamente o relacionamento sexual entre duas pessoas adultas do mesmo sexo. Mais do que a actividade sexual, o que era necessário processar era o criminoso; contudo, o que surgia a público, na fogueira, era apenas o *sodomita*, sendo escamoteados os restantes motivos (Burg,1985; Lever, 1985; Oaks, 1985). Burg (1985), ao descrever uma condenação em Inglaterra em 1631[40], refere que o relatório de acusação utiliza a fraseologia que descreve a sodomia como um crime abominável; porém, nos procedimentos judiciais é dada tanta importância a este "crime" como a outros "abusos".

As concepções da Igreja manifestam-se violentamente no século XIII com a escolástica e os princípios teológicos defendidos por São Tomás de Aquino. Para São Tomás de Aquino, o universo apresenta uma unidade ordenada por quatro tipos de leis: eterna, natural, divina e humana (ou positiva), devendo cada uma desenvolver os seus próprios fins: a conservação para todas as substâncias, a procriação para todos os animais, a vida social e o conhecimento de Deus para todos os humanos. Os escolásticos procuraram sistematizar e racionalizar a oposição da igreja face aos pecados sexuais. São Tomás de Aquino considerava, tal como Santo Agostinho, que o crime *contra a*

[40] Trata-se da condenação do Conde de Castlehaven, cunhado de Francis Bacon, elemento da corte e dito "sodomita". Entre outras acusações, é referido ter provocado e assistido a uma violação da esposa. Todavia, à semelhança de Burg, Norton (1992) considera que a relação entre homossexualidade e catolicismo foi crucial para a condenação. Da acusação constava a seguinte afirmação: "quando um homem se deixa conduzir pela luxúria e prevarica com a sua religião (...) sendo Protestante de manhã e Papista de tarde, não admira que ele cometa a mais abominável das impiedades" (Norton, 1992, p. 29).

natureza era o pior dos pecados por violar a ordem natural determinada por Deus. Distinguiu dois tipos de pecado: os que se opõem ao fim da procriação como o adultério, o incesto, o estupro, denominados *secundum naturam*, e os que excluem a possibilidade de procriação, como a masturbação, o coito com animais, os actos com pessoas do mesmo sexo e o uso indevido do matrimónio, denominados *contra naturam* (Boswell, 1980). Ordenou-os por ordem crescente de gravidade: masturbação, relação "contra-natura" com o sexo oposto, relação entre pessoas do mesmo sexo e bestialidade (Richards, 1993).

Na Península Ibérica as Ordenações Afonsinas fomentam a intolerância. D. Afonso IV, de 1325 a 1357, nas suas *Leys e Posturas Antigas,* faz figurar os "*sodomicos*" entre os prevaricadores "não favorecidos pelo direito de Asilo da Igreja" (Monteiro, 1922, p. 504). Foi neste reinado que surgiu a tradução portuguesa do *Código das Sete Partidas*, redigido em Espanha em 1265 e que ameaçava com pena de morte os sodomitas no seu título XXI, da *sétima partida*. As Ordenações de Afonso V (1325 a 1357) instituíram contra os sodomitas a pena de morte pelo fogo.

As Ordenações de D. Manuel I, quatro anos depois da sua subida ao trono em 1495, consideraram o crime de sodomia como de lesa-majestade e, por determinação régia em 20 de Dezembro de 1499, alargaram o castigo também às mulheres "que *contra naturam* com outra mulher usava torpemente como homem"[41] (*Synopsis Chronologica* citado por Monteiro, 1922, p. 506). D. Manuel I aumentou ainda a pena prevista nas Ordenações Afonsinas à confiscação de bens, independentemente da existência de descendentes ou ascendentes, e alargou-a a filhos e descendentes determinando-os "inábeis" e "infames". Segundo Gomes (s.d.), estas Ordenações prevêem ainda punição para os travestidos "ao homem vestido de mulher e à mulher vestida de homem", variando consoante a posição social. D. Sebastião, em 1571, além do "peccado nefando" classifica ainda o "peccado chamado mollicies[42]" condenando-o às mesmas penas. As Ordenações Filipinas determinam para o "peccado de mollicie" a prisão, o açoite público, o degredo para as galés ou sete anos para Angola sem remissão, podendo, por repetição, chegar-se à condenação à morte.

---

[41] A condenação das mulheres por "*sodomia foeminarum*" (lesbianismo) é discriminalizada em Portugal em 1646 (Mott,1989, p.478)

[42] Monteiro (1922) apresenta a interpretação de Joaquim José Caetano Pereira e Sousa para o entendimento deste crime: como de "coito contra a ordem da natureza" mais especificamente "a manstupração (sic) (...) e como outros lhe chamam crime Onanítico" (p. 514) .

2.3. O Renascimento e a defesa dos valores clássicos

A Renascença assistirá ao culto da Antiguidade e à promoção do estudo do Grego e do Latim: fomenta-se a cultura que não separa o artístico do cerebral, o agressivo do contemplativo, o lógico do emocional; estimula-se a arte, a filosofia, a retórica, como no mundo clássico. Desenvolvem-se os jogos de espelhos, as lanternas mágicas, as curiosidades ópticas. A figura do andrógino fascina e o travesti torna-se um motivo literário [43]. É difícil precisar se certos poemas da Renascença se tratam de ensaios de amizade estimulados pelos clássicos, se amizade masculina ou homossexualidade.[44]

Na Renascença, os relacionamentos homossexuais ocorriam fundamentalmente, embora não exclusivamente, entre adultos e adolescentes ou elementos de diferentes estratos sociais, reflectindo o modelo de assimetria entre os sexos. Os comportamentos sexuais a assumir na relação encontravam-se pré-definidos: o parceiro de maior poder era, supostamente, o elemento considerado activo, não violando a regra patriarcal, o que permitia às elites a não violação de qualquer regra moral (Bray 1982; D'Emílio; 1992; Ruggiero, 1985; Trumbach, 1989; Weeks, 1990)[45]. À semelhança do que se passava na Grécia clássica, para muitos indivíduos as relações homossexuais eram uma das componentes da sua sexualidade, que poderia ser classificada através do conceito actual de bissexualidade[46].

---

[43] Veja-se a importância fundamental do *disfarce* nas peças de Shakespeare, que passa amiúde pela assunção de uma identidade sexual contrária. É assim que a intriga se constrói sobre o engano ou o equívoco, só desfeito no final. Para isto contribui também o próprio facto de os autores serem todos do sexo masculino, independentemente da personagem que encarnavam, ou seja, o conhecido papel que a androginia desempenhava para a construção das personagens femininas, interpretadas por adolescentes imberbes. Para a compreensão do teatro isabelino, é fundamental, pois, ter em conta a dicotomia ser/parecer – como se de um jogo de espelhos se tratasse.

[44] Pense-se nos sonetos de Shakespeare, dedicados à "dark lady" e ao "lovely boy". Neste último caso, embora eles falem de um amor explícito dirigido a um jovem, foi sempre possível à crítica shakespeariana lê-los como exercícios poéticos assentes no ideal estético da antiguidade clássica. A este propósito,. como curiosidade, refira-se a necessidade de justificação por parte de Fernando Pessoa da homossexualidade explícita nas "Canções" de António Botto: em 1922, na introdução aos poemas (publicados no ano anterior), num texto significativamente intitulado "António Botto e o ideal estético em Portugal" Pessoa faz assentar a leitura do desejo homoerótico numa interpretação que situa o corpo masculino no ideal grego. E vai mais longe:

> Um homem, se se guiar pelo instinto sexual, e não pelo instinto estético, cantará, como poeta, só o corpo feminino .Essa atitude representa uma preocupação exclusivamente moral. O instinto sexual, normalmente tendente para o sexo oposto, é o mais rudimentar dos instintos morais. A sexualidade é (...) a primeira e a mais instintiva das éticas. Como, porém, o esteta canta a beleza sem preocupação ética, segue que a cantará onde mais a encontre (...). Como se guia (...) só pela beleza, o esteta canta de preferência o corpo masculino, por ser o corpo humano que mais elementos de beleza (...) pode acumular. (Pessoa, 1975, p.22-23).

[45] Sublinhe-se que, naturalmente, se conhece melhor o que se passava com a aristocracia, o clero e os humanistas do que com as classes desfavorecidas (Saslow, 1990).

[46] Poucos homens nobres mantinham exclusivamente relações homossexuais; a maior parte deles realizava a obrigação social do casamento, de forma a criar alianças e produzir herdeiros. O país de maior abertura parece ter sido Itália, de tal forma que os relacionamentos homoeróticos eram referidos como "o vício italiano". Por sua vez, em Itália, Florença era descrita como a cidade onde o comportamento homossexual entre homens estava mais disseminado, sendo ele aí conhecido por "vício florentino", de tal

O facto de na Itália do século XV (e recorde-se que a Renascença italiana precede a do resto da Europa) "um vasto número de homens ter tido envolvimentos sexuais com outros homens" não significava que este comportamento fosse aprovado em absoluto (Rocke, 1996, p.15). O que se observa é uma atitude ambivalente relativamente à sodomia: se, por um lado, o comportamento homossexual constituía um aspecto difundido e integral da experiência sexual dos homens, ela era, por outro lado, vista como o mais temido dos pecados sexuais e considerada um crime a punir com duras penas, incluindo castração e morte pelo fogo. A sodomia chegou mesmo a ser considerada a prática responsável pelos problemas morais e sociais, o que levou à criação, em 1432, de uma instituição denominada "officiali di notte", com competências para perseguir e processar os sodomitas.

Por sua vez, em Inglaterra, é legislado pelo Parlamento, em 1533, o "abominável vício de *buggery*" com seres humanos ou animais como um crime a punir por enforcamento, até à morte[47] (Bailey, 1955). A homossexualidade apenas se irá autonomizar deste conceito alargado que integra todos os comportamentos sexuais não reprodutivos, em 1885. Para alguns autores (Burg, 1980; Leroy-Forgeot; 1997; Norton, 1992), esta condenação legal pretendeu simbolizar a supremacia dos tribunais seculares face aos tribunais eclesiásticos e não teve um efeito imediato, pois não se tratava de um sintoma de proibição ou restrição das actividades sexuais: a lei surgira não como uma medida de controlo dos costumes, mas como resultado de uma luta de poder entre Henrique VIII e a Igreja, tratando-se de uma maneira de aumentar o poder da Coroa sobre as ordens religiosas ao retirar o direito de julgamento aos tribunais eclesiásticos:

> The buggery act (...) is an effort to support Henry's plan of reducing the jurisdiction of the ecclesiastical courts, as the first step towards depriving them to the right to try certain offenses, which supported his policy of seizing Church property. (Norton, 1992, p.15)

Em Portugal, em 1553, D. João III concedeu uma Provisão autorizando os inquisidores, aqui instalados desde 1536 , a procederem contra o *peccado nefando.* Em 1555, nova

---

forma que na Alemanha o acto de "sodomizar" era popularmente referido como "Florenzen" e um sodomita era identificado como um "Florenzer" (Rocke, 1996).

[47] De referir que esta lei, que não tinha a ver com a homossexualidade em particular e sim com sodomia, no sentido mais alargado, vigorou até ao século XIX. Durante o século XIX foi alvo de várias revisões: no ano de 1817 foi removida a sexualidade oral-genital deste conceito; em 1828 foi novamente alvo de atenção, e como resultado, exigiram-se mais provas para acusação; em 1861 é abolida a pena de morte e em 1885 autonomiza-se a condenação à homossexualidade do conceito geral de *buggerie,* passando a ser punido com pena de prisão, de dois anos, com ou sem trabalhos forçados, qualquer homem culpado de um acto de "enorme indecência" com outro homem, em público ou em privado. Foi sob esta regulamentação que Óscar Wilde foi condenado a dois anos de trabalhos forçados, tendo-se mantido a lei inalterada no Reino Unido até 1967.

Provisão, assinada pelo Inquisidor Geral, Cardeal D. Henrique, confirmou a competência do Santo Ofício em queimar os *sodomitas*. Ficou no entanto limitada a acção do Santo Ofício ao pecado de "sodomia perfeita, isto é, a penetração com ejaculação dentro do vaso traseiro, ficando fora do seu conhecimento os pecados de bestialismo e molice, incluindo-se neste termo todos os demais actos de sensualidade não dirigidos à cópula anal: masturbação individual ou a dois, felação, cunilingus etc." (Mott, 1989, p. 477). No regimento de D. Fernando de Castro (1640), o castigo atribuído pelas Inquisições Portuguesas devia ser público e exemplar: "Auto de Fé, açoites até ao derramamento de sangue, confiscação de bens, degredo ou fogueira, dependendo da gravidade" (Mott, 1989, p.478). No último regimento, de 1774, são repetidas as condenações e penas anteriores, ficando, no entanto, ao arbítrio do Rei a decisão última.

Denunciando uma certa tolerância por parte da hierarquia da Igreja Católica face ao "pecado" em questão, Aguiar (1934) refere que no início do século XVII "a homossexualidade, conquanto fosse um vício não muito honroso, não repugnava em absoluto aos jesuítas. A sua «aurea monita» proibia a sodomia e a pederastia, mas concedia aos superiores da ordem o direito de absolverem os que caíam no pecado" (p. 154). Por isso o sentimento anti-católico que dominava a Inglaterra na passagem do século XVII para o século XVIII explica a fundação das Sociedades de Reforma de Comportamentos, cuja tarefa era a de identificar e denunciar os nomes e moradas dos que ofendessem a moral[48].

2.4. O Século das Luzes e a defesa dos bons costumes

Thomas Laqueur (1992b) tornou claro que embora pareça óbvia a existência de dois sexos, esta não foi um dado adquirido durante séculos. Para Laqueur, apenas no século XVIII graças, entre outros factores, à mudança nos papéis sexuais foi possível perceber que em termos biológicos havia dois sexos fundamentalmente diferentes um do outro. Até aquela data, existia apenas o sexo masculino, considerado "completo", sendo o corpo da mulher visto como uma versão "incompleta" e invertida do corpo do homem, o que implicava uma hierarquia entre homem e mulher. Entendia-se que a

[48] O concílio de Trento (1545-1563), em resposta às acusações dos protestantes, reduziria significativamente a heterodoxia da visão da sexualidade, reformando a doutrina e a disciplina e reconhecendo São Tomás de Aquino como um dos mais importantes doutores da igreja.

masculinidade devia ser mantida através do controle das emoções, o que seria mais característico do homem do que da mulher. O comportamento sexual entre pessoas do mesmo sexo era interpretado como uma violação do próprio corpo, do qual não se era dono absoluto (pois este era também domínio de Deus que ordenava que o corpo se mantivesse limpo) e, ao mesmo tempo, da hierarquia, considerada natural, entre homem e mulher, o que levou no século XVII à defesa da ideia de que os homens que se envolviam em relações com outros homens sofriam de uma doença de efeminação (Meer, 1989).

Com a consolidação da noção da existência de dois sexos biológicos distintos, o sodomita, entendido como homem efeminado e em tudo assemelhado a uma prostituta (na linguagem, na forma de vestir e de se adornar e em certos hábitos), passará progressivamente a ser entendido como um ser diferente do homem que se envolvia em relações com outros homens. Na segunda metade do século XVIII, grupos de sodomitas consideram-se a si próprios como pertencentes a uma categoria distinta com desejos inatos baseados num defeito da sua masculinidade[49].

Vários autores (D'Emilio, 1992; Lever, 1985; Norton,1992; Meer, 1996; Trumbach, 1996) situam no século XVIII o início de uma organização social da homossexualidade que se estrutura através da constituição de redes de sodomitas - conhecidos por *mollies* em Inglaterra e Holanda, e por *infames* em França - com lugares de encontro, rituais sociais e uma linguagem de reconhecimento que irá permitir o desenvolvimento de um sentido de identidade. Em Inglaterra e na Holanda florescem uma espécie de bordéis masculinos conhecidos por "molly houses"[50] .

A visibilidade desta subcultura deveu-se às perseguições sistemáticas de que foram alvo os homossexuais, embora com distinções nacionais significativas: os britânicos mais repressivos, os franceses, os italianos e os portugueses[51] mais tolerantes e os

---

[49]Uma conceptualização que irá emergir um século depois é a de" terceiro sexo" ou "sexo intermédio". No próximo capítulo será desenvolvida esta concepção, particularmente defendida, de uma forma positiva, pelo advogado alemão Heinrich Ülrichs.

[50] Embora não exista uma evidência segura, os primeiros "bordéis *gay*" (Norton, 1992, p.253) devem ter aparecido em Londres por volta de meados do século XVII. Norton refere o ano de 1694 como o ano do nascimento de uma subcultura . Durante os reinados de Cromwell e Charles II a corte teria sido austera e predominantemente heterossexual, mas nos reinados de William, Mary e Anne encontra-se não apenas uma quase subcultura na corte como o início da formação de uma evidente subcultura em Londres.

[51]Mott (1989) refere Portugal como um dos países menos homofóbicos desta época "Se observarmos o que ocorreu nalguns países europeus, seremos forçados a concluir que "a homofobia" em Portugal foi menos sanguinária que alhures" (p.479). Os seus dados são, contudo, questionados por Gameiro (1988) que considera a existência de uma percentagem maior de "nefandos" queimados.

holandeses entre estes pólos, embora na Holanda, tal como em Inglaterra, os acusados fossem punidos com pena de morte (Norton, 1992).

No início do século XVIII multiplicaram-se as já referidas Sociedades de Reforma de Comportamentos, sendo estes reformadores satirizados como mercenários e parasitas:

> Is a man most commonly of a very Scandalous necessity, who has no way left, but Pimp like, to Live upon other Peoples Debaucheries. Every Night he goes to bed, he prays heartily that the World may grow more Wicked; for one and the same Interest serves him and the Devil... He searches a Bawdy-house, as a Church-Warden does an Ale-house, not to punish Vice but to get money (*The London Spy*, January 1700, citado por Norton, 1992, p.44)

Por esta época, é descrita, tanto em Inglaterrra (Norton, 1992) como em França (Lever, 1985), a figura do informador: homens que se infiltravam no meio, ou dissidentes que tinham como função a criação de situações em que fosse possível surpreender os sodomitas em flagrante para a acusação. Relativamente a França, este informadores, na sua maioria antigos prostitutos, eram conhecidos por "mouches". Os homens acusados terminavam no pelourinho onde, antes da sentença, eram sujeitos à reacção indescritivelmente violenta da população. Os relatos da forma como esta se manifestava revelam bem a agressividade assumida; é descrito, por exemplo, como impossível discriminar as costas e a frente de um condenado (Norton, 1992)[52]. Com as autoridades a apoiarem este procedimento abre-se um precedente para o uso da chantagem e muitos delinquentes passam a ter a vida facilitada. Torna-se uma prática comum entre marginais manter a pessoa que assaltam sem gritar ou inibi-la de os perseguir na fuga, por receio da incriminação de suspeita deste "detestável crime"[53].

---

[52]Devido a esta crescente violência manifestada pelo povo, as autoridades britânicas aboliram, em 1816, a exposição pública.

[53]Esta realidade é também registada em Portugal, embora um pouco mais tarde, por Aguiar (s.d.) e por Monteiro (1922), respectivamente:

> Em Lisboa no século XIX houve casas onde os homossexuais eram levados para a realização de actos de «pedicatio» e masturbação. Nessas casas os masturbadores apertavam-lhes os testículos, obrigando-os a entregarem todo o dinheiro e haveres de que eram portadores. Quando os espoliados em seguida faziam queixa à polícia, ainda que ocultassem a razão por que haviam entrado nessas casas, as autoridades, sabendo os actos que aí se realizavam, logo a descobriam. (p. 239)

> Esses indivíduos que arrastam a infame existência, mercandejando a luxúria vil, foram durante certo tempo tolerados pela polícia, em virtude das denúncias e informações que prestavam acerca de outros delinquentes e criminosos mais graves. Sucedendo-se porém, os roubos e violências exercidas sobre os incautos que atraíam no engodo de concupiscente torpeza, cessou a tolerância, sendo perseguidos e enviados para as colónias africanas. (p.193)

Refiram-se ainda, durante o Estado Novo, em Portugal, os crimes ditos de *arrebenta*: muitos homossexuais "eram vítimas de extorsão e/ou chantagem exercida pela polícia" e aceitavam pagar à polícia para não serem incomodados. Aqueles que recusavam pagar ou que não tinham recursos, eram levados ao Governo Civil onde eram «chateados». A falta de provas impedia, no entanto, que se instaurasse um processo" (Gameiro, 1998, p.21)

De pecado contra o céu, a sodomia torna-se cada vez mais um atentado à ordem pública. Para Weeks (1990), em momentos de extremo *stress*, algumas sociedades ocidentais fixam o desvio sexual como um símbolo de desordem, servindo como bode expiatório aos problemas da nação. No caso concreto desta perseguição, Weeks considera que a menor rigidez dos papéis sexuais e a sexualidade ideologicamente associada à reprodução da população se vão reflectir no aumento da hostilidade à homossexualidade masculina[54], o que terminará, no próximo século, com o desenvolvimento de uma ideologia segundo a qual se irá entender a homossexualidade como anomalia.

Quando na República Holandesa se começou a ter consciência da existência de uma rede de *sodomitas*[55], proliferaram os discursos sobre o comportamento homossexual, com objectivos preventivos, ou seja, de desencorajar o comportamento. Tanto revistas literárias como científicas como ainda livros escritos com perspectivas teológicas debruçaram-se sobre questões ligadas à natureza e às origens da sodomia, bem como às suas causas e efeitos na Humanidade e na sociedade. A partir destes discursos, segundo Meer (1996), desenvolveu-se a crença popular (com base na qual se vai construir o discurso médico ao longo do século XIX) de que os homens que se dedicavam a excessos e que - como as mulheres - se tornavam insaciáveis, podiam cair na sodomia, e que uma vez experimentado um comportamento sexual com outro homem esse comportamento tenderia a manter-se.

A partir do século XVIII, com a filosofia iluminista, a sodomia muda completamente de significado (Lever,1985). Um pensamento político original emerge: Montesquieu, Bayle, Beccaria e Voltaire consideram que a transgressão da moral que representa a sexualidade entre pessoas do mesmo sexo é da ordem do pecado e do direito canónico. Estes pensadores defendem que a transgressão da moral não deve ser objecto de julgamento secular, devendo desaparecer do domínio do direito penal, ou quando muito ser objecto de um direito penal moderado pois, argumentam, aos pecadores apenas a confissão e a expiação ou a excomunhão podem ser aplicadas

---

[54]Vive-se nesta época uma grande valorização da família como espaço privado e a sodomia torna-se um obstáculo a esta aspiração. A valorização do amor romântico fomenta o relacionamento amoroso como a estrutura da procriação, do desenvolvimento e crescimento das crianças e das relações familiares, o que leva à exaltação do casamento para a sexualidade e a reprodução. Diversificam-se os papéis sexuais e passa a valorizar-se, na mulher, o papel de mãe, educadora e guardiã da domesticidade (Trumbach, 1996).
[55]Na Holanda até ao início do século XVIII , momento em que foi descoberta a rede de *sodomitas* ,"the unmentionable vice" não era apenas um vício que era suposto não referir, era negado pelas autoridades seculares e eclesiásticas. Os teólogos protestantes referiam-se à sodomia como o "hábito italiano" ou mais particularmente "crime católico" (Meer, 1997).

(Leroy -Forgeot, 1997). Finalmente, a introdução da noção de terceira pessoa, no direito penal, foi muito importante para alterações posteriores relativas ao significado atribuído à sodomia/homossexualidade e, concomitantemente, ao estatuto jurídico que lhe virá a ser atribuído. Na concepção clássica, um comportamento pode ser qualificado de criminoso apenas por se opor à moral oficial e é sobre esta base que a sodomia é penalizada. A referência à terceira pessoa torna necessária a existência de um prejuízo identificável que possa ser dirigido a uma pessoa ou a um grupo de pessoas. A sua aplicação na reflexão sobre o estatuto do erotismo homossexual é particularmente fecunda. Com efeito, as relações, entre pessoas do mesmo sexo, praticadas em privado e sem ninguém ser forçado, representam apenas uma procura de prazer pelos parceiros, sem prejuízo para nenhum. Esta nova concepção leva somente à condenação de actos cometidos contra uma pessoa ou uma instituição por oposição à repressão moral clássica de uma pessoa contra ela própria (Leroy-Forgeot, 1997).

Este princípio da necessidade de uma terceira pessoa lesada encontra a sua primeira aplicação em França. Após a Revolução Francesa, a França excluiu o crime de sodomia das listas de crimes puníveis, não fazendo o Código Penal de 1791 qualquer menção a hábitos *contra natura*. O conjunto das novas leis inspirou-se no espírito de tolerância, de liberdade e de respeito pelos direitos humanos, em que cada indivíduo é visto como dono do seu próprio corpo. Estes princípios alargar-se-iam a quase todos os Estados católicos e aos Estados protestantes dos Países Baixos, por razões de influência cultural e, sobretudo, devido às invasões napoleónicas, de domínio militar .

O Código Penal português, aprovado em 1886, no reinado de D. Carlos I, integrava já os princípios do Código de Napoleão. Todavia, embora não se referisse à homossexualidade, integrava a noção de *vícios contra a natureza*. No ponto nº 4, do Artº 71 ("Aplicação de medidas de segurança") condenam-se, não só os "vadios", os que se dedicam à "mendicidade", as "prostitutas" e outros, mas, também, "os que se entreguem habitualmente à prática de vícios contra a natureza". Contudo, nem o conceito de vício nem o critério da natureza são definidos. O jurista Carmona da Mota afirma e defende que estes vícios se tratam de práticas que agridem o princípio básico da moral sexual", e defende o "primado da sexualidade genital e da reprodução", indispensável à reprodução da espécie humana (Câncio, 1999). As medidas a aplicar dependiam da frequência desta prática (atente-se no advérbio "habitualmente", usado no artigo referido). Assim, "será imposta, pela primeira vez, a caução de boa conduta ou liberdade vigiada e, pela segunda, a liberdade vigiada com caução elevada ao dobro,

ou o internamento", em " manicómio criminal" ou "em casa de trabalho ou colónia agrícola".

* * * *

-se Com este capítulo, tentou mostrar-se de que forma a sexualidade é função das relações de poder instituídas organizadas em torno de variáveis como o sexo, a classe social, a idade e as ideologias. Assim, as relações de poder condicionaram os significados atribuídos às relações entre indivíduos do mesmo sexo. O próximo capítulo centrar-se-á nos novos significados que o século XIX, com a importância fulcral que a Medicina nele desempenha e portanto com a emergência de um novo paradigma, irá atribuir à homossexualidade.

CAPÍTULO II A CLASSIFICAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS SEXUAIS DESVIANTES NO SÉCULO XIX. O HOMOSSEXUAL PORTADOR DE UM DÉFICE

> A homossexualidade apareceu como uma figura da sexualidade quando foi abatida à prática da sodomia, passando a uma espécie de androginia interior, um hermafroditismo da alma. O sodomita era um relapso, o homossexual é agora uma espécie.
>
> Michel Foucault, *História da sexualidade*

1. INTRODUÇÃO

As transformações sociais, económicas e tecnológicas que tiveram lugar nos finais do século XVIII, e a cada vez maior visibilidade das sexualidades consideradas imorais exigiram uma reconceptualização das noções de sexo e sexualidade que culminou na construção da distinção entre "sexualidade desviante" e "sexualidade normal". Dos novos discursos emergentes irá prevalecer o da Medicina.

A emergência da ordem capitalista, particularmente o desenvolvimento de novos postos de trabalho, e a urbanização, alteraram o relacionamento entre sexualidade, reprodução e família. Na nova ordem económica, de eminentemente rural a eminentemente industrial, os pais pertencentes à classe média (incapacitados de legar terra ou competências específicas para a trabalhar, como até então) passam agora a investir na educação e no carácter como novos recursos. A própria ideia de legado investe-se de simbolismo: "o legado familiar não se reduz aos bens materiais, a herança é também uma carteira de relações, um capital simbólico de reputação, uma situação, um estatuto «uma hereditariedade dos cargos e das virtudes»" (Sartre citado por Perrot, 1990, p.114). Por isso nas famílias burguesas o trabalho das crianças deixa de ser tão importante, nessa nova organização económica, e simultaneamente o grande investimento de tempo, dinheiro e atenção à prole produz uma lógica de limitação da fertilidade.

Como a economia fundamentalmente baseada na agricultura e no trabalho artesanal se via agora transformada em trabalho industrial e comercial, novas formas de família emergiram no seio da burguesia. O capitalismo desempenharia assim um papel fundamental no desenvolvimento de relacionamentos menos tradicionais. Será a mudança dessa sociedade fundamentalmente agrária e artesanal para uma sociedade

industrial (com as consequentes transformações nos modos de produção baseados numa família constituída em que a heterossexualidade era uma condição necessária para a sobrevivência económica) que irá permitir a emergência das identidades homossexuais. O mercado de trabalho revela-se, pois, fundamental. O sistema capitalista permite, sobretudo aos homens, trabalhar agora num espaço outro que não o da casa, o que terá como consequência que a sobrevivência económica dependa cada vez menos da unidade familiar. A necessidade de ligação entre relações pessoais diminui e a unidade económica familiar pode agora ser uma escolha.

Neste contexto, a partir do século XIX, afastados da reflexão de temáticas ligadas à sexualidade em geral, considerando-a um tema imundo[56], os médicos passam a desenvolver discursos sobre o comportamento sexual, que até aí havia sido considerado pecado ou, mais correctamente, considerado imoral (visto que a legislação reflectia a moral religiosa). No âmbito da Medicina, o interesse por questões de índole social e sexual levou ao desenvolvimento de novas produções do saber e ao estabelecimento de novas especializações como a higiene pública, a saúde pública e, mais tarde, a psiquiatria forense. Os tribunais validaram o discurso emergente das ciências médicas, passando a fazer depender do parecer dos médicos as decisões a tomar relativamente aos então considerados crimes sexuais[57] (Bullough, 1994; Hekma, 1996). Numa tentativa de classificação de uma série de figuras tidas como sexualmente desviantes, encontra-se a figura do perverso de onde se destacará o invertido. É esta última "espécie" que, após sucessivas "modelagens", dará origem ao moderno homossexual.

Especificamente em relação ao erotismo entre pessoas do mesmo sexo pode-se percepcionar um nascente discurso reflexivo, em meados do século XIX, do qual o jornalista e advogado alemão Heinrich Ülrichs é o seu mais reconhecido representante. A configuração que Ülrichs constrói da homossexualidade está todavia limitada, e muito vinculada, aos conceitos então vigentes de homem e de mulher. O discurso de Ülrichs

---

[56] Relativamente à homossexualidade em particular, o médico francês Ambroise Tardieu (1818-1879) chegou a escrever "impossível conspurcar a minha pena com a infame torpeza dos pederastas" (citado por Ariés e Duby, 1991, p.368) . No entanto afirmará "le ministiére sacré du médecin, en l'obligeant à tout voir, lui permet aussi de tout dire" (citado por Vaz, 1902, p.127).

[57] Note-se que do ponto de vista da criminologia se observa uma preocupação crescente com os aspectos motivadores do crime devido à afirmação do determinismo da acção delituosa – defendido pela Escola Antropológica Italiana – em oposição ao pressuposto do *livre arbítrio* – defendido pelo direito penal clássico. Desenvolve-se, assim, uma linha de saber criminológico centrada no agente do crime, "na compreensão das suas características biológicas, psicológicas e morais, das circunstâncias sociais em que se move, dos motivos que orientam a sua acção, das suas intenções, enfim, das relações passíveis de estabelecer entre o actor e o seu acto" (C. P. Santos, 1998, p.76). Cada vez mais a criminologia

distingue-se dos discursos de grande parte dos médicos seus contemporâneos não tanto a nível do conteúdo mas do juízo valorativo e das consequentes implicações sociais.[58]

Antes de se desenvolverem as noções de homem e de mulher desencadeadoras da emergência de uma ideologia em que o homoerotismo é concebido, simultaneamente, como uma identidade e como uma anomalia, o que se manterá até aos dias de hoje, importa registar algumas coordenadas do pensamento dominante que as enquadram.

2. QUESTÕES CONTEXTUAIS

> What are we faced with in the nineteenth century? An age where woman was sacred; and where you could buy a thirteen-year old girl for a few pounds – a few shillings, if you wanted her for only an hour or two. Where more churches were built than in the old previous history of the country; and where one in sixty houses in London was a brothel (the modern ratio would be nearer one in six thousand). Where the sanctity of marriage (and chastity before marriage) was proclaimed from every pulpit, in every newspaper editorial and public utterance; and where never – or hardly ever – have so many great public figures, from the future King down, scandalous private lives. (...) Where there was an enormous progress and liberation in every other field of human activity; and nothing but tyranny in the most personal and fundamental.
>
> John Fowles, *The French Lieutenant's Woman*

Os actos sexuais não procriativos, condenados durante séculos pela concepção agostiniana, passaram, em meados do século XVIII, com o novo poder atribuído ao ser humano, a ser interpretados como nefastos à saúde. As normas até então vigentes, relativas aos comportamentos sexuais, exigiam novas teorias explicativas para poderem sobreviver.

Os comportamentos auto-eróticos eram associados a comportamentos viciados, que levariam a uma escalada para outros vícios considerados mais graves do ponto de vista moral. Meer (1996), num estudo sobre a República Holandesa, apresenta este entendimento do vício como o vigente na segunda metade do século XVIII. Trata-se da manutenção da leitura baseada na narrativa bíblica de Sodoma e Gomorra (Génesis,

---

necessitará de estabelecer relações interdisciplinares com outras áreas do saber como a Sociologia, a Psicologia e a Psiquiatria.

[58]Embora seja em grande parte absorvido pelo discurso médico, será com o nazismo que o posicionamento de que Ülrichs foi pioneiro é completamente abafado.

19), segundo a qual, quando o ser humano atinge um nível de riqueza e de bem estar, não se sabe controlar e envolve-se em excessos, que podem começar pela comida, pela bebida, pelo vestuário e acabar em comportamentos sexuais destrutivos, culminando com a destruição da Humanidade. Como foi descrito no capítulo anterior estes vícios deveriam ser punidos por se tratarem de "crimes contra a colectividade" (Leroy-Forgeot, 1997).

As ideias desenvolvidas durante o século XVIII por autores como Hermann Boerhaeve, nas suas *Instituciones medicae*, Samuel Tissot, na sua monografia sobre masturbação e John Brown, nos seus *Elements of Medicine*, entre outros, ofereciam uma nova leitura para manter a anterior condenação de comportamentos. Estes autores concebiam os comportamentos sexuais não procriativos, e em particular a perda de sémen, como debilitantes, sempre que o seu fim não fosse a reprodução.

As ideias expressas na obra de Tissot em 1758, acerca dos perigos do onanismo[59], foram partilhadas pela maior parte dos médicos até cerca de finais do século XIX: era considerada perigosa toda a actividade sexual porque causava um afluxo de sangue à cabeça; e a perda de sémen em particular, pelo consumo de energia nervosa que acarretava: enfraquecia o corpo e o cérebro, levando à destruição de faculdades mentais. O orgasmo solitário, avaliado como o pior tipo de actividade, conduziria à doença mental[60]. Neste contexto, a perda de sémen só se justificava para a manutenção da espécie.

A sexualidade em excesso passa a fazer parte, ao longo do século XIX, da etiologia de quase todas as doenças mentais e é considerada uma perturbação de transmissão hereditária. Uma constante nas publicações do século XIX é a noção de que a masturbação solitária está na base de outros comportamentos sexuais considerados desviantes[61]. Segundo Lallemand em 1839, a masturbação, particularmente nefasta durante a adolescência, facilitaria a insanidade e faria adoecer o sistema sexual

---

[59] O onanismo era entendido por Tissot como "qualquer acto sexual não reprodutivo, desde a homossexualidade à masturbação, desde o uso de um orifício errado ao uso de contraceptivos" (Bullough, 1994, p.20).

[60] Evidência obtida pelo facto de se observar que, nas instituições asilares, muitas pessoas com doenças mentais manipulavam os seus órgãos genitais .

[61] Note-se que esta convicção é partilhada, no início do século e em Portugal, por Egas Moniz que considera que o onanismo leva a "horrores" e que "a orientação sexual em muitos indivíduos, se não em todos, é consequência natural das emoções experimentadas" (Moniz, 1906, p.180). Acusa assim pais e perceptores:

> Quantos indivíduos ha que adquirem os habitos homosexuaes, porque os paes e perceptores não recearam os perigos que a masturbação poderia trazer sobre indivíduos sobrecarregados de taras, e portanto com um terreno magnífico para o desenvolvimento do mal ? (p.205)

(Bullough,1974). Neste sentido, Sylvester Graham e John Kellogg, na segunda metade do século XIX, consideravam que a condição de cada órgão (o estômago, o coração...) determinava a condição do aparelho sexual, que era igualmente afectado pelo abuso ou o pouco uso dos órgãos sexuais. Estes autores acreditavam que a perda de uma onça de sémen era equivalente à perda de muitas onças de sangue. Para Kellogg, a masturbação provocava uma série de perturbações ou comportamentos socialmente desajustados, entre os quais "surgimento de acne, palidez, olhar manhoso, consumo de tabaco, irreverência, incontinência nocturna e roer de unhas" (Bullough, 1994, p.22). Por forma a prevenir estes e outros perigos, Graham aconselhava a integrar na dieta produtos que diminuíssem os desejos sexuais, advertindo igualmente que pensamentos lascivos e a contemplação de actividades sexuais também poderiam ser perigosas[62] (Bullough, 1974).

No virar do século XVIII para o século XIX, a sexualidade vai invadindo a consciência social e várias preocupações a ela associadas tornam-se objecto de reflexão. O crescimento da população economicamente desfavorecida e os excessos sexuais da burguesia trazem para discussão, entre outros assuntos, as taxas de nascimento e a esperança de vida. Relativamente às taxas de nascimento, Thomas Malthus, questionaria a visão cristã tradicional de um universo ordenado que reflectia a visão e o julgamento de Deus. Na primeira edição do seu *Ensaio sobre o princípio da população*, publicado em 1798, Malthus alertaria para o facto de o crescimento da população em progressão geométrica pôr em causa a suficiência dos recursos existentes, que apenas aumentavam em progressão aritmética. Questionaria assim, a "verdade", até então absoluta, de que "a população é sempre um bem", convicção que implicava outra maior "verdade", a de que um país era tão mais forte e poderoso quanto mais elevada numericamente fosse a sua população (A. Vaz, 1906, p.86). No entanto, sem questionar a ideologia sexual vigente, antes transformando as virtudes espirituais de prudência e de castidade em virtudes seculares, Malthus proporia a abstinência sexual (condenando qualquer outro método contraceptivo) como forma de manter a percentagem de nascimentos controlada e, desta maneira, prevenir a fome, e defenderia o adiamento do casamento até à existência de condições adequadas para o desenvolvimento das crianças, como outro dos meios de controlo dos nascimentos.

A "moral restrita" do casamento tardio proposta por Malthus será igualmente defendida pela igreja em oposição a qualquer outra forma de controlo de nascimentos. As

[62]Aqui se localiza,segundo Bullough (1974) a origem dos cereais Kellogg's e das bolachas Graham.

capacidades reprodutivas do corpo eram vistas por Malthus como sinal simultaneamente de bem estar individual e de doença da sociedade presente e futura, devido ao facto de o número de pessoas aumentar geometricamente, mas os recursos alimentares aritmeticamente. Malthus preconizaria a existência de um propósito moral no universo: o excesso populacional é interpretado como um incentivo de Deus para se trabalhar mais, adquirir mais, conservar mais, de forma a poder ter-se filhos mais tarde. Insistiria assim, na absoluta influência do corpo sexuado na economia política, concluindo que não há melhor prazer do que o prazer da carne que estaria em estreita relação com a economia e a sociedade (Perrot, 1990; A. Vaz, 1906).

A explicação para os sobreviventes deste universo, que Malthus apresentava semelhante a um campo de batalha, onde o espaço e a subsistência seriam violentamente disputados, veio a ser encontrada nas teorias desenvolvidas pelo darwinismo sociológico - um decalque feito ao darwinismo biológico do princípio da luta pela vida. A competição entre os indivíduos para a conservação da vida era entendida como a fonte de todo o progresso, a origem de toda a civilização. Este entendimento de uma luta indispensável para o progresso tinha a sua utilidade política e social: "fazia com que os aristocratas, que em si representavam a supremacia physica e moral triunfassem das classes inferiores, dominando-as e escravizando-as, como era necessário para a utilidade da espécie" (A. Vaz, 1906, p.72).

Não tardaram a surgir novas interpretações do darwinismo e houve mesmo defensores de que a selecção se deveria dar, desde logo, ao nível sexual, porque através de uma reprodução "bem sucedida" se adquiriam melhores hipóteses de sobrevivência. Os defensores da selecção sexual chegaram a atribuir ao sexo a função de melhoria das espécies (Bullough, 1994). Com esta perspectiva estava garantida, através da sexualidade, um controlo social, "obrigando" a uma vivência regrada (de acordo com as convenções) para que se pudessem reproduzir seres ainda melhores. A cultura era entendida como um triunfo evolutivo e por isso práticas consideradas promíscuas eram interpretadas como vestígios de anteriores etapas da civilização, posicionamento que permitia ainda explicar a razão pela qual era inaceitável, nas sociedades civilizadas, a existência de comportamentos que ocorriam entre povos considerados primitivos. Esta perspectiva evolutiva da antropologia dominou o debate sobre os comportamentos naturais entre 1860 e as primeiras décadas do século XX (Weeks, 1993).

Chauncey (1998) assinala que o facto de vários investigadores terem passado a relacionar o desenvolvimento social com a evolução da moralidade sexual resultou na

publicação de numerosos estudos antropológicos em jornais médicos acerca da "primitiva" moralidade sexual. Muitos destes estudos apresentavam as relações entre pessoas do mesmo sexo, institucionalizadas entre os nativos americanos e nas sociedades do Pacífico, como forma de reforçar o argumento de que as culturas primitivas podiam ser caracterizadas pela tolerância a estas práticas. Exemplo de um defensor destes princípios é o criminologista italiano Cesare Lombroso (1836-1909) que utilizava os argumentos da selecção sexual para validar a sua crença de que os desviantes sexuais se encontravam num estádio mais baixo, na escala evolucionária, do que os "indivíduos normais heterossexuais". Esta interpretação, que postula uma relação orgânica entre os processos de evolução e de civilização, facilitará o desenvolvimento da teoria da degenerescência sexual[63].

Uma outra conceptualização desenvolvida durante o século XVIII, e com implicações nos significados que se vão atribuir ao relacionamento sexual homoerótico, prende-se com a existência de dois corpos distintos e completos, a que correspondiam dois sexos considerados opostos. Como já se referiu, até finais do século XVIII, razões de índole cultural impediam os anatomistas de considerarem a vagina como outra coisa que não um pénis invertido. A leitura da hierarquia Deus-homem-mulher, muito relevante durante toda a Idade Média, foi assim acompanhada pelas teorias médicas que entendiam o corpo da mulher como uma versão incompleta e invertida do corpo do homem. Vagina, útero e ovários eram os equivalentes a pénis, escroto e testículos. Os hermafroditas eram considerados raparigas com grandes clitóris que por vezes se assumiam erradamente do sexo masculino[64]. Só no século XVIII o modelo de leitura da existência de um só corpo - o do homem - foi substituído por um outro modelo que entende a existência de dois corpos: o do homem e o da mulher. Laqueur (1992a) considera que esta nova abordagem de dois corpos sexuados determinou uma reavaliação dos papéis socialmente atribuídos aos homens e às mulheres.

---

[63] Freud (s.d.) nota que se chamava degenerescência a "toda a manifestação patológica cuja etiologia não é evidentemente traumática ou infecciosa" (p.28). E, segundo Bullough (1994), para alguns autores, qualquer variação ao comportamento convencional, incluindo o comportamento sexual, era interpretada como um sinal de degenerescência, o que levou à autonomização do conceito de degenerescência sexual. Tendo em conta que substâncias tóxicas produzidas por doenças sexualmente transmissíveis, de que é exemplo a sífilis, desempenham um papel importante na produção de alterações que levam à degenerescência, é possível que as sequelas deixadas por estas doenças façam parte das razões pelas quais se atribuem tantos perigos à actividade sexual (Bullough, 1994; Perrot, 1990).

[64] Refira-se que a imposição da obrigatoriedade de eleger a pertença a um sexo e manter esta escolha foi legislada em Inglaterra. Sir Edward Coke, legislador inglês do século XVII, definiu expressamente que os hermafroditas não podiam viver como homens e como mulheres, tinham obrigatoriamente, e de forma definitiva, que optar por um sexo, e, caso o alterassem, seriam acusados de sodomia (Trumbach, 1997).

Por volta de 1800, autores pertencentes a diversas áreas revelaram uma preocupação em descrever as diferenças, consideradas capitais, entre o sexo masculino e o sexo feminino. Encaravam a existência de dois sexos claramente distintos em todos os aspectos físicos, psicológicos e morais. As mulheres eram portadoras de células femininas, anabólicas, que guardavam e conservavam energia, enquanto os homens eram constituídos por células masculinas, catabólicas, consumidoras de energia (Laqueur, 1992a). No final do século XIX, a diferença sexual entre o homem e a mulher passava agora, assim, a estar solidamente ancorada na natureza. As características psicológicas tornavam-se tão determinadas pelo sexo que eram lidas como biológicas. Os desenhos dos corpos determinavam as características psicológicas dos homens e das mulheres. As mulheres eram consideradas "mais passivas, conservadoras, letárgicas e estáveis" do que os homens, que por sua vez eram "mais activos, enérgicos, impacientes, apaixonados e variáveis" (Laqueur, 1992a, p. 19).

O aumento da consciência da existência de dois corpos completos permitiu, segundo Trumbach (1996), que se passasse a falar de quatro sexos: masculino, feminino, o sodomita efeminado e a mulher libidinosa. Havia, no entanto, algo que os distinguia ao nível da aquisição: o masculino e o feminino eram inatos e os outros dois adquiridos. Os sexos adquiridos eram vistos como o resultado de uma falha moral, noção que a medicina se esforçou, durante quase todo o século XIX, por incorporar na *natureza* humana (Meer, 1997).

Estabelecida a existência de dois corpos distintos e, consequentemente, a de dois sexos opostos estaria criado o contexto para a construção de identidades já não definidas pelo sujeito, mas consideradas determinadas pela natureza. O elemento crucial da construção da identidade sexual moderna seria a emergência de novas linguagens, no princípio do século XIX, para expressar ideias sobre a sexualidade (Peiss & Simmons, 1989),. A existência de uma vasta literatura médica sobre masturbação, sexualidade infantil e adolescente, doenças reprodutivas femininas, homossexualidade e aborto, criaria um enquadramento para o entendimento da sexualidade, através da classificação médica em categorias de normalidade e desvio, onde eram descritos não apenas actos sexuais mas também traços de carácter.

Assim, durante a maior parte do período vitoriano, essa "era dourada da repressão" como dizia Foucault (1994), as mulheres são as figuras-chave do controle social. Consideradas menos apaixonadas, deveriam ser guiadas pelo instinto sexual (ligado à reprodução) e não pelo desejo sexual. Os sexos são mantidos separados para conter o

encontro sexual. Este ideal cultural mantinha a legitimação da sexualidade apenas no contexto do casamento legal e com um objectivo reprodutivo (Simmons, 1989)[65]. Os códigos permitiam, e até encorajavam, a manutenção de relações estreitas entre mulheres, mesmo depois do casamento, sem que isso fosse lido com qualquer outra conotação[66] – era-lhes até reconhecida utilidade. No final do século XIX este mundo das mulheres pôde desenvolver-se separado do dos homens (Smith-Rosenberg, 1985).

Entre 1820 e 1860, no panorama anglo-americano, é cultivada, entre a classe média, uma nova ideologia referente ao homem e à mulher que estratificava rigidamente os papéis sociais. A "*True Woman*" era um ser desapaixonado, silencioso e recatado que preenchia quatro "virtudes": a devoção, a castidade (antes do casamento), a submissão e a domesticidade. Para a mulher, a maternidade seria a tarefa mais importante a desempenhar. A "*True Woman*" surge como complementar ao seu par masculino, o "*Common Man*", um ser auto-confiante, talentoso e competitivo, a quem era atribuída a responsabilidade da manutenção económica do lar (Amaral, 1995). Esta ideologia emergente satisfaz a necessidade de limitar os nascimentos, no interesse da ordem da nova família.

Como reacção ao culto da "*True Woman*", surge nos Estados Unidos, cerca de 1870, o culto da "*New Woman*" que é geralmente apresentada como a mulher autónoma, educada e muitas vezes solteira – evitando o casamento, ela lutava pela realização profissional (Amaral, 1995). Embora a segregação ocupacional e a desigualdade de pagamento tornasse o casamento uma necessidade para a maior parte das mulheres, a expansão de oportunidades económicas e educacionais forneceu, nalguns casos, salários suficientes para evitarem a dependência dos pais ou dos maridos. O desafio à

---

[65] O celibato era, de resto, considerado um estado civil a evitar, sendo o casamento o fim último e desejável para a mulher. É interessante atentar-se no título do primeiro "manual sexual" do século XIX, o livro de George Drysdale, publicado em 1854 e amplamente lido e traduzido *The elements of social science; or Physical, sexual and natural religion. An exposition of the true causa and only cure of the threee primare evils: poverty, prostitution and celibacy*. Note-se que o celibato é, juntamente com a pobreza e a prostituição, considerado um dos três males maiores.

[66] A título de exemplo cite-se um passo do livro de John Fowles (1996), publicado pela primeira vez em 1969, *The French Lieutenant's Woman*, uma reescrita contemporânea da típica narrativa vitoriana. Aí o narrador descreve uma cena de duas mulheres dormindo juntas e tece uma série de considerações que explicam a clara diferença entre a leitura que então seria feita e a leitura produzida nos dias de hoje sobre essa situação.

> We may ascribe this very common Victorian phenomenon of women sleeping together far more to the desolating arrogance of contemporary man than to a more suspect motive. Besides, in such wells of loneliness is not any coming together closer to humanity than perversity ?. (p. 156)

Interessante é também, no final do passo citado, a intertextualidade criada com o livro de Radcliff *The Well of Loneliness*, publicado em 1928, e o avanço para um período posterior no tempo quando a homossexualidade feminina começa a ter alguma visibilidade e a ser portanto condenada: "There must have been something sexual in their feelings? Perhaps; but they never went beyond the bounds that two sisters would". (p. 157).

sexualidade conjugal tradicional teve também formas políticas abertas, de que são exemplos as campanhas para o controlo dos nascimentos, promovidas pelos movimentos sufragistas, em 1910, ao denunciarem o desejo de muitas mulheres de não se reproduzirem e de não acasalarem (Peiss & Simmons, 1989). São do primeiro quartel do século XX utopias feministas como *Herland*, publicado em 1915, de Charlotte Perkins Gilman, um romance onde as habitantes de um universo utópico se reproduzem por partenogénese.

Verifica-se, assim, o estabelecimento de um duplo padrão para a mulher. Surgiram novas oportunidades para algumas mulheres e homens viverem fora da ordem social conjugal e familiar. Tornaram-se possíveis novas relações sociais e sexuais em espaços urbanos que permitiam o anonimato e a experimentação entre os jovens. Desenvolve-se a sub-cultura homossexual e as mulheres experimentam também um aumento de possibilidades de uma vida independente, o que facilitaria o surgimento de novas formas de expressão sexual.

A primeira vaga de feminismo, de significativa importância pelo questionamento que vai introduzir ao modelo convencional das diferenças sexuais, foi marcada pelos movimentos sufragistas e teve início em finais do século XIX e inícios do século XX, com uma acção mais visível nos Estados Unidos e em Inglaterra. Esta primeira vaga do feminismo insere-se no movimento socialista de meados do século, de que são exemplo, em Inglaterra, William Morris e as preocupações sufragistas de pensadores influentes como John Stuart Mill e sua mulher Harriet Taylor Mill. Este movimento entendia o estatuto das mulheres como resultado de um processo de dominação associado à exploração capitalista e relaciona a luta dos sexos com a luta de classes. Para os defensores do feminismo, os papéis sexuais eram vistos como contingentes ou como resultado do sistema, não como causa da desigualdade, e era criticado o modelo convencional das diferenças sexuais que associavam o homem à esfera pública e ofereciam à mulher a esfera privada. Neste sentido, advogavam uma minimização das diferenças atribuídas aos sexos, para o que propunham um modelo de androginia, apontando os efeitos da cultura, da educação e da socialização. Promoveram ainda campanhas em diversas áreas: lutaram pela abolição da prostituição, defenderam reformas sobre o casamento (nomeadamente o direito ao divórcio por considerarem que as mulheres eram frequentemente prisioneiras de casamentos sem amor) e encorajaram novos tipos de investigação sobre sexo. Sobretudo, a primeira vaga feminista abriria caminho para os movimentos de libertação da mulher e as teorizações sobre as desigualdades sexuais que teriam início no final dos anos 60.

À medida que no início do século XX as mulheres iam conquistando algum poder de acção no espaço social, a resistência à mudança e o mal-estar cultural fez-se sentir. Peiss e Simmons (1989) entendem as campanhas contra o aborto e a utilização de medidas agressivas contra a mulher – cirurgia ginecológica, designação da mulher como "histérica" e "neurasténica" – como esforços para restringir o leque, cada vez mais largo de escolhas. Similarmente, a elaboração de categorias de inversão sexual e de homossexualidade é concebida por Peiss & Simmons como esforços por parte dos médicos e sexologistas para dar um nome ao comportamento sexual e social da mulher e do homem, tendo como norma a heterossexualidade conjugal e as relações familiares, reforçando assim as estratégias de controlo social (Foucault, 1994).

3. AS TEORIAS INICIAIS SOBRE O EROTISMO ENTRE PESSOAS DO MESMO SEXO: DA PERVERSÃO À INVERSÃO

3.1. A classificação do "perverso"

O erotismo entre pessoas do mesmo sexo é entendido, praticamente durante toda a primeira metade do século XIX, como uma perversão[67], divergindo os autores relativamente à natureza inata ou adquirida dessa perversão. Os inatistas apontavam como factores causais características físicas, constitucionais ou malformações de carácter hereditário, interpretando a perversão como uma forma de "insanidade moral", um sintoma "mais ou menos acentuado conforme o grau e degenerescência" que selectivamente destruiria as faculdades morais (A. Santos, 1903). Para os defensores de factores de aprendizagem como factores causais da perversão era o excesso de uso dos órgãos genitais o elemento responsável por este "desvio da norma". Um terceiro grupo de autores considerava a existência de dois tipos de perversão: nuns casos, ela seria inata (normalmente quando associada a pessoas pertencentes a classes sociais elevadas ou a pessoas com capacidades intelectuais reconhecidas) e noutros casos seria o resultado de um defeito moral (habitualmente quando observada em pessoas pertencentes a classes desfavorecidas, do ponto de vista social e cultural).

[67] A perversão era então definida como refere Oosterhuis (1997) como uma " incapacidade de controlar as fortes e irresistíveis obsessões e energia sexual" (p. 17) interpretada como uma forma de "insanidade moral", um sintoma de degenerescência que selectivamente destruiria as faculdades morais.

A partir dos trabalhos de Heinrich Ülrichs e Carl Westphal, publicados em 1864 e 1870 respectivamente, o homoerotismo passa a estar ligado a sentimentos, e as discussões passam a centrar-se em torno da noção de inversão do instinto. Uma breve abordagem de algumas obras e de alguns autores que se debruçaram sobre esta questão facilitará a compreensão destas afirmações.

Psychopathia Sexualis de Heinrich Kaan, publicada em 1840,[68] é identificada como o primeiro grande texto sobre a modificação do instinto sexual. Kaan, como a maioria dos autores da época, acreditava que a masturbação estava na origem de todas as perversões e resultava de factores constitucionais e ambientais: temperamento sanguíneo, meio ambiente desadequado, educação pobre, pais lascivos, má alimentação (Hekma, 1996; Weeks 1993). Nove anos depois, Claude Michéa, médico francês, escreve sobre a "pederastia" no seu livro *Des déviations maladive de l'appétit vénérien*, e define os seus praticantes como homens efeminados que procuram relações com pessoas do mesmo sexo. Michéa desenvolve uma teoria sobre o inatismo deste tipo de relações e uma explicação fisiológica para o efeminamento, modernizando a teoria das perversões. Esta teoria permitiu que a representação de viciado evoluísse para a de infeliz, tendo sido precursora da noção do homossexual como espécie (Hekma, 1996).

Os tribunais, entretanto, recorriam já ao parecer médico para a decisão das sentenças a atribuir às pessoas acusadas de crimes sexuais, e, entre os médicos franceses e alemães que se dedicavam à medicina forense, destacam-se os nomes de Ambroise Tardieu e Johann Casper, respectivamente. Estes especialistas desenvolvem teorias para a explicação do criminoso sexual um pouco distintas entre si. Casper, nas suas publicações de 1852 e 1853, respectivamente na sua revista de medicina pública e forense *Vierteljahrsschrift für gerichtliche und öffentliche Medicin* e no segundo volume do seu manual de medicina forense *Handbuch der gerichtlichen Medicin*, considerou a existência de características inatas e características adquiridas relativamente à perversão sexual e defendeu a ideia de que só em alguns casos (definidos por ele sem qualquer critério) algumas características seriam inatas, sendo a maior parte o resultado de uma "saturação" do sexo normal. Casper mantém assim uma visão tradicional da lascívia e introduz a discussão do hermafroditismo psíquico, o que o

[68] Esta obra é escrita em latim, estratégia comum na época entre os médicos para abordagem de comportamentos sexuais: para além de não permitir acesso fácil às descrições sobre sexo, consideradas pouco nobres, era, por outro lado, uma forma de oferecer um estatuto sério e científico a estes temas

coloca ao lado de Michéa, como percursor da psiquiatria forense, na explicação do comportamento sexual criminoso por razões mentais (Hekma, 1996; Weeks, 1990).

Ambroise Tardieu manterá a continuação lógica da visão moralista tradicional, no seu *Étude médico-légale sur les attentats aux moeurs*, publicado em França em 1857, onde afirma ter descoberto uma evidência física para a pederastia[69]. Afirmava que, mesmo na ausência de qualquer actividade sexual, um pénis muito desenvolvido e com a ponta adelgaçada, assemelhando-se ao de "um cão", era indicador de um "pederasta activo" e que um ânus mole com falta de pregas radiais era indicador de um "pederasta passivo" (Haeberle, 1985; Hekma, 1996).

Sob a influência de Benedict Morel, psiquiatra francês (1809-1873), que escreve no mesmo ano o *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, estas alegadas características foram vistas como um "estigma de degenerescência", definido como um fenómeno hereditário. Morel desenvolve um método detalhado de descoberta da grande variedade dos "estigmas de degenerescência", que poderiam ser encontrados entre os doentes mentais. A maior parte destes estigmas eram sinais físicos (várias malformações) mas também intelectuais e morais, cujas consequências - porque se supunha serem progressivas - envolviam doenças nervosas, fraqueza física e comportamento desviante (Haeberle, 1985). Estes sinais de degenerescência, segundo Bullough (1994), eram interpretados por alguns investigadores que concordavam com Darwin sobre a importância da selecção sexual na evolução, como um defeito hereditário de que o sujeito era portador. Segundo esta teoria (de que não estão ausentes preocupações religiosas), o erotismo entre pessoas do mesmo sexo, considerado perversáo, era um desvio do plano divino e da necessidade de reprodução, considerada uma necessidade básica da espécie.

O processo de conversão de pecados em doença mental levou à transferência dos termos, originariamente religiosos de "aberração", "desvio" e "perversão" para termos do diagnóstico médico. Este processo é mais facilmente observado justamente no trabalho de Morel, que, emprestando-se do discurso bíblico, assumiu a existência de um homem perfeito (Adão) que, depois de corrupção exterior, se tornaria susceptível a influências negativas. O resultado geral era o enfraquecimento de uma série de raças

---

(Bullough, 1994; Hekma, 1996;). Os autores portugueses do final do século XIX e início do século XX não fogem a esta regra.

[69]Tardieu define os pederastas como" indivíduos depravados que diferem não apenas moralmente, mas também anatomicamente dos outros homens" (Haeberle, 1985, p.136)

humanas que originava um número de linhas genéticas degenerativas, isto é, que "perderiam qualidades desejáveis e normais ou apropriadas a um tipo, e se revertiam a um nível mais baixo", tornando-se as raças cada vez mais fracas de geração em geração até que se extinguiriam (Carter, 1997, p.163).

Os especialistas europeus do século XIX tentaram encontrar, listar e classificar este estigma da degenerescência, com o propósito de o diagnosticar. A degenerescência manteve-se a maior e a mais inquestionável causa da não conformidade sexual e era tarefa da psiquiatria reconhecer os sintomas e tomar medidas apropriadas. Segundo Mondimore (1996), a teoria da degenerescência tem as suas raízes no século XVIII, tornando-se no século XIX a explicação para todas as fraquezas humanas, desde os atrasos mentais ao crime urbano. A "sexualidade desviada", o alcoolismo, a insanidade, a pobreza e a debilidade mental eram consideradas formas de expressão de uma degenerescência, um defeito constitucional do sistema nervoso, causado pela urbanização e pela industrialização. Estas ideias viveram no folclore social e entre vários movimentos políticos[70]. Em Inglaterra, por exemplo, a convicção de que as "classes degeneradas" eram responsáveis pela maior parte da actividade criminal, e que removendo "os degenerados" da sociedade se poderia fazer desaparecer o crime, resultou no processo de extradição para a Austrália (Mondimore 1996; Norton, 1992).

3.2. O invertido, embrião do "moderno homossexual"

Da categoria de perversão, à medida em que foram sendo definidas várias sub--categorias, autonomiza-se a sub-categoria de inversão, que se constitui ela própria como categoria. A sua classificação seria condicionada pelas noções, agora dominantes, sobre a existência de dois seres distintos no desenho do corpo e correspondentes a dois sexos, ditos, opostos. A pessoa invertida é condenada, a nível dos sentimentos, dos desejos e dos comportamentos, em suma, do instinto sexual , contrária ao que o desenho do seu corpo dita. Trata-se, em última análise, de uma inversão dos papéis e dos sentimentos socialmente atribuídos a cada sexo que frustram

[70] Várias décadas mais tarde, encontramos as mesmas crenças na base da "teoria racial" nazi que liga a ideia de "degenerados" a raças inferiores. Na propaganda popular nazi, os judeus, considerados racialmente inferiores, eram portadores dos vários "estigmas de degenerescência" – cabeças deformadas, narizes trapaceiros, lábios pendurados, pernas tortas -, de forma a criar a imagem de um inimigo doente. O estigma da degenerescência passa de alegadas malformações físicas para marcas concretas e externas de identificação burocrática. Uma teoria psiquiátrica francesa tornar-se-ia, assim, prática política alemã. Definidas as vítimas através de um processo burocrático, estas eram literalmente movidas para uma progressiva extinção (Haeberle, 1985; Mondimore, 1996).

as expectativas sociais, e, em última instância, o papel reprodutivo, considerado uma necessidade básica da espécie.

O final do século XVIII e o início do século XIX foram épocas marcadas por grandes perseguições legais às pessoas (sobretudo aos homens) que não cumpriam os papéis socialmente esperados para o seu sexo. Ao mesmo tempo que, nalguns países da Europa, as legislações que assumiam o código napoleónico haviam já abolido a condenação por prática de actos sexuais com pessoas do mesmo sexo, o código prussiano, no seu artigo 175º, punia "com cárcere ou ainda com a perda dos direitos civis", "a lascívia *contra naturam* ... entre pessoas do sexo masculino" (Monteiro, 1922, p. 493). Grande parte da Alemanha tinha sido influenciada pelas mudanças introduzidas pelo código francês, que não fazia qualquer consideração sobre os relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo *per se*, tendo em conta apenas questões como a idade de consentimento e o uso de força. O medo de uma possível mudança deste estatuto legal, por incorporação das leis prussianas, no processo de unficação da Alemanha sobre a hegemonia da Prússia, encorajou alguns homossexuais a desenvolverem um discurso reflexivo. Este discurso, de objectivos reformistas, conquistará algum espaço; condicionado, todavia, pelas noções então dominantes do novo modelo corpo/sexo, será, contudo, absorvido pelo discurso da classe médica que, por seu turno, estava mais preocupada com a patologização das perversões do que com a despenalização da sodomia.

Na segunda metade do século XIX, assiste-se a uma luta pela conquista de significações para as pessoas que manifestam sentimentos e comportamentos contrários aos esperados em função do seu sexo - os invertidos. Com esta nova categoria social, o comportamento sexual passa a ser interpretado como resultante de um tipo de identidade. Manter-se-á, todavia, ao longo do final do século XIX e durante o século XX, a convicção da existência de dois tipos de pessoas invertidas: aquelas que o são congenitamente e as que o foram por factores sociais ou "fraqueza moral".

Karl Heinrich Ülrichs, advogado e jornalista alemão, publica, a partir de 1860 (e talvez não casualmente em edição do autor), uma série de brochuras, onde defendia ser inato o amor entre homens, para o que defendeu uma teoria baseada na embriologia. Ülrichs defendia que, no momento em que se dá a diferenciação biológica dos sexos, inicialmente com um desenvolvimento embrionário comum, não se dá a equivalente diferenciação mental, surgindo assim um ser com corpo de homem e alma de mulher -

anima muliebis virile corpore inclusa -, que ele designa por uranista[71] (seguidor ou descendente de Urano) em oposição a dionista (descendente da "comum Afrodite" filha de Zeus e da mulher mortal, Dione). Ülrichs assumiu que a direcção do amor estava determinada pela forma do corpo, a fisiologia do sexo determinava o sexo dos sentimentos (Katz, 1996): o amor sexual por uma mulher era um sentimento masculino e o amor sexual por um homem era um sentimento feminino.

A aceitação da ideia de instinto sexual único e normativo levou Ülrichs a considerar que o desejo por um elemento do mesmo sexo questionava o sexo da pessoa que o sentia. No entanto, argumentava que, pela natureza biologicamente inata das sensações, o comportamento homoerótico estava de acordo com a natureza do indivíduo, argumento que Ülrichs utilizava na luta contra a legislação que condenava a sexualidade entre pessoas do mesmo sexo. E, embora reivindicando a anulação de todas as leis que condenavam os comportamentos homoeróticos e a legalização do casamento entre essas pessoas, Ülrichs não escapou, contudo, à tentação de distinguir a existência desses dois tipos de sujeitos com o mesmo comportamento: os uranistas inatos e os dionistas (homens supostamente heterossexuais que se entregavam deliberadamente a comportamentos sexuais com pessoas do mesmo sexo). Lutou pela aceitação social dos uranistas e, relativamente aos dionistas, reafirmou a posição de São Paulo, declarando que, nesse caso, o comportamento homoerótico era contra a natureza, heterossexual, destes sujeitos. Com este argumento biologista, Ülrichs irá desempenhar um papel importante no estabelecimento de uma corrente de investigações e teorizações que irão defender a prova da existência de uma base biológica da homossexualidade como o caminho para a anulação das condenações legais, sociais e religiosas. Com esta estratatégia de inscrição da homossexualidade no corpo, com o objectivo de protecção e defesa de situações de discriminação social, Ülrichs iniciava o processo de construção de uma nova categoria de pessoas portadoras de um défice congénito.

---

[71] Nome inspirado no Banquete de Platão onde Pausanias postula dois tipos de amor:

> Todos sabemos que Afrodite e Eros são inseparáveis. Se não houvesse senão uma Alfrodite, não haveria mais do que um Eros; mas, porque há duas Afrodites, torna-se necessário que haja dois Eros. Pode negar-se que existem duas deusas, uma mais velha e sem mãe, filha de Urano, que chamamos de celeste (Urânia e outra mais nova, filha de Zeus e Dione que chamamos popular (Pandemónia)? (...) O outro Eros, em contrapartida, é da Afrodite celeste que não descende do feminino mas somente do masculino, é mais velha e não participa da concupiscência. // Daí resulta que aqueles que são.inspirados pelo Eros celeste voltam o seu amor para o sexo masculino, cuja natureza é mais forte e inteligente e, mesmo entre estes, são facilmente - reconhecíveis os que se submetem unicamente à influência deste Eros: não amam os infantes, mas sim os adolescentes cuja inteligência desperta por alturas da puberdade. (Platão, s.d., 180d-181e)

Neste mesmo entendimento de um ser em essência distinto do perverso, Károly Maria Kertbeny, em correspondência trocada com Ülrichs, usa pela primeira vez, em Maio de 1868, as expressões *homossexual* e *heterossexual*. No ano seguinte, esta designação aparece pela primeira vez a público, num folheto anónimo, proclamando liberdade para as sanções legais para os homens *homossexuais* na Prússia.[72]

Em 1870, num artigo publicado nos *Archive für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, Karl Westphal, professor de Psiquiatria em Berlim dá nome a uma emoção pela primeira vez na história da Medicina: "Die Conträre Sexualempfindung"[73]. Westphal foi um dos mais conhecidos participantes na disputa pela atribuição de um nome a um sentimento que se apresentava contrário às expectativas sociais[74]. Referindo-se à etiologia deste sentimento, Westphal coloca a hipótese (hipótese que os seus seguidores transformarão em afirmação) de se tratar do resultado de uma degenerescência ou insanidade. O sentimento sexual encontrava-se invertido e revelava o resultado de uma condição neuropática ou psicopática[75] (Hekma, 1996). É este o momento que Foucault (1994) considera poder "valer como data de nascimento" da "categoria psicológica, psiquiátrica, médica, da homossexualidade aparecendo como "uma espécie de androginia interior, um hermafroditismo da alma" (p.47).

Os trabalhos de Ülrichs e de Westphal mudaram as opiniões sobre o desejo sexual entre pessoas do mesmo sexo e criaram o contexto para o desenvolvimento das noções de "terceiro sexo" ou "sexo intermédio" que se vão desenvolver no final do século XIX. São nomes relevantes no desenvolvimento destas interpretações os de Edward Carpenter e de John Symonds, em Inglaterra, e o de Magnus Hirschfeld, na Alemanha. Estes autores comunicavam entre si, estando assim a par das respectivas investigações.

---

[72] A palavra "homossexual" será utilizada pela primeira vez em língua inglesa em 1891 por John Addington Symonds (Boswell, 1980). Egas Moniz, em 1906, no segundo volume de *A Vida sexual*, utiliza já a designação de "homossexualidade" para o capítulo em que refere a existência de "sensações femininas em homens providos de orgãos genitaes normalmente conformados" e "sensações masculinas em mulheres com órgãos sexuaes normalmente desenvolvidos (p.107).

[73] Pedro Tamen, na sua tradução portuguesa de Foucault (1994), traduz esta expressão por "sensações sexuais contrárias" (p.47). Hekma (1996) nota que a expressão é usualmente traduzida para inglês por "sexual inversion", mas que literalmente deveria ser "contrary sexual feelings" (p.224).

[74] Dos diversos termos que foram utilizados, os mais frequentes foram uranismo, homossexualidade e inversão. Não raras vezes os termos eram utilizados indiferentemente, sendo outras vezes diferenciados com bastante cuidado.

[75] Segundo Mondimore (1997), as palavras neuropatia e neurastenia eram usadas para descrever o estado fragilizado do sistema nervoso dos indivíduos que se pensava serem constitucionalmente inferiores. O sistema nervoso destes indivíduos entrava prematuramente em colapso inevitável. Psicopata era alguém que tinha uma mentalidade normal, mas um comportamento social anormal (Freedman, 1989).

Edward Carpenter, reformador social e fundador, em 1914, da Sociedade Inglesa de estudos de Psicologia Social, considerava que os uranistas formavam um "sexo intermédio" devido ao facto de terem características físicas de um sexo e muitas características emocionais do outro. Nos seus últimos escritos, defendia a androginia e a bissexualidade como as normas da nova sociedade. Carpenter inverteu a imagem habitual da então teoria evolucionista, argumentando que fora a existência de uma variedade de tipos sexuais que permitira importantes diferenciações na vida e nas actividades sociais. Carpenter revela-se radical ao declarar que a sociedade tinha exagerado as diferenças sexuais para além do sentido e da necessidade.

John Symonds (1840-1893), poeta e crítico, partilhava este conceito de "sexo intermédio" com Carpenter. Empenhou-se no estudo de questões ligadas ao homoerotismo, tendo sido co-autor, com Havelock Ellis, do livro *Sexual Inversion,* que viria a ser publicado pela primeira vez na Alemanha[76] em 1896, já depois da sua morte.

Magnus Hirschfeld, médico, judeu, seria dos três o maior defensor da homossexualidade como um "terceiro sexo". Hirschfeld desenvolveu uma teoria hormonal, segundo a qual a inversão seria o produto da influência de certas características inatas, resultantes de secreções internas,[77] e atribuiu aos homossexuais traços fisiológicos específicos, observáveis, que exprimiam a base fisiológica de uma psicologia diferente. Argumentava que o facto de a percentagem de homossexuais ser constante no tempo e no espaço em relação à população global, era indicador de que a homossexualidade se tratava de um fenómeno natural. Reforçava esta ideia parafraseando Nietzsche, que afirmava que o que era natural não podia ser imoral. Foi, tal como Ülrichs, um activista na luta pela despenalização da homossexualidade. Hirschfeld declarava crer na ciência e estava convencido de que a ciência, sobretudo as ciências naturais, deveria trazer à humanidade não apenas a verdade mas, com ela, a justiça, a liberdade e a paz. *Per scientiam ad justitiam* era o seu lema (Weeks, 1990).

Em defesa dos direitos dos homossexuais, Hirschfeld fundou, em 1897, o Comité Humanitário e Científico – considerado como a primeira organização no mundo com estes objectivos, que tinha por finalidade repelir o parágrafo 175 do código prussiano e promover reformas em matéria sexual (de que são exemplo, entre outras, as leis

---

[76] A publicação em alemão tem como título *"Das Konträre Geschlechtsgefühl.*

[77] Hirschfeld foi influenciado pelas experiências, realizadas pelo endocrinologista vienense Eugen Steinach, que permitiram observar, através de transplante, que os ovários e os testículos de ratos e porquinhos da Índia segregavam hormonas no sangue que influenciavam não apenas o desenvolvimento físico dos animais, mas também o seu comportamento sexual (LeVay, 1996).

relativas ao casamento e ao divórcio e as sanções penais contra os defensores do aborto). Hirschfeld foi ainda organizador dos primeiros congressos mundiais para a reforma sexual (Steakley, 1997; Weeks, 1990).

Entre os mais influentes autores reconhecidos na Inglaterra do pós-guerra e nos EUA, conta-se Havelock Ellis. Ellis esforçou-se por desenvolver uma visão positiva das sexualidades: critica o conceito de normalidade e relativiza o seu valor, para o que recorre à apresentação das diferenças culturais face às atitudes morais. Cruza o conhecimento da Antropologia, da História, da Religião e da Literatura para mostrar que a inversão não se trata de um vício nacional, mas de uma parte recorrente e comum da sexualidade humana (López & Fuertes, 1989).

Apesar de as suas ideias defenderem uma visão mais positiva da sexualidade do que a da maior parte dos médicos seus contemporâneos, Ellis não se libertou do duplo padrão da explicação etiológica da inversão. Na última revisão do seu livro, escrito, como foi referido, em co-autoria com Symonds, Ellis distingue acto homossexual de condição congénita, designando-os respectivamente por homossexualidade e inversão. Para o primeiro caso, propõe medidas de higiene social como prevenção. Relativamente à situação congénita, defende a ideia de que uma energia natural e espontânea não podia ser manifestação de uma doença. Ellis relacionou as várias perturbações associadas à inversão com as atitudes sociais, e não com a própria inversão e, coerentemente com este posicionamento, questionou a intervenção, situando-se assim na linha dos reformistas, para quem a homossexualidade era entendida como característica de uma minoria, fixa e incurável [78] (Carter, 1997; Weeks, 1990).

A entrada definitiva e triunfante da sexualidade no campo da Medicina pela porta das patologias foi feita pela mão de Richard von Krafft-Ebing (1840-1902), professor de Psiquiatria e Neurologia da Universidade de Viena e considerado o maior sexologista do seu tempo. Tomando como critério científico a moral dominante, a sua primeira preocupação foi encontrar provas de morbidez nas pessoas que eram acusadas de crime, tendo introduzido a Psiquiatria Forense como disciplina. O seu livro mais citado, *Psichopathia Sexualis*, publicado pela primeira vez em 1886, foi escrito com o objectivo

[78] Symonds considerava que Ellis, embora pretendesse estabelecer a normalidade dos invertidos, tendia sempre para uma atribuição patológica, facto que confessa a Carpenter numa carta escrita no final de 1892. Symonds, embora concordasse com quase todos os pontos fundamentais da abordagem de Ellis, considerava-o ainda muito inclinado para as teorias neuropáticas.

de apoiar advogados e médicos que tivessem que lidar em tribunal com crimes sexuais. Embora afirmasse que o seu objectivo era apenas "relatar" as variações da expressão sexual humana, Krafft-Ebing não hesitou em propor uma teoria para a causa da homossexualidade nem em implicar-se no seu tratamento. Considerava, tal como a maioria dos médicos entre 1870 e 1900, que, nalguns casos, a perversão não era um crime nem um pecado, mas uma doença, uma anomalia do sentimento sexual que deveria ser considerada clinicamente como um "sinal funcional de degenerescência moral" (Mondimore,1996), justificando a patologia pelo facto de se tratar de um instinto sexual não reprodutivo (López & Fuertes, 1993; Oosterhuis, 1997; Weeks, 1985).

Etiologicamente, Krafft-Ebing considerava a homossexualidade o resultado de um abuso frequente dos órgãos sexuais ou de uma anomalia do sistema nervoso e afirmava que se tratava de uma condição tanto neuropática como psicopática. Propunha para a sua cura a hipnoterapia, a hidroterapia e a faradização. Nas suas sugestões hipnóticas, Krafft-Ebing incluía frases que denunciavam os seus valores: por exemplo, numa descrição de uma sessão de hipnose a um cliente pode ler-se a seguinte indução: "Já não tenho interesse pelos homens, porque o amor pelos homens é contra a religião, a natureza e a lei" ou ainda "sinto-me atraído pelas mulheres, porque a mulher é encantadora, desejável e criada para o homem" (citado por Katz, 1996, p.25).

É de sublinhar que o posicionamento de Krafft-Ebing foi sendo alterado ao longo das doze edições do seu *Psychopathia Sexualis*[79] e, em 1901, um ano antes da sua morte, publicou um artigo no jornal de Hirschfeld - *Jahrbuch für Sexuelle Zwischenstufe* - onde admitia que a homossexualidade era sempre inata e não patológica *per se* e não era incompatível nem com a saúde mental nem com a superioridade intelectual. A homossexualidade passava, assim, de um fenómeno patológico a uma condição biológica e psicológica, que devia ser aceite como um destino, mais ou menos deplorável, mas natural (Oosterhuis, 1997; Weeks, 1990).

O posicionamento político de Krafft-Ebing acompanhou este processo de mudança. De uma postura que não questionava a legislação, apenas distinguindo as situações de crime das situações de doença, em 1890, assume uma posição revolucionária: assina a petição para a abolição do parágrafo 175º, apoia o movimento para a defesa dos

direitos dos homossexuais, fundado em Berlim por Hirschfeld, e passa a ser referido pelos reformistas da época como a autoridade científica que os apoiava (Oosterhuis, 1997).

A partir do início do século XX, a Medicina começou a especificar os desvios sexuais em categorias cada vez mais discretas, particularmente no caso masculino. De inversão sexual a homossexualidade passou a ser entendida como uma inclinação do desejo. Em 1913, Ellis afirmava num congresso, na Academia de Medicina de Chicago, que a inversão sexual se referia exclusivamente à mudança dos impulsos sexuais, isto é, o impulso sexual dirigia-se a indivíduos do mesmo sexo enquanto todos os outros impulsos e interesses se mantinham correspondentes ao sexo a que a pessoa pertencia anatomicamente. Ellis já anteriormente havia escrito que um homem podia ser invertido no seu objecto e comportamento sexual – tornar-se passivo e feminino como parceiro sexual de outro homem – e manter-se masculino nos restantes hábitos. Distinguia, pois, a escolha do objecto sexual do comportamento social e sexual. Seria contudo, Freud, ao introduzir os conceitos de objecto sexual e preferência sexual nos seus *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, publicado em 1905, quem clarificaria esta distinção, referindo-se respectivamente ao objecto de desejo sexual e ao comportamento sexual preferido: (genital, oral, papel activo, papel passivo). Freud determinaria a existência de "objectos normais" (os que permitiam a reprodução) e "desviantes" e classificaria como "desvios relativamente ao objecto sexual" as crianças, os animais e as pessoas do mesmo sexo. Freud considerava que, embora as características secundárias e terciárias de um sexo aparecessem no outro, o que ele atribuía a um tipo de hermafroditismo, não havia uma correlação entre a aparência e o desejo "homossexual", no caso do homem. Defenderia a possibilidade de correlação entre a inversão e a masculinidade mental. A introdução desta distinção entre objecto do desejo e preferência sexual reflecte as mudanças que ocorreram no final do século no sistema das diferenças sexuais.

* * *

Portugal não foi alheio a estas discussões, embora a sua ausência tenha sido notada no Congresso Internacional para as Reformas Sexuais, realizado em Londres, em 1929, onde estiveram representantes de quase todos os países do mundo:

---

[79] Na 12ª edição, devido ao grande êxito comercial, Krafft-Ebing aumentou o número de termos em latim.. O uso de uma terminologia técnica visava excluir os leitores não especializados.

> In international terms the meeting was a success. Over 350 delegates atended from all over the world, including Russia, and of European countries only Portugal was without a representative (Weeks, 1990, p.140)

É possível encontrar, de 1885 a 1932, quatro trabalhos publicados em Portugal por médicos sobre a inversão ou a homossexualidade, e um, mais geral, sobre perversões sexuais. Estes documentos espelham a discussão que a nível da Europa vinha sendo desenvolvida. Adelino Silva, em 1885, apresenta à Escola Médico-Cirúrgica do Porto uma dissertação inaugural intitulada *A inversão sexual.* Egas Moniz dedica um capítulo à homossexualidade no seu livro, *Vida sexual*, publicado em 1906. Arlindo Camillo Monteiro tem uma publicação sobre *Amor Sáfico e Socrático* (1922), que ele considera ser um estudo de preparação para uma posterior monografia sobre o Conde de Vila Franca. Mais tarde, cerca de 1932[80], Asdrúbal D'Aguiar edita um estudo sobre homossexualidade ao longo da história, *Medicina legal: homossexualidade masculina através dos tempos.* A reflexão sobre perversões, *Perversão Sexual,* trata-se também de uma tese inaugural apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, por Albano Santos, em 1903.

Em todos estes trabalhos é feita uma descrição histórica da vivência da homossexualidade, sendo sublinhada a existência do comportamento homossexual através dos tempos. As reflexões de Camillo Monteiro e de Asdrúbal D'Aguiar são, dos trabalhos referidos, as de maior desenvolvimento histórico, apresentando Camillo Monteiro um grande cuidado com a referência das fontes. Os textos de Adelino Silva, Albano Santos e Egas Moniz preocupam-se mais com o "quadro clínico" numa perspectiva de intervenção.

Camillo Monteiro e Asdrúbal D'Aguiar interpretam a homossexualidade como uma anomalia não patológica - posição próxima da de Ellis e Hirschfeld e do último posicionamento de Krafft-Ebing –, enquanto os restante autores partilham o conceito, dominante na época, de degenerescência e entendem a homossexualidade indiciadora de um estado de debilidade – psicopatia ou neuropatia.

Camillo Monteiro considera que "o *uranismo* nada tem ainda com (sic) a degenerescência, visto poder notar-se independentemente de estigmas dessa natureza" (p.282). Do seu ponto de vista, "a degenerescência, as neuroses e as

---

[80]O livro é uma edição do autor sem data. A Biblioteca Nacional, nas suas fichas, atribui-lhe a data hipotética de 1932.

psicoses, a excitabilidade nervosa, a hereditariedade patológica, não servem de interpretação ao problema da homo-sexualidade (sic) (p. 345) e explica que estes sintomas não são causa, nem efeito deste "desvio do instinto". Apresenta como prova desta última afirmação a observação de estigmas de degenerescência "até mesmo com manifestações exuberantes do instinto genésico normal". Considera a degenerescência um vocábulo mágico que resolve todas as questões sem resposta "verificando-se afinal nos sábios, tanto falsos como verdadeiros, a tendência geral do homem a personificar numa palavra a ilusão dum raciocínio ou de uma revelação" (p. 345).

Adelino Silva e Egas Moniz atribuem um significado mórbido à homossexualidade e são claros na explicitação da razão que os leva a esta atribuição: a implicação da sexualidade na multiplicação da espécie:

> A inversão sexual é uma doença (...) porque a noção de saúde, seja ella qual fôr, deve forçosamente envolver a existência de factores psychicos e physicos necessários para a conservação do indivíduo e da espécie (...) o uranista é um doente e, geralmente um inútil porque é estéril e nós devemos luctar pelo nosso bem estar e pelo da sociedade (Moniz, 1906, p. 200-201)

Coerente com este princípio, Adelino Silva considera que os uranistas que se reproduzem não são doentes, pois não prejudicam a espécie.

Todos os autores distinguem dois tipos de homossexualidade, consoante a sua origem: uma, congénita, classificada como inversão, e outra, resultante de falta de controlo, por vício ou imoralidade, que corresponderia à classificação de perversão. Os invertidos são considerados, por Camillo Monteiro e Asdrúbal de Aguiar, saudáveis por estarem numa situação em que nada podem fazer contra o que sentem e, assim, em virtude da sua natureza, a manifestação homossexual ser normal.

Para os defensores da noção de homossexualidade como patologia (Adelino Silva, Albano Santos, Egas Moniz), o tratamento proposto às pessoas com este tipo de instinto, para que pudessem cumprir o destino da espécie, variava entre soluções químicas - como o uso de brometos, medicação tónica e reconstituintes do sistema nervoso - ou métodos de desvio de pensamento - como sugestão hipnótica, prescrição para dedicação ao trabalho ou para o exercício de trabalhos fatigantes e hidroterapia. Em casos particulares, é ainda indicado o "internamento em casa de saúde quer para evitar o agravamento do estado cerebral quer para evitar os actos criminosos a cuja prática são arrastados pela sua paixão de degenerados" (Silva, 1895, p.64).

É ainda interessante notar a distinção feita por Adelino Silva entre intervenção para supressão de comportamento e intervenção para a modificação do instinto. Adelino Silva considera que, quando o pedido é de "restabelecimento da inclinação sexual normal", se deverá actuar a nível do impulso - e não a nível do comportamento - sendo o foco da acção clínica os papéis sexuais, o que significa, no caso de um cliente do sexo masculino, masculinizá-lo.

* * *

Estabelecida a ideologia do homossexual como um novo ser portador de uma diferença, para muitos autores considerada patológica, serão apresentados no próximo capítulo os modelos explicativos que foram sendo desenvolvidos ao longo do século XX.

CAPÍTULO III TEORIAS INTERPRETATIVAS E MODELOS TERAPÊUTICOS DA HOMOSSEXUALIDADE DESENVOLVIDOS AO LONGO DO SÉCULO XX

Cada um é seus caminhos.
Onde Sancho vê moinhos
D. Quixote vê gigantes

Vê moinhos? São moinhos
Vê gigantes? São gigantes

António Gedeão, "Impressão Digital"

1. INTRODUÇÃO

O objectivo deste capítulo é fazer um levantamento das principais teorias desenvolvidas durante o século XX que ofereceram uma interpretação da homossexualidade, assim como apresentar as propostas terapêuticas por ela promovidas. Pretende-se, pois, enquadrar estas teorias mostrando a sua fragilidade e falibilidade; isto será tão mais importante quanto elas serão assumidas pelos clínicos enquanto posições teóricas (como veremos na Parte II).

O capítulo divide-se em dois momentos iniciados por uma breve descrição das questões contextuais que subjazem às teses apresentadas. Num primeiro momento, serão expostas teses explicativas da génese da homossexualidade que tiveram o seu início na viragem do século XIX para o século XX. Num segundo momento, serão explanadas teses sociais surgidas depois dos anos 70, no contexto particular de emergência dos movimentos de carácter transnacional de luta pelos direitos cívicos, de libertação das mulheres e de luta pelos direitos de *gays* e lésbicas.

No segundo ponto deste capítulo apresentam-se três modelos interpretativos: o modelo afirmativo *gay*, o construcionismo social e a teoria *queer*. O aparente desequilíbrio no tratamento oferecido a estes três modelos (o primeiro modelo é mais extensivamente trabalhado do que os outros dois) deve-se ao facto de, ao contrário dos dois últimos, que são essencialmente explicativos[81], o modelo afirmativo *gay*, ser, em primeiro lugar,

[81] Salvaguarde-se somente que alguns teóricos do construcionismo social têm proposto estratégias de acção (que serão aqui, de resto, apontadas) com vista a permitir a aplicação da teoria na prática terapêutica.

terapêutico e só depois teórico. Por este motivo, será também este o modelo interpretativo que servirá de referente principal à análise das questões clínicas no estudo apresentado na Parte III.

O capítulo concluirá com uma breve apresentação de dois tipos de estudos empíricos realizados noutros países: um, sobre a análise e a avaliação do processo terapêutico com clientes homossexuais, feita, nuns casos, por clínicos, e, noutros, por clientes; outro, sobre atitudes de técnicos de saúde mental em relação à homossexualidade. Estes estudos emergem da preocupação com a implementação do modelo afirmativo *gay*, pelo que utilizam os princípios fundamentais deste modelo como grelha de leitura.

Relativamente ao primeiro momento do capítulo, as teses etiológicas, serão desenvolvidas três matrizes teóricas de explicação da homossexualidade: uma perspectiva biológica e os seus distintos níveis de investigação; uma perspectiva evolucionista, ancorada na sociobiologia; e uma perspectiva psicológica, onde se incluem teorias que apresentam causas interaccionais e causas ambientais. É de sublinhar o facto de estas teorias se desenvolverem associadas a tendências que satisfazem determinadas opções sócio-políticas ou inovações tecnológicas, como é o caso da endocrinologia nos anos 30, ou ainda a importância da genética na década de 90.

Embora os autores apresentados como impulsionadores destas teorias surjam sem qualquer reflexão que os distinga, convém ter em mente que as motivações para as suas investigações são completamente diferentes, quando não antagónicas: encontrar uma explicação constitucional para a homossexualidade pode, por um lado, servir para controlar o desenvolvimento de comportamentos homossexuais, ou, mais radicalmente, significar uma intenção eugénica (de que são exemplo os trabalhos de Kallmann, 1952 e de Dörner, 1976), e, por outro lado, ter como objectivo o controle e a eliminação da homofobia – é que situar a homossexualidade no corpo visa desresponsabilizar os sujeitos pela sua orientação sexual, assim facilitando a sua orientação, visto esta ser apresentada como um traço biológico inultrapassável (Hamer & Copland, 1994; LeVay, 1996; Pillard, 1998). A reforçar esta convicção encontrar-se-ia, por exemplo, o estudo de Ernulf, Innala e Whitan (1989), realizado em quatro sociedades sobre as atitudes em relação à homossexualidade, concluindo de uma menor homofobia quando a crença era de que os homossexuais "nasciam assim".

2. TESES ETIOLÓGICAS E MODELOS TERAPÊUTICOS DESENVOLVIDOS

2.1. Questões contextuais

> O homossexual subvertia igualmente os valores de honra masculinos, confundia as identidades de género, perturbava os códigos que geriam as relações entre os dois sexos, recusava a instituição familiar – pilar do Estado Novo
>
> Susana Bastos, O Estado Novo e os seus Vadios

Como se acabou de referir no capítulo anterior, o papel dos médicos no estudo da sexualidade, a partir do final do século XIX e durante quase todo o século XX, passou a estar associado a uma preocupação com o controlo de questões sociais consideradas perturbadoras da conformidade social, de que são exemplo a prostituição, o divórcio, as doenças sexualmente transmissíveis, a contracepção e os chamados desvios sexuais. O pressuposto de que um maior conhecimento facilitaria o acesso a soluções para estes problemas levou a que os estudos sobre sexualidade se desenvolvessem fundamentalmente numa perspectiva de prevenção. Os discursos científicos diversificam-se, fazendo suporte a uma intervenção política e sanitária no campo da sexualidade.

O crescimento e o anonimato das grandes cidades, o acesso ao mercado de trabalho tanto para os homens como para as mulheres, a crescente consciência por parte das mulheres do papel secundário que lhes era atribuído e da sua subjugação ao homem, foram, entre outros factores, responsáveis pela ameaça feita, no final do século XIX, ao modelo que sustinha a organização familiar baseada em aspectos económicos e de dependência da mulher. Estas mudanças criaram novas oportunidades para se poder viver fora da ordem social conjugal ou familiar, o que permitiu a emergência de novas formas de expressão sexual. Este novo contexto social, de separação entre o espaço familiar e o espaço laboral, possibilitou que os homens e as mulheres passassem a encontrar garantias mínimas de sobrevivência fora do quadro da família heterossexual e, ao mesmo tempo, que a casa passasse a ser investida de uma carga afectiva[82]. O

---

[82] Recorde-se a este respeito que Edward Shorter (1977), no seu livro *O nascimento da família moderna*, dedica um capítulo aos "homens e mulheres na sociedade tradicional", onde pretende exactamente mostrar que o casamento popular dos séculos anteriores era, em geral, desprovido de afecto, tendo como elementos de coesão a propriedade e a linhagem, e que o isolamento afectivo era obtido pela rigorosa demarcação existente entre as tarefas e os papéis atribuídos a cada sexo. Shorter acrescenta que a questão da felicidade não era sequer colocada. Mulheres e homens entregavam-se à

modelo dicotómico dos papéis sexuais entrou em crise e ameaçou de tal forma a ordem social familiar que se tornou imperativa a emergência de uma nova organização para um novo equilíbrio.

A tentativa de autonomização da mulher foi percebida como uma ameaça ao desejo heterossexual, posição claramente ilustrada na leitura feita por Adelino Silva, em 1885, na sua dissertação inaugural em Medicina. Este médico atribuía o sentimento de desejo da mulher pelo homem à necessidade de dependência daquela por este, e questionava a educação moderna, afirmando que "a mulher educada à moderna é um ser complexo de pouca innocencia, quasi sem pudor, ingenuidade. [D]e frescura e timidez só conhece os nomes (...). [A] mulher prejudica-se e afasta-se do seu sexo", advertia Adelino Silva, prognosticando: "subtraia-se a mulher ao jugo do homem, emancipe-se e passa a supprir as suas necessidades por si mesma, o amor pelo sexo diferente desapparecer-lhe-ha" (p. 285)[83].

Como consequência das alterações sociais e das novas exigências das mulheres, alteraram-se os códigos que geriam a sexualidade feminina, o papel do homem e as relações entre os dois sexos, de forma a preservar o modelo social cujo núcleo é o casamento heterossexual. Como reacção ao declínio do casamento por necessidade económica da mulher, e simultaneamente devido ao medo do contágio da homossexualidade, assistiu-se a um ataque às instituições de um só sexo e aos relacionamentos entre o mesmo sexo[84]; o conceito de masculinidade passou a integrar a rejeição da homossexualidade e a promoção da heterossocialização; a bibliografia mais diversa preocupou-se em ressexualizar a mulher, ao mesmo tempo que defendia a maternidade e o papel de equilíbrio afectivo que a família nuclear permitia; finalmente, alguns manuais de casamento chegavam mesmo, com o objectivo de preservar a coesão familiar, a enfatizar a necessidade de o homem se envolver na dinâmica da casa.

---

tarefa de corresponder aos papéis que lhe eram atribuídos pela comunidade e não havia sequer a tentação de partilhar tarefas sob pena de ficarem sujeitos à ridicularização como punição.

[83] Note-se, ainda a este propósito, a referência de Juliet Gardiner (1988) a uma teoria popular, existente no final do século XIX, a qual, numa perspectiva de conservação de energia, defendia que, caso a mulher dispersasse a sua energia em objectivos masculinos, como por exemplo actividades competitivas intelectuais, a sua fisiologia poderia tornar-se bloqueada de uma forma definitiva, começando pela falta de menstruação e culminando com a atrofia da capacidade reprodutiva e a evolução para uma raça semelhante a "formigas assexuadas".

[84] Egas Moniz (1906) é, entre os médicos portugueses, exemplo de um dos grandes defensores das instituições mistas:

> acho condenável o afastamento dos sexos nas escolas, pela forma severa que geralmente se faz e de que resulta serem as primeiras sensações sexuaes experimentadas com individuos do mesmo sexo (...). Esta separação de sexos (...) ainda hoje é a razão porque esta psychopathia tão intensamente se tem desenvolvido entre muçulmanos (p.184).

Nos anos 20, o encontro heterossexual tornou-se o padrão dominante da cultura jovem, substituindo as actividades de grupo do mesmo sexo, até então prevalecentes (Chauncey, 1989). Tornava-se cada vez mais difícil para os homens considerarem-se heterossexuais se tivessem qualquer contacto sexual com outros homens, mesmo se limitassem o seu comportamento ao "papel masculino". O mundo passou a dividir-se dicotomicamente entre homossexuais e heterossexuais, como se de dois mundos completamente distintos se tratasse[85].

Pela mesma época, graças em grande medida à actividade de grupos sufragistas, foram fomentados os casamentos com companheirismo, valorizando-se a amizade sexual, a aceitação do divórcio e o controlo dos nascimentos, de forma a facilitar alguma igualdade às mulheres dentro do casamento. O antigo modelo vitoriano de recato e desinteresse sexual da mulher seria apontado como o responsável pelas dificuldades que observavam no casamento, particularmente pelo afastamento entre homens e mulheres. O efeito destas últimas alterações referidas, e particularmente a tentativa de confinar a mulher ao espaço doméstico, prolongar-se-á até aos anos 50. A ideia dominante de que o casamento, a casa e a dependência eram as condições apropriadas às mulheres sobreviveu aos desafios da guerra, sendo diversos os discursos que, ainda naquela década, referiam os malefícios psicológicos que uma mulher casada e com filhos, que trabalhasse fora de casa, poderia provocar nos seus filhos (Nogueira, 1996).

Por outro lado, a pressão sobre a família, fruto da necessidade de limitar a sua dimensão devido às novas exigências sociais, criou várias implicações a nível da sexualidade e da reprodução: permitiu separar a sexualidade das questões da reprodução e do parentesco, dando origem ao que Giddens (1995) chama "sexualidade plástica", facilitou a autonomia sexual da mulher e abriu caminho para o florescimento da homossexualidade feminina e masculina. Os anos do pós-guerra e a reconversão a uma economia de tempo de paz estimularam os esforços para o restabelecimento da vida familiar tradicional: o regresso dos veteranos implicava a necessidade de postos de trabalho que tinham sido ocupados pelas mulheres que, por sua vez, eram agora estimuladas a casar e a investir na maternidade.

---

[85] Todavia, Chauncey (1998) considera que, relativamente às classes mais desfavorecidas, é só a partir dos anos 30, e particularmente depois da Segunda Guerra Mundial, que a heterossexualidade exclusiva se torna a condição da normalidade masculina.

A Guerra Fria levaria, nos EUA, à enfatização da conformidade cultural e à intensificação de esforços de controlo de comportamentos considerados desviantes. A não conformidade - política, social ou sexual - era vista como uma ameaça à segurança nacional e, neste contexto, a homossexualidade tomava-se uma ameaça à ordem pública. Chauncey (1998) refere uma visibilidade de uma organização da homossexualidade em Nova Iorque, antes da guerra, que passou a ser reprimida nos anos 30, 40 a 50, através de medidas rígidas assumidas pelo Estado (e que se estenderam até aos anos 60), de que são exemplo o aumento de prisões por motivos ligados à homossexualidade; a regulamentação de proibições relativas aos bares de servirem homossexuais, regulamentação esta rigorosamente aplicada (de tal forma que vários bares foram fechados por a terem violado); regulamentações que obrigavam à censura da abordagem da temática ligada à homossexualidade em peças de teatro, em filmes, etc. A aplicação destas regulamentações era acompanhada, inspirada e justificada por uma série de campanhas promovidas pela imprensa e pela polícia, que descreviam os homossexuais como desviantes sexuais com tendências assassinas, adicionando à imagem pública tradicional de homem efeminado a imagem de um psicopata perigoso, capaz de cometer os crimes mais horríveis contra as crianças.

Estas medidas de intensificação do controlo policial de lugares frequentados por homossexuais, a par de uma transformação dos esquemas de sociabilidade homossexual, no sentido de uma homossociabilidade (à semelhança do que se passara com a heterossexualidade), conduzem, já no pós-guerra, ao surgimento de um grande número de bares de clientela exclusivamente homossexual[86].

Todavia, a relativa permissão de abertura destes novos locais leva Chauncey (1998) a interpretar as medidas de controlo implementadas, e acima referidas, como uma

---

[86] A este propósito, Chauncey (1989) refere que Will Finch, em 1951, nas suas cartas íntimas se lamentava por não existir em Nova Iorque nenhum bar onde os homens homossexuais pudessem ter encontros com homens heterossexuais («queer-man»), e explica que, com a dicotomização da orientação sexual, se substituíram as relações entre homens homossexuais e homens heterossexuais («queer-man») por relacionamentos exclusivos entre homens homossexuais («queer met *queer*»), sendo estas últimas relações estruturadas pelas diferenças sexuais tradicionais, passando a distinguir-se os homens homossexuais , particularmente na cultura homossexual das classes mais desfavorecidas, entre 'butches' e 'femmes', nomenclatura habitualmente aplicada às mulheres lésbicas. Portugal não é alheio à transformação destes esquemas de relacionamento entre os homossexuais, embora transformações semelhantes tenham tido lugar em períodos de tempo distintos. Um dos informantes de Gameiro (1998) considera que "a *«gay liberation» trouxe* essa coisa terrível que é a *«bicha com bicha»* (...), confirmando que o modelo social de homossexualidade predominante no seu tempo [anos 50] desapareceu a partir do momento em que deixou de assentar na divisão bichas/homens" (p.86). Se, em Portugal, o 25 de Abril parece ser um marco para esta transformação, Gameiro refere que já em 1960 a 1970 havia uma co-existência de modelos, embora alguns deles apenas circunscritos a determinadas classes sociais, de que é exemplo o modelo referido como "*bicha com bicha*", observado inicialmente apenas em níveis sociais elevados.

tentativa de controlar a visibilidade da homossexualidade (e não de a erradicar), temendo as autoridades uma ameaça à ordem pública e aos dispositivos sexuais normais.

Outra alteração observada no interior de grupos homossexuais que então se estabeleceu foi o culto dos indicadores exteriores da masculinização[87], o que aumentou a necessidade de controlar os limites da, considerada, normalidade sexual por assim ter criado uma maior dificuldade em distinguir homossexuais de heterossexuais e promovido uma representação dos homossexuais como mais ameaçadores. Como resultado desta ambiguidade de fronteiras entre a 'sexualidade normal' e a 'anormal' – ambiguidade que reflectia uma crise da cultura dominante - o controlo tomava-se, por um lado, mais difícil e, por outro, mais urgente, justificando a necessidade de vigilância policial e médica da vida homossexual.

A legislação de vários países integrava leis demasiado gerais sobre psicopatia sexual: não especificavam actos criminosos nem diferenciavam os comportamentos violentos dos não violentos, nem comportamentos consensuais dos impostos por alguma forma de poder. Nesta falta de especificidade, termos como psicopata, criminoso sexual, perverso e homossexual surgiam sobrepostos. Cabia, habitualmente, ao psiquiatra o papel de "descobrir" o tipo de personalidade ou identidade do criminoso[88].

Os homens condenados por ofensas sexuais cumpriam as suas sentenças nos departamentos de doenças mentais das prisões ou nos departamentos prisionais de instituições para doentes mentais[89]. Uma vez hospitalizado, o psicopata recebia tratamento de acordo com as tendências terapêuticas da época: metrazol, choque insulínico ou electrochoque, injecções hormonais, esterilização, terapia de grupo e, nalguns casos, lobotomia frontal. A partir de meados dos anos 30, com o desenvolvimento da endocrinologia e da genética, a hipótese do congenitalismo como explicação da homossexualidade foi novamente retomada, numa perspectiva de

---

[87] Até então, a exuberância e alguma distinção na maneira de vestir e de pentear permitia distinguir os homens homossexuais dos heterossexuais.

[88] De referir que, em 1952, a edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais (DSM) apresentava os desvios sexuais indiferenciadamente. Apenas em 1968, na 28º edição surgem subcategorias de que são exemplo a homossexualidade, o fetichismo, a pedofilia ou o travestismo (Suppe, 1987).

[89] Em Portugal, durante o Estado Novo, integravam-se nas mesmas instituições – designadas por Mitras – todos aqueles cujos comportamentos ou situações sociais fossem considerados um "perigo moral" para a sociedade: "menores abandonados, mendigos loucos, todos os que de algum modo participavam no mundo da prostituição" (Gameiro, 1998, p.80), sendo possível encontrar processos de homossexuais que haviam sido apanhados pela então chamada polícia de costumes.

correcção: a homossexualidade seria uma condição fisiológica inata, causada por cromossomas defeituosos ou por valores hormonais alterados, que se pretendia corrigir.

A comunidade psiquiátrica via cada vez mais reforçada a sua autoridade. Já durante a guerra o seu estatuto havia sido reconhecido pelo papel que fora atribuído aos médicos psiquiatras no recrutamento de soldados e no diagnóstico de delinquentes militares. Agora, nos anos posteriores à guerra, vários estados, nos EUA, reconheciam a necessidade de investigação e forneciam fundos para o desenvolvimento de estudos psiquiátricos sobre abusadores sexuais. As medidas de prevenção estabelecidas contemplavam: a criação de instituições psiquiátricas especializadas para os homens condenados por crimes sexuais, o despiste psiquiátrico de potenciais psicopatas nas escolas e o desenvolvimento da educação sexual na promoção de uma vida familiar mais saudável.

Paralelamente aos aspectos sociais e económicos referidos desenvolveram-se, no seio das ciências médicas e psicológicas, teorias explicativas da homossexualidade que acompanharam as descobertas que se realizaram em diferentes áreas - psiquiatria, psicanálise, endocrinologia, genética:

> Medical and psychiatric thinking about homossexuality had proliferated wildly, dividing and subdividing into myriad conflicting schools and viewpoints as doctors struggled to map oút and colonize the newly defined territories of human sexual behavior. (Carlston, 1997, p.177)

Foi no contexto social apresentado, de pressão para a conformidade, que, em 1948, nos Estados Unidos da América, foram publicados os estudos de Alfred Kinsey sobre o comportamento sexual do homem e sobre as fronteiras da sexualidade, o que provocou um aceso debate público. Segundo Freedman (1989), estes estudos conduziram a um crescente interesse pela temática da psicopatia, por revelarem a vasta prática de actos sexuais não procriativos, realizados dentro e fora do casamento. A crença mais divulgada - tal como no final do século XIX - era que os homossexuais procuravam jovens e que a sedução na adolescência e na infância seria o mais comum factor ambiental, explicativo do desenvolvimento desta orientação. A homossexualidade era então representada como estando associada a comportamentos violentos e especificamente relacionada com a coerção de menores para actividades sexuais ilícitas.

A literatura emergente na época sobre psicopatia sexual ajudou, por um lado, a quebrar velhos tabus, ao despoletar a discussão sobre o que era considerado desvio sexual e

encorajou a reavaliação do comportamento heterossexual através da divulgação de informação sobre práticas sexuais até então silenciadas nos discursos oficiais. Por outro lado, o discurso da psicopatia, para além de ter ajudado a redefinir as fronteiras da sexualidade, dita normal, pode ter contribuído para o liberalismo sexual dos anos 60; Freedman aponta pelo menos três caminhos abertos por este processo de discussão:

- O ajustamento a um sistema sexual no qual os actos não procriativos deixam de ser considerados anormais;
- O estabelecimento de uma fronteira clara entre homossexuais e heterossexuais, sendo os primeiros considerados violentos abusadores de crianças;
- A definição da violação, agora encarada não apenas como uma aberração psicológica do homem, mas como um acto no qual tanto a mulher como a criança contribuíam para a sua própria vitimização.

Os estudos de Kinsey foram, ainda, utilizados como argumento pelos críticos liberais que durante os anos 50 a 60 propunham a revisão das leis então existentes sobre psicopatia, por permitirem defender que as variações sexuais eram muito comuns entre os casais "normais". Quer psiquiatras, quer advogados defendiam que o conceito era demasiado vago e controverso para fazer parte da lei. Bowman e Engle – um exemplo destes críticos – defendiam a existência de perversões sérias que requeriam tratamento psiquiátrico, mas declaravam que a sexualidade saudável podia incluir actos heterossexuais não procriativos (Freedman, 1989). Afirmavam que era necessário diferenciar entre os actos perigosos do "psicopata" e as aceitáveis práticas de masturbação antes do casamento, bem como a prática de actos considerados não naturais, como o sexo oral e o sexo anal, se realizados em privado e entre adultos que o consentiam.

No Reino Unido, em 1957, uma comissão governamental publicou um relatório - o Wolfenden Report - que recomendava a despenalização do comportamento homossexual[90]. A razão apresentada por esta comissão para a despenalização era o

---

[90] De notar que, dois anos antes, a British Medical Association havia apresentado um relatório a esta comissão, explicando os seus pontos de vista sobre homossexualidade e prostituição. Nesse relatório, o seguinte trecho é ilustrativo da leitura que então a classe médica britânica detinha da homossexualidade:

> The attempts to suppress homosexual activity by law can only be one factor in diminishing this problem. The public opinion against homosexual practice is a greater safeguard and this can be achieved by promoting in the minds, motives and wills of the people the desire for clean and unselfish living (...) If this behaviour is multiplied on a national scale, the problem to society is apparent for widespread irresponsibility and selfishness can only demoralise and weaken the nature. What is needed is responsible citizenship where concern for the nation's welfare and the needs of others takes priority over self-interest and self-indulgence.
> ("Memorandum on homosexuality drawn up by a special committee of the British Medical Association", citado por Bancroft, 1989, pp. 312).

facto de a homossexualidade não satisfazer três condições fundamentais aplicadas ao conceito de doença: ter uma causa definida, ter uma patologia demonstrável e originar sintomas anormais. Embora várias causas tivessem sido sugeridas, nenhuma estava estabelecida. As sugestões sobre patologia mental eram entendidas pelos membros desta comissão como meras construções teóricas, não existindo factos, e quando surgiam sintomas eram mais facilmente entendidos como o resultado de estigmatização do que intrínsecos à condição. Em 1967, o Parlamento Britânico legalizou o comportamento homossexual entre pessoas com mais de 21 anos.

Nos anos 60, como resultado de um processo de revolução em saúde mental, questionado que começa a ser o papel da psiquiatria no controle dos comportamentos sociais[91], os psiquiatras e os políticos ponderaram sobre o significado da sexualidade, uns questionando a legislação sobre psicopatia sexual e outros questionando o tratamento da homossexualidade. Durante o final da década de 60 até à primeira parte da década de 80, observa-se um período de maior liberalismo, que permitiu o desenvolvimento de novos significados da homossexualidade (tema que será objecto dos próximos pontos deste capítulo) e uma quase total ausência de estudos biológicos. Na segunda metade da década de 80, verifica-se de novo uma procura da inscrição da orientação sexual no corpo[92]. Este voltar ao corpo é interpretado por alguns autores (Allen, 1997; Terry, 1997) como o resultado de factores culturais políticos e económicos, ocorridos entre os anos 70 e 90, de que são exemplo os significados atribuídos à SIDA, as indústrias médica e de seguros e o crescente conservadorismo das políticas governamentais.

Em meados dos anos 80, com o surgimento da SIDA, a sexualidade é vista novamente como uma ameaça, emergindo um posicionamento mais conservador, que por sua vez reacende o debate de ideias. Os comportamentos sexuais e, particularmente, as práticas homossexuais vêm para a arena pública devido ao estigma inicial com que a doença foi divulgada, surgindo associada ao então considerado "grupo de risco" - o dos homossexuais. Terry (1997) atribui ainda à SIDA a reacção face aos homossexuais,

---

[91] A este propósito, Bayer (1987) refere que os psiquiatras tentaram articular uma teoria de saúde mental que pudesse servir de padrão a uma avaliação do comportamento regulada por normas definidas por uma apropriada relação entre o indivíduo saudável e a sociedade na qual ele ou ela vive e cita Karl Menninger que exemplificando esta tendência escreveria em 1930:

> Let us define mental health as the adjustment of human beings to the world and to each other with a maximum of effiectiveness and happiness. Not just efficiency or just contentment - or the grace of obeying the rules of the game cheerfully. It is those together. It is the ability to maintain an even temper, an alert intelligence, socially considerate behavior and a happy disposition. This, I think, is a healthy mind. (p.180)

[92] É interessante notar que a preocupação com um discurso essencialista e biologista da homossexualidade surge agora do interior da própria comunidade homossexual.

considerando que este síndrome forneceu o racional para um reacender da *homofobia* que, por seu turno, conduzirá ao incremento da luta pelos direitos homossexuais. Como exemplo do papel de desenvolvimento da luta pelos direitos homossexuais, refira-se que, em Portugal, a Associação ILGA-Portugal[93] se constitui em 1995, a partir de organizações ligadas à seropositividade, como resultado da estigmatização da homossexualidade devido ao advento da SIDA. O facto de as primeiras campanhas de prevenção da doença terem estado associadas a comportamentos homossexuais e estigmatizarem os seus portadores promoveu um contexto social de grande agressividade relativamente às pessoas homossexuais. O significado dos relacionamentos entre as pessoas do mesmo sexo, o entendimento de si próprios, o sentido das suas potencialidade sexuais a as ideias sobre mobilização política dos homossexuais foram alvo de grandes transformações devido à doença, e os corpos dos homossexuais voltavam a estar, literal e simbolicamente, ligados aos discursos e às práticas médicas[94]. Esses discursos e essas práticas tiveram uma maior expressividade nos Estados Unidos da América, onde, de resto, como é sabido, tem sido levada a cabo a maior parte da investigação dirigida a factores biológicos.

Para Allen (1997), o reaparecimento da investigação biológica está associado a objectivos económicos. Allen interpreta o desejo de se localizarem problemas sociais na constituição do indivíduo como uma tentativa de retirar responsabilidade ao sistema económico e social e afastar a responsabilidade das élites privilegiadas e poderosas da sociedade. Além disso, note-se que a patologização dos comportamentos anti-sociais permite um tratamento com um custo inferior através de drogas do que por terapia individual. As explicações genéticas para as diferenças sociais são interpretadas por Allen como extremamente atractivas num momento em que o Estado-Providência está em declínio. Allen apresenta ainda dois motivos aos quais atribui a popularidade das teorias biológicas, especialmente as que dizem respeito à homossexualidade: por um lado, uma postura, que refere como tecnológica, por colocar a solução dos problemas sociais, independentemente da sua complexidade, nas mãos de "técnicos especializados"; por outro lado, uma visão económica devido ao facto de os fundos,

---

[93] Delegação portuguesa da *International Lesbian and Gay Association*, legalizada em Abril de 1996. Trata-se de uma instituição que teve um papel determinante no contexto político dos últimos anos.

[94] Terry (1977) sublinha que a doença forneceu os corpos e a motivação para LeVay conduzir a sua investigação com o tecido cerebral do hipotálamo em 1991 (após a morte, por SIDA, do seu parceiro, LeVay começaria a desenvolver esta investigação com cadáveres de seropositivos). Foi ainda a SIDA que possibilitou o financiamento dos estudos genéticos de Hamer em 1993 pelo *National Cancer Institute*, para investigação do sarcoma de Kaposi, no sentido de analisar se os homossexuais tinham uma propensão genética para este sarcoma.

tanto privados como públicos, serem disponibilizados para investigações na área da genética.

No momento actual vive-se, segundo Terry (1997), numa época de atribuição mágica ao poder do gene, prometendo os cientistas que, se se conseguir identificar o local exacto e a função dos genes específicos dentro do corpo humano, a população humana ficará, por um lado, livre de doenças e defeitos, e, por outro lado, terá acesso a um aumento do auto-conhecimento: das capacidades e possibilidades, dos limites e do futuro. A genética promete ainda a maximização dos recursos biológicos num momento de escassez mundial da agricultura e, para os americanos, a salvação da economia em face da competição global. O significado da biotecnologia nos anos 90 é comparado ao desenvolvimento das armas nucleares nos anos 60: o garante da economia americana e da influência política do destino do planeta. Terry defende ainda que *os lobbies* para o "projecto do genoma humano" investem neste novo "projecto de Manhattan" em dois sentidos aparentemente opostos, porque este projecto permitirá unificar os seres humanos como uma população que partilha muitos traços genéticos, mas sobretudo porque permitirá fazer distinções entre tipos de pessoas. Esta última possibilidade é, por sua vez, interpretada por Terry como fonte de grande atractivo para companhias de seguros e empregadores, na medida em que poderá permitir recusar o apoio, agora com bases "científicas", àqueles que tenham "predisposições genéticas para a doença".

2.2. Teorias biológicas

a)Teorias hormonais

A homossexualidade como resultado de uma perturbação hormonal

No final dos anos 20, e durante os anos 30, os endocrinologistas identificaram e sintetizaram hormonas ligadas à função reprodutiva encontradas em diferentes proporções nos corpos dos homens e nos corpos das mulheres. Classificaram como *hormonas femininas* aquelas que surgiam em percentagens mais elevadas nos corpos das mulheres, e como *hormonas masculinas* aquelas que eram observadas em maior proporção nos corpos dos homens. A descoberta destas hormonas, produzidas por glândulas de secreção interna, permitiu que se desenvolvesse a crença da existência de uma correlação entre as *hormonas sexuais*, a diferenciação sexual, as diferenças de personalidade entre os sexos e o comportamento sexual. A homossexualidade passou

neste contexto do conhecimento a ser encarada como o resultado possível de uma alteração endócrina, perspectiva que, como foi descrito no capítulo anterior, havia sido já preconizada por Ülrichs, e que denuncia a crença na existência de papéis sexuais biologicamente determinados, por um lado, e, por outro, uma associação entre a homossexualidade e os papéis sexuais, conceito-chave das teorias da inversão.

Dos estudos desenvolvidos com o propósito de relacionar a homossexualidade com uma disfunção hormonal destacam-se[95]:

- Estudos que interpretam a homossexualidade como resultado de uma inversão hormonal: investigações centradas na comparação dos níveis de hormonas ligadas à reprodução - androgénios e estrogénios - entre pessoas homossexuais e pessoas heterossexuais (Dörner, 1976; Dörner & Standt 1969; Kolodny, 1971; Money & Ehrhardt, 1972; Perloff, 1965; Sanders, Bain & Langevin, 1985; Wright, 1930 citado por LeVay, 1996);
- Estudos desenvolvidos em torno da hormona luteinizante: investigações centradas na resposta à produção da hormona luteinizante (LH) por administração de estrogénios - que procuram diferenças entre pessoas homossexuais e pessoas heterossexuais (Dörner, G., Rohde, W., Stahl, F., Krell, L. & Masius, W.-G., 1975; Gladue, Green & Hellman, 1984; Gooren, 1986; Hendricks, Graber & Rodriguez-Sierra, 1989);
- Investigações sobre as influências hormonais pré-natais no comportamento sexual, estudadas através das endocrinopatias (Dittmann, Kappes, M.E. & Kappes,M.H, 1990; Dörner, Poppe, Stahl, Kölzsch, & Uebelhack, 1991; Meyer-Bullough, H.; Ehrhardt, A.; Rosen, L. et al., 1995; Money & Ehrhardt, 1972; Money, Schwartz, & Lewis, 1984; Zucker, Bradley, Oliver, et al., 1996);
- Investigações que pesquisam a possibilidade de o *stress* materno predispor à homossexualidade (Bailey, Willerman, & Parks, 1991; Dörner; Geier, Ahrens, et al., 1980; Ellis, Ames, Peckham & Burke, 1988; Schmidt & Clement, 1990; Wille, Borchers & Schultz, 1987).

Saliente-se que todas estas investigações são inconclusivas pela diversidade de resultados que apresentam, e que, relativamente às hipóteses levantadas, existem investigadores que as confirmam e investigadores que as contrariam. Nas páginas que se seguem apresenta-se um breve resumo das (in)conclusões de cada um destes estudos.

---

[95] Para um levantamento sobre estudos realizados até 1994, consulte-se Meyer Bahlburg (1984).

A homossexualidade como resultado de uma "inversão hormonal", ou seja, de uma proporção hormonal relativamente ao sexo

Dos estudos desenvolvidos com o objectivo de relacionar os níveis de hormonas sexuais existentes no sangue e na urina com a orientação sexual[96] um grupo de investigadores (Dörner & Standt, 1969; Kolodny, 1971; Steinach, 1920 citado por Herrn, 1995, Wright, 1930 citado por LeVay, 1996) refere a existência de uma relação entre a homossexualidade e níveis hormonais: mais próximos dos das mulheres, no caso de homens, e mais próximos dos dos homens, no caso de mulheres. Wright em 1930 (citado por LeVay, 1996) e Dörner e Standt (1969) interpretaram a homossexualidade, respectivamente como um caso de "inversão hormonal" e "hermafroditismo do sistema nervoso central", associando os autores, em ambos os casos, o sexo biológico, os papeis sexuais e a direcção do desejo sexual. Kolodny, em 1971, afirmava ainda, no mesmo sentido de Wright e Dörner, que os homens homossexuais tinham níveis mais baixos de circulação de testosterona e que esses níveis acompanhavam a escala de Kinsey, diminuindo significativa e monotonamente ao longo do espectro de Kinsey, do heterossexual exclusivo ao homossexual exclusivo, e argumentava que os homossexuais tinham ejaculações mais deficientes em esperma.

Para outro grupo de investigadores (Money & Ehrhardt, 1972; Perloff, 1965; Sanders, Bain & Langevin, 1985), os resultados não permitiam tirar as mesmas conclusões, afirmando antes a inexistência de relação entre factores hormonais e comportamento sexual. Estes autores referem ainda que as doses de testosterona administradas aos adultos ou o bloquear desta hormona não têm efeito na natureza das respostas eróticas, e constataram que a adição de testosterona pode causar um pequeno e temporário aumento da líbido e, inversamente, a chamada "castração química", isto é, o bloqueio dos efeitos da testosterona, tem repercussões, mais uma vez, exclusivamente a nível da líbido, provocando, neste caso, uma redução. A este propósito, Pillard (1998) afirma que a importância da testosterona nos níveis sanguíneos tem menor efeito na sexualidade do adulto do que na infância.

A homossexualidade como um défice na resposta da hormona luteinizante (LH) aos estrogénios

As investigações hormonais, efectuadas com animais não primatas, relativamente à produção de hormona luteinizante, induzidas pela administração de estrogénios[97], permitiram concluir da existência de uma resposta diferente, por parte das fêmeas e dos machos. A partir destes resultados colocou-se a hipótese de os homens homossexuais responderem com valores mais próximos dos obtidos com mulheres heterossexuais e de as mulheres heterossexuais apresentarem valores equiparáveis aos manifestados pelos homens heterossexuais.

Dos estudos efectuados com o objectivo de comparar o efeito estrogénico em pessoas homossexuais e pessoas heterossexuais, um grupo de investigadores (Dörner, Geier, Ahrens, et al., 1980; Dörner, Rohde, Stahl, Krell & Masius, 1975; Gladue, Green & Hellman, 1984) observou a existência de diferentes respostas das hormonas gonadotróficas em cada um dos grupos estudados, não tendo outro grupo de investigadores (Gooren, 1986; Hendricks, Graber & Rodriguez-Sierra, 1989) registado qualquer diferença na resposta aos estrogénios, nem entre homens homossexuais e homens heterossexuais nem entre mulheres homossexuais e mulheres heterossexuais.

Dörner (1980) considerava que a diferença no *efeito estrogénico* encontrada entre homens homossexuais e homens heterossexuais se deveria a uma deficiência hormonal durante o período de masculinização pré-natal, hipótese recusada por Gooren (1990) que acusou Dörner de fazer extrapolações a partir de resultados obtidos com animais. Segundo as observações de Gooren, o tipo de resposta do LH aos estrogénios, no macho, é devido a factores testiculares. Entre os elementos considerados que afectam o eixo endócrino-hipotálamo-pituitário-testicular, na relação da proporção entre androgénios e estrogénios, Gooren refere factores psicológicos, drogas como o álcool e a cannabis, peso corporal ou exercício vigoroso, chamando a atenção para a necessidade de se ter em conta todos estes factores ao serem comparadas populações.

---

[96] Saliente-se que a maior parte destas experiências foram efectuadas somente com roedores, tendo-se depois, abusivamente generalizado os resultados obtidos para o ser humano.

[97] Recorde-se que nas fêmeas a presença de estrogénios provoca uma subida das hormonas gonadotróficas LH e FSH, efeito conhecido como *efeito de feed back positivo ao estrogénio*, enquanto nos machos se observa um efeito inverso, um decréscimo nos níveis de LH, reacção conhecida como efeito de *feed-back negativo ao estrogénio*.

A homossexualidade como resultado de influências hormonais na fase pré-natal

Um terceiro grupo de estudos centrou-se na análise da influência hormonal pré-natal no comportamento sexual. Segundo John Money (1988), o desenvolvimento embriológico processa-se a partir de um embrião único que, mais tarde, desenvolve ovários ou testículos por prévia determinação cromossómica. Posteriormente, são os produtos hormonais destas gónadas os responsáveis pela diferenciação psicossexual, terminando aqui a responsabilidade da contribuição cromossómica. Money acrescenta que a primeira disposição é sempre para uma diferenciação feminina e que, para que o feto se diferencie como masculino, será necessário efectuar-se um processo de masculinização, conhecido por "princípio de Adão". De uma forma similar, os genitais externos crescem a partir de uma estrutura única, e apenas os órgãos sexuais internos se desenvolvem a partir de estruturas diferentes. Para Money, o desenvolvimento dos potenciais homens e/ou mulheres ocorreria em sentidos distintos, tendo este desenvolvimento a sua origem na fertilização e o seu término na adolescência. O papel das determinantes hormonais pré-natais seria, segundo o autor, criar uma predisposição para a programação feita pela interacção social.

No ser humano, os estudos sobre as influências do meio hormonal, pré-natal ou neo-natal na diferenciação sexual do comportamento têm sido realizados com indivíduos em condição de intersexo[98] resultante de endocrinopatias: situações deficitárias associadas ao pseudo-hermafroditismo[99] e de que são exemplo o síndrome adreno-genital ou hiperplasia adrenal congénita (HAC); síndrome de insensibilidade aos androgénios e a exposição pré-natal ao estrogénio sintético dietilestilbestrol.

Relativamente à situação de hiperplasia adrenal congénita (HAC) - situação em que os bebés cromossomicamente raparigas nascem com um certo grau de virilização genital, sendo identificadas como raparigas e crescendo como raparigas - dois dos estudos realizados (Dittmann, Kappes & Kappes, 1992; Money, Schwartz, & Lewis, 1984) com o

[98] Money (1988) define intersexualidade como "um termo alternativo ao hermafroditismo", que por sua vez é definido como a existência num mesmo ser de atributos genitais dos dois sexos. No seu uso passado, a etiologia genética foi algumas vezes assumida por intersexualidade, e a etiologia hormonal por hermafroditismo; contudo, segundo Money, esta distinção deixou de ter sentido.

[99] Money (1988) define pseudo-hermafroditismo como hermafroditismo e clarifica que o prefixo foi usado para denunciar o facto de as gónadas não serem mistas, como acontece no verdadeiro hermafroditismo, mas sim tratarem-se de testículos (pseudo-hermafroditismo masculino) ou de ovários (pseudo-hermafroditismo feminino).

objectivo de estudar os efeitos hormonais na orientação sexual (e neste caso em particular, os efeitos da virilização hormonal das raparigas) referem que as raparigas com HAC tinham mais interesses homossexuais ou bissexuais do que os elementos dos grupos de controlo. No entanto, num terceiro estudo, realizado por Zucker, Bradley e Oliver (1996), obtiveram-se resultados distintos: um menor interesse sexual, tanto homossexual como heterossexual, por parte destas raparigas, quando comparadas com o grupo de controlo.

As críticas que têm sido feitas à interpretação dos primeiros estudos centram-se no facto de não ter sido controlada a percepção que têm sobre si estas raparigas com genitais virilizados e, por outro lado, não ser controlada a possibilidade de o interesse sexual requerer uma activação hormonal na idade adulta (Hines, 1998). Neste caso, o interesse pelo sexo masculino, considerado típico da mulher, poderia não ser expresso devido à inexistência de altos níveis de androgénio para o activar, o que explicaria ainda a aparente falta de interesse sexual encontrada no último dos três estudos referidos. Uma outra possível explicação para a falta de interesse, apontada igualmente por Hines (1998), tem a ver com o *timing* de exposição à hormona em fase pré-natal. As diferenças no grau e no padrão de virilização genital entre as mulheres com HAC sugerem que o *timing* de exposição ao androgénio pré-natal é variável, e que é possível que esta amostra particular de mulheres com HAC incluísse um relativamente largo número de mulheres expostas ao androgénio num momento que reduzisse o interesse sexual por homens sem aumentar o interesse sexual por mulheres.

Os dados que, segundo Hines (1998), mais sustentam a hipótese de que as hormonas podem contribuir para o desenvolvimento da diferenciação do comportamento sexual humano provêm de estudos sobre o "comportamento de brincar" realizados em raparigas com HAC, que apresentam diferenças significativas relativamente a outras raparigas (nomeadamente as suas irmãs não afectadas). Durante a infância, estas mulheres manifestaram um interesse, considerado não habitual nas raparigas, em brincar com brinquedos socialmente atribuídos aos rapazes, interessando-se menos pelos brinquedos tradicionalmente considerados de raparigas. Estas raparigas obtêm também, habitualmente, valores mais altos em competências espaciais, o que é considerado típico dos rapazes, e referem menos interesse na maternidade, quando comparadas com raparigas não afectadas.

No caso do síndrome de insensibilidade aos androgénios, os fetos não são sujeitos ao processo de masculinização e os bebés, geneticamente rapazes, nascem com genitais

fenotipicamente femininos e crescem habitualmente como raparigas, desenvolvendo uma identidade sexual feminina e, geralmente, uma orientação sexual no sentido masculino. O facto de estes indivíduos terem um desenho de corpo de mulher implica a existência de uma série de processos psicológicos e sociais que dificultam a leitura causal de confirmação de uma teoria hormonal pré-natal, segundo a qual um sistema androgénio não funcional promoveria a atracção sexual por homens (LeVay, 1996).

Entre 1940 e 1971, um produto farmacêutico que continha dietilestilbestrol (DES), um estrogénio sintético, foi largamente prescrito em gravidezes que corriam risco de aborto[100]. Os fetos expostos a DES viram o seu processo de virilização bloqueado. Como o DES é um estrogénio, seria suposto que a exposição pré-natal dos rapazes os efeminasse; todavia, foram as mulheres expostas que manifestaram um efeito, dito, masculinizante, verificando-se a chamada hipótese estrogénica[101] (Pillard, 1998). Meyer-Bahlburg Ehrhardt, Rosen et al. (1995) concluíram, no seu estudo, que as mulheres expostas a DES revelavam maior interesse homossexual ou bissexual do que as suas irmãs e do que elementos do grupo de controlo, embora os efeitos fossem pouco relevantes. Estes dados reforçaram, contudo, a convicção de que as hormonas influenciavam os mecanismos cerebrais envolvidos na orientação sexual. Ao contrário das mulheres com HAC, as mulheres expostas a DES nascem com genitais típicos de mulher, pelo que, neste caso, a hipótese de ser a forma do genital a desencorajar o interesse heterossexual não se aplica. Relativamente aos homens expostos a DES, quando comparados com homens que não sofreram esta exposição, apenas se verificou uma tendência para problemas depressivos maior do que nos homens do grupo de controlo. Relativamente aos comportamentos "atípicos quanto ao sexo", não foi observada qualquer diferença.

Os autores referem que, embora estes estudos pareçam indicar uma influência das hormonas pré-natais no desenvolvimento da orientação sexual, não é, contudo, possível determinar quão forte é esta influência, qual é exactamente o período crítico, ou ainda se os factores ambientais interagem de uma forma importante com os acontecimentos hormonais. A ausência de resposta a esta questão prende-se com a

---

[100] Estima-se que entre 400.000 e 2.8 milhões de gravidezes tenham sido tratadas com esta droga, o que significa que aproximadamente este número de pessoas que agora vive (e que tem entre 25 e 55 anos) foi exposta a DES na vida fetal. O uso do DES foi banido em 1971 porque se concluiu que provocava sérios efeitos secundários nalgumas mulheres, particularmente uma forma rara de cancro no cérvix e na vagina e hoje duvida-se também que tivesse os efeitos positivos esperados. (LeVay, 1996)

[101] Supõe-se que a testosterona, por efeito da aromatase, seja convertida em estradiol e que o estradiol por seu turno se ligue às moléculas receptoras de estrogénios para que se verifiquem os efeitos

dificuldade de realização destes estudos em humanos. Por outro lado, não se pode inferir que, porque as hormonas tiveram um papel ao provocarem nalgumas mulheres atracção pelo mesmo sexo, todas as lésbicas ou bissexuais tenham sido expostas a níveis hormonais atípicos enquanto fetos (Hines, 1998; LeVay, 1996).

A homossexualidade como resultado de *stress* materno pré-natal

Em 1980, Günter Dörner, baseado nas experiências de Ward[102] realizadas com roedores, afirmava que o *stress* materno predispunha as crias machos à homossexualidade, e sugeriu que esta poderia ser a causa de maior importância na homossexualidade do homem, pela inibição que provocava à masculinização do cérebro. Dörner desenvolve estudos para testar a sua hipótese, e conclui quer a existência de mais homens homossexuais nascidos durante a guerra, e em anos posteriores, quer a existência de maior *stress* pré-natal em mães de homens homossexuais do que em mães de homens heterossexuais. Os estudos que repetiram os desenvolvidos por Dörner (Ellis et al., 1988) não obtiveram os mesmos resultados e outras investigações sobre esta relação entre o *stress* materno e a homossexualidade dos filhos, têm tido resultados negativos, sobretudo para os homens (Bailey, Willerman & Parks, 1991; Schmidt & Clement, 1990; Wille, Borchers & Schultz, 1987). Num estudo semelhante, realizado com lésbicas, Bailey refere que as mães recordam maior *stress* na gravidez das filhas hoje lésbicas do que nas gravidezes das filhas hoje heterossexuais. A diferença, não sendo muito grande, foi considerada estatisticamente significante, dado que, no entanto, carece de suporte teórico explicativo (LeVay, 1996). LeVay aponta como hipótese para os resultados obtidos por Dörner que a avaliação recolhida, através da representação dos filhos, das situações stressantes para as mães, pode reflectir uma tentativa por parte dos homossexuais de explicarem a sua situação.

Terapias hormonais centradas na interpretação da homossexualidade como resultado de uma perturbação hormonal

Tendo por base uma configuração da homossexualidade como o resultado de uma inapropriada produção hormonal, sendo o homossexual masculino entendido como um

---

organizacionais. Neste caso, este estrogénio sintético ocupará os receptores do estradiol, não provocando o efeito esperado.

[102] Ward, em 1972, demonstra a existência de uma implicação do *stress* materno na alteração de comportamentos sexuais, em roedores. Ao induzir *stress* em ratas grávidas, Ward observou que os filhos machos denunciavam um *comportamento de montar* deficiente, na idade adulta. A hipótese de Ward era que o *stress* pré-natal da mãe provocaria *stress* no feto que, por sua vez, alteraria os níveis de androgénio no sangue durante o período crítico de organização do comportamento sexual. (Tourney, 1980).

homem inadequadamente masculinizado do ponto de vista hormonal, e a mulher homossexual uma mulher hipermasculina no sentido da sua produção hormonal, foram desenvolvidos programas de "tratamento" com manipulação de testosterona e/ou estrogénios ou ainda por castração hormonal, sem que contudo se observassem os resultados esperados.

Steinach, em 1917, baseado na convicção de que o comportamento homossexual se relacionava com a produção hormonal, tentou mudar a orientação homossexual de homens homossexuais, com excertos de testículos. Efectuou uma castração num homem homossexual e depois transplantou tecido testicular de um homem heterossexual para o paciente castrado, com o objectivo de o "curar". De acordo com alguns autores, estas experiências não conduziram a resultados satisfatórios (LeVay, 1996; Silverstein, 1991a).

Em 1935, o endocrinologista Clifford Wright tentou um tratamento com administração de testosterona a 14 homens que estavam em prisões, ou em departamentos prisionais de hospitais, por serem considerados doentes criminosos, e referiu numerosas curas. No entanto, em estudos posteriores, repetidos nomeadamente por Glass & Johnson (1944), colaboradores de Wright, os autores concluem que a maior parte dos sujeitos a quem foi administrada testosterona tiveram uma intensificação da sua energia sexual. De acordo com um testemunho de Kinsey, durante a 2ª Guerra Mundial, no exército norte americano tentou-se tratar 300 homossexuais injectando-os com testosterona. Como resultado deste tratamento, depararam-se com um grave problema porque aumentaram a intensidade do desejo sexual desses homens sem que a direcção do seu comportamento se tivesse modificado de todo. As tentativas de tratamento com administração de estrogénios apenas referem uma diminuição da líbido, sem qualquer alteração na orientação do desejo sexual (LeVay, 1996).

A castração hormonal, operação constituída por uma redução dos níveis de testosterona no sangue, embora se mantenham as quantidades segregadas pelas glândulas adrenais, leva à redução ou eliminação da energia sexual em muitos casos embora os seus efeitos demorem anos a serem visíveis. Na Alemanha nazi este método foi muito utilizado como estratégia de controlo de um possível contágio contágio da orientação homossexual. Inicialmente voluntário, passou mais tarde a ser forçado nas prisões e nos campos de concentração. Os nazis consideravam que através da castração dos homossexuais se controlava a frequência com que os jovens eram

"infectados" por sedução, diminuindo assim a incidência de pessoas homossexuais (LeVay, 1996, p.113).

Em 1976, defendendo que se os níveis de androgénios no meio pré-natal forem altos, o centro masculino do cérebro predominará e, se forem baixos, será o centro feminino a fazê-lo, Dörner propunha um programa de saúde pública[103] para a eliminação dos homossexuais que envolvia a medição do nível das hormonas sexuais no líquido amniótico das mulheres grávidas, e a devida correcção dos valores, caso houvesse suspeita de possibilidade de homossexualidade. Nos seus trabalhos de 1987, Dörner e os seus colaboradores usaram lisuride para "curar" a homossexualidade em ratos. A pretensão de Dörner em desenvolver um programa semelhante para o ser humano era clara:

> It was concluded from these data that...it might become possible in the future - at least in some cases - to correct abnormal sex hormone levels during brain differentiation in order to prevent the development of homosexuality. However, this should be done, if at all, if it is urgently desired by the pregnant mother. (Dörner, 1983)

b) Teorias neuroanatómicas

A homossexualidade como resultado de uma estrutura neuroanatómica *invertida*

Foram realizados estudos na área da neuroanatomia (Allen et al., 1989; Gorsky et al., 1978; LeVay, 1991; Swaab & Hoffman, 1990) com o propósito de analisar a relação entre a anatomia cerebral e a orientação sexual, centrando-se na análise de células nervosas ou na análise das conexões nervosas entre as células, e pretendendo identificar, por um lado, a parte do cérebro envolvida na regulação da sexualidade e da orientação sexual e, por outro, as diferenças funcionais ou estruturais que se relacionam com a preferência por parceiros homens ou mulheres, bem como o momento e o processo de desenvolvimento destas diferenças. O objectivo destas investigações seria denunciar que a orientação sexual é resultante de uma constituição biológica, não se tratando de uma escolha da responsabilidade do sujeito.

Durante os anos 30, Walter Hohlweg, um aluno de Steinach, endocrinologista já referido, começou a juntar dados que apontavam para a hipótese de ser o hipotálamo o centro cerebral de influência na vida sexual. Várias investigações realizadas com

---

[103] Este programa preventivo foi apresentado no seu livro publicado em 1976 *Hormones and brain differentiation*. A Sociedade Alemã de Investigação Sexual (Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung) publicou, em 1982, um texto oficial criticando o trabalho de Dörner, tanto do ponto de vista técnico como do ponto de vista moral.

animais, de que é exemplo a de Gorsky et al. (1978), revelaram que diferentes regiões do hipotálamo tinham um papel importante no desenvolvimento de um comportamento reprodutivo típico dos machos e das fêmeas, apresentando núcleos com dimorfismo sexual (LeVay, 1996). Os estudos em humanos, que pretenderam identificar diferenças entre homens e mulheres, e entre pessoas homossexuais e pessoas heterossexuais, foram realizados em cérebros autopsiados (Allen et al., 1989; LeVay, 1991; Swaab & Hoffman, 1990) e referem a existência de diferentes tamanhos nalguns núcleos hipotalâmicos, diferenças estas que são apresentadas como relacionadas quer com o sexo, quer com a orientação sexual. As diferenças morfológicas encontradas entre o sexo feminino e o sexo masculino são atribuídas a efeitos das hormonas gonadais no desenvolvimento inicial. Relativamente às diferenças referidas entre os homens homossexuais e os homens heterossexuais, estas nada dizem acerca das suas causas, assumindo alguns autores que poderão reflectir um determinado estilo de vida (Le Vay, 1996; Pillard, 1998; Rosário, 1997a).

Terapia centrada na interpretação da homossexualidade como resultado de uma estrutura neuroanatómica *invertida*

Cirurgia hipotalâmica

Uma terapia possível para a homossexualidade humana foi a cirurgia hipotalêmica, defendida por Dörner, no seu livro publicado em 1976 *Hormones and brain differentiation*, baseado nas experiências realizadas com ratos. Vários neuroanatomistas – Fritz Roeder, Gert Doeckmann, Hassler – durante os anos 60 e 70 utilizaram esta cirurgia, como alternativa à castração hormonal. Não existiu, contudo, consenso entre estes técnicos, relativamente à evidência de uma mudança da orientação sexual, sendo mais comum a referência a uma inibição do desejo (LeVay, 1996).

c) Teorias genéticas

A homossexualidade como resultado de uma determinada organização/ constituição genética

O movimento eugénico, iniciado pelo inglês Francis Galton nas primeiras décadas do séc. XX, não deu muita importância à sexualidade e, consequentemente, à homossexualidade, embora esta tivesse sido incluída no catálogo das condições da hereditariedade humana. O livro de Charles D. Davenport, *The trait book*, publicado em 1919, apresentava uma categoria chamada "estado psicopático constitucional" que

incluía a homossexualidade entre uma variedade de outras, consideradas, patologias sexuais (ninfomania, promiscuidade, fetichismo, bestialidade, masoquismo...) (Allen, 1997). Já Krafft-Ebing e Magnus Hirschfeld haviam assumido que as alterações hormonais que consideravam responsáveis pela homossexualidade poderiam ser causadas por factores genéticos[104]. Em 1930, Thomas Lang colocara a hipótese de os homens homossexuais serem cromossomicamente mulheres que teriam desenvolvido uma anatomia masculina e preservado apenas um traço, considerado, feminino: a atracção sexual por homens. Esta teoria foi abandonada através dos estudos citológicos realizados, nomeadamente por Pare (1956, 1965) e por Pritchard (1962), que demonstraram que os homossexuais, homens e mulheres, têm o quadro cromossómico de acordo com o seu sexo fenotípico.

A investigação sobre a influência de factores genéticos no desenvolvimento de uma orientação homossexual foi feita através de **estudos de gémeos** (Bailey & Benishay, 1993; Bailey & Martin citados por LeVay, 1996; Bouchard, 1984; Eckert Bouchard, Bohlen & Heston, 1986; Heston & Schields, 1968; Kallmann[105], 1952; King & McDonald, 1992; Pillard, Poumadere & Caretta, 1981; Schlegel, 1962 citado por Allen 1997; Whitam, Diamond, & Martin, 1993) **análise de famílias** (Hamer et al., 1993; Lang, 1940; Pillard, 1990; Pillard & Weinrich, 1986) e investigações com **marcadores genéticos** realizadas durante os anos 90 (Hamer et al., 1993; Hamer & Copeland, 1994; Hu et al.; 1995; Rice, Anderson, Risch & Ebers, 1995).

Os estudos de análise da orientação sexual realizados com gémeos monozigóticos, dizigóticos e irmãos não gémeos, apresentam níveis de concordância muito distintos, variando entre uma concordância de 100% (Kallmannn, 1952) e de 20% (Bailey & Martin citados por LeVay, 1996) relativamente à orientação sexual entre gémeos monozigóticos e uma concordância de 60% (Kallmann, 1952) e 0% entre gémeos dizigóticos (Bailey & Martin citados por LeVay, 1996). Estranhamente, entre irmãos não gémeos um dos estudos (Kallmann, 1952) refere uma concordância de 11,5% e no caso de irmãos adoptivos de 11% (Pillard, Poumadere & Caretta,1981). O número de estudos realizados com mulheres foi reduzido comparativamente aos realizados com homens. Num desses estudos, Bouchard (1990) não obteve concordância entre

---

[104] Saliente-se que mais tarde, durante o período nazi, as explicações abertamente biológicas, e genéticas em particular, tiveram grande protagonismo.

[105] Sublinhe-se que o estudo de Kallmann era, como em muitos outros casos, justificado pela seguinte crença:

> The urgency of such work is undeniable as long as this aberrant type of behavior continues to be an inexhaustible source of unhappiness, discontentment and a distorted sense of human values (Kallmann, 1952, p.156).

gémeas monozigóticas e Bailey e Martin (citados por LeVay, 1996) obtiveram níveis de concordância de 24% relativamente à orientação homossexual entre gémeas monozigóticas e 11% entre gémeas dizigóticas. Uma constante nestes estudos é o facto de os níveis de concordância entre gémeos monozigóticos ser sempre maior do que entre outros pares (Bailey & Martin, citados por LeVay, 1996; Kallmann, 1952; King & Mc Donald, 1992; Pillard, Poumadere & Caretta, 1981; Whitham, Diamond, & Martin 1993), mesmo quando estes irmãos crescem separadamente (Bouchard, 1990).

Em anos mais recentes foram desenvolvidas investigações sobre marcadores genéticos (Hamer et al., 1993; Hamer & Copeland, 1994; Rice et al., 1995), que se revelaram inconclusivos, porque discordantes nos resultados obtidos. A equipa de Dean Hamer, em 1993, analisou famílias de homossexuais e observou que muitos homens homossexuais tinham familiares homossexuais do lado materno, o que o levou a colocar a hipótese da existência de um traço genético transmitido através da linha materna, que se localizaria, consequentemente, no cromossoma X. Posteriormente, em 1994, Hamer estudou famílias com dois irmãos homossexuais onde não existia mais do que uma familiar lésbica e não havia nenhuma evidência de familiares paternos homossexuais. Comparou, através de amostras de sangue, o cromossoma X de pares de irmãos homossexuais e refere uma região na ponta do braço longo do cromossoma X – região conhecida por Xq28 – com marcas partilhadas por 33 dos 40 pares de irmãos homossexuais homens estudados. Especulando, Hamer considerou que os genes estavam relacionados com a homossexualidade por alteração da sequência dos receptores hormonais de aminoácidos ou afectação da síntese hormonal e o metabolismo.

Neste sentido, em 1994, em colaboração com Peter Copeland, Hamer desenvolveu uma investigação onde comparou a estrutura molecular dos receptores genéticos de androgénios em homens homossexuais e homens não homossexuais, não tendo, contudo, observado diferenças significativas na codificação da sequência entre os dois grupos. Os autores consideraram ter demonstrado experimentalmente que não se tratava de um gene que codificasse o receptor de androgénios, considerado essencial para a "masculinização do cérebro". Hamer e os seus colaboradores afirmaram não terem, com esta experiência, estabelecido a base genética da homossexualidade e muito menos encontrado o gene para a homossexualidade. Referem apenas uma correlação entre os marcadores moleculares na região q28 do cromossoma X, com um dado fenótipo (o comportamento homossexual). Esta região contém centenas de genes pelo que o que esta investigação sugere é a existência de uma região no cromossoma

X merecedora de atenção por parte daqueles que estão interessados em realizar pesquisas neste domínio[106].

Em Novembro de 1995, a equipa de Hamer (Hu et al.) publicou o resultado de outra investigação realizada com o triplo objectivo de ratificar a hipótese de relação entre a região Xq28 e a homossexualidade masculina, analisar a segregação da região Xq28 em irmãos heterossexuais de homens homossexuais, e determinar se a região Xq28 estava correlacionada com a orientação sexual das mulheres. Os resultados obtidos demonstraram a associação entre os marcadores Xq28 e a orientação sexual dos homens, não tendo sido obtida a mesma correlação para as mulheres .

Em 1995, a equipa de George Ebers (Rice et al.), após a replicação dos dois estudos desenvolvidos pela equipa de Hamer (a análise de famílias e a análise dos marcadores do cromossoma X), obteve resultados discordantes. Na análise de famílias, Ebers e os seus colaboradores encontraram, tal como Hamer, um viés maternal, contudo, menor. Relativamente à região Xq28 do cromossoma X, não encontraram os mesmos dados[107].

2.3. Teorias evolucionistas

A homossexualidade como resultado de uma melhor adaptação ao meio

As teorias evolucionistas, que tiveram alguma expressão no final do século XIX na explicação da homossexualidade, voltam a ter novo protagonismo no último quartel do século XX. Do ponto de vista da selecção natural, a capacidade de reprodução é a

---

[106] Merecedor de nota é o facto de este trabalho ter surgido na semana em que o Congresso Americano votava a questão da presença de *gays* no serviço militar. Hamer, consciente das possíveis utilizações negativas dos dados que fornecia, referiu que desejava que o trabalho facilitasse uma maior aceitação da homossexualidade e, simultaneamente, denunciou algum receio do seu uso, não deixando de sublinhar que as técnicas genéticas não deveriam ser usadas de uma forma discriminatória (Allen,.1997). Chamou a atenção para o facto de não ser ético usar informação para avaliar ou alterar a orientação sexual ou outros atributos normais do comportamento humano e afirmou que a definição de qualquer característica como "normal" ou "anormal" não está relacionada com uma causa biológica (Schüklenk , 1996).

[107] A este propósito, o psiquiatra Allen Gomes escreveu recentemente, um artigo no jornal *Público* (1999, 16 de Julho) onde denuncia a publicidade mediática efectuada aquando da publicaçãodo artigo de Hamer , pela revista "Science", acerca do então denominado "gene da homossexualidade":

> em 16/7/1993, a revista "Science" publicava um artigo sobre uma eventual influência genética na homossexualidade masculina (...). Dois dias depois, a imprensa mundial fazia eco do trabalho (...) sobre a descoberta do gene da homossexualidade.
>
> Em 23 de Abril de 1999, a "Science" publica um artigo de uma equipa (...) em que, utilizando uma metodologia semelhante (...) não encontraram qualquer evidência de uma influência genética da orientação sexual.
>
> O que é interessante é que [este trabalho] não tenha tido a mesma repercussão mediática da "descoberta" . Porque será?

Na altura da publicação do artigo de Hamer, Allen Gomes foi contactado em Portugal pela TSF para comentar o facto. Este processo contrasta com o silêncio, aquando da saída do artigo da equipa de Ebers, bem como com o silêncio que acompanhou a divulgação do trabalho desta equipa, igualmente publicado na

chave do sucesso evolucionário. Segundo este entendimento, e partindo do pressuposto de que os homossexuais se reproduzem menos, torna-se necessário justificar como se poderão manter, por selecção natural, genes que não cumpram o objectivo da reprodução.

Wilson (1978), sociobiólogo de relevo nas teorias evolucionistas, coloca a hipótese de que a homossexualidade existe em todas as culturas porque "é normal no sentido biológico". Segundo Wilson, "os homossexuais podem ter uma carreira genética de alguns dos impulsos altruístas da humanidade" (p. 143) e, de acordo com a perspectiva da lógica da sociobiologia funcionalista, mesmo que os homossexuais se reproduzam menos, os seus genes devem ser mantidos, caso os trabalhos altruístas da homossexualidade favoreçam a natalidade e a sobrevivência do seu parentesco [108].

Hutchinson, em 1959, assumindo a existência de uma componente genética na homossexualidade, coloca a hipótese de o gene da homossexualidade se tratar de um gene recessivo e de a sua manutenção se dever ao facto de ser mais adaptativa a organização heterozigótica (Ruse, 1980). Nesta situação, o alelo da orientação sexual seria constituído por um gene homossexual e um gene heterossexual. Este heterozigótico apresentaria uma adaptação superior ao sujeito que apresentasse dois genes heterossexuais. A convicção de que os sujeitos homossexuais se reproduzem menos e a estimativa de existirem na população numa percentagem aproximada aos 5% são dados que reforçam esta hipótese.

James Weinrich, aluno de Wilson, desenvolveu uma teoria evolucionista, argumentando que o gene recessivo da homossexualidade persiste na população humana porque os homossexuais ajudam a criar as crianças dos irmãos e, assim, contribuem indirectamente para uma vantagem selectiva de propagação dos genes na família (Allen, 1997).

Contudo os trabalhos de Wilson e de Weinrich, e o de outros sociobiologistas assumiram, sem qualquer fundamentação empírica, a existência de uma base genética da homossexualidade (Allen, 1997) sobre a qual desenvolveram as suas teorias.

Science, em Abril de 1999. Allen Gomes, como se pode ver na transcrição acima, deixa ao critério de cada um "as possíveis explicações".

[108] Recorda-se que, segundo a lei de Mendel, um organismo e os seus familiares terão instâncias de alelos semelhantes e, sempre que um familiar se reproduz, as cópias individuais dos genes são perpetuadas e não é relevante a sua origem.

2.4. Teorias psicológicas

a) Perspectivas psicodinâmicas

A homossexualidade como resultado de uma dinâmica familiar desadequada

Foi no contexto do modelo psicanalítico que se desenvolveram a maior parte das configurações da homossexualidade que a interpretam como uma paragem no desenvolvimento resultante de dinâmicas familiares disfuncionais.

A obra de Freud, ao dedicar o seu interesse ao *inconsciente* e ao *desejo*, vem questionar os conceitos fundamentais de sexualidade e de diferença sexual socialmente construída. A teoria da mente que o autor desenvolve permite a construção de um conceito de sexualidade e de diferença sexual que integra, simultaneamente, o corpo, as relações sociais e as actividades mentais. A sexualidade organiza-se no processo de acesso ao âmbito da cultura, da língua e dos significados. O *inconsciente* é constituído não pelas pulsões, mas pelas suas representações vinculadas a impulsos que buscam descarregar a sua energia (Laplanche e Pontalis, 1970). Freud propõe a existência de um âmbito psíquico específico com as suas próprias normas e história onde as possibilidades biológicas do organismo adquirem o seu significado, recusando a causalidade exclusivamente biológica ou exclusivamente social.

O aparelho psíquico, cujo núcleo se constitui em linguagem e pela linguagem, é definido como uma sucessão de inscrições de signos. O *desejo*, outro conceito central da teoria de Freud, surge associado à experiência da satisfação, que dá lugar a um vestígio na memória em forma de imagem mental. Em síntese, *os desejos* estariam vinculados a memórias de anteriores satisfações, pelo que a procura do objecto do desejo surgiria regida pela relação com esses signos, ou representação, e não pela necessidade fisiológica. A organização destas representações constituiria a fantasia, verdadeiro objecto de relação com o desejo.

Nos seus *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, publicados pela primeira vez em 1905, Freud assume o termo *líbido*[109] para se referir à *necessidade sexual*,

---

[109]"Para Freud, líbido "«é a força quantitativamente variável que permite medir os processos e as transformações no domínio da excitação sexual»" (citado por Dolto, 1989, p.35); "«a sua produção, o seu aumento e a sua diminuição, a sua repartição e o seu deslocamento, deveriam fornecer-nos meios de explicar os fenómenos psicossexuais»" (Laplanche & Pontalis, 1970, p.343). Laplanche e Pontalis (1970) no "Vocabulário da Psicanálise" definem-na como uma energia postulada por Freud como substrato das

considerando-a como estando para o amor como a fome está para o instinto de nutrição – próxima do desejo sexual que procura a satisfação. Trata-se de uma líbido objectal, concentrando-se em objectos. Define como *objecto sexual* "a pessoa que exerce uma atracção sexual" e como *fim sexual* "o acto a que o instinto conduz". Explicita que considera como fim sexual "normal" a união das partes genitais no coito e termina por denominar por "perversões" os comportamentos que considera "desvios" a este fim.

A sua construção dos conceitos de *objecto sexual* e *fim sexual* permitiram distinguir o invertido nos papéis sexuais - a quem chama perverso - do invertido no objecto. Esta distinção foi relevante na época por ter possibilitado separar características comportamentais ligadas ao sexo, do desejo sexual. Estas duas noções, recordamos, estavam de tal forma relacionadas que se considerava que a homossexualidade era apenas mais uma das características da inversão sexual. Freud, embora aceitasse que as características secundárias e terciárias de um sexo pudessem aparecer no outro (o que atribuía a um tipo de hermafroditismo), não entendia a existência de uma causalidade linear entre papéis sexuais e inversão, considerando que homossexualidade e masculinidade eram perfeitamente compatíveis.

O "pai da psicanálise" define normalidade pela não exclusividade do comportamento sexual, colocando fora desta regra apenas a heterossexualidade, não sem questionar que o interesse sexual do homem pela mulher, é um problema que necessita ser elucidado, não sendo um facto por si evidente (Freud, s.d.). Em nenhuma das situações - perversão ou inversão - Freud considera tratar-se o desvio sexual de um sinal inequívoco de anomalia ou doença mental. A existência de "morbidez" verifica-se somente "quando a perversão não se manifesta ao lado da vida sexual normal (...) mas em todas as ocasiões afasta a vida normal e a substitui"; em suma, apenas "quando há exclusividade e fixação se justifica considerar a perversão como um sintoma mórbido" (p. 62). Para Freud, qualquer pessoa seria por natureza bissexual, mas o desenvolvimento psicossexual, após a resolução edipiana, deveria culminar na heterossexualidade, representando a homossexualidade exclusiva uma paragem no processo de desenvolvimento considerado adequado[110].

---

transformações da pulsão sexual quanto ao objecto (deslocamento dos investimentos), quanto ao alvo (sublimação por exemplo) e quanto à fonte da excitação sexual (diversidade das zonas erógenas); referem, contudo, ser difícil apresentar uma definição satisfatória da líbido por se tratar de um conceito que evoluiu com as diversas etapas da teoria das pulsões.

[110] De referir que embora Freud tenha pela primeira vez, depois de São Paulo, atribuído à sexualidade um valor em si, separando-a da reprodução, e dotando-a de um novo significado, mantém as mesmas regras (o fim último da sexualidade é ainda, para Freud, a união das partes genitais no coito), justificando-as agora

No seu pensamento mais radical, Freud entendeu a heterossexualidade exclusiva tão problemática como a homossexualidade, considerando que a supressão de qualquer aspecto da líbido carecia de explicação. Contudo, apesar de ter considerado que muitos homossexuais nem desejavam, nem necessitavam de tratamento, a sua teoria familiar, onde defende que a homossexualidade como o resultado de uma falha da criança na resolução das relações psicossexuais com um ou outro progenitor, pressupunha a heterossexualidade como um mais saudável e preferível curso de desenvolvimento. Não deixou, no entanto, de, em carta a Fliess, de 8 de Fevereiro de 1893, defender que a alternativa a "uma sociedade condenada a cair vítima de neuroses, que reduzem o prezer de vida ao mínimo, destroem as relações conjugais, e trazem ruína hereditária a toda uma geração é a liberdade sexual" (Freud, 1985). O trabalho de Freud reintroduziu a teoria da homossexualidade adquirida, não negando em absoluto o relevo de possíveis factores de ordem constitucional. As posições de Freud relativamente à homossexualidade são de tal forma ambíguas que se encontram tanto na literatura homofóbica como na literatura homofílica, abundantes citações da sua obra, como reforço das teorias posteriormente defendidas.

Apresentam-se, de seguida, algumas das interpretações da homossexualidade propostas por Freud e por psicanalistas pós-Freudianos.

A homossexualidade como resultado de uma identificação com a mãe

Na segunda edição dos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, publicada em 1910, o conceito de narcisismo, bem como o de fixação e identificação com a mãe, surgem pela primeira vez, associados à origem da homossexualidade. Após confessar que a psicanálise não conseguiu esclarecer a origem da "inversão", Freud afirma que "os invertidos" passam nos primeiros anos da sua infância por uma breve fase de fixação na figura feminina (a sua mãe, na maioria dos casos), identificando-se posteriormente com ela, o que os levaria a tomarem-se a si mesmos como fim sexual. Procurarão, posteriormente, partindo de uma identificação narcísica, homens jovens e semelhantes à sua própria pessoa a quem querem amar como a sua mãe os amou.

---

numa perspectiva desenvolvimental. Constrói uma interpretação que se adequa às exigências do novo discurso dominante - o da ciência - lugar do poder, que substitui o discurso religioso (Foucault, 1994).

A homossexualidade como sintoma de uma personalidade narcísica

Segundo Morano (1998), a relação entre a homossexualidade e o narcisismo[111] está presente em Freud desde o princípio: antes de investigar a sua origem e antes mesmo da primeira aparição do conceito de narcisismo. Em 1900, em "Interpretação dos Sonhos", o homossexual surge muito próximo do auto-erótico e muito longe do pólo objectal. Ao analisar um sonho de carácter onanista, Freud assinala que se trata de uma satisfação puramente auto-erótica reveladora de um traço homossexual. Posteriormente em 1914, em "On metapsychology" a partir de um estudo de caso, revendo a primeira interpretação, Freud escreveu:

> we have discovered, especially clearly in people whose libidinal development has suffered some disturbance, such as perverts and homosexuals, that in their later choice of love-object, they have taken as a model not their mother but their own selves. They are plainly seeking *themselves* as a love-object, and are exhibiting a type of object-choice which must be termed narcissisic (Freud, 1991, p. 81)

Posteriormente, vários autores (Ferenczi, em 1914; Socarides, em 1978) defenderam a existência de uma forte conexão entre homossexualidade e narcisismo. Cornett (1993) refere que a teoria psicanalítica tradicional, relativamente à homossexualidade, tem sido influenciada pela ideia de que as características narcísicas de perturbações como a esquizofrenia são essencialmente idênticas às da homossexualidade.

Lewis (1987), descreve o narcisismo como uma defesa perigosa contra a dor do *self* provocada pela vergonha. Distingue vergonha de culpa, embora reconheça que há uma forte relação entre elas: com culpa é-se punido por algo que se fez, a com vergonha é-se punido por alguma qualidade que se possui. Neste sentido, o medo de ser descoberto, habitualmente presente nas pessoas homossexuais, é vivido com vergonha. As defesas são empregues como protecção contra a vulnerabilidade e exposição narcisista e isso acontece devido à impossibilidade de desenvolvimento do *self* num sentido saudável. A culpa e a vergonha, temas que frequentemente são observados nos clientes homossexuais, são componentes fundamentais da pessoa que se sente inferior e inadequada. A etiologia desta luta talvez seja, como Lewis

---

[111] O termo narcisismo foi utilizado por Freud após a sua utilização por Havelock Ellis que usava o termo grego para descrever uma forma de perversão sexual na qual o indivíduo era o seu próprio objecto sexual. (Alexander, 1997). As teorias sobre a etiologia da personalidade narcísica variam, mas a maior parte delas enfatiza os primeiros anos da infância. Kernberg sugere que o narcisismo se desenvolve como consequência de uma rejeição parental ou abandono. A sua hipótese é de que, devido a pais frios e rejeitantes, a criança defensivamente crê que apenas pode acreditar nela e ser amada por ela própria (Alexander, 1997).

refere, consistente com aquilo que os psicanalistas acreditaram: estar num estado crónico de culpa é uma defesa contra um desejo primário de afirmação e aceitação.

A homossexualidade como resultado de medo da castração

Na sua investigação sobre as teorias sexuais infantis, Freud expressa a ideia de que a criança do sexo masculino ignora as diferenças sexuais e que atribui a todas as pessoas, inclusivamente às do sexo feminino, órgãos genitais masculinos. Esta fantasia de uma mãe fálica ficaria, de tal modo, fixada na mente infantil que, posteriormente, lhe seria impossível renunciar ao pénis na sua posterior eleição de objecto sexual. O sujeito, neste caso, tornava-se necessariamente homossexual. A visão dos genitais femininos será interpretada como resultado de uma mutilação associada às suas próprias angústias de castração e, deste modo, a genitalidade feminina provocará espanto em vez de prazer. A este propósito Pedro Luzes (1963) refere:

> em primeiro lugar o homossexual sente o horror dos órgãos sexuais da mulher, que concebe mais como uma ausência de sexo que como um sexo diferente. (...) Para o homossexual o único órgão sexual é o pénis; e, ao contemplar a ausência deste na mulher, diz a si próprio: «o que lhe aconteceu a ela pode acontecer-me a mim»; ou: «a mulher, mais que ninguém, pretenderá apoderar-se do meu órgão viril, visto que não tem um parecido». (Luzes, 1963, p .5)

Na terceira edição dos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, de 1915, Freud acrescenta uma nota relativamente à origem da homossexualidade, considerando essencial a eleição de objecto narcisista e a persistência da significação sexual da zona anal. A angústia da castração - em paralelo com a afirmação das pulsões de morte - converte-se, nos últimos escritos freudianos, no motor mais importante do conflito psíquico em geral e também da orientação homossexual. A ameaça de castração está associada ao período fálico, durante o qual as crianças (rapaz e rapariga) apenas reconhecem um só órgão genital, o masculino.

Na sua *Autobiografia* (1925) Freud sintetiza a origem da homossexualidade como dependendo da bissexualidade constitucional e a primazia da zona fálica. Num texto sobre fetichismo, de 1927, confessa que não é possível explicar "por que é que alguns se tornam homossexuais perante o terrível impacto da ameaça de castração ao contemplar os genitais femininos enquanto outros negam tal impressão, criando um fetiche e outros ainda superam, acedendo à heterossexualidade sem nenhum tipo de "aberração"[112].

---

[112] Freud interpreta ainda a homossexualidade masculina como o resultado de uma ligação incestuosa com o progenitor do mesmo sexo, ou como o resultado de rivalidade com um irmão mais velho; mas estas

A homossexualidade feminina como resultado do desejo de ser rapaz

Em 1920, no seu texto clínico sobre "A psicogénese de um caso de homossexualidade feminina", Freud refere-se pela primeira vez à homossexualidade feminina. A orientação homossexual da rapariga que é explicada como o resultado de um desejo de se vingar do pai, não rivalizando com o progenitor do seu sexo. A ameaça da castração constitui a peça chave da explicação da homossexualidade feminina. Em 1931 na publicação sobre a sexualidade feminina, Freud assinala três caminhos que a mulher pode seguir para lidar com o complexo de castração: afastar-se de um modo global da sexualidade; tomar o pai como objecto e entrar assim na forma feminina do complexo de Édipo com a aceitação da sua feminilidade; manter-se numa firme afirmação da sua masculinidade ameaçada, conservando a esperança de possuir alguma vez um pénis - este complexo de masculinidade da mulher pode resultar na eleição de objecto manifestamente homossexual (Morano, 1997)

Em 1933, o texto "A Feminilidade" situa-se na mesma linha. A decepção que a criança, uma vez entrada no complexo de Édipo, pode sentir relativamente ao seu pai provoca eventualmente uma regressão a uma etapa anterior do complexo de masculinidade e, deste modo, instala-se uma eleição homossexual do objecto. Finalmente, segundo Morano (1997), num texto inacabado, datado de 1938 e publicado postumamente em 1940, a persistência no desejo de ser varão constitui a chave da psicogénese da homossexualidade feminina.

De referir ainda que, baseado na análise do caso de Schröeber, Freud sugere que a paranóia era uma defesa contra os impulsos homossexuais, o que terá contribuído para a associação entre homossexualidade e psicopatologia, tema sobre o qual se debruçaram vários autores (Fridman, 1988; Marmor, 1980).

Os psicanalistas norte-americanos pós-Freudianos

Psicanalistas pós-Freudianos (Irving Bieber, Sandor Rado, Charles Socarides) desenvolveram interpretações da homossexualidade de cariz mais patológico do que as desenvolvidas pelo próprio Freud. De acordo com estas interpretações, é rejeitada a noção de bissexualidade constitucional e universal; a homossexualidade adquire o estatuto de neurose (nunca considerado por Freud), sendo reconceptualizada como

---

interpretações não são tão fulcrais às subsequentes interpretações depois desenvolvidas pelos seus seguidores.

uma deslocação das relações heterossexuais normais e como um sintoma de patologia a requerer tratamento.

O posicionamento anti-homossexual da Psicanálise norte-americana ocorreu durante a II Grande Guerra, momento em que um número de analistas ocupava posições importantes na psiquiatria militar (Isay, 1993a). Depois da guerra, estes analistas tornaram-se influentes na psiquiatria. Era grande o número de analistas europeus que se refugiara do nazismo nos EUA, e que necessitavam de aceitação em segurança no novo país. Devido à Guerra Fria e ao McCarthyismo, a necessidade de integração e aceitação levou-os a aliarem-se à psicanálise americana onde o modelo médico tinha um compromisso com a ortodoxia e a conformidade social. A este propósito, Isay (1993) cita Clareance Oberndorf, ex-presidente da Associação Americana de Psicanálise:

> Psychoanalysis had finally become legitimate and respectable, perhaps paying the price in becoming sluggish and smug, hence attractive to an increasing number of minds which found security in conformity. (p. 7)

Os mais conhecidos psicanalistas norte-americanos que, partindo das interpretações freudianas da homossexualidade, as reviram são: Lionel Ovesey (1969), Sandor Rado (1940), Irving Bieber (1962) e Charles Socarides (1970), autores que, como se disse, recusaram a aceitação de Freud da bissexualidade e alteraram o estatuto psicanalítico da homossexualidade: de inversão para perversão e nessa sequência, para neurose, justificando assim a necessidade terapêutica. As interpretações por eles desenvolvidas foram várias e serão seguidamente se apresentadas.

A homossexualidade como um sintoma, resultado de uma tentativa reparadora de conquistar prazer sexual

Lionel Ovesey (1969) considerou que a homossexualidade não seria uma orientação sexual autêntica, mas um deslocamento. De acordo com o medo da castração referido por Freud, Ovesey defende que um homem homossexual tem sempre medo dos órgãos genitais femininos devido ao seu receio de castração, o que o leva a reprimir a líbido e a atracção por mulheres, encontrando no mesmo sexo uma forma de expressão.

Nos anos 40, Sandor Rado, recusando a aceitação de Freud da bissexualidade, faz uma interpretação análoga à de Ovesey, entendendo a homossexualidade como uma tentativa reparadora de conquista de prazer sexual quando a via normal - considerada a da heterossexualidade - se encontrava ameaçada. A homossexualidade seria um

sintoma de uma resposta fóbica a membros do sexo oposto, o que o fez, bem como aos seus seguidores, assumir a necessidade de terapia[113].

A homossexualidade como resultado de uma perturbação de personalidade

Socarides, no seu capítulo sobre homossexualidade, incluído na 2ª edição do *American Handbook of Psychiatry*", publicada em 1974, considera a homossexualidade uma perturbação de personalidade. A grande contribuição de Socarides foi sugerir que a perturbação é anterior à fase edipiana, o que serviu de argumento para a caracterizar como uma patologia mais profunda do que seria se localizada no conflito edipiano. Socarides considerou que pelo menos metade das pessoas que se envolviam em práticas homossexuais tinham uma concomitante esquizofrenia, paranóia ou reacções maníaco-depressivas. A outra metade, neurótica, podia ser do tipo obsessivo ou, ocasionalmente do tipo fóbico. A procura desesperada e compulsiva de parceiros sexuais, assumida por Socarides como fazendo parte da vida dos homens homossexuais, era interpretada como uma ânsia de masculinidade, tendo como função a protecção do homossexual contra o medo de se fundir com a sua mãe pré-edipiana.

A homossexualidade como o resultado de uma exposição a relações "patológicas" entre pais e filhos

A ideia de que os padrões familiares levavam à homossexualidade apoiou-se em estudos empíricos. Em 1936, Terman e Miles referem ter encontrado um padrão protótipo nas famílias de 77 homens homossexuais e, em 1959, o estudo desenvolvido por West reforça o modelo do pai ausente e da mãe superprotectora como facilitador da homossexualidade dos filhos (LeVay, 1996).

Segundo Fenichel (1945), a presença da *angústia da castração* seria devida aos sentimentos de culpa incestuosos, resultantes de uma relação familiar onde existiria uma mãe sedutora e um pai hostil e distante. A hipótese de Fenichel era de que o facto de as mulheres serem vistas, por alguns homens, como castradas, induziria ansiedade de castração, promovendo um medo inconsciente e uma fuga sexual. Esta ansiedade de castração (modelo que deixa por explicar a bissexualidade) será também, segundo Marmor (1998), uma reacção explicativa para uma gama de outras condições psiquiátricas (incluindo a maior parte das neuroses, bem como a maior parte das parafilias).

---

[113] Segundo Silverstein (1991), esta teoria fóbica fora desacreditada com investigação empírica por Freund, Nagler, Lengevin, Zajac e Steiner.

Irwing Bieber, em 1962, considera o modelo desenvolvido por Fenichel uma simplificação e, em vez de uma constelação particular das interacções mãe-pai-filho, aponta para um sistema familiar triangular, um modelo desenvolvimental, que explica como a interação entre o crescimento da criança e os pais pode levar à homossexualidade. De acordo com este modelo, um casamento insatisfatório levaria o pai a afastar-se da mãe e da criança: a mãe desvalorizaria o marido e idealizaria a criança, formando uma relação muito próxima com ela. Para Bieber, a homossexualidade seria então o resultado de uma exposição a relações altamente patológicas entre pais e filhos em fases precoces da vida. Bieber interpreta este enquadramento familiar como a base das angústias da castração, do medo da mulher, das identificações femininas, etc. O relacionamento maternal é considerado um obstáculo ao desenvolvimento normal dos filhos. A mãe é acusada de responder à energia sexual do filho com hostilidade, expressando frequentemente "desmasculinização" e "atitudes efeminadas", que se manifestariam através de medos irracionais da heterossexualidade - factor no qual Bieber considera dever ser colocada a ênfase no processo de "tratamento reconstrutivo" (Haldeman, 1991).

Este modelo, embora tenha sido contestado por vários estudos empíricos, nomeadamente os de Saghir e Robins (1973); Siegelman (1972); Bell, Weinberg e Hammersmith (1981) e Whitam e Zent (1984), trata-se porventura da assunção mais disseminada sobre a etiologia da homossexualidade. Friedman (1988) considera que, embora haja alguma evidência, a partir dos estudos realizados, sobre a relação entre as interacções familiares e a homossexualidade, não é possível concluir que a homossexualidade seja causada por exposição a um tipo de situação familiar, referindo ainda que é possível inverter a causalidade interpretada, isto é, é possível que, tendo um filho homossexual, o pai se afaste, com receio de um contacto muito íntimo. Marmor (1980), por seu turno, refere que mães sedutoras e dominantes e pais fracos e hostis, bem como variações a estas constelações, abundam nos relatos históricos de indivíduos heterossexuais.

Em Portugal, o psicanalista Pedro Luzes publica, em 1963, o artigo, já citado, intitulado "Psicopatologia da homossexualidade masculina", onde apresenta uma teoria da homossexualidade com várias das interpretações de Freud e destes psicanalistas americanos. Critica Freud, considerando-o quase ingénuo, por ter sido levado, "tal como muitos psicanalistas e psiquiatras, em virtude da aparente desinibição do homossexual (...) das suas afirmações omnipotentes" (p. 7), a considerar que muitos homossexuais não sofrem de qualquer conflito ou angústia a propósito da sua

sexualidade. Atribui as interpretações de Freud à ignorância clínica da época, considerando que só o conhecimento que hoje possuímos das psicoses nos permite dar conta de que "o homossexual vive angústias de tipo psicótico e que a homossexualidade é uma defesa compulsiva contra essas angústias (...) contra a despersonalização" (p. 8).

Terapias centradas nas interpretações dos modelos psicodinâmicos

Segundo Isay (1993), os psicanalistas defensores das teorias expostas consideram a neutralidade analítica, no caso de clientes homossexuais, um eventual indicador de permissão face ao comportamento homossexual, a ponto de defenderem o recurso a um ultimato por parte do terapeuta: abandonar o tratamento caso o comportamento homossexual persista. Socarides defende, sob certas condições, ter sentido o uso de técnicas não analíticas como a sugestão para procurar uma mulher ou a discussão sobre estratégias de envolvimento em sexo heterossexual.

> There is only one way that the homossexual can overcome this phobia and learn to have heterossexual intercourse, and that way is in bed with a woman. (Ovesey, 1969, p. 222)

Luzes (1963) sublinha igualmente o poder determinante da análise, considerando que "as angústias em relação ao sexo feminino são uma totalidade sincrética que só uma cuidadosa análise pode deslindar" (p. 5). A homossexualidade é apresentada como uma "desvalorização e idealização simultânea da mãe" que se mantém no homossexual para além das primeiras fases típicas do desenvolvimento da criança, que utiliza este mecanismo esquizóide. Na descrição do caso que apresenta, Luzes manifesta surpresa pela ausência de "consciência mórbida" por parte do cliente, o que classifica como um "sinal de neurose":

> (...) o que mais me impressionou neste caso, foi a ausência de consciência mórbida. [O cliente] nunca fala da homossexualidade como de uma doença. (p.10)

O objectivo da maior parte das intervenções baseadas neste enquadramento psicodinâmico de leitura da homossexualidade é resolver os conflitos da infância responsáveis por ela, reconstruindo ou reparando a falha desenvolvimental.

Haldeman (1991) critica os autores que referem resultados positivos na utilização do modelo psicanalítico por interpretarem, incorretamente, uma expansão do repertório sexual (os relacionamentos heterossexuais em lugar de surgirem como alternativos aos relacionamentos homossexuais passam a coexistir com eles) como equivalente a uma

mudança na orientação sexual. As críticas aos resultados referidos centram-se sobretudo no uso de amostras exclusivamente clínicas e em resultados baseados na impressão do terapeuta, não existindo dados externos nem relatos dos próprios.

b) Perspectivas comportamentais

A homossexualidade como resultado de uma aprendizagem

Segundo o modelo de condicionamento clássico, existirá uma associação temporal entre um determinado objecto e uma excitação sexual de tal forma que, no futuro, esse objecto provoca uma resposta de excitação, o que explica a resposta homossexual. Há, contudo, autores, como é o caso de Feldman e MacCulloch (1971) que distinguem homossexualidade secundária de homossexualidade primária, e que consideram que, no caso da homossexualidade primária, há um compromisso endocrinológico para além deste mecanismo de emparelhamento.

Neste sentido, Rachman, em 1966, e Rachman e Hodgson, em 1968, demonstravam que, para além da possibilidade de aprendizagem de uma resposta por mecanismos deste tipo, entrevistas com homossexuais apontavam para um processo insidioso, não surgindo na sequência imediata de uma só experiência gratificante ou de uma série delas. Este facto leva Eysenck e Beech, em 1971, a desenvolverem uma teoria segundo a qual um determinado acontecimento erótico seria altamente reforçado pela sua incorporação como fantasia.

Outro dos entendimentos da homossexualidade numa perspectiva comportamental corresponde à noção de que aquilo que nos dá prazer se torna hábito[114]. Esta teoria, contudo, não responde a diversas situações, nomeadamente ao facto de muitas pessoas terem uma orientação para pessoas de sexo diferente daquelas com que se iniciaram; a auto-percepção de uma orientação homossexual antes de qualquer encontro ou experiência sexual (bastante comum entre homossexuais) e ainda, inversamente, o facto de muitos heterossexuais terem os primeiros contactos (e com prazer) com pessoas do mesmo sexo. F. A. Gomes (1981) aponta, ainda, os dados fornecidos por Kinsey como um factor de oposição a estas teorias [115].

---

[114] O risco desta visão, porque baseada numa concepção negativa da homossexualidade, e portanto devendo ser evitada, reside no tipo de medidas educativas que despoleta: a valorização de experiências heterossexuais; a condenação de experiências homossexuais e mesmo, eventualmente, o afastamento de homossexuais do ensino (LeVay, 1996 p.89).

[115] Recorda-se que, segundo os dados de Kinsey, 37% dos homens tiveram experiências homossexuais gratificantes na puberdade e, apesar disso, só 4% vêm a exibir um comportamento exclusivamente homossexual.

Terapias centradas na interpretação da homossexualidade como resultado de uma aprendizagem

A maior parte das abordagens terapêuticas da homossexualidade, desenvolvidas dentro do modelo de aprendizagem comportamental, centram-se na relação com o prazer: têm como objectivo a redução do prazer obtido através do homoerotismo e/ou o aumento do prazer heteroerótico. Referidas de uma forma generalizada por "terapias aversivas" de reversão ou conversão (consoante se referem, respectivamente, a pessoas com ou sem comportamentos heterossexuais prévios), estas terapias foram utilizadas sobretudo com homens (LeVay, 1996). Isay (1993a) refere que afirmações sobre a conquista de uma mudança comportamental numa população altamente motivada variam entre 20 e 50% com uma variedade de técnicas terapêuticas que contam com modificação comportamental e com reforço positivo ou negativo. Uma intervenção deste tipo tem como efeito último, segundo Isay, minar a auto-estima do paciente, fazendo-o sentir que o terapeuta, à semelhança do que se passa com o meio cultural mais vasto, considera inaceitável a orientação enquanto se mantiver homossexual.

A terapia aversiva, considerada o mais pernicioso dos métodos (Weeks, 1993) - originalmente desenvolvida em 1930 no tratamento do alcoolismo - foi usada ocasionalmente, a partir de 1960, para 'ofensas sexuais'. Baseada, aparentemente, na noção de que a tarefa da medicina era adequar as pessoas às normas da sociedade, consistia na aplicação de electrochoques ou administração de drogas que produziam náuseas enquanto se visualizavam imagens de pessoas do mesmo sexo, que eram atraentes. Tratava-se, em suma, de emparelhar um estímulo aversivo com potenciais estímulos eróticos.

Uma forma de condicionamento era a chamada "sensibilização encoberta" (Cautela, 1967; Barlow, Leitenberg & Agras, 1969). Tal como nos procedimentos já descritos, esta técnica envolvia o emparelhamento de um estímulo erótico com um estímulo aversivo. A diferença é que, neste caso, ambos os estímulos eram induzidos pela imaginação do sujeito: o sujeito tinha que visualizar participar num encontro com alguém do mesmo sexo e imaginar consequências desagradáveis. O autor destes estudos afirmava que se tratava de um tratamento mais efectivo do que a regular terapia aversiva com electrochoques.

A indução de ataques epilépticos de *grande mal,* quer por electrochoques, quer por administração de metrazol, parte do pressuposto de que os "engramas" - traços no cérebro causados por pensamentos repetitivos ou por hábitos - deverão ser destruídos. Nalgumas formas de tratamento, o sujeito podia desligar a corrente, anulando o choque, o que levava a que, por exemplo, face à fotografia de um homem nu (no caso de se tratar de um sujeito do sexo masculino), a imagem desaparecesse e fosse substituída pela imagem de uma mulher nua ou por um estímulo neutro. Nalguns tratamentos, era possível evitar o choque se o sujeito fosse suficientemente rápido a manipular o botão da corrente.

Durante os anos 80, Masters e Johnson (1979) oferecem ainda promessas de conversão, não porque considerem a homossexualidade doença ou imoralidade, mas porque consideram que as pessoas homossexuais têm direito às suas escolhas, que podem incluir o desejo de mudança de orientação. O Instituto que fundaram oferecia aos "homens homossexuais insatisfeitos" um programa de tratamento desenhado para o cliente. Ofereciam uma terapia de cerca de duas semanas de isolamento completo com um elemento do sexo oposto. No entanto, Masters e Johnson admitiram que a terapia para homossexuais que desejavam a reorientação se tratava de um tópico controverso, argumentando que era paradoxal e prejudicial ignorar os argumentos que levavam os clientes a desejar mudar a preferência sexual.

Feldman e MacCulloch (1971) consideraram que o sucesso ou fracasso deste processo terapêuticos dependia da história anterior dos sujeitos. Aqueles que tinham fantasias ou histórias heterossexuais prévias "melhoravam" com o tratamento: referiam uma cessação do desejo homossexual e das actividades homossexuais, pelo menos um ano depois do tratamento. Os sujeitos que nunca tinham experimentado sentimentos ou actividades heterossexuais não mudavam com o tratamento. Os autores argumentaram que o primeiro grupo era constituído por homossexuais "secundários" que tinham adquirido a sua homossexualidade por algum tipo de aprendizagem e que portanto eram susceptíveis a desaprendê-la. O outro grupo seria constituído por homossexuais "primários" que apresentavam uma homossexualidade congénita, explicada através da hipótese de se tratar do resultado de um ambiente hormonal anormal no útero.

Nalguns centros de tratamento as respostas fisiológicas dos sujeitos eram monitorizadas com a ajuda de um pletismógrafo e eram submetidos a choques sempre que a erecção se iniciava, o que os impedia de terem uma erecção durante o

tratamento. Contudo, vários autores referem que esta "(re)aprendizagem", habitualmente não se generalizava à vida real (LeVay,1996; Silverstein, 1991a).

Foram ainda desenvolvidos programas de conversão, por grupos de fundamentalistas cristãos, na maior parte dos casos sem qualquer preparação técnica, e constituídos maioritariamente por pessoas que tiveram elas próprias que lidar com a sua homossexualidade[116]. Blair (1982) afirma que, embora muitos destes "conselheiros" prometessem publicamente "mudança", referiam, em privado, que o celibato era o único objectivo realista a que os homossexuais podiam aspirar.

Atente-se no relato de uma terapeuta que pode aqui servir de ilustração ao uso deste tipo de terapia em Portugal:

> nos anos 80, no meu serviço (...) vi uma coisa aversiva para tentar recondicionar ou descondicionar (...) o caso de uma freira, que era lésbica e se tinha uma coisa que a punha louca eram as mamas! ... e então o tratamento para fazer o descondicionamento (...) mostravam-lhe uns cartões - ela detestava fezes - a saírem fezes pelos mamilos (...) fazia parte de uma técnica, obviamente, muito corrente, não tinha estímulos eléctricos, mas tinha outro tipo de estímulos ... de fantasia (GD1.2:15)

***

Todas estas perspectivas preocupam-se em responder às possíveis razões que conduzem o sujeito à homossexualidade. O próximo capítulo apresentará brevemente outras perspectivas da homossexualidade que já não a interpretam como centrada no sujeito, antes a avaliam num quadro de interacção com o social. Estas perspectivas tentam descobrir das razões sociais que conduzem quer às vivências quer às leituras da homossexualidade.

---

[116] A ilustrar uma aproximação a esta realidade em Portugal, cite-se a propósito a seguinte informação integrante de um artigo, recentemente publicado no *Público* (2000, 7 de Março):

> João Martins, pastor da Igreja Evangélica (...) assume as suas perspectivas sobre a homossexualidade como director do «Desafio Jovem», um projecto que procura ajudar os homossexuais «a mudar de vida». Admitindo, ainda assim, a existência de «homossexuais felizes». Martins referiu-se a eles como sendo pessoas que, enquanto crianças, foram vítimas de abusos sexuais ou tiveram problemas de afectividade com os pais. Neste sentido, crê que estes indivíduos acabam por ter uma relação conflituosa com a sua tensência sexual e que, por isso, devem ser ajudados a converterem-se.

3. TESES SOCIAIS

3.1. Questões contextuais

O desenvolvimento dos chamados "movimentos sociais", após a Segunda Grande Guerra, criou um contexto de compreensão da homossexualidade enquadrado no objecto unificador daqueles movimentos de "renegociar o valor das hierarquias de valores e de poder" (Nogueira, 1996, p.155). Os vários movimentos de cariz contra-hegemónico que então se desenvolveram (feminista, anti-imperialista, anti-racista) tiveram um impacto central sobre a hierarquia, o estilo e a intensidade da actividade homossexual nas décadas de 60 e 70 (Bayer, 1987).

É neste contexto social de preocupação com a defesa dos direitos humanos e das minorias[117] que os movimentos de defesa de direitos homossexuais ganham força para apresentarem a sua oposição à visão psiquiátrica dominante que entende a homossexualidade como um défice. O racional da luta pela libertação homossexual partilha de preocupações transnacionais de outros movimentos de reivindicação e libertação, ancorando-se também nas lutas de classes desfavorecidas contra a privação social: as demonstrações anti-racistas, as reivindicações estudantis, ou numa relação ainda mais próxima, a luta das mulheres contra a dominação masculina:

> our oppression as homosexuals stems from the same source as that of other repressed groups: the restrictive competitive social roles necessitated by a capitalist economy and a ruling élite (Red Butterflay, "Gay Liberation" citado por Bayer, 1987, p.94).

Assim, a «cura psiquiátrica» - considerada uma «solução final» para o problema da homossexualidade - passou a ser encarada como "um equivalente da supremacia branca no caso do racismo e da dominação patriarcal no caso do lesbianismo" (Bayer, 1987, p. 87).

A partir dos anos 60, assistiu-se a uma explosão de trabalhos e de debates sobre a opressão das mulheres e sobre políticas de emancipação, tendo-se desenvolvido uma série de estudos sobre as razões das desigualdades associadas à diferença sexual e sobre a forma de as combater. Da mesma forma que a primeira vaga do movimento de

---

[117] Como denominadores comuns dos grupos minoritários, onde se integra o movimento de defesa dos direitos dos homossexuais, existem quatro princípios básicos: ser um segmento subordinado dentro de uma sociedade mais alargada; manifestar características desprezadas pelos segmentos dominantes dessa mesma sociedade; constituir-se como comunidade devido a essa(s) característica(s) e ser alvo de um tratamento diferencial que varia entre discriminação, ameaças e vitimização.

direitos das mulheres crescera a partir do movimento para a abolição da escravatura e prosseguira com muita proximidade àquele movimento, a segunda vaga tem raízes igualmente profundas na crescente consciencialização de que, mesmo no campo da luta pelos direitos cívicos, as mulheres eram vistas como inferiores num contexto de dominação masculino.

Quando integradas no chamado movimento da Nova Esquerda, iniciado no movimento de direitos cívicos de 1960, as mulheres eram frequentemente tratadas, apesar do discurso retórico que era feito, "como cidadãs de segunda classe, sendo mais valorizada a sua disponibilidade sexual do que o seu cérebro" (Bullough, 1994, p.242). Muitas das mulheres mais radicais começaram a abandonar as organizações mistas dedicando-se a um movimento de libertação das mulheres estruturado autonomamente, dando origem ao nascimento da segunda vaga do feminismo que começou formalmente com a fundação da Organização Nacional de Mulheres (National Organization for Women - NOW), nos Estados Unidos da América, em 1966. Uma das preocupações fulcrais do movimento feminista foi denunciar as instituições tradicionais como o casamento, a família e a maternidade como instituições que pretendem manter a opressão da mulher. Assim, a resposta feminista foi politizar a sexualidade, isto é exigir legislação como acção correctiva, uma resposta que os homossexuais rapidamente adoptaram.

Se é verdade que as questões sexuais tinham sempre sido políticas, a diferença fundamental é que, agora, eram os próprios grupos estigmatizados que, uma vez organizados, exigiam mudança voltando-se para a política. O primeiro passo, considerado como uma necessidade, foi publicitar os problemas de forma a consciencializar as mulheres sobre a existência de desigualdades básicas. Se as feministas, durante os anos 60, haviam começado a questionar o essencialismo relativamente ao sexo, e portanto a assunção de que a estruturação social e sexual entre homens e mulheres era natural, normativa e inevitável, o movimento de libertação *gay*[118] paralelamente, colocaria em questão o conceito de normalidade heterossexual

---

[118] A utilização do termo *gay* faz parte da estratégia de construção de um discurso próprio, tornando-se um símbolo representativo da nova posição assumida por homens e mulheres. Segundo Weeks (1990), foi utilizado pelos homossexuais nos EUA pelo menos desde 1950, mas no Reino Unido teve inicialmente uma conotação social atribuída à classe alta por ser utilizado como referência àqueles que frequentavam clubes privados.
Relativamente às origens desta expressão, Boswell no seu livro *Chistianity Social Tolerance and Homosexuality* (1980) escreve que " a palavra provençal «gai» foi usada no séc. XIII e XIV, referindo-se ao amor cortês e à sua literatura e persiste em catalão como uma designação para a «arte da poesia ("gai saber"), para um amante "lovae ("gaiol") e para uma pessoa homossexual que revela claramente a sua homossexualidade. O culto do amor cortês foi mais popular no sul do que é hoje França, uma zona

ao rejeitar o conceito de homossexualidade como desvio e reivindicaria uma identidade sexual positiva para os homossexuais.

Se o feminismo emprestou a leitura da desconstrução do essencialismo do sexo para a desconstrução do essencialismo da orientação, as políticas *gay* ajudaram a estimular discussões sobre sexualidade no seio do Movimento de Libertação das Mulheres que acrescentou, na sua agenda, em 1974, a 6ª reivindicação, defendendo para as mulheres o direito de definirem a sua própria sexualidade e proclamando o fim da discriminação das lésbicas (Lown, 1995), interinfluenciando-se, assim, este dois movimentos.

O grande impacto social e político do, denominado, movimento *gay* teve a sua origem nos EUA, sendo comummente apresentado como marco simbólico do seu início os incidentes de Stonewall, em 1969[119]. Embora já existissem desde o final dos anos 40 e início dos anos 50 organizações homofílicas, no início dos anos 70 emergiram diferentes grupos de defesa de direitos de homossexuais e constituiu-se a Frente de Libertação *Gay*, "uma organização radical que quis marcar uma oposição à ordem social manifesta", demarcando-se do posicionamento dos grupos anteriores considerados acomodados à "sociedade sexista". Para além da defesa de aspectos sociais, os activistas desta organização preocuparam-se também com o bem estar pessoal, valorizando a "acção" e a rebelião como estratégias para combater a vergonha, a dúvida e a culpa até então socialmente impostas aos homossexuais (Bayer, 1987).

Estes novos militantes, mais politizados e mais centrados na preocupação com os direitos cívicos procuravam o tipo de reconhecimento governamental e igualdade de direitos conquistados por outros grupos minoritários. Ao mesmo tempo, devido a um maior radicalismo de atitudes, eram vistos com algum receio pelas instituições homofílicas existentes.[120]

---

conhecida pela sexualidade *gay*, onde alguns poetas trovadores eram explicitamente homossexuais. Tanto os poetas trovadores como o amor cortês estavam claramente associados aos movimentos de hereges do sul de França, especialmente os Albigenses que eram suspeitos de favorecerem a homossexualidade. No início do séc XX «*gay*» passou a ser comum na subcultura homossexual inglesa como um tipo de senha ou código. O seu uso público inicial, nos EUA, fora da ficção pornográfica, apareceu em 1939 no filme «Bringing up baby», quando Cary Grant, vestindo um vestido, exclamou «I have gone *gay*».

[119] No entanto, a agenda política *gay* norte-americana alcançaria uma centralidade em termos mundiais com uma concomitante globalização (Gameiro, 1998) .

[120] O posicionamento desta nova geração política de homossexuais mereceu um comentário publicado em Agosto de 1970, no jornal *Advocate* (um dos mais antigos e mais divulgados jornais para homossexuais, publicado nos EUA), após a *North American Conference of Homophile Organizations:*

No sentido de articular esforços para a obtenção de direitos cívicos e sociais, houve uma preocupação em criar uma base política para defesa dos interesses comuns dos direitos *gay*, criando-se a *Aliança Activista Gay*. A agenda desta *Aliança* era, por um lado, exigir a anulação das leis da sodomia e, por outro, criar uma estrutura legislativa que protegesse os homossexuais da discriminação[121]. Assiste-se a uma política de protesto em massa, organizando-se as marchas de orgulho *gay* e, complementarmente, manifestações dirigidas a todas as instituições que manifestassem um padrão de discriminação contra os homossexuais, em particular a Igreja Católica, os meios de comunicação social e a psiquiatria. Esta organização tentou eliminar a literatura académica anti-homossexual, substituindo os textos homofóbicos por outros considerados favoráveis aos movimentos de libertação *gay*. À semelhança do padrão das confrontações políticas que haviam sido o instrumento de luta dos grupos estudantis anti-guerra, estes activistas controlaram actividades consideradas inaceitáveis, interrompendo-as e denunciando-as, sendo delas exemplo alguns programas de televisão e conferências médicas, como foi o caso do encontro da APA em S. Francisco, acontecimento que adiante se desenvolverá (Bayer,1987).

Esta postura de revolta e o uso de uma linguagem que se adequasse a uma nova forma de estar, negando a vergonha e assumindo o orgulho[122] – patente em *slogans* e expressões" como "gay is good"[123], "gay pride" etc. – são vistas por Bourdieu (1998) como um movimento contra uma forma particular e odiosa de violência simbólica. Para Bourdieu, falar de dominação ou de violência simbólica é dizer que o dominado tende a ter sobre ele mesmo o ponto de vista do dominante, que aplica e aceita as categorias de percepção dadas, podendo assim ser conduzido a viver em vergonha a sua

---

> Observamos com fascínio todas as actividades dos militantes *gays* mais subversivos. Tentamos, em vão, detectar alguma fundamentação nas suas táticas e na sua filosofia...mas vai-se tornando cada vez mais claro que os então designados militantes *gays* são menos pró-*gay* do que anti-capitalistas, anti-sociedade e anti-instituições. Voltam-se em todas as direcções, destroem tudo à sua volta - o que é e o que não é *gay* (*in* Bayer, 1987, p.95).

[121] A *Aliança* assumia que "na ausência de evidência válida em contrário, a homossexualidade não é uma doença, um distúrbio ou qualquer outro tipo de patologia, mas apenas uma preferência, orientação ou propensão paralela à heterossexualidade" (Bayer, 1987, p.93)

[122] A este propósito, em 1999, Gonçalo Dinis, então presidente da ILGA Portugal, quando entrevistado pela jornalista Fernanda Câncio (1999), responde à interrogação sobre a questão do orgulho *gay* da seguinte forma: "orgulho de não termos de nos esconder. Não é particularmente o orgulho de ter uma determinada orientação sexual tem a ver com a auto-estima, tem a ver com as pessoas gostarem de ser o que são". Maria Andrade, responsável pela revista *Lilás*, acrescenta: "orgulho de termos sobrevivido(...) orgulho de sermos o que somos apesar de todos os esforços que vêm de vários quadrantes para nos sentirmos envergonhados ".

[123] O slogan "*gay* is good", que havia sido lançado em 1968, por ocasião da "North American Conference of Homophile Organizations", foi da autoria de Frank Kameni e foi desenvolvido por paralelismo com o slogan utilizado pelo movimento anti-racista "black is beautiful".

existência e, em particular, a experiência sexual, tal como é caracterizada pelas categorias dominantes[124].

Uma outra questão levantada por Bourdieu, relevante para o presente trabalho, é que a dominação, neste caso, como noutras situações de racismo social, toma a forma de uma negação de existência pública e visível. A opressão como "invisibilização" traduz-se por uma recusa de existência legítima, pública, conhecida e reconhecida pelo direito e por uma estigmatização que não aparece nunca claramente, senão quando o movimento reclama a sua visibilidade. A proposta de discrição que é socialmente feita é uma proposta de dupla vida, o que leva Bourdieu a interrogar a paz que poderá sentir alguém que vive constantemente em perigo de ser desmascarado, ostracizado ou agredido. Define então discrição por: isolamento, mentira (por acção ou omissão) e medo na solidão e na fuga de si.

Esta abertura só se tornou possível com a emergência de um projecto reflexivo[125] e o declínio da autoridade dos profissionais de saúde mental face à homossexualidade – em termos práticos, este projecto será reforçado pela eliminação da homossexualidade da lista de doenças mentais (DSM) da *American Psychiatric Association*. Essa eliminação, se resulta da crescente força dos movimentos de defesa dos direitos de *gays* e lésbicas, promove também esses movimentos que reivindicam para si a construção do discurso social sobre a homossexualidade, recusando continuarem a aceitar reconhecerem-se naquilo que a psiquiatria desejava fazer deles.[126]

---

[124] A este propósito, refira-se a incompreensão, manifestada num dos grupos de discussão, por um dos clínicos, relativamente à enunciação de orgulho pelo estilo de vida homossexual, e que denuncia o desconhecimento deste mecanismo simbólico:

> assisti (...) nos EUA (...) lá na Universidade a um [seminário] sobre homossexualidade que chegou ao cúmulo da quase defesa da homossexualidade. Achei um pouco descabido chegar ao cúmulo de defender, por exemplo que *os heterossexuais, nós*, ou as pessoas que eram heterossexuais, não deviam defender a heterossexualidade (...) porque poderia ferir o homossexual (...) e isso era criticado. Não era criticar a homossexualidade, era [não] defender a heterossexualidade, o que era um bocado paradoxal porque eles estavam exactamente a defender a homossexualidade!!!" (GD1.2.8) (Itálico meu)

[125] *Projecto reflexivo* no sentido aplicado por Giddens (1995) a uma situação "em que um fenómeno social pode ser apropriado e transformado, através do comprometimento colectivo"(p.9). No caso concreto da homossexualidade, houve por parte das comunidades homossexuais, tanto nos Estados Unidos como na Europa, a preocupação de a reconceptualizar, transformando a imagem pública. Giddens chama a atenção para o colorido do termo *gay*, que, para além de "abertura e legitimidade", traz consigo "uma referência cada vez mais espalhada à sexualidade como uma qualidade ou propriedade do *self*" (p.9).

[126] "We're rejecting you as our owners. We possess ourselves and we speak for ourselves and we will take care of our own destinies" proclamava Frank Kameni em 1971(citado por Bayer, 1987, p.106). Numa perspectiva mais radical, Szasz, numa entrevista a um dos mais importantes jornais da comunidade *gay* americana, *The Advocate*, considera que não deveria sequer ser festejada a retirada da homossexualidade da lista da Associação Psiquiátrica :

> Celebrating the APA's abbolition of homosexuality as a psychiatric diagnosis tacitly acknowledges that they have the knowledge and the right to decide what is and what is not a mental illness. I think the homosexual

Num clima social carregado de insatisfação radical, e com movimentos reformistas que desafiavam o estatuto social e cultural, foi possível os activistas *gay* aliarem-se a figuras políticas liberais, organizações religiosas e líderes cívicos por forma a pressionar organizações médicas, o Estado e os governos a adoptarem novas políticas sociais[127]. Estes movimentos utilizaram a persistência para levar a *American Psychiatric Association* e os grupos religiosos e profissionais a confrontarem-se com os seus preconceitos anti-homossexuais. Saliente-se que muitas das barreiras a uma completa integração dos homossexuais se deviam ao facto de se considerar sofrerem de uma doença psiquiátrica, o que os tornava incapazes de assumirem determinadas responsabilidades. Neste sentido, uma revisão da posição da *American Psychiatric Association* seria um forte argumento para a mudança por parte de outras instituições oficiais. Foi neste contexto difícil e, frequentemente, de luta frustada contra a negação sistemática da igualdade social que se travou a batalha da eliminação da homossexualidade do DSM II, acção com um profundo significado para a comunidade *gay*[128].

Este processo de confronto de ideias e de valores, iniciado pelos movimentos activistas, permitiu que os psiquiatras que concordavam com a revisão da discriminação se revelassem e facilitou, ainda, que psiquiatras *gay* revelassem a sua identidade, o que veio dar força aos movimentos no interior da Associação de Psiquiatria[129]. Marmor, um

---

community is making a big mistake by hailing the APA's new stance as a real forward step in civil liberties. It's nothing of the sort. It's just another case of cooptation (citado por Bayer, 1987, p.60).

[127] De tal forma que, como se podia ironicamente ler num jornal de Filadélfia, "20 milhões de homossexuais tiveram uma cura instantânea" (LeVay, 1996).

[128] A primeira lista de doenças mentais publicada nos Estados Unidos da América (pela Association of Medical Superintendents) data de 1871 e não integrou a homossexualidade como doença (Silverstein, 1991). As classificações subsequentes continham uma categoria indiferenciada denominada personalidade psicopática (perversão sexual). O DSM foi publicado pela *American Psychiatric Association*, pela primeira vez em 1952, numa tentativa de unificar as classificações de diagnóstico existentes nos Estados Unidos para fins estatísticos. Existiam a uso pelo menos três nomenclaturas psiquiátricas diferentes (Krajeski, 1996, p.20). Em 1952, a primeira edição do DSM apresentava uma entrada indiferenciada sob a designação geral de "desvios sexuais"(52.2). Apenas em 1968, na 2ª edição se podem encontrar categorias diferenciadas: homossexualidade (302) fetichismo (302.1) pedofilia (302.2), travestismo (302.3) como subcategorias. A inclusão das parafilias só foi feita no DSM III (1980) (Suppe, 1987, p.24).

[129] Bayer (1987) refere que, quando Irving Bieber perguntou a Robert Spitzer (então do conselho de revisão da *American Psychiatric Association*) se também se deveria retirar o fetichismo e o voyeurismo da nomenclatura psiquiátrica, Spitzer respondeu que não tinha pensado o suficiente nessas questões e que isso talvez se devesse ao facto de os voyeristas e os fetichistas não se terem ainda organizado e pressionado as instituições. Um momento chave do processo desencadeado pelos movimentos de homossexuais foi a participação de grupos *gay*, apoiados por feministas, no congresso anual da *American Psychiatric Association*, em 1970, em São Francisco. Estes grupos integraram pela primeira vez, abertamente, o congresso e insultaram publicamente Irving Bieber e outros conferencistas que defendiam o uso de técnicas aversivas no "tratamento" de desvios sexuais. A agitação que então se desencadeou levou a que a polícia fosse chamada, para evitar maiores conflitos. Estava aberta uma polémica que não terminaria até à abolição da homossexualidade do DSM. Uma das tentativas, por parte da *American Psychiatric Association*, de prevenir que esta situação se repetisse no congresso realizado no ano seguinte, foi integrar um painel sobre homossexualidade, organizado por activistas *gay*, proposta que não foi pacífica, tendo encontrado veementes opositores e originado múltiplas reuniões entre elementos da *American Psychiatric Association* e representantes dos movimentos *gay*.

dos primeiros psiquiatras a ser convidado pelos activistas para fazer parte do painel sobre homossexualidade para o congresso de 1972, defenderia que as questões fundamentais levantadas pelo estatuto nosológico da homossexualidade não são de origem médica nem de origem semântica, mas sim de origem moral[130].

Os argumentos mais comuns utilizados pelos psiquiatras que apoiavam a eliminação da homossexualidade como entidade nosológica eram: a falta de evidência científica para o entendimento da homossexualidade como uma perturbação desenvolvimental apoiada pelos trabalhos empíricos - cujas amostras não clínicas concluíam que não havia diferenças no funcionamento psicológico entre homossexuais e heterossexuais[131] (os trabalhos de Hooker, de 1957 e de Bell e Weinberg, de 1978, eram muitas vezes citados como exemplos); e a catalogação da homossexualidade como uma entidade psiquiátrica, o que tinha implicações sociais graves ao nível da discriminação e da violação dos direitos humanos, podendo ser responsável por graves perturbações individuais. Entendendo que considerar a homossexualidade como uma patologia era um posicionamento moral com linguagem de ciência, estes psiquiatras defenderiam, assim, que a homossexualidade deveria passar a ser vista como uma variante comum e normal do comportamento, tal como o haviam já demonstrado os dados de Kinsey.

O movimento de oposição, liderado por Irving Bieber e Charles Socarides, organizou uma comissão contra a eliminação da homossexualidade do DSM, defendendo que a homossexualidade exclusiva era uma forma de desenvolvimento psicossexual perturbado, resultante de experiências precoces na infância e tratável através de intervenção psicoterapêutica, razão pela qual não podia ser considerada normal. Esse movimento considerava ainda que a homossexualidade reflectia uma perturbação na relação normal entre anatomia e identidade psicossexual e defendia que a revisão da nomenclatura não servia nem os objectivos da liberdade individual, nem os melhores interesses da sociedade (Bayer, 1987).

Robert Spitzer, o médico mais envolvido da comissão constituída para a revisão da nomenclatura, utilizou como estratégia o desenvolvimento de uma definição de doença psiquiátrica que excluísse a homossexualidade. Apenas os comportamentos claramente

---

[130] Refira-se que naquela altura Marmor havia já editado em 1965 *Sexual Inversion*, em cuja introdução afirmava que a sexualidade era produto da aprendizagem e portanto o resultado de influências socioculturais no desenvolvimento da criança.

[131] Estes psiquiatras argumentavam que os estudos que utilizavam amostras clínicas criavam uma perspectiva distorcida da realidade, pois fragilidades apresentavam todos aqueles que procuravam apoio em saúde mental, independentemente da orientação sexual.

definidos como doença mental deveriam ser incluídos e não todas as formas de desenvolvimento psicológico humano julgado pela profissão ou por alguns membros da profissão como inferior ao desejável (Bayer, 1987). Considerou que, para que um comportamento fosse definido como doença psiquiátrica, deveria ser acompanhado regularmente por um sentimento subjectivo de angústia e/ou alguma diminuição generalizada do funcionamento social. Neste sentido, a inclusão da homossexualidade requeriria o alargamento do conceito de doença por forma a incluir todas as condições como inferiores ao desejável.

A 15 de Dezembro de 1973, depois de considerada a proposta de Spitzer de se definir a homossexualidade como "uma perturbação da orientação sexual" e consideradas outras opiniões sobre a alteração da nomenclatura, o conselho da *American Psychiatric Association* votou unanimemente a aprovação da eliminação da homossexualidade do DSM-II :

> This category is for individuals whose sexual interests are directed primarily toward people of the same sex and who are either bothered by, in conflict with or wish to change their sexual orientation. This diagnostic category is distinguished from homosexuality, which by itself does not constitute a psychiatric disorder. Homosexuality *per se* is a form of irregular sexual development and like other forms of irregular sexual development, which are not by themselves psychiatric disorders, is not listed in this nomenclature of mental disorders. (Bayer, 1987, p.128)

A grande ênfase foi colocada nos direitos humanos. Os relatórios e referências preparados para os meios de comunicação sublinhavam o significado social desta alteração, declarando que não se tratava de considerar a homossexualidade "normal", nem desejável, ou em plano de igualdade com a heterossexualidade. Alfred Freedman, o então Presidente da *American Psychiatric Association*, declarou que, relativamente aos direitos cívicos, a *American Psychiatric Association* desejava juntar a sua voz à luta contra as práticas sociais irracionais que cruelmente haviam vitimizado os homossexuais, desejando que esta resolução pudesse ajudar a construir um clima que permitisse aos homossexuais darem a máxima contribuição à sociedade (Bayer, 1987).

Os opositores, por seu lado, argumentavam que haviam sido os direitos cívicos os responsáveis pela eliminação da homossexualidade; que o estigma da doença mental se tornara uma fonte de pânico e uma justificação para discriminação; que os psiquiatras politicamente liberais haviam permitido que os seus valores sociais interferissem nos seus julgamentos científicos; que os elementos que constituíam a direcção tendiam a ser psiquiatras mais novos, com menos experiência clínica em lidar com homossexuais, o que teria permitido que valores extra-científicos assumissem um

papel proeminente e distorcido. Referiam ainda que a direcção e os seus aliados haviam convencido a maioria dos votantes de que o estatuto da psiquiatria como profissão poderia sofrer se prevalecesse o antigo rótulo. Os opositores à decisão da *American Psychiatric Association* consideravam, pois, que se estava a misturar questões científicas com questões políticas, e que o seu papel era defender a ciência. Um dos opositores escrevia mesmo:

> I think the Board of Trustees did not have the strength and guts to resist superficial social pressure from homosexuals who, having a collective Oedipal complex, wish to destroy the American Psychiatric Association. It is a bad day for psychiatry. (Bayer,1987, pp.140 -141)

Enquanto para muitos psiquiatras envolvidos nesta decisão a mudança simbólica representada pela mudança de diagnóstico tinha grande significado em si, para os homossexuais foi um degrau importante no processo muito mais difícil de eliminar o padrão de práticas e valores anti-homossexuais da vida americana. Com este objectivo, proclamaram como necessidades anular a legislação sobre sodomia, que, embora raramente aplicada, servia de base a chantagem sobre homossexuais; alargar a legislação sobre direitos civicos às "minorias sexuais", defendendo a mesma protecção que havia sido atribuída às minorias raciais e éticas (emprego, aluguer de casa e habitação social); alterar as regulamentações que proibiam a naturalização de indivíduos identificados como homossexuais, excluindo-os do serviço militar e impedindo-os de ter acesso a trabalhos que envolvessem acessos restritos a locais com sistemas de segurança; rever textos oficiais que transmitissem visões negativas da homossexualidade. Tornou-se ainda relevante sublinhar as implicações da nova perspectiva oficial de diagnóstico relativamente à restrição que era feita ao direito de visita dos filhos, por parte de pais homossexuais, em caso de divórcio, bem como o direito à adopção.

Neutralizada a medicina como possível opositor, muitos activistas *gay* procuraram mobilizar o seu prestígio e recursos para objectivos socioculturais e políticos – legitimação social –, tendo havido por parte de alguns movimentos um apelo aos psiquiatras para pressionarem a revisão das políticas legislativas e de formação, uma vez que tinha sido a visão patológica da psiquiatria o factor responsável pelas políticas anti-homossexuais.

Apesar de a *American Psychiatric Association* afirmar o seu desejo de apoiar os direitos dos *gay*, houve, em geral, pouco interesse por parte dos psiquiatras em defender uma total legitimação social da homossexualidade. A grande oposição vinha por parte de

facções que consideravam que a integração plena dos homossexuais era uma ameaça profunda à moralidade e à família. Uma das políticas desenvolvidas dentro da *American Psychiatric Association*, através de grupos de trabalho então constituídos, foi avaliar o apoio clínico prestado a *gays* e lésbicas.

Em 1976, como resultado dos esforços realizados e com apoio de vários grupos religiosos e associações médicas, foi abolida a legislação sobre sodomia em 15 estados norte-americanos, e vários governos locais começaram a decretar protecção aos homossexuais nos seus códigos de direito civil.

Apenas em Março de 1977 surgiu um novo esboço do DSM-III e com ele novas polémicas, discussões, indecisões. O novo termo proposto e alvo de grandes discordâncias era "dishomofilia" ou "homodisfilia", devendo ser integrado a par do fetichismo, zoofilia, exibicionismo, voyeurismo. Esta proposta foi interpretada pelos membros mais liberais como um esforço de ver a homossexualidade como perversão. Finalmente, a edição de 1980 do DSM integrava uma entrada denominada "homossexualidade egodistónica", justificada com o objectivo de descrever indivíduos que tinham dificuldade em aceitar a sua homossexualidade, considerando-se esta dificuldade de auto-aceitação como uma perturbação psicossexual (McHenry & Johnson, 1993)[132].

Em Maio de 1983, e devido às fortes críticas à edição de 1980 do DSM[133] formou-se um grupo de trabalho para a revisão do DSM-III. Este grupo foi apoiado por mais de 25 comissões, não havendo nada agendado relativamente à questão da "homossexualidade egodistónica". Só em Dezembro de 1985, devido à reivindicação por parte de grupos de mulheres dentro da *American Psychiatric Association* e de outros grupos clínicos, de revisão de diagnósticos considerados inaceitáveis, esse diagnóstico começou a ser discutido, acabando por se encontrar um consenso que criaria uma categoria. Esta categoria designada por "perturbações sexuais não classificadas noutro local" aplicava-se ao tratamento de indivíduos que se sentiam angustiados na sua orientação sexual.

Seria Alan Malyon do *Comittee on Lesbian and Gay Concerns of the American Psychological Association* o principal impulsionador da eliminação da

---

[132] MacDonald (1976) afirmou ironicamente que, até então, se considerava doente o homossexual que se aceitasse e que, a partir de 1980, passou a considerar-se doente aquele que não se aceitava a si mesmo.

"homossexualidade egodistónica". Malyon considerava inconsistente com a estrutura do DSM criar uma categoria de diagnóstico baseada numa fonte de sentimentos disfóricos, defendendo que a sua inclusão no DSM-III reflectia uma recusa em ver a homossexualidade como uma variante normal. Baseando-se na defesa de Spitzer que considerava que aquela designação representava um compromisso com os diferentes posicionamentos, Malyon argumentava que, porque representava um compromisso entre aqueles que acreditavam que a homossexualidade era patológica e os que a consideravam como uma variante normal, tratava-se de um diagnóstico que resultava de um posicionamento político, não se alicerçando em qualquer base científica.

Nas discussões havidas, a polémica central tornar-se-ia a eliminação da palavra "homossexualidade" do manual de diagnóstico, para o que foi sugerida a classificação geral "sexualidade egodistónica", que poderia integrar um conjunto de situações. A recomendação da alteração da classificação foi aceite em 28 de Junho de 1986. A decisão final foi anunciada pelo então presidente da *American Psychiatric Association,* Robert Pasnau, da seguinte forma:

> The diagnosis [of ego-dystonic homosexuality] which has been in the manual since 1980 is seldom used. A review of the scientific literature over the last five years revealed only thirteen references to the term. Members of the gay and lesbian community argued that the category is discriminatory because other sexual disfunctions are not specific. Sex therapists say that the existing DSM-III category Psychosexual Disorders Not Otherwise Specified is sufficient . (citado por Bayer, 1987, p. 218)

Finalmente, o texto da *American Psychiatric Association*, relativo ao Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV), de 1994,[134] compreende um capítulo intitulado "Perturbações sexuais e de identidade de género" tendo como sub-títulos "Disfunções Sexuais", "Parafilias" e "Perturbações da identidade de género" incluindo este último no seu ponto F52.9 "Perturbação Sexual Sem Outra Especificação" [302.6] onde se pode ler:

"Esta perturbação é incluída para codificar uma perturbação sexual que não preenche os critérios para qualquer das perturbações sexuais específicas e não é nem uma disfunção sexual nem uma parafilia. Os exemplos incluem:

1- Sensações marcadas de inadequação no que diz respeito à *performance* sexual ou a outros traços relacionados com padrões de masculinidade ou feminilidade auto-impostos.

---

[133]Por exemplo, Hertum (1992) acusou a *American Psychiatric Association* de não ter desclassificado a homossexualidade, antes a ter meramente reclassificado.

1- Sensações marcadas de inadequação no que diz respeito à *performance* sexual ou a outros traços relacionados com padrões de masculinidade ou feminilidade auto-impostos.
2- Mal-estar quanto ao padrão de relacionamentos sexuais repetidos que envolvem uma sucessão de amantes que são vivenciados pelo sujeito como objectos para serem usados.
3- Mal estar persistente e marcado acerca da orientação sexual".

Em 1974, Gerald Davison, então Presidente da *Association for the Advancement of Behavior Therapy,* questionou a assistência terapêutica a homossexuais que voluntariamente procuravam um ajustamento heterossexual, argumentando que, com as condições existentes de homofobia da sociedade contemporânea, todos estes pedidos deveriam ser vistos como coercivos e os terapeutas que cooperassem neste objectivo deveriam ser vistos como agentes do preconceito social anti-homossexual (Bayer, 1987).

A 14 de Dezembro de 1998, a *American Psychiatric Association* declara a sua oposição ao tratamento psiquiátrico (que se justificava por se considerar que a homossexualidade era uma doença ou por se respeitar o desejo do cliente de mudança da sua orientação homossexual) censurando a terapia "reparativa" ou de "conversão" (que tem como objectivo mudar a orientação sexual de uma pessoa homossexual para heterossexual), pela inexistência de validação científica da sua eficácia. A reforçar esta determinação está a evidência de que este tipo de terapia pode ser destrutiva, causando depressão, ansiedade e comportamentos auto-destrutivos.

A Organização Mundial de Saúde tomaria dezassete anos depois uma decisão semelhante à da *American Psychiatric Association* no que diz respeito à eliminação da homossexualidade na sua Classificação Internacional de Doenças (CID). Uma diferença significativa observa-se nos poucos textos que comentam este processo, levado a cabo em Maio de 1990: ele decorreu sem qualquer oposição e por isso sem necessidade de voto, não tendo sido feito praticamente qualquer divulgação pública (Davies & Neal, 1997)[135].

[135] A primeira edição do CID, em 1948, apresentava a designação genérica de "inclinações ou comportamentos sexuais anormais" que não sirvam propósitos aprovados social e biológicamente", onde supostamente se incluiria a homossexualidade (Hertum, 1992).

A proposta de alterações ao CID-9 havia sido discutida com vários grupos internacionais de especialistas, centros que colaboravam com a OMS, agências governamentais e organizações não governamentais (incluindo a *Internacional Gay Association*) (Drimmelen-Krabbe, et al., 1994). Assim da 10ª publicação desta classificação Internacional de Doenças (CID-10), consta a categoria "Perturbações Mentais e Comportamentais associadas à orientação e ao desenvolvimento sexual" (F66) onde é claramente expresso que a orientação sexual não deve, em si mesma, ser considerada uma perturbação, e que integra uma sub-categoria designada por "orientação sexual egodistónica" (F66.1).

O Conselho da Europa havia já pressionado a OMS, em Outubro de 1981, no sentido de suprimir a homossexualidade do CID. Essa pressão expressou-se através de uma votação, realizada em Estrasburgo, (de resto muito significativa – num total de 88 votantes, observaram-se 61 votos a favor, 22 contra e 5 abstenções) (Mullol, 1985). Entre os considerandos que acompanhavam este convite à OMS encontrava-se a convicção de que a teoria que considera a homossexualidade, tanto masculina como feminina, como uma forma de perturbação mental não tem fundamentos sólidos científicos ou médicos e que a classificação de perturbação mental podia provocar aos homossexuais enormes dificuldades à sua plena realização social, profissional, e sobretudo psicológica, podendo ser utilizada em muitos casos como um pretexto para práticas psiquiátricas repressivas.

Entre as pessoas individuais que contribuíram, através de pressão sobre a OMS, para esta eliminação conta-se, segundo LeVay (1996), o nome de Gunter Dörner . De notar que Dörner, nos anos 70-80, havia desenvolvido uma série de teorias biológicas para explicar a homossexualidade, tendo mesmo considerado que as mães portadoras de fetos que se soubessem poder vir a ser homossexuais deveriam abortar[136]

Os temas de reflexão, investigação e debate passaram a centrar-se em torno da dificuldade da vivência do processo de desenvolvimento da *identidade homossexual* e da dificuldade de partilha, com os pais e os amigos, da própria homossexualidade, em suma, em torno do processo denominado "coming out", nas suas múltiplas definições apresentadas por Plummer[137]. Os discursos individuais com revelações íntimas e

---

[136] Cf. Ponto 2.2 do Capítulo III.

[137] Plummer (1996) chama a atenção para vários significados com que é utilizada a expressão "coming out" apresentando três: o de Simon & Gagnon que, em 1967, utilizavam a expressão para se referirem ao ponto, no tempo, em que se dava um auto-reconhecimento como homossexual e a primeira maior exploração da comunidade homossexual; o de Dank que, em 1971, assumia o significado que considerava

pessoais passaram a ser muito valorizados e cada vez mais discutidas publicamente as experiências dolorosas tidas com psiquiatras e outros profissionais de saúde mental.

* * *

Os movimentos sociais que vêm sendo referidos são responsáveis pela promoção de uma discussão mais aberta da sexualidade, que permite caracterizar a década de 60 como um período de "liberalismo sexual" que faz da revolução sexual o centro das mudanças sociais e por isso um drama público e nacional (Seidman, 1996). É uma época marcada por um grande consumo de informação sobre prazer sexual em que se assistiu a experiências de estilos de vida alternativos e a uma maior consciência e interesse pelas variações da sexualidade humana[138].

Se as organizações de homossexuais existentes na Europa no período anterior à Segunda Grande Guerra haviam desaparecido com a emergência do nazismo, um número crescente de grupos organizados e algumas publicações ressurgiriam no final dos anos 40 e início dos anos 50 (Bullough, 1994). A *Frente de Libertação Gay*, que, como se disse, havia surgido nos EUA no final dos anos 50, instalou-se em Londres no Outono de 1970, auto-definindo-se como uma "organização revolucionária" e introduzindo a homossexualidade como uma questão política. Em França desenvolveu--se igualmente, em Março de 1971, a partir da revolta estudantil de Maio de 1968, um pequeno movimento revolucionário, que rapidamente se extinguiu. Em Itália, na Alemanha, na Bélgica, na Holanda, bem como no Canadá, na Nova Zelândia e na Austrália, assiste-se ao nascimento de pequenos movimentos.

Em Portugal, a grande visibilidade da defesa de direitos dos homossexuais dá-se, como já houve ocasião de se referir, com a fundação da ILGA-Portugal, em 1995, "a primeira organização com o objectivo de prestar serviços e apoio comunitários" que, ao contrário da experiência de outros países nasceu a partir de "organizações de luta contra a Sida, em particular da Abraço" (Gameiro, 1998, p.199). O Grupo de Trabalho Homossexual (GTH-PSR), nascido dentro de um partido político (Partido Socialista Revolucionário), em 1991 tinha já desenvolvido algumas actividades de visibilização. A Opus *Gay* é

---

ser o utilizado pelos próprios homossexuais (o do processo através do qual cada um se assumia como homossexual, independentemente de esta identificação ocorrer ou não num contexto homossexual); e o significado utilizado pelos membros da Frente de Libertação *Gay*, para quem "coming-out" significa vir a público, revelando-se homossexual num mundo heterossexual.

[138] Grupos previamente ignorados, como é o caso dos deficientes, reclamam, nesta época, o seu direito ao prazer sexual (Bullough, 1994).

fundada em 1997, devido ao sentimento de insatisfação dos seus fundadores com a partidarização do GTH/PSR e com o discurso sobre Sida que consideravam caracterizar a ILGA .

Em Junho de 1998 estas três associações, em conjunto com a Abraço, produzem um manifesto ~~conjunto~~ comum onde enunciam "Dez Mandamentos" que expressam as exigências comuns (Câncio, 1999):

1. Explicitação no artigo 13º da Constituição Portuguesa da orientação sexual como um dos critérios pelos quais ninguém pode ser discriminado;
2. Legalização das Uniões de Facto, sem qualquer discriminação sexual;
3. Educação sexual nas escolas, que exponha a pluralidade das opções sexuais e afectivas;
4. Ensino nas escolas de história dos *gays*, lésbicas, bissexuais e transexuais;
5. Não discriminação no direito ao trabalho;
6. Não discriminação no acesso aos cuidados de saúde e garantia de confidencialidade de dados clínicos e pessoais;
7. Não discriminação dos *gays* e lésbicas como dadores de sangue;
8. Direito à adopção;
9. Não discriminação na atribuição e regulação do poder paternal;
10. Possibilidade de concessão de asilo político por perseguição baseada na orientação sexual

Foram ainda criadas, nos anos 70 (sem que tivessem contudo adquirido visibilidade social), algumas publicações ligadas a grupos de homossexuais femininas, de que são exemplos *Organa* publicada pela primeira vez em 1990 (hoje extinta) e *Lilás*, que teve a sua primeira publicação em 1993.

Júlio Gomes (s.d.) refere a existência de uma organização homofílica em Portugal denominada *Gay International Rights*, formada em Agosto de 1974, a "partir de um clube intitulado «Ainda há Amigos»" e, pelo que é possível perceber através da descrição do autor, o objectivo desta organização era a promoção de encontros e discussão de temas de interesse comum. A esta organização está associada a publicação do "primeiro jornal homossexual português «The Gay»". Supõe-se que terão existido alguns objectivos de intervenção e visibilidade, embora não concretizados, a avaliar pela afirmação "tentou-se efectuar uma manifestação guei (sic) em Lisboa que saiu gorada" (p.212).

As ciências sociais e a teoria e crítica feministas desempenharam um papel central nas mudanças que se vão verificar no entendimento da sexualidade, da família e do conhecimento científico.

No que respeita ao conceito de sexualidade, particularmente devido ao entendimento do determinismo biológico como responsável pelas diferenças entre os sexos, a teoria e crítica feministas propuseram a revisão do conceito de sexo, introduzindo a noção do conceito de "gender", "mudança política importante, porque deixa de implicar a diferença como determinada biologicamente, e por isso imutável, para a compreender como algo psico-social, logo mutável" (Nogueira, 1996, p .3)[139].

A diferenciação entre sexualidade e reprodução terá tido início no séc. XVIII, fomentada pela necessidade de limitar a dimensão da família. Este processo está actualmente concluído com o desenvolvimento de tecnologias reprodutivas. Com a deslocação da centralidade do papel reprodutivo, a sexualidade torna-se uma componente "integral" das relações sociais e a heterossexualidade, antes entendida como natural, deixará de ser um modelo padrão. A reprodução sofre um processo de socialização e a sexualidade passa a ser encarada na sua característica plástica isto é "descentrada e liberta das necessidades de reprodução do parentesco e das gerações" (Giddens, 1995, p.2).

Giddens (1995) sublinha que a modernidade conduziu, assim, a uma "incipiente substituição da perversão pelo pluralismo" (p.24), onde não só a própria vida social mas também aquilo que costumava ser «a natureza» começam a ser dominados por sistemas socialmente organizados. Utilizando a expressão "revolução sexual" para se referir aos acontecimentos relativos aos últimos trinta a quarenta anos, Giddens considera que os elementos básicos que os caracterizam são uma revolução na autonomia sexual feminina e o florescimento da homossexualidade masculina e feminina.

Gagnon e Simon publicam, em 1973, *Sexual conduct: The social source of human sexuality* onde recusam o entendimento da sexualidade como um instinto, motivação ou

[139] Note-se, como já foi referido na Introdução, que esta distinção teórica entre sexo e género tem sido posta em causa nos últimos anos, visto que a identificação do fenómeno meramente biológico que a palavra inglesa "sex" designaria depende dos estereótipos culturais da diferença sexual e da construção social do sexo correspondentes à noção de "gender", não podendo qualquer um destes conceitos ser concebível sem o outro (M.I.R.S.Santos, no prelo)

pulsões interiores ao organismo, e revelam uma preocupação com a identificação dos processos de construção social da sexualidade:

> Our concern here is to understand sexual activities of all kinds (however defined, good or evil, deviant or conforming, normal or pathological, criminal or noncriminal) as the outcome of a complex psychosocial process of development, and it is only because they are embedded in social scripts that physical acts themselves became possible (Gagnon & Simon, 1973, p.9)

A obra de Foucault (1994) é inequivocamente uma referência obrigatória quando se fala do desafio feito à noção de sexualidade, entendida como uma realidade biológica, não mutável, ou como uma força natural, pela ênfase que atribui ao papel das relações sociais humanas, da actividade produtiva e da consciência humana, nas formas de representação e vivência que as diferentes sociedades e culturas manifestam. Aquele autor falou sobretudo de disseminação dos discursos, tendo considerado que o fundamental eram os discursos existentes sobre a sexualidade, posição que foi alvo de criticas por restringir a sexualidade aos discursos que a constituíam.

Neste novo enquadramento, em que a sexualidade é vista como um processo político, social, económico e cultural, a história da sexualidade pode ser entendida como a história das relações sociais, isto é, de um objecto cujo significado e conteúdos se encontram num contínuo processo de mudança pois as relações sociais, tal como a herança biológica, criam condições e limitam as possibilidades da actividade individual (Padgug, 1989; Peiss & Simmons, 1989).

Alguns dos estudos empíricos, desenvolvidos antes da década de 70, haviam já questionado a associação entre homossexualidade e psicopatologia e foram utilizados como um forte argumento no processo de eliminação do estatuto de doença à homossexualidade. Uma linha de preocupação e de investigação, distinta da apresentada no capítulo anterior, vai ter início com os estudos de Kinsey publicados no final da década de 40 e início da década de 50. A abordagem da homossexualidade nos referidos estudos constitui um marco na sua abordagem empírica pela tentativa de integração. Kinsey recusou o sentido dicotómico de identidade que vinha sendo atribuído às manifestações do comportamento sexual e introduziu a noção de um *continuum* entre a homossexualidade e a heterossexualidade e afirma, através de dados empíricos, na sua publicação de 1948 sobre o comportamento sexual do homem, que 37% da população masculina dos Estados Unidos tinha na sua história comportamentos homossexuais e 4% os tinha em exclusivo durante toda a vida.

Outro trabalho de referência é o estudo de Evelyn Hooker sobre homossexualidade e psicopatologia, "The adjustment of the male overt homosexual" publicado em 1957, onde através da aplicação de testes projectivos e utilizando, pela primeira vez, como sujeitos da amostra de pessoas homossexuais elementos de uma população não clínica (homossexuais normais, no dizer de Hooker), se concluiria que não existem diferenças relativamente à propensão para psicopatologia entre homossexuais e heterossexuais e se argumentava que "a homossexualidade como uma entidade clínica não existia e que havia formas tão variadas de homossexualidade como de heterossexualidade" (Bullough, 1994, p. 267). Hooker foi das primeiras cientistas a afirmar que a "desadaptação" dos homossexuais observada pelos clínicos era resultante da vida numa sociedade hostil que os perseguia. Defendeu ser o objecto de escolha aquilo que em particular distinguia homossexuais de heterossexuais, tese que foi posteriormente defendida por Michael Schofield, no seu livro *Sociological aspects of homosexuality*, publicado em Londres, em 1965. No entanto, o ensaio sobre intolerância e o processo de discriminação e estigmatização, publicado por Erving Goffman, em 1963, tentou provar que, relativamente às características do estigma, a homossexualidade é invisível, criando uma necessidade constante de gestão do controle da informação, factor que poderia ser responsável pelas características referidas como semelhantes e manifestadas por distintas pessoas homossexuais (Bullough, 1994).

Desenvolveram-se ainda estudos na área da Antropologia e da Psicologia animal , como foi o caso do trabalho de Ford e Beach, publicado em 1951, onde são referidas diferentes significações atribuídas à homossexualidade, existentes em distintas sociedades, evidenciando a "normalidade" do comportamento homossexual, e questionada a perspectiva contra-natura, para o que é referida a manifestação de comportamentos homossexuais entre animais machos e animais fêmeas.

Após estes trabalhos, percursores de novas linhas de investigação da sexualidade em geral e da homossexualidade em particular, os estudos subsequentes vão passar a dividir-se em diferentes áreas: uma linha de investigação preocupada com o mito da existência de uma maior tendência para a psicopatologia por parte dos homossexuais repete os estudos iniciais de Evelyn Hooker ou mantém o mesmo objectivo com novos desenhos metodológicos e demontra que os indivíduos, os casais e a comunidade social de *gays* e lésbicas não mostram menores níveis de ajustamento social do que os seus pares heterossexuais (Pillard, 1988; Saghir & Robins, 1973; Weinberg & Williams 1974); estudos em que a preocupação central é entender a etiologia da

homossexualidade como uma questão de desenvolvimento da orientação sexual em geral, tanto homossexual como heterossexual (Hamer & Copeland, 1994; Le Vay, 1991; Money, Schwartz & Lewis, 1984; Pillard, 1986; Rice et al., 1995; Storms, Stivers, Lambers & Hill, 1981); trabalhos que têm deslocado a atenção de um modelo médico que sublinha as origens e o tratamento para um modelo afirmativo que investiga as formas como *gays* e lésbicas constroem e mantêm a sua identidade e lidam com problemas comuns do desenvolvimento, assumindo como objectivo a estabilidade da identidade sexual (Cass,1979; Coleman, 1982; Monteflores & Schultz, 1978; Plummer, 1996; Richardson, 1993; Rubio, 1996; Troiden, 1979); estudos sobre necessidades em saúde mental para *gays* e lésbicas que se focalizam no entendimento do impacto da opressão no funcionamento psicológico de grupos de pessoas homossexuais (Herek, 1989; Melton, 1989; Paul et al., 1982); um conjunto de estudos que se interroga sobre os estilos de vida de *gays* e lésbicas, o que tem permitido reestruturar a visão dos homossexuais como um grupo com características definitivas, para o reconhecimento da diversidade que existe entre eles[140] (Bell, Weinberg & Hammersmith, 1981).

Um número limitado de estudos tem demonstrado que, apesar da crença espalhada de que a orientação sexual é uma característica permanente, os indivíduos podem passar por uma ou mais redefinições da identidade sexual durante a sua vida (Pattison & Pattison, 1980; Ponse, 1978; Schippers, 1996). Assim, têm sido feitas análises no campo da sociologia sobre o papel das influências sociais e históricas na configuração do significado e expressão da homossexualidade (Boswell, 1980; Trumbach 1977; Weeks 1977); trabalhos que têm devotado a sua atenção à relação entre papéis sexuais e orientação sexual, investigação que aponta para o facto de o sexo se tratar de um factor de organização central para heterossexuais, lésbicas e *gays*, em experiências pessoais, valores e estilos de relação; alguns trabalhos têm questionado não apenas a relevância de se assumir a existência das categorias de homossexual,

---

[140] Estes estudos têm facilitado, por um lado, a consciência da semelhança entre heterossexuais e homossexuais e, por outro, chamado a atenção para os efeitos do sexo, etnicidade, raça, idade, estatuto socioeconómico, localidade geográfica e estilo de vida nas características evidenciadas por *gays* e lésbicas O estudo provavelmente mais abrangente, como refere Bullough (1994), foi o desenvolvido por Bell, Weinberg e Hammersmith (1981) sobre as vidas de um número significativo de homossexuais homens e mulheres em São Francisco: "um dos dados referidos pelos autores é que estes sujeitos referem ter relações mais pobres com os seus pais do que os membros do grupo de heterossexuais. Não é contudo claro se este relacionamento é devido à sua não conformidade sexual ou se a rejeição parental é causa da sua homossexualidade. O elemento mais comum na infância das lésbicas e dos homens homossexuais foi a não conformidade sexual. Muitos dos rapazes desenvolveram um padrão homossexual nos seus anos iniciais embora não existisse evidência de que isso se devesse a uma falta de oportunidade para interacção heterossexual (Bullough, 1994).

heterossexual e bissexual, mas também a assunção de que o desejo sexual corresponde a um fenómeno natural e universal.[141]

Em relação à concepção da família, uma sociologia da família, tal como surge articulada pela teoria crítica, realça igualmente a construção social deste objecto social, ao chamar a atenção para a sua dimensão histórica e cultural, retirando ao casamento e à família o carácter essencialista, institucional, natural e uniforme de que muitas vezes se reveste (Bawin-Legros, 1996).

A família, que já havia perdido a sua inicial função comunitária, foi passando progressivamente de um espaço privado ao local de afirmação do espaço privado de cada um, desempenhando um papel de facilitadora da realização da vida privada do indivíduo. Esta deslocação de objectivos altera a conceptualização de "instituição matrimonial" como o local de satisfação das necessidades afectivas e emocionais, para se tornar o local que possibilita e facilita a satisfação afectivo-emocional. Para além das transformações das exigências do casal, a própria família passa a ter distintas configurações:

> O lar constituído por um casal e filhos já não é a única norma (...) Há meio século a família era mais importante do que o indivíduo; agora o indivíduo é mais importante do que a família..[Actualmente] com excepção da maternidade, a família já não é senão a reunião de individuos que a compõem. (Prost, 1991, p.92)[142]

Os anos 90 são marcados pelo surgimento de uma "nova ordem sentimental", baseada no individualismo e na distinção entre o privado e o público. A moral doméstica (casar, manter a união, trazer crianças ao mundo...) deixa de ser uma obrigação imperiosa pelo que a instituição familiar passa a estar agora dominada pela lógica da autonomia e da realização pessoal. A união afectiva é pautada pela procura de felicidade, dando lugar à relação que Giddens (1995) define como relação pura, "uma relação de igualdade sexual e emocional (p. 4), uma relação social assumida em si mesma (...) e que dura apenas enquanto for considerada por ambas as partes uma fonte de satisfação" (p.39).

---

[141] Este desafio fundamental ao discurso tradicional sobre o desenvolvimento psicossexual resultou de três abordagens teóricas diferentes ao entendimento da sexualidade: a interaccionista (Gagnon & Simon, 1973;), a discursiva (Foucault, 1984) e a psicanalítica (Lacan, 1977).

[142] O desaparecimento gradual da família tradicional é previsto por Cornich , segundo Behnam, (1992), que afirma que "as pessoas viverão sozinhas ou em grupos de indivíduos sem ligação de parentesco ou de casamento".(p.124). Cornich considera ainda que a unidade natural da sociedade passará a ser o indivíduo e já não a família.

O feminismo desempenhou um papel relevante de crítica à ciência ao sugerir enviesamentos masculinos, nomeadamente "as lacunas e mesmo as falsificações e generalizações abusivas de um saber que identifica a masculinidade com o universal (Collin, 1991), e a exclusão ou a subordinação das mulheres, seja como objecto, seja como sujeito" (Nogueira, 1996, p. 172).

Por fim, um debate em aberto iniciado nos últimos anos centra-se na própria (re)conceptualização do conhecimento. Noções básicas da ciência moderna como "objecto", "universalidade", "descobrir", "observar" e "resultados" são questionadas pelo movimento intelectual que tem sido identificado como pós-modernismo e substituídas respectivamente por "sujeito", "local/social/contexto", "localizar", "leituras" e "interpretações" (Nogueira, 1996). No "paradigma emergente" (B.S.Santos, 1987), o conhecimento passa a constituir-se em redor de temas "adoptados num dado espaço e tempo por grupos sociais concretos com projectos de vida locais" (p. 47) e será considerado tanto mais rigoroso quanto mais restrito for o objecto sobre o qual incide.

Para Boaventura Sousa Santos (1987), neste paradigma do conhecimento, supera-se a dicotomia entre as ciências naturais e as ciências sociais, tendendo a discussão entre o natural e o social a ser fundida, de tal forma que "o mundo que é hoje natural, amanhã será ambos" (p.45). A pessoa é colocada enquanto autor e sujeito do mundo, no centro do conhecimento, e aquilo que se designa por natureza é colocado no centro da pessoa, recusando-se a natureza humana, pois se considera toda a natureza humana como um jogo:

> O jogo pressupõe um palco, o palco exercita-se como um texto e o texto é a autobiografia do seu autor. Jogo, palco, texto ou biografia, o mundo é comunicação e por isso a lógica existencial da ciência pós-moderna é promover a «situação comunicativa» tal como Habermas a concebe. (p.45)

As grandes narrativas de legitimação ou "metanarrativas" são rejeitadas por este novo paradigma e o conhecimento passa a ser entendido dentro da esfera das relações sociais e portanto, socialmente situado, procurando-se a compreensão do mundo e não a sua manipulação. Os princípios e as prioridades da modernidade são criticados pelos pós-modernistas como argumento para a ideia de que a modernidade é não uma força para a libertação mas, em última análise, uma fonte de subjugação, opressão e repressão. O que é apresentado como conhecimento "objectivo" é entendido pelo movimento pós-moderno como produzido do ponto de vantagem daqueles que podem mobilizar mais poder através do seu controle dos discursos dominantes (Lown, 1995), resistindo-se à dicotomia sujeito-objecto. Assiste-se a uma fragmentação temática (e

não disciplinar), avançando o conhecimento à medida que o seu objecto se amplia pela diferenciação e "pelo alastramento das raízes em busca de novas e mais variadas interfaces" (B.S. Santos, 1987, p. 47). Um conhecimento deste tipo será, para Sousa Santos, relativamente "imetódico" e constitui-se a partir de uma pluralidade metodológica.

A ideia de *self* como uma entidade estável e coerente e da identidade concebida como sendo relativamente estática e equilibrada - que reflecte a preocupação moderna com a ordem, a consistência e o previsível - é colocada em questão. Assume-se a existência de múltiplos *selves* em construção, sendo a identidade constituída e reconstituída relacionalmente (Gonçalves, 1995). Na psicologia assiste-se à emergência do "construtivismo de inspiração pós-moderna ou pós-estruturalista, modelo que pretende que os processos discursivos, não sendo reveladores de processos internos, constituem, em última instância, o objecto de estudo da psicologia" (p. 127).

Uma outra noção posta em questão, a partir dos anos 60, é a de saúde mental, facto que não surpreende, pois o grande questionamento tem exactamente a ver com a ligação íntima existente entre este conceito e os modelos socioculturais prevalecentes de comportamento apropriado e, num período caracterizado por desafios aos modelos sociais, a psiquiatria é naturalmente dominada por instabilidade e controvérsia interna. Vários foram os profissionais que denunciaram a dependência cultural das noções de normalidade e saúde, desenvolvendo-se uma corrente de anti-psiquiatria que "tem como crítica-chave o facto de os conceitos de saúde mental e de doença representarem uma extensão ilegítima das noções de saúde física e de doença" (Bayer, 1987, p.183).

Os fundamentos desta crítica haviam sido pela primeira vez defendidos por Talcott Parsons nos anos 50. Parsons, na sua análise sociológica do "papel de doente", demonstrou que a doença física e mental estava vinculada aos desvios. Esta posição, radical para a época, foi encontrando expressão noutros trabalhos mais tardios. Peter Sedgwick (1973), no seu ensaio "Illness-Mental and Otherwise", afirma que a "doença mental é uma construção social" (p. 27) e que a psiquiatria é uma instituição social que incorpora os valores e exigências da sociedade envolvente. Thomas Szasz, um dos críticos mais agressivos das noções de normalidade e saúde, defendeu que as ideias de saúde e de doença eram instrumentos de repressão social do "pior convencionalismo". Considerou que a psiquiatria tinha assumido a função social previamente desempenhada pelas instituições religiosas, garantindo assim o *ethos* social prevalecente que procurava redefinir desvios das normas éticas, políticas e legais

através da invenção e da expansão do conceito de doença mental. Para Szasz, o erro fundamental da psiquiatria foi considerar que os desvios das normas comportamentais eram, à semelhança dos desvios das normas biofísicas, doença:

> Today people are reluctant to make moral statements. We have no evil persons, only sick persons. Many use the authority of science to make wholly unscientific statements reflecting (...) our moral norms disguised as scientific statements of fact. (Citado por Bayer, 1987, pp. 86-87)[143]

Finalmente, a assunção errada de que a SIDA era uma doença resultante fundamentalmente de trocas homossexuais dos fluidos corporais promoveu uma significativa investigação sobre a homossexualidade, facilitando o crescimento da força das organizações de homossexuais e lésbicas. A SIDA tem permitido ainda, ironicamente, uma considerável atenção e divulgação de estilos de vida alternativos: "o significado de ser *gay* na cultura popular está actualmente nas primeiras páginas dos jornais e revistas, em parte devido à SIDA", escreve Herdt em 1996.

As políticas associadas à questão da SIDA têm conduzido progressivamente a um renascimento do movimento associativo homossexual[144], a ideia de uma política de minorias baseada na consideração de que a SIDA não toca todos da mesma maneira e que são as minorias mais oprimidas que constituem as primeiras vítimas. A expansão do movimento de direitos humanos de *gays* e lésbicas desafiou activamente a homofobia social e o seu impacto negativo, estendendo-se estes desafios do movimento à prática de psicoterapia (Bullough, 1994; Fillieule, 1998; McHenry & Jonhnson, 1993).

Várias novas interpretações da homossexualidade desenvolvem-se graças, em larga medida, à eliminação nos manuais médicos do conceito de homossexualidade como doença: o modelo afirmativo *gay*, o construcionismo social e a teoria *queer.* Essa eliminação conduziu à realização de estudos empíricos com a preocupação de verificar até que ponto os clínicos internalizaram essa medida e de que forma essa mudança foi sentida pelos clientes. Os próximos pontos debruçar-se-ão brevemente sobre estes modelos interpretativos e apresentarão uma síntese dos estudos empíricos realizados.

---

[143] Posição assumida por Szasz, em 1964, na Terceira Convenção das "Daughters of Bilitis", uma das primeiras grandes organizações de lésbicas dos Estados Unidos, contemporânea da Mattachine Society.
[144] Sublinhe-se, de novo, que, em Portugal, a força do movimento homossexual emergiu das necessidades de apoio a que a discriminação das pessoas seropositivas e homossexuais conduziu.

3.2. O modelo afirmativo *gay*

> Fed with the same food, hurt with the same weapons, subject to the same diseases, healed by the same means, warmed and cooled by the same winter and summer (...)? If you prick us, do we not bleed ?
>
> Shakespeare, The Merchant of Venice

Apresentação e Caracterização

O modelo de terapia afirmativa *gay*[145] trata-se, na realidade, não de um modelo teórico mas de um conjunto de princípios que deverão orientar a prática terapêutica com clientes homossexuais, particularmente com aqueles que apresentam dificuldades relativas à sua homossexualidade[146]. Em vez de diagnosticar, de tentar determinar os factores causais e de tentar a mudança da orientação sexual, o objectivo do terapeuta que partilha esta perspectiva é ajudar os clientes a aceitarem a sua orientação sexual:

> Gay affirmative psychotherapy is not an independent system of psychotherapy. Rather it represents a special range of psychologic knowledge which challenges the tradicional view that homosexual desire and fixed homosexual orientations are pathological. Gay affirmative therapy uses tradicional psychotherapeutic models but proceeds from a non tradicional perspective. This approach regards homophobia, as opposed to homosexuality, as a major pathological variable in the development of certain symptomatic conditions among gay men. (Maylon, 1985, p.69)

Segundo o modelo afirmativo *gay*, a homossexualidade é interpretada como uma estruturação da sexualidade humana de valor igual à heterossexualidade. O mal estar e sofrimento de muitos homossexuais é explicado como sendo o resultado da vitimização social a que estão sujeitos, resultante do preconceito e da discriminação, constituindo as pessoas homossexuais um grupo minoritário oprimido. Trata-se de um referencial

---

[145] Davies e Neal (1997) fazem equivaler a expressão "modelo afirmativo *gay*" a "modelo afirmativo da pessoa" (p.37). O modelo de terapia afirmativa *gay* foi desenvolvido fundamentalmente nos EUA. Davis e Neal afirmam, na publicação do seu livro *Pink Therapy*, em 1997, cuja primeira edição é de 1996, tratar-se do primeiro livro europeu sobre estas questões que revela alguma preocupação em fazer alguma adaptação ao contexto britânico. Em Portugal, o artigo de Isabel Menezes e Emília Costa, "Amor entre iguais: a psicoterapia da diferença", publicado já em 1992, que inclui simultaneamente a apresentação e análise deste modelo e a apresentação de casos clínicos, revela alguma reflexão, no nosso país, sobre estas práticas. Refira-se, contudo, e desde já, não ter sido encontrado este discurso na análise dos grupos de discussão.

[146] Os títulos de variados artigos esclarecem a aplicação deste referencial ideológico a qualquer modelo psicoterapêutico: "Affirmative dynamic psychotherapy with *gay* men" (Cornett, 1993), "Cognitive analitic therapy and homosexual orientation" (Denman & de Vries, 1998), "Radicalizing jungian theory" (Kulkami, 1998), "Acceptance and construction: Rational emotive behavior therapy and homosexuality" (Velten, 1998).

teórico que reflecte preocupações do humanismo liberal de promoção da felicidade/bem estar, satisfação sexual e melhores relacionamentos sexuais (Kitzinger 1995).

Uma das noções chave do modelo em análise é a noção de *desenvolvimento da identidade homossexual* ou "coming out"[147], segundo a qual, devido ao modelo heterossexual dominante, o sujeito homossexual passa habitualmente por um período de luto da sua heterossexualidade socialmente esperada e por várias fases até chegar à aceitação de si.

Os princípios fundamentais da perspectiva afirmativa encontram-se enraizados em conceitos desenvolvidos pela psicologia social, nomeadamente na psicologia do preconceito[148] e na forma de se lidar com as diferenças (no entendimento social das diferenças), o que conduziu ao desenvolvimento de outras noções, centrais a este modelo, como as de *homofobia*[149] e de *heterossexismo*[150]. O sofrimento e a presumível psicopatologia observada pelos clínicos em homens e mulheres homossexuais e

---

[147] *Identidade homossexual* e *coming out* são apresentados neste ponto como equivalentes. Os três diferentes sentidos de "coming out" foram já anteriormente apresentados.

[148] Note-se que as definições de preconceito e discriminação foram inicialmente desenvolvidas por Gordon Allport em 1954. No seu estudo sobre o preconceito racial, o preconceito é definido como uma antipatia baseada numa generalização inflexível sem fundamento. Pode ser sentido ou expresso e pode ser dirigido a um grupo como um todo ou a uma pessoa individual por pertencer a esse grupo. A discriminação surge quando é negado a indivíduos ou a um grupo de pessoas igualdade de tratamento (Davies & Neal, 1997, p. 42).

[149] Embora tenha sido Smith (1971) quem, pela primrira vez, usou o termo *homofobia,* é habitualmente atribuída a Weinberg (1972) a responsabilidade pela sua popularização . Weinberg definia, então, *homofobia* como o pavor em estar em espaços fechados com homossexuais. Mais tarde, em 1976, Lehne , (citado por Logan, 1996) redefine-o, passando *homofobia* a significar um medo irracional ou intolerância relativamente à homossexualidade. Foi também utilizado para definir os homossexuais que nutriam para consigo próprios um sentimento de aversão. O termo tem sido alvo de várias críticas, e foram feitas diferentes tentativas de o substituir, tendo sido propostas, como alternativa, outro termos como *homoerotofobia, homossexofobia, homossexismo, homonegativismo, anti-homossexualismo* (Davies, 1997a; Herek, 1991), mas nenhuma dessas expressões recolheu grande unanimidade crítica. São duas as razões apontadas para a recusa do termo *homofobia.* Por um lado, os dados empíricos não validam a classificação das atitudes heterossexuais contra os homossexuais como uma fobia, tal como esta é concebida em sentido clínico; embora limitados, os dados disponíveis sugerem que muitos heterossexuais que expressam hostilidade a *gays* e lésbicas não manifestam, em relação à homossexualidade, as reacções fisiológicas que estão associadas a outras fobias, o que permite argumentar que os indivíduos homofóbicos não são verdadeiros fóbicos, não sendo por isso clinicamente diagnosticados, nem indicados para tratamento (Herek, 1996; Logan 1996). Por outro lado, *homofobia* é um termo que contém a noção de uma entidade clínica, individual, e não de um fenómeno enraizado em ideologias culturais e relações intergrupos, ocultando a funcionalidade deste preconceito para quem o manifesta. Logan propõe, em alternativa, a expressão *preconceito homossexual* (*homoprejudice*), baseando-se na definição de preconceito de Aronson, segundo o qual se trata de uma "atitude negativa ou hostil face a um grupo distinto de pessoas, baseado em generalizações, resultantes de informação incorrecta ou incompleta" (p.32) .

[150] *Heterossexismo* foi um termo proposto por Stephen Morin em 1977, significando as crenças e atitudes que não atribuem o mesmo valor aos estilos de vida entre pessoas do mesmo sexo e do sexo oposto. De uma forma geral, o termo é utilizado para referenciar o sistema ideológico que nega, denigre e estigmatiza qualquer forma de comportamento, identidade, relacionamento ou comunidade não heterossexual. É, ainda, usado para caracterizar os preconceitos heterossexuais contra homossexuais bem como os comportamentos baseados nestes preconceitos - sugere paralelismo entre o sentimento anti*gay* e outras formas de preconceito como o racismo, o antisemitismo ou o sexismo. Um dos efeitos pragmáticos do heterossexismo é a necessidade de indivíduos homossexuais passarem por heterossexuais (Herek, 1996).

bissexuais passaram a ser conceptualizados não como resultado da homossexualidade *per se* mas como sintoma de *internalização da homofobia social*[151].

O objectivo fundamental do trabalho terapêutico no modelo afirmativo *gay* é ajudar os clientes a perceberem que o núcleo do problema não é a sua orientação sexual, mas o preconceito irracional, homofóbico, do meio no qual o sujeito se desenvolve. Vários autores são unânimes em considerar que o objectivo último de uma psicoterapia com clientes *gays* e lésbicas deverá ser o mesmo que com clientes heterossexuais, sublinhando contudo a importância do reconhecimento da recusa de conformismo à cultura dominante heterossexual, como forma de faciliar a aceitação explícita e o reconhecimento da homossexualidade (Cabaj & Stein, 1996; Marmor, 1998; McHenry & Johnson, 1993; Sophie, 1987). A terapia afirmativa *gay* possui ainda um objectivo pedagógico (Davies & Neal, 1997; Falco, 1996) equiparado ao do modelo da terapia feminista: o cliente deverá possuir vários níveis de informação tanto sobre o processo em que se encontra resultante de uma situação de vitimização social como sobre questões mais gerais ligadas a informação sobre a comunidade homossexual.

Aspectos históricos

Considera-se que o modelo afirmativo *gay* se desenvolveu em três gerações (Silverstein, 1991b). A primeira geração, situada antes da década de 70, foi constituída por clínicos que afirmavam a sua orientação homossexual e que desenvolviam um trabalho radical de luta contra a homofobia e o heterossexismo. O que é importante reter a propósito desta primeira geração é que se tratava de clínicos com um estatuto profissional pouco proeminente, e, portanto, com muito mais disponibilidade para a exposição pública, por oposição a psiquiatras e psicólogos *gay* que não estavam dispostos a perder o estatuto e reconhecimento institucional e que ocultavam, por isso, a sua orientação sexual.

A segunda geração, caracterizada por um investimento na formação, desenvolveu-se ao longo dos anos 70 (época em que foi reforçado o número de organizações que lutava contra a opressão) e teve como objectivo primário o ataque às instituições psiquiátricas. Os clínicos da segunda geração rejeitaram o modelo patológico e

---

[151]A partir do segundo sentido da noção de homofobia desenvolveu-se o conceito de *homofobia internalizada*, entendida como a hostilidade de *gays* e lésbicas à sua própria homossexualidade (Herek, 1996). Considera-se que todos os clientes homossexuais experimentam algum grau de homofobia internalizada devido ao facto de não ser possível um grupo estigmatizado poder escapar aos efeitos intrapsíquicos do estigma e sentirem um certo grau de ambivalência, culpa, e auto-aversão (MHenry & Johnson, 1993). De salientar que a interiorização destes preconceitos não é exclusiva dos homossexuais.

proclamaram a homossexualidade como um estilo de vida alternativo. Os terapeutas homossexuais empregues em instituições oficiais foram criando no seio dessas instituições grupos de trabalho sobre questões *gay*. Paralelamente, as comunidades *gay* criaram, em vários locais, centros de aconselhamento a *gays*. Baseando-se na rejeição do diagnóstico, o objectivo destes centros era oferecer um apoio alternativo à tentativa de alteração da orientação sexual, institucionalizada pela comunidade médica (Gonsiorek, 1985). A maior parte destes centros funcionava, sobretudo, com grupos de auto-ajuda e eram orientados exclusivamente por grupos de pares (não técnicos), embora nalguns casos a equipa integrasse díadas compostas por pares e profissionais[152]. É com esta "geração" que surgem as primeiras publicações de profissionais *gay*, sobre temas *gay*, para um público *gay*, com temática centrada na agressão às instituições que estigmatizavam a homossexualidade: Igreja, Estado, família e o poder psiquiátrico[153].

A terceira geração, iniciada nos anos 80, centra-se sobretudo no estudo das necessidades psicológicas da comunidade *gay,* identificando as práticas negativas de aconselhamento. Os centros acima referidos passam a exigir profissionais qualificados para a sua dinamização. Gonsiorek (1985) afirmava, já em 1982, que para a prática de intervenções afirmativas era condição necessária, embora não suficiente, o desenvolvimento de competências psicoterapêuticas e de competências de diagnóstico tradicional, devendo este ser realizado por especialistas sem preconceitos. Gonsiorek chama ainda a atenção para o facto de as taxas de problemas psicológicos serem iguais nas populações de homossexuais e de heterossexuais. As publicações sobre homossexualidade passam agora a centrar-se na visibilidade da vida de *gays* e lésbicas, no seu quotidiano e nos seus problemas. Os temas diversificam-se entre aspectos particulares da vida amorosa e sexual, o processo de desenvolvimento da identidade homossexual, experiências lésbicas, discriminação e direitos de homossexuais[154].

Um sentimento de auto-rejeição semelhante é descrito entre outras minorias, como por exemplo entre os negros e as mulheres.

[152] O psiquiatra Richard Pillard é exemplo de um clínico que apoiou o centro de aconselhamento de Boston.

[153] Em 1972, Weinberg publica *Society and the Healthy Homosexual*, um livro onde apresenta uma perspectiva positiva da homossexualidade e, em 1974, Silverstein publica o primeiro número do "Journal of Homosexuality".

[154] Existe uma vasta bibliografia sobre os possíveis efeitos nos clientes de atitudes e comportamentos homofóbicos ou heterossexistas assumidos por parte dos terapeutas e múltiplos artigos sobre intervenção em situações particulares . Veja-se a este propósito Davis e Neal (1997), que apresentam, em apêndice, uma bibliografia organizada por temas.

Uma das necessidades que estas gerações não resolveram foi, segundo Silverstein (1991b), o ensino de competências em psicoterapia; o que se fez foi sobretudo desenvolver modelos ideológicos, discutindo-se variáveis sociais e psicológicas que influenciavam a saúde mental dos homossexuais. Silverstein refere ainda uma falha na apresentação de estudos de caso, o que levaria os clínicos que desejavam trabalhar afirmativamente com clientes homossexuais a saberem melhor o que não fazer do que como intervir correctamente.

Gonsiorek (1988), numa outra sistematização, considera a existência de duas vagas na prática afirmativa *gay* e engloba estas três gerações definidas por Silverstein naquilo a que chama a primeira vaga. Define a primeira vaga como uma época em que se aceitou a orientação sexual de homossexuais como natural, ajudando-os a desenvolver estratégias de *coping* e a construírem um sentido positivo de identidade, ensinando-lhes o efeito das atitudes sociais, dos preconceitos, da discriminação e do heterossexismo, no funcionamento social. Situa o início da segunda vaga no final dos anos 80 e caracteriza-a por preocupações como: a utilização da educação, formação e linhas de orientação éticas e profissionais, bem como a investigação para reduzir os preconceitos; a integração de conceitos afirmativos *gay* nas teorias da personalidade; a reconceptualização de questões ligadas à sexualidade, aos papéis sexuais, à identidade, à intimidade, ao relacionamento familiar e aos estilos de vida.

Caracterização do perfil e das competências do clínico que desenvolve uma prática afirmativa *gay*

Entre as várias competências descritas como fundamentais no profissional que trabalha com *gays* e lésbicas salienta-se: i) a capacidade de análise dos próprios valores, atitudes e estilo de vida; ii) conhecimento dos factores de *stress* mais comuns aos homossexuais; iii) conhecimento de modelos de desenvolvimento da identidade homossexual; iv) conhecimentos adequados à realização de diagnósticos diferenciais.

i) Capacidade de análise dos próprios valores, atitudes e estilo de vida

É tarefa dos clínicos explorarem os seus próprios valores e atitudes e perceber os que podem *a priori* causar dificuldades em lidar com clientes homossexuais, de forma a trabalharem algum preconceito em terapia ou supervisão (ou mesmo, se necessário, indicarem outro terapeuta). Trata-se, reconhecidamente, de uma tarefa difícil para qualquer indivíduo admitir perante si próprio que tem preconceitos, sendo ainda mais

difícil para um clínico que, supostamente, tem como meta ser aberto e empático (Menezes & Costa, 1992).

Davies e Neal (1997, pp.28-29) apresentam uma lista de crenças e valores que, por serem obstáculo ao desenvolvimento de um trabalho afirmativo com clientes homossexuais, são motivo de indicação de outro colega terapeuta:[155]

- A homossexualidade é um comportamento contra Deus ou é um pecado;
- A homossexualidade é uma doença, é contra a natureza ou é uma perversão;
- A homossexualidade é uma experiência triste ou inferior à heterossexualidade;
- A monogamia é a única forma saudável de desenvolver um relacionamento sexual;
- Os relacionamentos homossexuais são pouco profundos, duram pouco ou são apenas sexuais;
- Os homossexuais tendem com mais frequência a abusar sexualmente de menores ou a ser perversos na sua sexualidade;
- Os progenitores homossexuais ou as famílias de homossexuais não existem nesse estatuto ou não têm valor equivalente aos heterossexuais;
- Os bissexuais devem decidir ser homossexuais ou heterossexuais.

ii) Conhecimento dos factores de *stress* mais comuns aos homossexuais

Os factores de *stress* mais comuns aos homossexuais, de que o terapeuta deverá ter conhecimento, são, segundo Falco (1996), os seguintes: necessidade de continuamente ter que decidir a ocultação ou a revelação da sexualidade; generalização da preocupação com a não revelação a outras áreas; falta de apoio; ausência de modelos e de história cultural; homofobia internalizada; desenvolvimento da identidade homossexual.

Uma vez que a orientação esperada é a heterossexual, qualquer variação a este padrão terá que ser referida. Perante novos relacionamentos, o sujeito homossexual terá continuamente que tomar uma decisão de revelação, omissão ou ocultação. Para análise desta decisão deverão ser tidos em conta os seguintes factores: estilo de personalidade; necessidade de privacidade ou de abertura; custos pessoais de ocultação ou de revelação; impacto de potenciais respostas por parte de outros;

---

[155] Davies (1997b),apresenta ainda, baseado em Don Clark , "Doze tópicos para formação" de profissionais em terapia afirmativa *gay* (p. 30.).

estrutura de personalidade e mecanismos de defesa em face da aceitação ou da aprovação.

A preocupação com a não revelação do sexo da pessoa com quem se tem uma relação requer uma constante censura. Pode assim instalar-se uma rigidez que se generaliza a outras áreas da vida, particularmente no que diz respeito às relações interpessoais. Quando o *self* está constrangido, a auto estima deteriora-se e há uma tendência para interpretar os aspectos ocultos como aspectos negativos. Os terapeutas podem ajudar os pacientes a desenvolver mecanismos de reacção positivos de forma a contrariar estes efeitos negativos.

O segredo em que muitas vezes se vive, resultante das atitudes culturais negativas, pode levar a um sentimento de isolamento sem qualquer rede de apoio. Naturalmente que é uma situação mais comummente vivenciada pelos sujeitos que recusam identificar-se como lésbicas ou *gays* e que não contactam com comunidades homossexuais. A agravar esta situação é constante a ausência de referências à homossexualidade no quotidiano: na escola, na televisão, na história, nas artes. O terapeuta pode apoiar os clientes aproximando-os da cultura homossexual tanto através da literatura como de acontecimentos sociais. A importância da existência de modelos sociais é de tal modo significativa que, segundo alguns autores, poderá fazer sentido, no caso de terapeutas homossexuais, a revelação da sua identidade aos pacientes (Cabaj & Stein,1996; Gonsierek, 1985; Sophie,1987).

Alguns pacientes apontam como causa para os seus sentimentos homossexuais acontecimentos negativos do seu percurso de vida, como se estes tivessem impedido o desenvolvimento da heterossexualidade. O medo de dizer aos outros, o julgar que a heterossexualidade é uma orientação superior, o desconforto na companhia de *gays* ou bissexuais, o facto de se ter relacionamentos de curta duração ou restringir os envolvimentos a pessoas indisponíveis, a necessidade de designar os(as) parceiros(as) por amigos(as), o não falar de questões ligadas ao amor ou ao sexo, são exemplos de indicadores da homofobia internalizada. Os dados obtidos em diversas investigações sugerem que um negativismo internalizado relativamente à homossexualidade está associado a uma série de perturbações psicológicas: depressão, sintomas somáticos, baixa auto-estima, solidão e desconfiança (Falco, 1996).

O reconhecimento da capacidade de amar pessoas do mesmo sexo é um processo complexo e frequentemente longo. A formação da identidade é um processo

desenvolvimental altamente individualizado e características como interesses eróticos, comportamento sexual, ligações emocionais podem ser fluidas e não definitivas. O terapeuta pode facilitar a avaliação de vários aspectos deste processo, ajudando o paciente a fazer escolhas de acordo com as suas características, estrutura de carácter, necessidades e a (in)capacidade de viver com incongruências.

iii) Conhecimento de modelos de desenvolvimento da identidade homossexual

Um outro conceito-chave da psicoterapia afirmativa é a noção de *identidade homossexual,* entendida como o resultado de um processo de desenvolvimento e resultante de um considerável número de trabalhos que se tem centrado no processo através do qual os sujeitos adquirem uma identidade diferente da heterossexual. A construção da identidade homossexual é apresentada por alguns autores numa perspectiva centrada no processo individual como progressão desenvolvimental através de estádios (Cass, 1984, 1996; Troiden,1993; Coleman, 1982; Rubio, 1996), ou numa perspectiva de um modelo interaccionista, centrada sobretudo na dinâmica entre o sujeito e o meio (Plummer, 1996), ou ainda numa perspectiva construcionista, centrada em ambos os níveis social e individual dependendo, assim, da história e das experiências de vida individuais e, simultaneamente, da forma como a sociedade e a subcultura homossexual representa a homossexualidade (Schippers, 1996). Este processo, várias vezes referido como "coming out", envolve frequentemente a necessidade de lidar com o luto, uma vez que a pessoa terá que reconhecer que os modelos e os sonhos que teve no passado terão que ser substituídos (Cabaj & Stein, 1996).

Cass (1996) sublinha a natureza construída do processo de formação da identidade homossexual, chamando a atenção para a necessidade de estar alerta a mudanças sociais que possam ocorrer. Da mesma maneira, refere a necessidade de se estar atento a diferenças culturais. Contudo, para Cass, embora o clínico deva ter uma visão ampla e aberta, deverá igualmente ser capaz de aceitar que os clientes desejam frequentemente persistir nas suas crenças essencialistas.

Estes modelos desenvolvidos de formação da identidade têm sido adoptados por profissionais de saúde mental como um instrumento útil para ajudar os clientes "a descobrirem-se a si próprios (...), sentir-se melhor sendo *gays*, lésbicas ou bissexuais(...), encontrar os seus verdadeiros *selves*". (Cass, 1996, p. 228)

O modelo de Cass (1996) fornece aos técnicos de saúde mental um número de linhas orientadoras de aconselhamento: usar com os clientes termos apropriados ao estádio de formação de identidade em que se encontram, para o que se torna necessário identificá-lo. Identificar o estádio no qual os clientes se encontram permite que o clínico se focalize em questões particulares desse estádio, em vez de abordar a homossexualidade em geral. Por exemplo, falar de aspectos ideológicos da opressão *gay* ou lésbica é inapropriado quando alguém tem sentimentos ambíguos relativamente à sua orientação homossexual (estádio 2) ou deseja encontrar outras pessoas homossexuais (estádio 3); aceitar o sentimento dos clientes face ao estádio em que dizem encontrarem-se, não devendo dominar a percepção do clínico; não considerar, por exemplo, que a idade é um factor desvalorizador; entender a diferença entre ter um comportamento homossexual e o sentimento de se ser homossexual ou lésbica. Se a presença de um comportamento homossexual, por um lado, não indica a existência de uma identidade, por outro lado, a ausência desse comportamento não está associada à inexistência de identidade. Embora diferentes pessoas se refiram a si próprias como tendo comportamentos ou identidades *gays* ou lésbicas poderão encontrar-se em estádios que reflectem diferentes necessidades, pelo que não deverão ser tratadas de igual forma.

É necessário reconhecer as diferenças individuais tanto dentro como entre os estádios: conhecer e ter em linha de conta as diferenças relativamente ao sexo entre diferentes grupos étnicos e religiosos; perceber que é importante a necessidade de contactos do cliente com outras lésbicas e outros *gays*. Nesse sentido, os clínicos necessitam de trabalhar questões pessoais, sociais e culturais que possam ser obstáculo a que os clientes façam estes contactos com sucesso ou no tempo certo; não considerar um estádio melhor do que outro ou qualquer sujeito como melhor do que outro devido ao facto de os seus sentimentos e comportamentos corresponderem a um estádio particular. Partindo do princípio que as nossas ideias sobre formação de identidade são guiadas por conceitos como maturidade e auto-realização, o clínico deverá tomar precauções em não aplicar este tipo de julgamento a clientes que se encontram em fases iniciais de desenvolvimento da identidade homossexual.

Cass recorda ainda o facto de o processo de formação de identidade não ocorrer de forma independente de outros processos e questões. Lidar com a doença, a idade, as mudanças de carreira, o casamento, as questões de diferenças étnicas, as dinâmicas familiares, as perturbações psicológicas e as mudanças para outro país, são exemplos de factores culturais, pessoais e sociais que podem interagir com o desenvolvimento do entendimento do cliente como bissexual, *gay* ou lésbica.

iv) Conhecimentos adequados à realização de diagnósticos diferenciais

Relativamente à necessidade de realização de diagnósticos clínicos e precisão nos diagnósticos diferenciais, merece ser sublinhado o facto de este modelo afirmativo ter estado originalmente associado a uma recusa da perspectiva técnica e paralelamente a uma recusa de qualquer tipo de diagnóstico. Utilizando a categorização de Silverstein (1991b), pode-se dizer que foi a terceira geração de profissionais empenhados no desenvolvimento de modelos afirmativos que alertou para a necessidade de, por um lado, desenvolver competências de diagnóstico e competências psicoterapêuticas e, por outro, conhecer e aplicar a informação que tem vindo a ser exposta.

Os diagnósticos diferenciais mais comummente referidos estão associados a perturbações bipolares, perturbações narcísicas, perturbações "borderline" e esquizofrenias' (Falco, 1996; Gonsiorek,1985; McHenry & Jonhson, 1993). Para a compreensão desta necessidade refira-se que as perturbações psicológicas provocadas pela necessidade de afastamento dos outros devido à ocultação da identidade ou à recusa de sentimentos desvalorizados socialmente podem levar a uma auto-negação e a uma baixa auto-estima, o que poderá desencadear processos semelhantes aos que se observam naqueles quadros clínicos. Gonsiorek (1985) adverte para a existência de um grande número de condições clínicas, em que os indivíduos manifestam comportamentos homossexuais, que se assemelham a uma crise de identidade sexual, quando na realidade se trata de comportamentos que fazem parte de uma psicopatologia séria. Por outro lado, o processo de "coming out" pode, nalguns sujeitos, provocar uma sintomatologia psiquiátrica que sugere séria psicopatologia, quando se trata apenas de uma dificuldade relativa à sua sexualidade. Finalmente, o processo de "coming out" pode ainda ser um elemento desencadeante de processos psicopatológicos em sujeitos que têm problemas severos, estando, neste caso, ambos os factores presentes.

Efeitos de acções/estratégias terapêuticas habitualmente utilizadas e analisadas numa perspectiva afirmativa como tendo impacto negativo

Grande parte da bibliografia sobre o modelo afirmativo assinala estratégias, comummente desenvolvidas pelos terapeutas, que deverão ser evitadas, entre as quais se apresentam a seguir as mais frequentemente referidas (Cabaj, 1988; Falco, 1996; McHenry & Johnson, 1993; Sophie, 1987). Embora estas estratégias tenham sido questionadas devido ao facto de pouco esclarecerem acerca das atitudes e estratégias correctas a assumir, considera-se fundamental a sua exposição pela pertinência na

questionadas devido ao facto de pouco esclarecerem acerca das atitudes e estratégias correctas a assumir, considera-se fundamental a sua exposição pela pertinência na análise dos discursos que são objecto da parte empírica do presente estudo: ler a ambivalência do cliente relativamente à orientação sexual, e os sentimentos negativos acerca da possível categorização como homossexual, como um indicador de heterossexualidade, explicando esta ambivalência como uma fase ou uma experiência; actuar como se a homossexualidade fosse irrelevante, desvalorizando as experiências do cliente e não questionar o seu impacto na imagem que este faz de si próprio; ignorar as tentativas, feitas pelo cliente, de atribuição da sua homossexualidade tanto a acontecimentos da vida como a referência às teorias existentes (assim reforçando a sua interpretação) ou ainda, activamente, perguntar-lhe qual a percepção que tem da(s) causa(s) da sua homossexualidade[156]; aceitar a descrição, feita pelo cliente, dos homossexuais como disfuncionais; indicar "biblioterapia" a pessoas que se tendem a isolar devido à dificuldade de aceitação da sua homossexualidade; não considerar a importância do reconhecimento e da aceitação da homossexualidade criando um "null environment"[157], que torna negativa a resposta do terapeuta, acabando por perpetuar a opressão social; pactuar com o secretismo do cliente – que o auto-protege do meio social opressivo – não questionando aspectos relevantes da sua vida; interpretar a depressão de uma forma limitada, não identificando a reacção de luto normal perante a perda da identidade heterossexual; interpretar a raiva do cliente dirigida contra a discriminação como uma reacção formativa ou um deslocamento e a sua recusa de leituras homofóbicas da homossexualidade como resistência ou posição defensiva e não como uma reacção saudável; comparar o desenvolvimento da identidade homossexual com um processo de desenvolvimento em que a orientação é heterossexual e extrapolar para os casais homossexuais o conhecimento que se tem acerca do desenvolvimento dos casais heterossexuais, desconhecendo factores característicos do relacionamento entre casais do mesmo sexo[158] e generalizar os relacionamentos homossexuais considerando-os todos iguais, não tendo em conta especificidades individuais; indicar terapia individual quando o problema é claramente de casal; fazer perguntas discriminatórias, ofensivas e reveladoras de ignorância como

---

[156] Promove-se, deste modo, uma cumplicidade com o terapeuta que poderá levar a que se passem anos, tentando explicar as causas da "perturbação", com uma focalização exagerada na identidade homossexual, à qual se atribuem todos os problemas, descuidando-se a identidade pessoal.

[157] No original "null environment", termo introduzido por Freeman, em 1979; refere-se ao impacto negativo da, pretensa, neutralidade do terapeuta: não permite apoio activo e constitui uma forma de discriminação passiva, por omissão de afirmação do cliente (Fassinger, 1991).

[158] Como exemplo de uma característica específica de um casal constituído por duas mulheres pode-se referir a fusão, que neste contexto é entendida como uma resposta normal a um ambiente hostil e associada a características do sexo feminino, cujo desconhecimento poderá mais uma vez induzir a diagnósticos de patologia.

do pai/mãe assumindo como irrelevante no processo de intervenção ou, ainda, afirmar que a criança está melhor com o progenitor heterossexual.

Princípios de intervenção

Sublinhe-se que o grande objectivo deste modelo teórico é a eliminação da homofobia internalizada e que essa eliminação irá permitir a aceitação da orientação sexual por parte do sujeito (Anthony, 1985; Baron, 1996; Garnets et al., 1991; Malyon, 1985; McHenry & Johnson, 1993; Neissen, 1993; Sophie, 1987). Um dos desafios lançados ao psicoterapeuta é a comunicação ao paciente da aceitação da sua orientação sem, contudo, minimizar os obstáculos reais envolvidos, pois se a comunidade em que o sujeito vive tivesse atitudes mais positivas face à homossexualidade, este provavelmente não teria recorrido a terapia. Dar permissão será então o primeiro degrau no trabalho com clientes homossexuais. Neste sentido, um factor questionado é a possibilidade de neutralidade terapêutica, considerada não só impossível como, neste caso, opressiva.

Os sentimentos negativos do cliente devido ao facto de ser *gay* podem surgir a qualquer momento no processo terapêutico, mais especialmente quando são explorados relacionamentos e interacções pessoais, incluindo o seu relacionamento com a família. A resposta considerada mais funcional e de maior suporte, nesta fase do processo, é reconhecer que a dificuldade que o cliente tem em se aceitar a si próprio se deve ao facto de sentir que as pessoas que lhe são significativas não o aceitam e, como resultado, temer ser aberto relativamente à sua identidade (Cabaj & Stein, 1996).

É necessário ter em conta a diversidade e a influência mútua de níveis de formação de identidade em geral, de desenvolvimento do *self* e da identidade homossexual. Desenvolver um processo de identidade homossexual na adolescência implicará um conjunto de tarefas desenvolvimentais no estabelecimento de intimidade diferentes das da pessoa que faz "coming out" aos 45 anos por exemplo, e que, previamente, ou evitou relações íntimas ou viveu relacionamentos heterossexuais. Ambos podem lidar com estádios prévios de aquisição da identidade homossexual, mas tiveram diferentes percursos de vida, pelo que o psicoterapeuta terá, como se disse, que ter em conta factores desenvolvimentais específicos de cada idade (Cabaj & Stein, 1996; Cass, 1996).

Ao fazer um levantamento da história desenvolvimental, é útil uma focalização na evolução da auto-consciência como homossexual e, particularmente, nos conflitos,

percepções e adaptações associados a esta questão. Deverão igualmente ser avaliadas as atitudes actuais e os ajustamentos à homossexualidade (Malyon, 1985). A baixa auto-estima, a falta de congruência psicológica, problemas com a intimidade, vulnerabilidade à depressão, são factores que estão associados aos efeitos da homofobia internalizada e que deverão ser eliminados. Como estratégias para esta eliminação são referidos o uso directo de confrontação, a interpretação e princípios de reforço (Malyon, 1985).

Neissen (1993) propõe como modelo de análise do impacto do heterossexismo o modelo conceptual de intervenção em crianças vítimas de abuso sexual. Considera que os efeitos da vitimização cultural se tornam mais claros para os clientes quando a vitimização é identificada como abuso. O impacto do heterossexismo nos sujeitos, à luz daquele modelo, pode ser descrito resumidamente através da existência de uma culpabilização dos homossexuais devido à sua homossexualidade ("os homossexuais são doentes e eu merecia ser controlado, castigado"), em vez do reconhecimento de que são vítimas de abuso de uma cultura heterossexista, e da frequente existência nos homossexuais de um auto-conceito negativo, durante o processo de "coming out", encarado como resultado da própria homossexualidade e não como consciencialização de um processo de vitimização ("vou para o inferno por ser *gay*"; "sou mau por agir de acordo com os meus desejos homossexuais"; "ninguém pode gostar de mim por ser *gay*, especialmente os meus amigos e a minha família").

O perpetuar destas crenças leva à auto-aversão ("vou matar-me"; "vou beber ou consumir drogas para me esquecer que tive relações sexuais com alguém do mesmo sexo"), associada a um sentimento de vergonha. Depois de anos crescendo a ouvir mensagens negativas sobre a homossexualidade, é inevitável que se internalize algumas destas mensagens e se comece a acreditar que "há algo de errado por ser *gay*" ("não presto", "não valho nada", "sou doente"). Quando a sociedade sexista inculca estes mitos e estereótipos, comete uma forma de abuso com consequências dolorosas e semelhantes às que resultam do abuso físico ou sexual. O resultado do sentimento de vergonha é habitualmente o isolamento e o sentimento de que se é o único com aquela característica. Não é surpreendente encontrar homossexuais em terapia referindo sentimentos de isolamento, medo, depressão, ansiedade, raiva e dificuldade de acreditar nos outros. Este medo de estar só num meio hostil tem sido referido como um dos factores associado ao elevado número de tentativas de suicídio observadas entre jovens homossexuais (Bell & Weinberg, 1978; Hammelman, 1993). Neissen refere ainda um *continuum*, relativamente à severidade da vitimização cultural, que vai de

entre jovens homossexuais (Bell & Weinberg, 1978; Hammelman, 1993). Neissen refere ainda um *continuum*, relativamente à severidade da vitimização cultural, que vai de formas mais sérias de vitimização, como assassínio e espancamento, a formas menos severas que incluem desvalorização pessoal ou verbalizações jocosas ou agressivas.

Em síntese, um plano de tratamento afirmativo *gay*, indepententemente do modelo psicoterapêutico utilizado (jungiano, Gestalt, sistémico, dinâmico, cognitivo-comportamental, humanista-existencial) deverá implicar a avaliação habitual dos síndromes clínicos, dos traços de personalidade e da abordagem que o paciente faz do mundo. Posteriormente, cada uma destas características poderá ser revista de forma a examinar como é que os efeitos de uma identidade culturalmente estigmatizada podem influenciar ou ampliar os sintomas apresentados. Deverá igualmente avaliar-se os efeitos da homofobia internalizada (Falco, 1996) .

Saliente-se que é assumido o pressuposto de que, em face da apresentação de outras problemáticas, e desde que estas não se relacionem com a homossexualidade, a homossexualidade num cliente que procura psicoterapia pode ter uma relevância semelhante à heterossexualidade, pelo que este "deverá ser tratado pelo problema que o traz à terapia e a preferência sexual deverá ser entendida como um dado adquirido (Marmor, 1998).

O modelo afirmativo *gay* assume, assim, que *gays* e lésbicas necessitam de um modelo particular de intervenção. Essa necessidade encontra a sua justificação nos processos de vitimização social a que este grupo está sujeito.

Os modelos interpretativos da homossexualidade que a seguir se expõem não desenvolvem formas de intervenção tão sistematicamente quanto este, existindo ainda um vazio teórico e bibliográfico entre o modelo e a aplicação clínica dos seus princípios.

3.3. O construcionismo social

> The moment when a feeling enters the body is political.
> This touch is political.
>
> Adrienne Rich The fact of a doorframe

O construcionismo social tem antecedentes históricos em várias escolas da Filosofia e da Psicologia, estando particularmente ancorado na perspectiva da filosofia nominalista,

segundo a qual as categorias são apenas nomes dados a coisas agrupadas segundo uma "ordem" criada (e não como resultado de uma percepção dita neutra e objectiva) de acordo com a esfera de necessidades das relações sociais (Boswell, 1990). As dicotomias (de que são exemplo feminino/masculino, homossexual/heterossexual, saúde/doença) aceites como factos objectivos são concebidas como convenções sociais e, como tal, específicas de um local e de um tempo particulares. Para os construcionistas sociais, o conhecimento não é um reflexo do mundo mas um produto do discurso, sendo fundamental, para a compreensão da emergência desse discurso, o entendimento dos processos através dos quais se descreve ou explica uma determinada realidade. Nesta perspectiva, o facto de uma ideia ser valorizada e sobreviver no tempo não reflecte a sua exactidão empírica, tratando-se antes de um resultado de processos de interacção social. Os métodos do construcionismo social representam uma nova forma de questionar e de compreender a linguagem, as metáforas e os pressupostos (Stein, 1998): no estudo da homossexualidade, por exemplo, em vez de se questionar a razão pela qual algumas pessoas são homossexuais, procura-se saber quais as condições sociais que permitiram a emergência da ideia de que a homossexualidade constitui uma identidade humana.

Como movimento importante para os estudos de *gays* e lésbicas o construcionismo social teve as suas raízes tanto a nível académico como no activismo político. No estudo da sexualidade em geral, e da homossexualidade em particular, a primeira expressão deste movimento encontra-se no artigo de Mary McIntosh, publicado em 1968, "The homosexual role". McIntosh, numa perspectiva funcionalista, distingue, pela primeira vez, comportamento homossexual de papel social homossexual:

> The role of the homosexual (...) does not simply describe a sexual behavior pattern. If it did, the idea of a role would be no more useful than that of a condition. (...) [S]exual behavior patterns cannot be dichotomized in the way that social roles of homosexual and heterosexual can. It may seem rather odd to distinguish in this way between role and behavior, but if we accept a definition of the role in terms of expectations (...), then, the distinction both legitimate and useful. In modern societies, where a separate homosexual role is recognized, the expectation, on behalf of those who play the role and of others, is that homosexual will be exclusively or very predominantly homosexual in his feelings and behavior". (McIntosh, 1996, p. 36)

Mais do que interessada em perguntar por que é que as pessoas se tornam homossexuais, McIntosh propõe um estudo das condições sociais que produzem a ideia de que a homossexualidade é uma identidade humana distinta, no sentido de excepcional, de desviante. Nesta perspectiva, a condenação da homossexualidade, considerada um problema social será entendida por McIntosh como uma estratégia de controlo social. A construção de um papel homossexual permitirá "manter pura a

A comunidade *gay* e lésbica dos anos 70 nos EUA esforçava-se por explicar a origem, o significado social e as mudanças sociais que ocasionaram o moderno homossexual. Os trabalhos desenvolvidos (Altman, 1982; D'Emílio, 1983; Faderman, 1981; Halperin, 1990; Plummer, 1981) contribuíram para a implementação de políticas que entendiam a homossexualidade como uma categoria social (e não como uma característica individual), ao identificarem os factores sociais que facilitavam a criação e a manutenção de uma identidade homossexual e que permitiam a identificação dos homossexuais como uma minoria social[159].

Referências importantes do desenvolvimento do construcionismo social nos estudos sobre *gays* e lésbicas são o artigo de Kenneth Plummer, publicado em 1975, "Stigma", e o livro de Jeffrey Weeks, *Coming Out* de 1977. Plummer, numa abordagem interaccionista, afirma que não se nasce homossexual, mas que homossexual é algo em que o indivíduo se pode tornar. Acrescenta ainda que o desejo sexual entre pessoas do mesmo sexo, embora possa ser inato, só é aprendido enquanto identidade homossexual através da interacção social. Weeks proporciona uma nova história e sociologia da sexualidade e, tal como McIntosh, distingue o comportamento homossexual que considera universal, da identidade homossexual que considera historicamente construída.

O primeiro volume da "História da Sexualidade" de Foucault, publicado pela primeira vez em 1976, é ainda um marco inequívoco da interpretação da sexualidade como uma manifestação humana, não apenas influenciada ou moldada por forças culturais, mas por elas criada, em alternativa à interpretação, até então dominante, da existência de um impulso sexual interno inerente ao ser humano.

A contribuição mais importante das discussões sobre os significados e as origens da sexualidade humana no âmbito do construcionismo social foi o questionamento e a destruição dos pressupostos tradicionais sobre a imutabilidade e a tendência *natural* de qualquer categoria, rótulo ou desejo sexual. A sexualidade é, à semelhança, por exemplo, do sexo e da raça, perspectivada como um elemento estruturante da vida social. A identidade, nesta óptica, passará a ser concebida como fluida, como o

---

[159] A abordagem da sexualidade que se realiza nestes trabalhos encontra-se já anteriormente desenvolvida pela crítica feminista lésbica, de que é exemplo o ensaio de Adrienne Rich *Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence,* publicado pela primeira vez em 1978, num número da revista *Signs* sobre sexualidade.

social. A identidade, nesta óptica, passará a ser concebida como fluida, como o resultado de condicionamentos sociais e modelos culturais de entendimento individual disponíveis, isto é, como resultado do "guião cultural das narrativas alternativas"

> The social constructionist perspective...asks us to turn the focus [regarding an individual's narratives] to the even wider realm of culturally dictated narratives. Though individuals may approach emotion-evoking situations with their own complex history, their repertoire of responses is not simply a function of this history, but of the culturally determined cenarios available to them. (Singer citado por Greenberg, 1995, p.271)

O construcionismo social é alvo de críticas por parte dos defensores de políticas de identidade e políticas minoritárias (Stein, 1998) pelo facto de, enquanto perspectiva de construção social da sexualidade, pressupor uma opção. A homossexualidade pode assim surgir associada a uma escolha voluntária da orientação sexual, o que parece dificultar (por se prestar mais facilmente à culpabilização) a aceitação, por parte da população em geral, dos comportamentos sexuais entre pessoas do mesmo sexo.

Terapia

Na área da saúde mental, em particular na prática clínica, é ainda escassa a utilização dos argumentos teóricos acima referidos tanto na avaliação como na intervenção com clientes *gays* e lésbicas. Neste sentido Stein cita Vance:

> Social construction theory may be the new orthodoxy in feminist, progressive, and lesbian and gay history circles, but it has made a minimal impact on mainstream authorities and literatures in sexology and biomedicine. These groups continue their investigation and theorizing from the assumption that sexuality is essential. (Stein, 1998, p.39)

Este vazio teórico na área da saúde mental é explicado por Stein, pela hegemonia da posição essencialista tanto no contexto da medicina em geral como no contexto da psiquiatria em particular, dominância que leva muitos psicoterapeutas a ignorarem o construcionismo social como perspectiva teórica. É ainda explicado pelo facto de a perspectiva afirmativa *gay* ter desenvolvido um trabalho que gravita em torno da necessidade de aceitação de uma identidade homossexual e dos mecanismos de adaptação a essa orientação.

Contudo, uma reflexão sobre o construcionismo social na prática clínica tem vindo a ser desenvolvida por alguns autores (Anderson & Goolishian, 1988; Gergen, 1985; Greenberg, 1995) que interpretam o *self* como uma narrativa, isto é, como uma construção que o sujeito faz de si próprio contando histórias sobre si, acabando por construir uma história sobre quem é :

> The self is best understood not as an empirical and transhistorical entity, but as a narrative, inextricable from its location in history and culture. This view has significant implications for psychotherapy. It suggests that therapy is a moral discourse, that its claim to authority is better understood as ideological than as scientific.(Greenberg, 1995, p. 269)

Os construcionistas sociais defendem assim a dimensão valorativa e ideológica na terapia e apoiam firmemente a ideia de que não existem verdades sociais inquestionáveis, mas apenas relatos do mundo, relatos que contamos a nós próprios e aos outros.

Dois dos princípios orientadores da terapia narrativa desenvolvida por Gergen são, como já se referiu, a noção de que o *self* nasce das relações em que se participa, estando por isso inevitavelmente associado ao momento histórico e ao lugar cultural, e que o objectivo terapêutico deverá ser tentar gerar um novo sentido, novas narrativas, novas construções, não esquecendo que as relações precedem o significado (Hoyt, 1994). Os significados, por seu turno, são construídos pelos indivíduos através do diálogo, visão que permite deslocar a terapia para uma posição mais hermenêutica e interpretativa.

Segundo a perspectiva construcionista, na terapia, a ênfase não é colocada nas mudanças mas sim na abertura de um novo espaço para a conversação. À medida que o diálogo se desenvolve, cria-se uma nova narrativa, a narrativa das histórias "ainda não contadas" (Anderson & Goolishian, 1988). Desta forma, o diálogo conduzirá a uma mudança no relato e na autonarração. Para que se atinja este objectivo – a criação de um tipo de "conversação terapêutica" em que cada pessoa fala *com* outra e não *à* outra, participando o terapeuta e o cliente no desenvolvimento de "novos significados, novas realidades e novas narrativas" (p. 49) – o terapeuta deve adoptar uma posição de ignorância, o que implica comunicar ao cliente uma genuína curiosidade. Não se negam os preconceitos que o terapeuta tem devido à sua experiência, mas espera-se que a escuta permita que essa experiência prévia não impeça o acesso ao significado que o cliente faz da sua própria experiência.

Alguns autores (Hart, 1981, 1984; Richardson, 1987; Schippers, 1989, 1996) que se têm debruçado sobre a integração dos princípios do construcionismo social na prática psicoterapêutica com *gays* e lésbicas referem as seguintes linhas de orientação: identificar as "crenças essencialistas" desenvolvidas pelos clientes relativamente à imutabilidade da sua orientação sexual; explorar o significado que cada cliente atribui ao facto de ser *gay;* dar ênfase ao papel do cliente na escolha da identidade sexual e

explorar as potencialidades e limitações associadas à adopção de uma identidade homossexual; compreender que a identidade e a orientação sexual estão abertas à mudança[160]existindo uma grande variabilidade e fluidez no desenvolvimento individual que conduz à possibilidade da mudança descontínua da orientação sexual - aspecto mais consistente com as experiências de muitas mulheres que, em geral, parecem experimentar mais fluidez na sua orientação sexual; assumir uma posição que não culpabilize as pessoas que recorrem ao terapeuta no sentido de explorarem os factores que contribuem para o seu desenvolvimento sexual bem como para a aceitação da modalidade sexual que, nesse momento, as caracteriza; assumir uma atitude de abertura relativamente a padrões sexuais futuros; distinguir dos problemas apresentados pelo cliente aqueles que estão relacionados com as características do papel sexual social daqueles que envolvem a orientação sexual; realçar os diferentes modos de expressão da homossexualidade e a variabilidade de emoções que lhe podem estar associadas; informar sobre as diferentes implicações do *coming-out* feito na década de 1950 e na década de 1990, com o objectivo de esclarecer acerca dos problemas específicos enfrentados por cada geração na relação com a sua homossexualidade (no contexto da mesma sociedade em diferentes locais geográficos ou diferentes momentos históricos).

Se o construcionismo social sublinha a homossexualidade enquanto construção social, preocupada com os processos que a ela conduzem, a teoria *queer* interroga a forma como a sexualidade estrutura as relações sociais. O próximo ponto tratará brevemente da proposta desta nova teoria, surgida nos últimos dez anos.

3.4. A Teoria *Queer*

> To live in one land is captivitie
>
> John Donne, Donne's Poems

O nível de elaboração subcultural nos EUA, assim como a tolerância social que as políticas identitárias *gay* haviam conquistado, foram postas em causa pela SIDA e pela emergência de restrições legais determinadas pelas novas políticas de direita – de que é exemplo, no Reino Unido, em 1988, a proposta legislativa de Margaret Thatcher, de

[160] A autora que faz esta proposta, Diane Richardson (1987), não deixa de alertar para o facto de o desejo de mudança poder decorrer, não raras vezes, da culpa de se ser homossexual, pelo que o terapeuta deverá explorar integral e profundamente a motivação para tal mudança.

condenação de qualquer discussão pública que transmitisse uma visão positiva da homossexualidade – que mobilizaram uma contra-reacção[161] à aceitação da homossexualidade o que, por sua vez, levou a uma reacção de defesa por parte das instituições *gay*. Tal reacção, que reforçaria o peso dessas instituições, sublinhou, simultaneamente, os limites das políticas de direitos minoritários e de inclusão. Este contexto social terá instigado, segundo Seidman (1996), a renovação do activismo radical através da implementação de políticas de confrontação, a constituição de alianças e o desenvolvimento de uma teoria crítica que ligasse a afirmação *gay* a uma mais ampla mudança institucional.

No início dos anos 90 emergiu nos EUA um movimento crítico que porá em causa a própria noção de identidade *gay* e lésbica e que veio a organizar-se sob a denominação de teoria *queer*[162]. É desenvolvida, por este movimento, uma interpretação da homossexualidade como um dispositivo de controle social e desencadeada uma forte crítica ao processo de assimilação social das diferenças, interpretação que desafia tanto a noção homofóbica como a assunção da teoria afirmativa da existência de uma identidade homossexual una. Os seus defensores criticaram a cultura *gay* dominante por considerarem que o conceito de identidade desvalorizava e excluía as diversidades de experiências, culturas, interesses, valores e formas de vida. É contestada a existência de uma experiência relativamente comum às pessoas homossexuais, nomeadamente a convicção de que todos os homossexuais vivenciam o *closet* e o *"coming out"*, como experiências que formam a base da sua identidade. Na perspectiva *queer,* o *"coming out"* é assim entendido como um processo de construção de uma identidade social, e não como um processo de revelação de natureza individual[163].

---

[161] Em inglês, "backlash"."Contra-reacção" é o termo proposto em português no "Dicionário Terminológico de Conceitos da Teoria e Crítica Feminista" organizado por A. L. Amaral e A. G. Macedo, realizado no âmbito do projecto "A sociedade portuguesa perante os desafios da globalização", do Centro de Estudos Sociais de Coimbra, a ser publicado brevemente.

[162] A institucionalização destes termos data de uma conferência realizada em 1990 na Universidade de Santa Cruz na Califórnia sobre "Queer Theory" (Barry, 1995). Note-se que o termo "*queer*" tem um significado pejorativo, de origem homofóbica. No *Concise Oxford English Dictionary* pode-se encontrar os seguintes significados de *queer:* estranho, singular, excêntrico, de carácter duvidoso, suspeito, desonesto; indisposto, vertiginoso, desmaiado; homem homossexual; estar em dificuldade, em dívida, em descrédito. Eve Sedgwick (Tendencies, xii) refere ainda que a palavra «queer» significa através de, tendo raiz na expressão indo-europeia - *twerw* – que também originou a palavra alemã *quer* (atravessar), o vocábulo em latim *torquecer* (torcer) e o inglês *athwart* (através) (ver entrada para "Teoria Queer", da autoria de Francesca Rainer, no "Dicionário Terminológico de Conceitos da Teoria e Crítica Femnista", referido na nota anterior)

[163] Não é contudo negado o importante papel pessoal e político que este processo pode envolver, reconhecendo-se que foi através da afirmação da identidade *gay* e lésbica que a comunidade se formou e que os movimentos de mudança social foram possíveis (Seidman, 1996).

É objectivo dos defensores deste posicionamento promover a visibilidade das diferenças existentes no seio da comunidade *gay* e lésbica, particularmente as práticas sexuais múltiplas e transgressoras que resistem a um modelo de estabilidade entre o sexo cromossómico, o sexo fenotípico e o desejo sexual e que tem na origem a heterossexualidade. Sob esta designação incluem-se a abordagem de tópicos como por exemplo o hermafroditismo, a ambiguidade sexual ou a cirurgia sexual correctiva.

As políticas ligadas ao corpo e à sexualidade são, pois, uma preocupação essencial para a teoria *queer*. Escreve Eve Sedgwick:

> Queer can refer to the open mesh of possibilities, gaps, overlaps, dissonances and resonances, laps and excesses of meaning when the constitutive elements of anyone's sexuality aren't made (or can't be made) to signify monolithically. (1993, p. 3)

As raízes deste posicionamento crítico encontram-se nos trabalhos pós-estruturalistas dos anos 80. Um dos objectivos-chave dos pós-estruturalistas é a desconstrução das oposições binárias, através da demonstração de que a distinção entre pares opostos não é absoluta, pois cada termo do par apenas poderá ser definido em função do outro e que, por outro lado, será possível inverter a hierarquia dentro de cada par e privilegiar o segundo termo em vez do primeiro. A teoria *queer* servir-se-á da perspectiva pós-estruturalista, questionando justamente o binarismo presente na formulação dicotómica dos conceitos de heterossexualidade e homossexualidade, interrogando-se sobre as formas através das quais "as nossas sexualidades são histórias complexas contadas por muitas vozes diferentes de muitas maneiras diferentes" (Alexander, 1997).

O feminismo lésbico radical, centrado na mulher e propondo o separatismo entre os sexos, fora igualmente criticado por lésbicas e feministas que questionaram a ideia de uma identidade sexual lésbica única, considerando-a antes uma identidade constituída por interesses políticos e sociais (Diana Fuss, 1992). Várias mulheres consideravam as suas experiências excluídas e estigmatizadas por aquela perspectiva, que entendia o desejo pelo sexo masculino como revelador da lógica da misoginia e da dominação, e defendiam ser a sexualidade e não o sexo (neste caso o ser mulher) o factor mais determinante da identidade pessoal. Neste sentido, enfatizavam o lesbianismo como uma forma de sexualidade e não como um elemento de ligação entre as mulheres ou uma forma de resistência ao patriarcado[164] .

---

[164] A proposta de Adrienne Rich, já no final dos anos 1970 de um "continuum lésbico" (em inglês "*lesbian continuum*") vai ao encontro desta questão. No ensaio, já aqui citado, "Compulsory heterosexuality and lesbian existence", Rich distingue entre "existência lésbica" e "*continuum* lésbico", acentuando no primeiro

Nos estudos sobre *gays* e lésbicas assiste-se, assim, a uma mudança, simultaneamente disciplinar e conceptual, à qual estão associados académicos da área das humanidades, particularmente teóricos da literatura influenciados pelo pós-estruturalismo e pela visão psicanalítica lacaniana (Eve Sedgwick, 1994; Judith Butler, 1990; Teresa de Lauretis, 1991; Diana Fuss, 1992, entre outros). Os "teóricos *queer*" argumentam que as identidades são múltiplas ou pelo menos compostas por um número infinito de possibilidades em que as componentes da identidade (sexo, raça, orientação sexual, classe, nacionalidade, idade) se podem combinar de uma forma arbitrária, instável e, ainda assim, exclusiva. Neste sentido, propõem, em alternativa à investigação sobre minorias, a realização de estudos alargados sobre a construção das sexualidades e da sexualização da vida social, procurando não somente compreender o desejo mas perceber o lugar que ele tem na vida social do sujeito. Para Sedgwick (1998), por exemplo, o objectivo desta abordagem será o desenvolvimento de uma política que seja, simultaneamente, não separatista e não assimilacionista. Rosemary Hennessy (1994) argumenta que o projecto *queer* tenta recuperar as diferenças e os silêncios erradicados pelos binarismos homossexualidade/heterossexualidade:

> [the queer project] marks an effort to speak from and to the differences and silences that have been suppressed by the homo-hetero binary, an effort to unpack the monoliithic identities «lesbian» and «gay», including the intricate ways lesbian and gay sexualities are inflected by heterosexuality, race, gender, and ethnicity. (pp. 86,87).

Os teóricos da crítica *queer* procuram mudar o debate oferecido pelo construcionismo social relativamente à explicação do processo de construção social do moderno homossexual para a desconstrução do binarismo heterossexual/homossexual. Assim, de uma tentativa de explicação exclusiva da homossexualidade evolui-se para uma focalização na heterossexualidade entendida como um princípio organizador social e político. Em lugar de políticas centradas nos interesses das minorias desenvolvem-se "políticas de conhecimento" (Seidman, 1996) e de diferença e sugere-se que o estudo da homossexualidade não deve ser um estudo de uma minoria - a construção da lésbica ou do *gay* - mas um estudo dos conhecimentos e práticas sociais que organizam a sociedade como um todo através da sexualização (heterossexualizando ou homossexualizando) dos corpos, dos desejos, dos actos, das identidades das relações sociais, do conhecimento, da cultura e das instituições sociais. Passa-se ainda de uma preocupação exclusiva com a opressão e a libertação do sujeito homossexual para uma

---

caso, a componente genital nas relações entre mulheres e, no segundo caso, as próprias relações e ligações afectivas entre mulheres, de que poderá estar ausente essa componente genital.

análise das práticas institucionais e dos discursos que produzem conhecimentos sexuais bem como das organizações da vida social, atendendo particularmente à forma como estes conhecimentos e práticas sociais reprimem as diferenças. Desta forma, "a homossexualidade, a bissexualidade e a heterossexualidade são todas re-interpretadas como etiquetas sociais e possibilidades limitadas – não como ontologias fixas", o que se pretende é mostrar como "todas as orientações sexuais são delimitações e reduções das inúmeras possibilidades oferecidas pelo corpo" (Alexander, 1997). Em lugar de uma visão da afirmação da identidade como necessariamente libertadora defende-se uma visão da identidade como uma estrutura disciplinadora e reguladora que, funcionando como um suporte de definição do *self* e dos comportamentos, exclui um leque de possíveis formas de estruturar o *self*, o corpo, os desejos, as acções e as relações sociais. Finalmente, procura-se transformar a teoria sobre a construção do homossexual numa teoria social geral ou num ponto de vista de análise das dinâmicas sociais.

As críticas feitas a este movimento centram-se num cepticismo em relação aos seus efeitos pragmáticos. Uma das reacções foi a tentativa de reafirmar a homossexualidade inscrita no corpo, tal como fez Richard Pillard e Simon LeVay, de forma a unir os homossexuais permitindo-os ultrapassar o desacordo interno e a defendê-los do ataque provocado pelas reacções à SIDA. Altman (s.d.) questiona a sua utilidade como estratégia de intervenção política ou como forma de entender as relações de poder, reconhecendo-lhe, no entanto, uma grande utilidade na crítica estética. É assim que Altman chama a atenção para o facto de o conceito de *queer* ser muito produtivo na leitura de filmes como "Orlando" ou "Jogo de Lágrimas" , o mesmo não acontecendo quando o que está em causa são estratégias políticas ou relações sociais de poder. Também uma das críticas feita por parte de alguns movimentos feministas à teoria *queer* é que esta perpetua a subserviência patriarcal dos interesses das mulheres aos homens (Barry,1995).

* * *

Este ponto pretendeu descrever a emergência de perspectivas sociais de interpretação da homossexualidade. O desenvolvimento do modelo afirmativo *gay*, em particular, desencadeou a realização de uma série de estudos empíricos centrados, por um lado, na detecção dos níveis de satisfação de clientes *gays* e lésbicas, e, por outro, na identificação, à luz desse modelo, das atitudes favoráveis e desfavoráveis dos técnicos

de saúde na intervenção clínica com clientes homossexuais. Destes estudos dar-se-á conta no próximo ponto.

4. ESTUDOS EMPÍRICOS SOBRE ATITUDES DOS TÉCNICOS DE SAÚDE MENTAL PERANTE A HOMOSSEXUALIDADE E DE ANÁLISE DO SIGNIFICADO ATRIBUÍDO À HOMOSSEXUALIDADE DO CLIENTE NA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA, BEM COMO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS CLIENTES

Os acontecimentos descritos ao longo deste capítulo, nomeadamente a eliminação da homossexualidade do DSM III e o desenvolvimento de uma perspectiva afirmativa de enquadramento da homossexualidade, conduziram a uma série de estudos empíricos sobre atitudes dos técnicos de saúde mental perante a homossexualidade, e sobre a análise e avaliação do processo terapêutico com clientes homossexuais. Estes estudos possibilitam, por um lado, a análise das mudanças que vão sendo realizadas a nível da interpretação da homossexualidade por parte dos técnicos de saúde mental e, por outro lado, o conhecimento das práticas terapêuticas implementadas numa fase de emergência de novos modelos abrangentes. Algumas destas investigações reflectem sobre as implicações e o significado das intervenções para os clientes. Uma síntese da revisão efectuada aos estudos será apresentada através da descrição, num primeiro momento das características gerais e dos desenhos experimentais, e seguidamente dos principais resultados e conclusões. A estrutura de apresentação dos resultados obedece a uma grelha de leitura por mim criada que corresponde à categorização elaborada no estudo empírico, de forma a facilitar o processo comparativo.

Características gerais

A maioria das investigações foram realizadas nos Estados Unidos a partir de 1973. Apenas na segunda metade da última década foi possível encontrar pesquisas semelhantes, ainda em escasso número, nalguns países da Europa, nomeadamente Alemanha (Biechele, 1996), Reino Unido (Golding, 1997; Annesley & Coyle, 1998), Itália (Graglia, 2000) e Suíça (Frossard, 2000). Estes estudos enquadram-se no modelo "humanista liberal" (Kitzinger, 1985), que entende a perspectiva afirmativa de intervenção com clientes homossexuais numa óptica essencialista.

Quanto ao âmbito de análise, alguns destes estudos centram-se exclusivamente em atitudes, crenças ou valores de técnicos de saúde mental em face da homossexualidade (Davison & Wilson, 1973; DeCrescenzo,1984; Friedman & Lilling, 1996; Jensen & Bergin, 1988), enquanto outros são mais focalizados no próprio

processo terapêutico. Estes últimos, além das atitudes, fazem um levantamento do conhecimento dos clínicos sobre as especificidades da abordagem terapêutica a clientes homossexuais, das necessidades e dificuldades sentidas em lidar com a homossexualidade dos clientes e das estratégias utilizadas (Annesley & Coyle, 1998, Biechele, 1996; Frossard, 2000; Garnets et al.,1991; Golding, 1997; Graglia, 2000; Graham et. al., 1984; Liddle, 1996, 1997, 1999a, 1999b McHenry & Johnson, 1993; Milton, 1998; Sorensen & Roberts, 1997). Alguns desenhos experimentais de ambos os grupos das investigações apresentados (atitudes e aspectos clínicos) procuram correlacionar atitudes com as diferentes formações teóricas e/ou profissionais (DeCrescenzo, 1984; Graham et al., 1984; Liddle, 1999a). Baseados em resultados destas pesquisas existem uma série de estudos de reflexão sobre necessidades de formação. Estes trabalhos serão pontualmente referidos pelas importantes propostas temáticas que apresentam e que permitem assegurar uma efectiva prática terapêutica afirmativa (Baron, 1996; Buhrke, 1989; Burhke & Douce, 1991; Dworkin & Gutierrez, 1989; Glenn & Russel, 1986; McHenry & Johnson, 1993; Graham et al., 1984; Iasenza, 1989).

Os estudos centrados na análise do processo terapêutico utilizam testemunhos dos diferentes protagonistas. Uns trabalham com amostras constituídas por clínicos (Biechele, 1996; Garnets et al., 1991; Graham et al., 1984; Graglia, 2000; Rudolph, 1989), outros com amostras constituídas por clientes (Annesley & Coyle, 1998; Golding, 1997; Lidlle, 1996, 1997, 1999a, 1999b; Sorensen, & Roberts, 1997), e um terceiro grupo compara depoimentos de clientes e de clínicos (Frossard, 2000).

Os estudos realizados com amostras de clínicos revelam diferentes preocupações. Nuns casos, não se distinguem domínios profissionais, referindo-se genericamente a clínicos ou terapeutas (Frossard, 2000). Noutros casos, a preocupação é com a análise exclusiva de um grupo com uma determinada formação teórica (terapeutas comportamentais – Davison & Wilson, 1973 –, psicanalistas – Friedman & Lilling, 1996) ou com uma formação profissional particular (psicólogos – Garnets et al., 1991).

Do ponto de vista metodológico, a maior parte dos estudos utilizou a aplicação de questionário(s) construído(s) para a investigação ou adaptado(s) de estudos existentes, que incluem nalguns casos questões abertas. Poucas pesquisas utilizam processos metodológicos distintos. Um dos estudos (Frossard, 2000) utiliza uma entrevista semi-estruturada e outro (Annesley & Coyle, 1998), mais próximo da presente investigação, uma entrevista aberta, sendo a *grounded theory* o modelo de análise de dados

utilizado. Todos os autores referidos advertem para a impossibilidade de generalização dos seus resultados.

Estudos sobre atitudes

As investigações sobre atitudes, crenças ou valores sugerem que "uma grande proporção" de técnicos ainda mantém configurações negativas face à homossexualidade e, consequentemente, práticas terapêuticas "desapropriadas para esta população" (Annesley & Coyle, 1998; Garnets et al., 1991; Graham et. al. 1984; Liddle, 1996, Morgan e Nerison 1993; Rudolph, 1989). Na maior parte dos estudos, o número de profissionais que refere a homossexualidade como patológica já é muito pequeno, sendo, contudo, elevado o número de técnicos que ainda manifesta crenças teóricas relativas a modelos desenvolvimentais e psicodinâmicos subjacentes à noção de patologia. Estes dados permitem concluir que se mantém uma imagem de défice ou atitudes heterossexistas face às pessoas homossexuais (Davison & Wilson, 1973; Friedman & Lilling, 1996; Frossard, 2000; Graham et al., 1994; Richardson, 1993). Exemplo destas posições é, no caso de défice, acreditar-se que os homens homossexuais têm desejos heterossexuais inconscientes ou medo do genital feminino (Friedman & Lilling, 1996). Numa perspectiva etiológica, a homossexualidade é o resultado de um desenvolvimento psicossexual imaturo ou anómalo (Richardson, 1993) ou uma consequência da vivência de acontecimentos considerados traumáticos (Frossard, 2000). No caso das atitudes heterossexistas, observa-se uma posição de valorização hierárquica distinta que tende a considerar os homossexuais como incapazes de relacionamentos válidos e de um ajustamento social tão bom como os heterossexuais (Annesley & Coyle, 1998; Graham et. al.,1984).

Estas atitudes que se vêm a reflectir no nível de insatisfação sentido pelos clientes são interpretadas como resultado de ignorância e de preconceitos, (Liddle, 1997; Rudolph, 1989), pelo facto de não existir um modelo único que tenha substituído o de patologia (Richardson, 1993). De acordo com Liddle (1997), a ignorância é o factor de maior relevo.

Nos estudos que comparam as atitudes de profissionais de diferentes formações os psicólogos são referidos como os técnicos menos homofóbicos (DeCrescenzo, 1985) e os assistentes sociais (DeCrescenzo, 1984) e os psiquiatras (Liddle, 1999a) como os mais homofóbicos. Estes dados são relevantes para fomentar, por um lado, uma investigação sobre a bibliografia utilizada na formação e, por outro, uma maior necessidade de integração destes temas na sua formação inicial.

Estudos de análise do processo terapêutico

Um facto generalizadamente referido é a existência de uma grande percentagem de homossexuais que recorre a apoio de serviços de saúde mental (Liddle, 1997; Sorensen & Roberts, 1997; Rudolph, 1989). Quando comparados com amostras de heterossexuais dados de investigação "mostram" também que aqueles têm processos terapêuticos mais longos e procuram um número maior de terapeutas (Liddle, 1996).

Este facto é justificado pela dificuldade em viver numa sociedade que valoriza o modelo heterossexual, discriminando outras formas de vivência da sexualidade. As pessoas homossexuais para além de poderem ter as mesmas dificuldades que as pessoas heterossexuais estão ainda sujeitas à discriminação, à opressão, ao estigma e ao isolamento. Sublinhe-se, paralelamente, a dificuldade de acesso a redes de apoio não profissional, como a família e grupos religiosos. Outra hipótese explicativa é que alguns clientes fazem a selecção do terapeuta a partir da primeira consulta conforme o grau de empatia e a percepção da posição do terapeuta face à homossexualidade. Esta informação revela que o número de terapeutas procurados pode, na realidade, não corresponder ao número de serviços recebidos (Liddle, 1996).

Apresenta-se de seguida as investigações sobre os processos de psicoterapia em função das seguintes categorias de análise, por semelhança às que serão utilizadas na parte empírica desta dissertação: os motivos que levam à procura de apoio; o significado atribuído à homossexualidade na avaliação do pedido do cliente; o conhecimento dos profissionais de saúde mental acerca dos estilos de vida de *gays* e lésbicas e sobre a abordagem clínica a clientes homossexuais; objectivos definidos pelos clínicos relativamente à intervenção a realizar; estratégias de intervenção utilizadas; preocupações e dificuldades pessoais sentidas pelos terapeutas. No caso dos desenhos de investigação que integram a perspectiva dos clientes, estes estudos avaliam ainda o grau de satisfação com a intervenção e as necessidades sentidas.

(i) Motivos que levam à procura de apoio

Os motivos mais comummente referidos, por parte de clientes homossexuais, como tendo levado à procura de apoio terapêutico são sentimentos de tristeza ou depressão, *stress* por ansiedade, problemas de relacionamento amoroso, problemas familiares, problemas profissionais. Em todos os estudos revistos, as percentagens apresentadas relativas a dificuldades relacionadas com a auto aceitação da orientação sexual são

sempre consideradas baixas (Anneslay & Coyle, 1998; Bradford & Ryan, 1988; Sorensen & Roberts, 1997; Frossard, 2000).

(ii) Significado atribuído à homossexualidade na avaliação do pedido do cliente

Quanto ao significado atribuído à homossexualidade no processo de avaliação do pedido dos clientes, o estudo de Garnets et al. (1991) é o que mais pormenorizadamente desenvolve este tópico e ao mesmo tempo sintetiza, antecipando-as, as posições posteriormente referidas noutros estudos (Liddle, 1996, Annesley & Coyle, 1998; Frossard, 2000). Nesse trabalho, foi realizado um levantamento de práticas consideradas inadequadas e práticas consideradas apropriadas para a população homossexual, que resumidamente se apresenta no Quadro 1:

Práticas Inadequadas	**Práticas Apropriadas**
• A homossexualidade *per se* é encarada como uma perturbação psicológica, uma patologia ou um atraso no desenvolvimento. • O problema referido pelo cliente é atribuído à sua orientação sexual sem que haja disso qualquer evidência. • O terapeuta assume que o cliente é heterossexual, interrogando-o àcerca de vivências associadas a estilos de vida heterossexuais. • A auto-identificação do(a) cliente como *gay* ou lésbica é desvalorizada ou negada (por exemplo referindo que eventuais experiências sexuais ou afectivas heterossexuais são reveladoras de heterossexualidade). • Os sintomas psicológicos do cliente não são vistos como influenciados pelas atitudes negativas que esse mesmo cliente desenvolve em relação à sua homossexualidade.	• A homossexualidade não é considerada, *per se*, nem uma forma de psicopatologia, nem uma paragem de desenvolvimento. • Os homossexuais são vistos como tendo capacidade de viver de forma totalmente satisfatória as suas vidas. • A responsabilidade pela procura de apoio é adjudicada ao preconceito e à discriminação social, elementos identificados como causadores de problemas e dificuldades. • A orientação sexual não é assumida como necessariamente relevante para os problemas do cliente. • As dificuldades particulares vividas por homossexuais pertencentes a grupos minoritários (raça, idade, religião) são reconhecidas.

Quadro 1

(iii) Conhecimento dos profissionais de saúde mental sobre estilos de vida de *gays* e lésbicas e sobre a abordagem clínica a clientes homossexuais

O conhecimento dos profissionais de saúde mental sobre estilos de vida de *gays* e lésbicas e sobre a abordagem clínica a este grupo social é um dos factores com que a investigação mais se tem preocupado. É largamente reconhecida a ausência destes temas na formação básica e na posterior formação teórica dos diferentes profissionais de saúde. Os resultados das pesquisas realizadas reflectem um conhecimento "muito básico" e "insuficiente" (Davison & Wilson,1973; Graham et al., 1984; Garnets et al., 1991) do qual, por vezes, os terapeutas não têm consciência (Graham et al., 1984). Devido a esta falta de percepção, nalguns casos, os terapeutas referem erroneamente que não existem diferenças entre a abordagem a clientes heterossexuais e a clientes homossexuais (Biechele, 1996; Frossard, 2000) ou que, por se lidar "apenas com adolescentes", este conhecimento não é relevante (Biechele, 1996).

A familiaridade dos terapeutas com o contexto real de vida de *gays* e lésbicas é habitualmente referida como baseada em amizades existentes com pessoas homossexuais, no acompanhamento clínico a clientes homossexuais, no visionamento de filmes sobre este tema e, mais raramente, na informação teórica disponível (Biechele, 1996; Davison & Wilson, 1973; Rudolph, 1989). Os sujeitos de vários estudos manifestaram desejo em receber formação especial nesta área. Foi afirmado por "muitos" que nunca tinham sido confrontados com esta matéria nem na vida académica, nem noutras formações profissionais. Este facto não foi, no entanto, considerado obstáculo para se acompanharem sujeitos homossexuais (Biechele, 1996; Buhrke, 1989; Garnets et al.,1991; Glenn & Russel, 1986; Graham et al,.1984; Rudolph, 1989).

A falta de conhecimento dos terapeutas sobre esta temática, associada a atitudes preconceituosas, leva a que muitos homossexuais não se sintam seguros em revelar a sua orientação sexual, por temerem um tratamento discriminatório. Acrescente-se que no estudo de Golding (1997), realizado no Reino Unido, 75% dos clientes inquiridos referem experiências de homofobia e de discriminação.

(iv) Objectivos

A integração da homossexualidade nos objectivos terapêuticos está mais dependente da interpretação que o terapeuta faz da homossexualidade do que do pedido do cliente, como é possível observar nas práticas inapropriadas sumarizadas no Quadro 1. É de referir que, para alguns terapeutas, a abordagem da homossexualidade só terá sentido

caso existam "conflitos conscientes ou inconscientes face à orientação sexual" (Graham et al., 1984). Quando os objectivos têm em conta a homossexualidade dos clientes, observam-se dois posicionamentos: uma perspectiva "reparadora" da homossexualidade e uma perspectiva afirmativa. No primeiro caso, a intervenção centra-se numa tentativa de transformação das práticas sexuais dos clientes em práticas heterossexuais, tentativa que é justificada, de formas distintas, pelos variados modelos teóricos de suporte (Garnets et al., 1991). No segundo caso, pretende-se ajudar o cliente a lidar com as dificuldades associadas à sua homossexualidade. Os objectivos específicos – como por exemplo ajudar os clientes a diminuir os comportamentos homossexuais ou ajudar os clientes a serem mais abertos e a revelarem a sua orientação a outros significativos – situam-se dentro de cada um dos dois posicionamentos (Garnets et al., 1991; Graham et al., 1984).

O estudo de Friedman & Lilling (1996) merece um destaque particular, pelo facto de os sujeitos (psicanalistas), apesar de rejeitarem converter homossexuais em heterossexuais, como objectivo do tratamento, ou promover um comportamento heterossexual, concordaram que o problema mais comum de contratransferência no tratamento de pacientes *gay* era desejarem que o cliente "se tornasse heterossexual".

A maior parte dos objectivos reflecte a interpretação do pedido do cliente como "problemas de vivência" por oposição a patologias individuais, quando comparados com clientes heterossexuais (Garnets et al., 1991; Graham et al.,1984), o que está de acordo com os motivos que levaram à procura de apoio referidos pelos clientes. Estas dificuldades vivenciais estão associadas a relacionamentos interpessoais e a questões ligadas à sexualidade (identidade sexual, problemas de relacionamento sexual e dificuldades em lidar com as atitudes sociais negativas face à homossexualidade).

(v) Estratégias interventivas

Relativamente às estratégias terapêuticas, uma questão frequente é a importância atribuída ao sexo dos clientes, devido às especificidades da homossexualidade masculina e da homossexualidade feminina. Decorrente do desconhecimento teórico, é vulgarmente afirmado, por parte dos clínicos, que não existem diferenças nas estratégias a assumir relativamente aos homens e às mulheres homossexuais (Davison & Wilson; 1973; Fassinger, 2000; Frossard; 2000; Graham et al., 1984). Outro aspecto que é mencionado com particular destaque é o facto de os terapeutas não considerarem a existência de diferenças no tratamento de clientes heterossexuais e homossexuais e declararem agir de igual forma (Biechele, 1996; Frossard, 2000).

Nalguns estudos, analisaram-se as estratégias terapêuticas em função da orientação teórica que lhes está subjacente (por exemplo, psicanalitica, comportamental, humanista, eclética) (Graham et al., 1984; Liddle, 1999b). Os profissionais de orientação comportamental surgem como mais propensos a acreditar que a terapia pode mudar a orientação sexual, a tratar os homossexuais com o propósito de mudar a sua orientação, a avaliar a terapia negativamente se não se conseguiu a mudança da orientação se o cliente o pretendia, a ajudar os clientes a serem mais abertos relativamente à sua orientação sexual e a não trabalhar com as famílias dos clientes no sentido de as ajudar a aceitá-los. Por outro lado, os terapeutas mais ecléticos referem adoptar com mais frequência o modelo psicanalítico para a terapia com homossexuais, do que para a terapia com heterossexuais (Graham et al., 1984).

Dos estudos revistos, apenas no estudo de Davison & Wilson, realizado em 1973, a utilização de práticas aversivas, com o propósito de "conversão" para a heterossexualidade, surge com um destaque significativo. Nos restantes estudos, embora haja referências a este objectivo, não são descritos os procedimentos efectuados no sentido de o concretizar. Estes dados não permitem concluir se se deixou de utilizar aquelas práticas ou se elas apenas deixaram de ser referidas.

Annesley & Coyle (1998) identificaram três tipos de resposta por parte dos terapeutas, quando as mulheres referiam a sua homossexualidade: ou aceitação, ou choque, ausência de envolvimento, mudança de tema. Relativamente à temática dos filhos, quando o tema é abordado, as clientes do mesmo estudo afirmam que os terapeutas tendem a associar a sua homossexualidade com incompatibilidade para a maternidade. É ilustrado um caso concreto em que o terapeuta afirma à cliente que irá "magoar" o bébé e "magoar-se" a si mesma (p.251). Uma outra prática referida pelas clientes, no estudo em causa, é a recusa de aceitação dos seus envolvimentos amorosos. Estas mulheres observaram que os terapeutas, sistematicamente, substituíam a palavra amante ("lover"), utilizada pela cliente, por amiga ("friend").

(vi) Preocupações e dificuldades

São referidas pelos terapeutas algumas preocupações e dificuldades relativamente ao acompanhamento de clientes homossexuais. Por uns, é receada a interferência de preconceitos, estereótipos e valores no processo terapêutico (o que temem que induza à falta de objectividade na análise); por outros, são referidas dificuldades pessoais em lidar com aspectos comummente associados à homossexualidade (como por exemplo o desconforto sentido com maneirismos), o que poderá estar na base de processos

contratransferenciais (Graham et al., 1984). Estes dados justificam a pertinência e a necessidade de integração de um trabalho sobre valores e atitudes do próprio terapeuta nos programas de formação (Burhke, 1989; Dworkin & Gutierrez, 1989).

(vii) Avaliação/Nível de satisfação

A avaliação do processo terapêutico varia com os protagonistas visados. Para uma grande percentagem (60%) dos terapeutas comportamentais do estudo de Davison & Wilson (1973), a avaliação positiva do processo terapêutico estava associada a uma menor ocorrência de comportamentos homossexuais dos clientes e/ou acréscimo significativo de comportamentos heterossexuais. Contudo, a frequência de comportamentos homossexuais tem progressivamente deixado de ser um objectivo terapêutico e, concomitantemente, um critério da avaliação.

No estudo de Frossard (2000), os terapeutas tendem, em média, a avaliar as terapias de forma mais negativa que as clientes homossexuais. Uns e outras avaliam de forma distinta aspectos específicos da intervenção: o que para as clientes foi o mais importante ser trabalhado - homofobia internalizada e experiências confusas na infância – os(as) terapeutas consideraram menos relevante, e inversamente, o que os terapeutas consideraram mais significativo – temas com mais relação com o mundo heterossexual, como ter crianças e feminilidade - as clientes valorizaram menos. Na generalidade, a avaliação feita pelos clientes, na maior parte dos estudos revistos, é positiva[165]. Nas investigações que analisam o grau de satisfação dos clientes com a terapia em função do tempo há consenso relativamente a um aumento do nível de satisfação nos anos mais recentes (Frossard, 2000; Liddle, 1999b; Stein & Cohen, 1986).

Nos estudos em que os desenhos experimentais permitem correlacionar a avaliação com a orientação sexual do terapeuta, os terapeutas avaliados mais positivamente são mulheres e homens homossexuais e mulheres heterossexuais. Os homens heterossexuais são os mais rejeitados (Sorensen & Roberts, 1997; Liddle, 1997). Liddle (1996) levantou a hipótese de este facto estar relacionado com as práticas terapêuticas implementadas. Concluiu que os terapeutas que tinham mais informação sobre questões relativas à homossexualidade e que ajudaram os clientes a construir uma identidade positiva *gay* ou lésbica foram mais positivamente avaliados. O significado do

[165] Refira-se que, na maior parte dos estudos realizados durante o final dos anos de 1970 e revistos por Rudolph (1989), um número significativo de clientes homossexuais, quando comparados com clientes heterossexuais, fala de insatisfação com o processo terapêutico.

facto de os terapeutas homens heterossexuais implementarem menos as práticas referidas não é, contudo, explicado por estes estudos.

A semelhança da orientação sexual entre cliente e terapeuta é, por vezes, associada a uma avaliação positiva. No entanto, vários autores referem que esta semelhança não é necessária para uma avaliação positiva, nem garantia da mesma. Mais importante do que a orientação sexual do terapeuta é o tipo de práticas terapêuticas implementadas (Liddle,1997; Stein & Cohen 1986) e a percepção que os clientes têm da interpretação da homossexualidade feita pelos terapeutas (Frossard, 2000). A informação prévia sobre o que os terapeutas pensam acerca da homossexualidade é referida como um aspecto relevante para a escolha do clínico (Frossard, 2000; Garnets et al. 1991; Jensen & Bergin, 1988; Liddle, 1996,1997). Não raras vezes, a posição do clínico é avaliada na primeira consulta e é decisiva para a continuação ou abandono do processo (Liddle, 1997; McHenry & Johnson, 1993). Liddle (1997), nas conclusões do seu estudo, chama a atenção dos terapeutas para este facto e encoraja os clientes a procurarem clínicos que tenham uma atitude afirmativa.

A ausência de envolvimento do terapeuta ou mudanças bruscas de tema podem ser sentidas de diferentes formas pelas clientes homossexuais. Para umas, é entendido como desvio ao tema, promovendo sentimentos de insatisfação com a terapia. Para outras, foi avaliado positivamente, correspondendo às expectativas. As clientes percebem ainda uma fuga por parte das terapeutas à abordagem de temáticas ligadas à sexualidade (Annesley & Coyle, 1998; Frossard, 2000), o que é sentido como "frustrante" nos casos de necessidade de abordagem do tema.

Todos os estudos terminam com sugestões de formação: os terapeutas sem uma formação especial ou sem experiência de intervenção em população homossexual são encorajados a ler literatura profissional ou a procurar formação contínua, para poderem ser eficazes no seu trabalho. Os temas considerados fundamentais a uma adequada intervenção afirmativa são, entre outros, questões de desenvolvimento da identidade, "coming out", aspectos ligados às dificuldades com a família de origem, homofobia internalizada, parentalidade, questões de carreira, organizações de comunidade e recursos disponíveis.

Na Parte III desta dissertação procurar-se-á dar conta da forma como as preocupações subjacentes a estes estudos se configuram no contexto português. Far-se-á, pois, um levantamento (e consequente categorização) de discursos produzidos por terapeutas e

por clientes homossexuais sobre as interpretações da homossexualidade e a forma como ela é tratada no contexto clínico.

PARTE III

NO TERRENO DOS TERAPEUTAS E DOS CLIENTES. DISCURSOS SOBRE A HOMOSSEXUALIDADE NO CONTEXTO CLÍNICO

Of course the first thing to do was to make a grand survey of the country she was going to travel through. "It's something very like learning geography," thought Alice, as she stood on tiptoe in hopes of being able to be see a little farther. "Principal rivers – there *are* none. Principal mountains – I'm on the only one, but I don't think it's got any name. Principal towns – why, what *are* those creatures making honey down there? They can't be bees – nobody saw bees a mile off, you know –" and for some time she stood silent (...)

Lewis Carroll, *Through the Looking-Glass* (1986, p. 176)

ICBAS

1. INTRODUÇÃO

Nesta Parte proponho-me estudar as configurações da homossexualidade e intervenção clínica nos discursos de clínicos e clientes, estes últimos com orientação sexual homossexual. Nela se apresentam os resultados das codificações feitas aos discursos[166] produzidos por clínicos (psiquiatras e psicólogos com prática clínica) e por clientes homossexuais. De carácter eminentemente empírico, este estudo centra-se, pois, na homossexualidade no contexto clínico – esse espelho bidireccional, palco de convergência e divergência de olhares e utilizadores.

Trabalhando os resultados obtidos através da formação de grupos de discussão, quer de clientes, quer de clínicos, procurou determinar-se a forma como ambos configuram a homossexualidade e analisar as implicações da homossexualidade na intervenção terapêutica – às questões levantadas neste contexto convencionou-se chamar questões clínicas. Assim, são estas as duas grandes linhas por que se orienta este capítulo da minha dissertação: as configurações da homossexualidade e as questões clínicas com ela relacionadas no discurso de clínicos e clientes.

Utilizaram-se dois critérios de análise: um, dedutivo e outro, indutivo. Partiu-se para a leitura do *corpus*, constituído pela transcrição das enunciações levadas a cabo nos grupos, e previamente gravadas em audio, com o propósito de identificar elementos que se integrassem nas categorias previamente determinadas e que eram correspondentes às questões da investigação; ao mesmo tempo, utilizando um critério de codificação de todas as intervenções, definiram-se categorias pertinentes para a presente investigação, a partir da leitura do material recolhido.

---

166 O termo "discurso" reveste-se aqui dos sentidos que lhe dá Foucault em *The Archeology of Knowledge* (1972):

> [B]y discourse (...) I meant that which was produced (...) by the group of signs. But I also meant a group of acts of formulation, a series of sentences or propositions. Lastly – and it is this meaning that was finally used (...) - discourse is constituted by a group of sequences of signs, in so far as they are statements, that is, in so far as they can be assigned particular modalities of existence. (p. 107)

Esta definição é particularmente útil, se se quiser pensar na existência de um *discurso clínico*, formulação usada pelo próprio Foucault, a par de outros tipos de discurso, um pouco adiante, neste mesmo passo, quando coloca a hipótese da existência de uma "formação discursiva", princípio da dispersão e da redistribuição, não de frases ou de proposições, mas de afirmações:

> (...) if I succeed in showing that this discoursive formation really is the principle of dispersion and redistribution (...) the term discourse can be defined as the group of statements that belong to a single system of formation; thus I shall be able to speak of clinical discourse, economic discourse, the discourse of natural history, psychiatric discourse. (p. 108)

A codificação foi feita duas vezes, através de dois processos. Num primeiro momento, foram sublinhados, nas transcrições dos grupos de discussão, os trechos correspondentes a cada categoria, utilizando um código de cores. Seguidamente, foram introduzidas numa base de dados, criada no programa *access,* todas as falas correspondentes a uma mesma categoria relativa a todos os grupos. Obteve-se, desta forma, uma leitura por categoria que foi, por sua vez, organizada através de agrupamentos em sub-temas. Posteriormente, o contacto com o NUDIST, um programa informático especializado no tratamento de informação qualitativa, justificou a recodificação do material, o que permitiu, por seu turno, rever e precisar os resultados obtidos através do primeiro processo referido.

O facto de a codificação não ter perdido nunca de vista a unidade de contexto fez, não só com que algumas falas necessitassem de ser excluídas, mas, ainda, com que falas que, isoladamente, seriam codificadas numa dada categoria, o acabassem por ser noutra, quando lidas no contexto. Acrescente-se ainda que, após a codificação de cada categoria, em cada grupo de discussão foram organizados textos-síntese para cada grupo. Este processo revelou-se facilitador da elaboração posterior do texto definitivo.

Para se identificarem as *configurações* que clínicos e clientes têm da homossexualidade, é apresentada a categoria comum *caracterização* da *homossexualidade*, tendo sido elaboradas relativamente aos clínicos duas novas categorias emergentes da leitura: "*perfil do homossexual* ", e *mudanças na leitura da homossexualidade*. Relativamente aos clientes, construiu-se ainda uma outra categoria relativa à expressão das sexualidades: *as vivências da sexualidade*. No fundo, esta categoria poderá servir de espelho à categoria que se designou por "*perfil do homossexual*", nos grupos de discussão dos clínicos. O perfil é sempre uma interpretação feita pelos clínicos dos homossexuais e, nesse sentido, uma representação onde se projecta sobretudo a subjectividade do clínico; por outro lado, as *vivências da sexualidade*, porque *narradas* pelos clientes, implicam a omnipresença da subjectividade do cliente.

Para abordar o contexto clínico de intervenção e saber como nele clínicos e clientes lidam com a questão da homossexualidade, ou seja, para analisar as *questões clínicas,* são apresentadas várias categorias, aqui organizadas de acordo com a sequência subjacente ao processo terapêutico. Sempre que possível, tentou manter-se um critério de coerência relativamente à ordem com que surgem apresentadas essas categorias nos discursos de clínicos e nos discursos de clientes. No caso dos clínicos,

constituíram-se as categorias: *pedidos*; *objectivos*; *dificuldades*; *estratégias* e *avaliação*. No caso dos clientes, organizaram-se as categorias *motivos de procura de apoio* (que corresponde ao pedido no universo dos terapeutas)[167], *a escolha do terapeuta*, percepção das *estratégias* de intervenção implementadas pelos terapeutas e *avaliação* do processo terapêutico

Após a apresentação das categorias correspondentes às configurações da homossexualidade e à análise do contexto clínico de intervenção a clientes e a terapeutas, respectivamente, apresentar-se-ão, num e noutro caso, reflexões sobre as configurações para os terapeutas e reflexões sobre as configurações para os clientes, bem como reflexões sobre as questões clínicas para os terapeutas e reflexões sobre as questões clínicas para os clientes. Finalmente, num terceiro momento do estudo, apresentar-se-ão reflexões gerais que cruzam as configurações com as questões clínicas e confrontam as vozes dos terapeutas com as vozes dos clientes.

É possível, por vezes, encontrar o mesmo tema tratado em várias categorias (é o caso, por exemplo, da técnica da dessensibilização encoberta, utilizada como método de conversão, que surge transversalmente às categorias *objectivos, estratégias* e *avaliação);* isto deve-se à necessidade de precisar o contexto em que o testemunho foi produzido, exigindo, portanto, muitas vezes, a transcrição integral desse testemunho. Por outro lado, estas etapas (objectivos, estratégias e avaliação) não são só sequenciais, mas também interdependentes, podendo mesmo, em certos momentos, coincidir. O que se passa com as categorias *estratégias* e *objectivos* encontra um bom exemplo na seguinte fala:

> [é importante] perceber como é que ele sofre com isso para reduzir o mal estar (GD1.5:1459)

O primeiro segmento da frase, que é "perceber como é que ele sofre com isso", pode ser inserido na categoria *estratégias*, ao passo que o segundo segmento - "para reduzir o mal estar" – envia para a categoria *objectivos*.

O possível desequilíbrio de transcrições de situações que integram uma categoria deve-se ao facto de algumas situações terem sido referidas, nalguns casos, por apenas uma pessoa e, mesmo assim, essa expressão ter sido considerada, devido ao facto de o

---

[167] A utilização de duas designações diferentes para clientes e clínicos justifica-se porque, no caso dos clientes, o que está em causa são as razões que os levam a procurar apoio junto de técnicos de saúde mental e, no caso dos clínicos, o que se encontra é uma interpretação dos motivos dos clientes, lidos pelos terapeutas como pedidos.

objectivo central do estudo ser o conhecimento o mais possível alargado de discursos, e não a quantidade de sujeitos que emite cada um dos discursos.

O campo das reflexões pode surgir, por vezes, também como desequilibrado entre clínicos e clientes, o que é particularmente visível relativamente às configurações da homossexualidade. Mas isso explica-se pelo facto de os clientes nos grupos terem dedicado menos tempo a esta questão do que, por vezes, à forma como a sua sexualidade era sentida, tendo investido mais em narrativas de vida.

Participaram dois elementos de nacionalidade brasileira, residentes em Portugal há mais de sete anos (um, participante num grupo de clientes e outro, participante num grupo de clínicos). Não foram consideradas todas as experiências que se referiam à realidade brasileira, tendo sido apenas codificadas as vivências ocorridas em Portugal.

Krueger (1991) refere o facto de se poder alterar ligeiramente a construção das frases (assegurando a não alteração do sentido), de forma a facilitar a leitura ao leitor. Embora tal não tenha sido feito constantemente, foi-o, contudo, nalguns casos em que se pretendeu transmitir ao leitor uma ideia mais precisa daquilo que terapeutas ou clientes pretendiam dizer. Ocasionalmente, mantiveram-se certos traços da oralidade do discurso, por forma a presentificar para o leitor a situação, tentando naturalizar e dar tonalidade a um relato que, de outra forma, ao surgir truncado do seu contexto, perderia, obviamente, espontaneidade.
Poderia ser esperado de um trabalho deste tipo uma análise que envolvesse referência a frequências de discursos ou pelo menos a alguns aspectos deles considerados relevantes. Porém, não foi essa a opção aqui assumida. O que aqui interessou obter foi o maior número de diferenças possível, pelo que a amostra estrutural implicou ter representantes de uma diversidade de discursos, e não encontrar a proporção relativa dos discursos emergentes.

Antes de se passar à descrição da constituição e organização dos grupos de discussão e à apresentação dos discursos emergentes classificados em cada uma das categorias acima definidas, refira-se as fontes que, segundo os clínicos, sustentam as suas afirmações e os seus posicionamentos. São feitas repetidas referências aos "casos clínicos", à "intuição", aos "amigos" e a "estudos" como justificação/confirmação das afirmações feitas. "Os filmes" e os "romances", servem também para reforçar convicções:

> da minha experiência clínica, que não serve para fazer estatística evidentemente, e também de certos comportamentos que se vêem na construção de filmes, (...) romances, etc, há a ideia de que a percentagem de sistemas projectivos muito marcados e de controle muito rígidos é maior nos homossexuais do que numa população genérica, mas evidentemente que não tenho estatística (GD1.4: 798,807)

> isso é que eu tenho notado muito nos contactos que fiz clinicamente e directamente e não apenas clinicamante e directamente mas indirectamente através de romances, de filmes, de vídeos, Pasolinis etc. etc. uma das coisas que tenho tido a ideia é que o que há é frequentemente uma estrutura paranóide da personalidade, paranóide não é, não estou a dizer que haja uma psicose paranóide, há uma estrutura com muitos movimentos de projecção e uma grande rigidez (GD1.4: 697)

Assim, as afirmações vão sendo justificadas pela particularidade da pessoa ou das pessoas que foram observadas em consulta. Este número, embora considerado reduzido pelos próprios clínicos, não evita que eles façam generalizações sobre a homossexualidade, nem impede que expressem concordância ou discordância de determinado posicionamento, usando um critério de contacto pessoal ("não conheço nenhum caso", "a minha experiência – curta – não diz isso") .

Afirmações há que são sustentadas e generalizadas com base em intuições. São exemplo expressões como "dá-me essa sensação", "acho que", "já pressenti", "é a impressão que me dá", "eu acho que é verdade" ou "corresponde ao meu sentimento", e é de questionar se esta "sensação" que a experiência clínica provoca não é ela própria orientadora do tipo de intervenções a realizar.

Também o universo dos amigos serve de referente de informação, como se pode constatar em afirmações como "tem a ver com pessoas que eu conheço", "não tem a ver com pacientes meus", ou "a maior parte dos casos que eu conheço são meus amigos e falam comigo" .

O apoio da literatura disponível sobre o tema é também comentado. Embora a presente investigação não tenha objectivos quantitativos, não deixa de ser importante referir que se trata de uma argumentação que se esgota nos exemplos que se transcrevem, dos quais três são relativos ao mesmo sujeito: "há dados escritos" (GD1.2:1413) , "vê-se isso em montes de inquéritos que já foram feitos" (GD1.3:602,603), "os estudos existentes não são muitos"(GD1.4:590),"não me parece no entanto que isso tenha sido provado, pelo menos em estudos comparativos" (GD1.4:775,776), "há alguns estudos curiosos feitos nesse sentido, nos EUA"(GD1.4:1436,1437), "o Freud tinha um artigo sobre a ternura como um movimento de fim sexual" (GD1.4:1710)ou "todos os dados da investigação vão no mesmo sentido"(GD1.5:487:12).

2. O MÉTODO (ORGANIZAÇÃO, COMPOSIÇÃO E DINAMIZAÇÃO DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO)

> Como a solidariedade é uma forma de conhecimento que se obtém por via do reconhecimento do outro, o outro só pode ser conhecido enquanto produtor de conhecimento.
>
> Sousa Santos "Porque é tão difícil construir uma teoria crítica ?"

Porque o objectivo do estudo não foi investigar os discursos que se repetem, mas obter a maior variabilidade discursiva possível e identificar diferenças, tornou-se mais relevante para a selecção dos participantes um critério de pertinência do que um critério de extensão, de forma a satisfazer a saturação da informação por representatividade. A saturação teórica alcança-se, segundo Vallés (1997), "quando a análise adicional já não contribui para a descoberta de nada novo sobre uma categoria"[168] (p. 356); e Ibañez (1992) afirma que "dois grupos de composição semelhante discutindo sobre o mesmo tema produzem um discurso monótono e redundante" (p.280), pelo que, determinadas as composições dos grupos que parecem convenientes, basta um grupo ou dois para cada composição, de forma a que a informação seja completa para a compreensão do fenómeno.

Relativamente ao número total de participantes em cada grupo, as indicações variam de acordo com os autores: Ibañez (1992) considera pertinente uma variação entre 5 e 10 elementos, Stewart e Shamdasani (1990) apontam para um intervalo entre 8 e 12 e, para Krueger (1991), o número ideal situa-se entre 7 e 10. Adicionalmente Krueger (1991) e Canales e Peinado (1994) sugerem que o tamanho do grupo deverá ser decidido segundo o tipo de informação requerida (o tema) e as características dos participantes: desta forma, indicam "grupos reduzidos", quando se trata de especialistas ou pessoas "que tenham tido experiências intensas com o tema da discussão" e "grupos maiores", quando se aborda informação mais superficial[169].

---

[168] Hill, C.; Thompson, B. & Williams, E. (1997) utilizam a expressão "estabilidade dos dados" como alternativa a "saturação", o que significa que os resultados geralmente explicam o fenómeno para um grupo definido.

[169] Greenbaum (1998) adverte para o facto de o "mercado dos médicos" se tratar de um dos poucos segmentos que compromete os objectivos relacionados com o número de elementos participantes, quer porque se trata de um universo, apontado pelo autor, como limitado, quer porque os compromissos com chamadas de urgência levam a que se identifique como o segmento em que tendem a comparecer nas reuniões metade dos participantes ("é comum de 12 elementos recrutados aparecerem apenas 5 ou 7" Greenbaum 1998, p.161), independentemente do nível de comprometimento. No presente estudo, os

A importância do tamanho do grupo deve-se às diferenças de interacção que se criam. Grupos com mais de doze elementos são contra-indicados, devido à tendência para a formação de subgrupos. Por outro lado, mini-grupos (de três a cinco participantes) proporcionam um leque mais fechado de informação e exigem de cada membro mais participação.

Foram organizados cinco grupos de discussão, constituídos por clínicos e três grupos de discussão, constituídos por clientes. Relativamente aos grupos de clínicos, o critério de heterogeneidade intra-grupos utilizado (por forma a provocar diferenças e contradições) foi a formação teórica dos participantes (psicanalítica, comportamental, sistémica, biológica). Como critério de heterogeneidade entre grupos, definiu-se o sexo dos elementos participantes. Assumiu-se, a partir da bibliografia consultada, que ambos os critérios poderiam ser lugar de uma produção de discursos distintos. Foram constituídos três grupos mistos de clínicos, um grupo de terapeutas masculinos e um grupo de terapeutas femininas (anexo 2). As reuniões ocorreram na Figueira da Foz (GD1.1 e GD1.2), no contexto de um congresso de Psicodrama, em Coimbra (GD1.3) e em Lisboa (GD1.4 e GD1.5).

Para os grupos de clientes, definiu-se, como critérios de heterogeneidade intra-grupos, o facto de os clientes terem finalizado o processo terapêutico, estarem ainda em apoio e a sua idade; teve--se, ainda, o cuidado de se escolher para os grupos pessoas que tivessem tido apoio terapêutico em momentos diferentes no tempo. O critério de heterogeneidade entre grupos foi o sexo. Organizou-se um total de três grupos, um grupo de homossexuais femininas, um grupo de homossexuais masculinos e um grupo de homossexuais masculinos e femininas. As reuniões tiveram lugar em Lisboa e no Porto (anexo 3) .

Em cada uma das reuniões, participaram entre cinco e oito pessoas. A duração aproximada do encontro foi de hora e meia a duas horas. As reuniões foram gravadas em cassetes audio e posteriormente transcritas integralmente para papel, fornecendo a transcrição o *corpus* para a análise posterior.

---

grupos de clínicos foram efectivamente muito difíceis de realizar, ora por sucessivas alterações de datas, ora por falta de comparência de elementos confirmados.

As reuniões tiveram lugar em distintos locais. Os grupos de clínicos que decorreram na Figueira da Foz foram realizados no hotel onde decorreu o congresso. O grupo de clínicos realizado em Coimbra reuniu-se no contexto da instituição a que pertenciam os seus elementos, estando por isso sujeito às limitações do discurso que o contexto institucional imprime[170]. Os grupos que decorreram no Porto e em Lisboa tiveram lugar nas instalações da Associação para o Planeamento da Família, existentes em cada uma daquelas cidades.

2.1. Selecção dos participantes nas discussões

Foram utilizadas distintas formas de recrutamento dos participantes nos grupos, embora a mais comum tenha sido o recurso a *elementos-ponte*[171], ou seja os elementos escolhidos pelo investigador para recrutar os participantes nos grupos, quer sujeitos pertencentes a redes pessoais (de trabalho, de amizade), quer organizações de defesa dos direitos de homossexuais, a quem se pediu indicação de pessoas com características específicas da *classe de actuantes* (Ibañez,1992) de cada um dos grupos. Excepção feita a esta modalidade foi a selecção dos participantes nos grupos de clínicos realizados na Figueira da Foz, durante um congresso de Psicodrama: estes grupos foram organizados a partir de um contacto prévio com todos os congressistas, a quem se enviou uma carta por correio (anexo 4), auscultando a disponibilidade a participar no estudo, mediante o preenchimento do questionário que seguia em anexo e cujos dados permitiram a selecção e a posterior constituição dos grupos. Dois elementos participantes nos grupos de clientes fizeram parte da minha consulta, e a eles foi pedido que se centrassem apenas na sua experiência terapêutica anterior.

O pedido feito aos *elementos-ponte* para a selecção dos participantes nos grupos dos clientes foi de indicação de pessoas homossexuais, com as características do grupo a integrar, que alguma vez tivessem recorrido ao apoio de um técnico de saúde mental (psiquiatra ou psicólogo), independentemente do motivo. Desta forma, o critério da

---

[170] Do ponto de vista da teoria dos grupos de discussão (Ibañez, 1992) , não é muito conveniente que os grupos pré-existam. Ora, este grupo pré-existia, estas pessoas conheciam-se entre si, eram colegas da mesma instituição. Isto opõe-se à pureza metodológica prescrita. Todavia, só contrariando esta regra foi possível aceder aos discursos produzidos por colegas entre pares, dentro da instituição. Embora não seja objecto deste estudo analisar os discursos parcelarmente ou comparativamente, os resultados desta transgressão não devem de forma alguma ser vistos como negativos, antes como enriquecedores, visto permitirem acrescentar a este segmento os discursos que emergem num contexto particular.

[171] A tarefa dos elementos-ponte implicou vários procedimentos: desde a identificação ao contacto e à avaliação da possível disponibilidade, até ao assegurar a presença no dia da reunião, mantendo-me em permanente informação.

homossexualidade dos participantes foi num momento inicial definido pelos elementos-ponte.

O facto de os grupos de clientes e os grupos de clínicos se tratarem de dois grupos sociais particularmente resistentes à exposição levou a que, no momento do convite para participar, lhes fosse fornecida mais informação do que a que é referida por Ibañez (1992) como desejável. Informou-se, no caso dos clínicos, que os grupos seriam constituídos por outros clínicos e que se iria falar sobre os clientes homossexuais (desfocalizando desta forma a atenção sobre si próprios). No caso dos clientes homossexuais, referiu-se que todos os outros participantes do grupo eram homossexuais e que se iria falar sobre o que os tinha levado à procura de apoio (centrado, neste caso, em si próprios).

2.2. Dinamização dos grupos de discussão

Embora a bibliografia sobre o assunto recomende a participação de dois elementos na dinamização dos grupos de discussão – um moderador e um observador –, as características do trabalho impuseram limitações e uma dinâmica diferente[172].

A sessão foi iniciada com a introdução do tema, deixando de seguida entregue ao grupo a orientação a assumir, a construção do espaço de resposta, os temas a desenvolver e a ordem dos mesmos. Pontualmente, foram devolvidos alguns temas, com o objectivo, ou de desenvolver aspectos que se relacionavam com as preocupações da investigação, ou de evitar distanciamentos com descrições excessivamente pormenorizadas, aparentemente irrelevantes.

Aos clínicos foi pedido que falassem dos clientes homossexuais, referindo o que lhes parecesse ser relevante. Aos clientes foi proposto que comentassem a experiência terapêutica de cada um. Pediu-se licença para gravar, de forma a facilitar o trabalho posterior e garantiu-se o anonimato dos testemunhos. O sentido de uma ligeira desfocalização do tema foi facilitar a espontaneidade do diálogo e diminuir possíveis resistências.

[172] Destas limitações e dinâmica falei já na Introdução ao trabalho.

No final das sessões, foi passado um questionário, anónimo, de levantamento de dados sociodemográficos, (anexos 5 e 6), com o objectivo de melhor caracterizar os elementos constituintes dos grupos. Como refere Ibañez (1992), muito pouco se sabe desses elementos, pois os únicos dados controlados são os relativos aos critérios previamente definidos (homogeneidade e heterogeneidade inter e intra-grupos).

O questionário aplicado aos clínicos foi elaborado com base no questionário utilizado por Garnets et al. (1991) quando, em 1986, no contexto da *American Psychological Association*, investigaram as tendências em psicoterapia com clientes *gays* e lésbicas. É constituído pelos seguintes campos: sexo, idade, auto-definição face à orientação sexual, grau académico e ano em que foi obtido, anos de prática clínica, informação sobre pós-graduações e modelos de referência[173] e, por fim, o número de clientes homossexuais, masculinos e femininos que foram seguidos.

O questionário aplicado aos clientes foi construído com base nos questionários aplicados por Liddle (1996,1997), nos seus estudos sobre terapia com *gays* e lésbicas, nomeadamente sobre a relação entre a orientação sexual, o sexo, as práticas de aconselhamento, o nível de satisfação referido e a importância do processo de selecção dos terapeutas, no nível de satisfação com a terapia. Os campos que integram o questionário são os seguintes: idade, profissão, grau de escolaridade, número de terapeutas procurados e respectivo sexo, bem como o número de consultas, a data em que foi recebido apoio terapêutico pela última vez e os motivos de procura de apoio. No caso específico da determinação da orientação sexual, variável apenas analisada nos grupos de clientes, o único elemento de caracterização era a representação que os *elementos-ponte* tinham acerca da orientação sexual dos elementos que indicaram e, no caso dos meus clientes, da sua auto-identificação no contexto da consulta. Com a finalidade de comparar, relativamente à orientação sexual, a informação obtida através da percepção social, da auto-identificação e os resultados de um instrumento de medida, foi ainda pedido, nos grupos constituídos por clientes, que se situassem na escala de Kinsey[174]. Optou-se, tal como Rubio (1996) – para evitar a etiqueta homossexual, pelo facto de ser difícil para as pessoas admitirem este rótulo em fases iniciais do processo de desenvolvimento da identidade homossexual e como referem

---

[173] Embora o modelo teórico de referência tivesse sido um critério de recrutamento, decidiu-se integrar esta informação no questionário, quer para perceber a relação do modelo dominante com outros modelos, quer para se obter a auto-definição .

[174] Apesar da existência de vários modelos para a avaliação da orientação sexual (Coleman, 1988a; Klein, Sepekoff e Wolff, 1985), optou-se pelo modelo de Kinsey tal como foi feito em outras investigações (Cass, 1984; Rubio, 1996).

estudos sobre o tema (Cass, 1984, Coleman, 1988b; Monteflores, C.; Schultz, S., 1978, Troiden, 1989) – por formular a escala substituindo a terminologia "heterossexual" por "mulheres" e "homossexual" por "homens", no caso de sujeitos do sexo masculino, e "heterossexual" por "homens" e "homossexual" por "mulheres", para sujeitos do sexo feminino.

Finalizados os grupos, a etapa seguinte foi transcrever para papel a gravação das falas produzidas na discussão, através de uma escuta cuidadosa, identificando e registando silêncios, interrupções, repetições, que pudessem ser devidamente descodificados e passíveis de uma atribuição de sentido, no contexto da situação de grupo. A discussão de cada grupo resultou, em média, em cerca de 50 páginas dactilografadas. Concluída a transcrição, a etapa seguinte foi marcada pelo confronto com centenas de páginas de dados para analisar. A opção foi a de uma análise de conteúdo, realizada por referência às questões da investigação, aos dados de outras investigações e às surpresas do texto. Foram, assim, construídas as grelhas de análise de conteúdo apresentadas em anexo (anexo 1)

2.3. Análise do material qualitativo

A escolha do método, descrito já na Parte I deste estudo, implicou assumir uma das maiores dificuldades sentidas ao longo da realização de uma investigação de cariz qualitativo: a análise dos dados – trabalho árduo e complexo, porque específico de cada estudo particular. Vários autores (Krueger, 1991, Poirier et al., 1995) advertiam para o facto de essa dificuldade ser referida por todos aqueles que, pela primeira vez, utilizavam esta metodologia, mas apesar deste reconhecimento, as pistas que estes autores forneciam eram sempre insuficientes. Naturalmente que foi imprescindível aceitar o desafio da dupla hermenêutica que um desenho qualitativo implica ao estudar a vida social: dar sentido ao sentido que é dado pelos sujeitos. Não são apenas os sujeitos que interpretam o significado das suas próprias experiências. Aqueles que os estudam envolvem-se num segundo nível de interpretação, «uma interpretação de uma interpretação» (Hollis, 1994). Uma diferença, no entanto, é apontada para esta interpretação feita pelos cientistas sociais: ela é desenvolvida utilizando uma variedade de procedimentos sistemáticos e disciplinados, que procuram interpretar a interpretação em análise de uma forma organizada e ordenada.

A primeira fase, após leituras múltiplas dos textos, foi a codificação – essa tarefa que corresponde à transformação dos dados brutos do texto e que, "por recorte, agregação

e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer (...) acerca das características do texto" (Bardin, 1991. p. 103). É na codificação dos dados brutos e na procura de maior abstracção que o investigador se deve manter criativamente alerta a possíveis conexões e relacionamentos que possam ajudar a dar um sentido teórico ao que vai sendo dito. Por este motivo, a análise dos dados é considerada o estádio mais árduo da tarefa da análise de informação qualitativa.

No presente caso, utilizou-se a análise de conteúdo,[175] com o objectivo de agrupar informação diversa com uma certa afinidade ou um denominador comum. O texto previamente produzido foi codificado por um processo simultaneamente dedutivo e indutivo. Foram, *a priori,* definidas categorias[176] que permitiram dar uma orientação prévia à leitura, baseadas em temas relevantes para a resposta às questões do estudo e elaboradas a partir do material disponível de outras investigações. No entanto, procurou-se que esta leitura orientada não fosse obstáculo à necessária abertura à singularidade dos textos, sistematizando-se, em categorias construídas *a posteriori,* as surpresas do texto, o que foi sendo encontrado sem procura prévia (os quadros do anexo 1 apresentam as categorias através das quais a informação foi organizada, especificando os respectivos indicadores, bem como as sub-categorias que, por sua vez, cada categoria inicial, através de um processo analítico, permitiu elaborar).

A unidade de registo definida foi o tema, o que consiste, segundo Bardin (1991), em "descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação (...) correspondendo a uma regra de recorte do sentido" (p. 105) [177] e permite "revelar as representações sociais ou os juízos dos locutores" (Quivy e Campenhoudt, 1992, p. 224). A unidade de contexto foi a totalidade de discurso produzido por cada grupo de discussão.

A preocupação com o nível de consenso, factor que permite aumentar a credibilidade de método (Stiles, 1993, Hill, C.,Thompson, B. & Williams, E. 1997), conduziu à utilização da estratégia do critério de "acordo entre juízes independentes" para confrontar as unidades de texto seleccionadas para cada categoria. Este processo

---

[175] A definição de "análise de conteúdo" foi já dada no ponto 3.3 da Parte I .

[176] "A categorização é "um processo analítico que permite classificar os diferentes elementos constitutivos do material narrativo, primeiro por fragmentação e diferenciação, e depois, por reagrupamento ou associação semântica, dando origem a conjuntos ou classes com relação lógica e unicidade de significados" (Santos, C.p., 435).

[177] Bardin (1991) informa que "o tema é geralmente utilizado como unidade de registo para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc.. As (...) reuniões de

utilização da estratégia do critério de "acordo entre juízes independentes" para confrontar as unidades de texto seleccionadas para cada categoria. Este processo conduziu à eliminação de uma categoria previamente estabelecida e à reformulação dos indicadores de outras. O confronto com as conclusões de outras investigações constituiu um instrumento de análise de constante recorrência[178].

A codificação, no caso dos discursos produzidos pelos clínicos, foi realizada por dois processos. Num primeiro momento, foi efectuada manualmente, com processos de armazenamento dos dados por mim construídos. Posteriormente, foi utilizado o programa informático NUDIST e recodificado o material. A primeira etapa - após sucessivas leituras que permitiram a constituição de novas categorias pelo seu reconhecimento no texto – consistiu em sublinhar no texto transcrito, relativo a cada grupo, as falas constituintes de cada categoria, para o que se utilizou um código de cores, fazendo corresponder uma cor a cada categoria, facilitando a identificação rápida do material. Numa segunda etapa, construiu-se uma base de dados por categoria, no programa *access*, de forma a armazenar os dados com uma estratégia de recuperação tão dinâmica quanto possível.

Foram, de seguida, inseridos na base de dados os trechos correspondentes a cada categoria e relativos a todos os grupos, permitindo em simultâneo uma leitura geral (de todos os grupos) e uma leitura grupo a grupo. O agrupamento de informação relativo a cada categoria, em todos os grupos, permitiu encontrar pequenos agrupamentos temáticos - sub-categorias - analisados num processo de análise sucessiva, em que as codificações básicas foram re-trabalhadas e re-ordenadas em níveis superiores de abstracção (Howe, 1996)[179]. À análise global deste processo analítico seguiu-se a elaboração de pequenos textos-síntese, por categorias, que foram posteriormente confrontados com a bibliografia sobre o tema, seleccionando-se alguns dos depoimentos, quer para manter a voz dos clientes e dos clínicos, quer para permitir ao leitor participar no processo que conduziu à categorização, tornando-o assim mais transparente.

---

grupos, os psicodramas, as comunicações de massa, etc., podem ser, e são frequentemente, analisados tendo o tema por base (p. 106).

[178] Stiles (1993) refere o suporte deste reportório teórico como um critério de avaliação da *validade externa*.

[179] Desta forma, abaixo de qualquer nível de abstracção existe uma "árvore" de temas, regularidades, códigos e categorias de ordem inferior que culminam no entendimento, na interpretação dos respondentes individuais cujas expressões específicas exemplificam uma interpretação particular e conceitos que foram criados pelo investigador.

Neste ponto do trabalho, no momento em que passava a um nível de análise destes procedimentos, tomei conhecimento do programa informático NUDIST[180] e compreendi a sua inquestionável utilidade. Impunha-se a ponderação do sentido da sua utilização para o presente estudo: grande parte do trabalho que este programa facilita estava já realizada, no entanto, a fase que se seguia, de leitura articulada de dados e de cruzamentos, seria,simplificada, ao contrário do que se passaria se tivesse que trabalhar entre dados dispersos em centenas de folhas de papel, ligando-os um a um, ou reagrupando-os em novas estruturas, o que implicaria, mais uma vez, uma nova introdução de dados no computador, gastando tempo na construção que poderia ser antes aproveitado na análise. Apenas por este motivo se justificava o tempo que se perderia com a repetição da codificação efectuada por um novo processo e que, ao mesmo tempo, servia como revisão do que havia sido feito.

A reforçar este argumento, havia um outro factor: os grupos de clientes encontravam-se ainda por codificar (e o tempo gasto na formação para a utilização do programa e na repetição da codificação dos discursos dos clínicos seria posteriormente recuperado). Finalmente, a aprendizagem e a utilização de um instrumento que poderá vir a ser útil para outros estudos permitiu, decerto, desenvolver uma competência que se espera que um trabalho desta natureza ofereça.

Assumida a decisão, utilizou-se então o programa NUDIST para realizar o processo de codificação, pela segunda vez, para os grupos dos clínicos e como técnica única, para os grupos de clientes. Sendo um programa que satisfaz especialmente os objectivos da *grounded theory,*[181] pode ser utilizado como uma excelente base de dados para qualquer outro método que utilize um processo de codificação.

Passarei, de seguida à apresentação da **análise da codificação** feita aos discursos produzidos.

---

[180] O NUDIST (Non-numerical Unstructured Data Indexing, Searching and Theorising) caracteriza um programa elaborado para apoiar investigações com um desenho qualitativo de análise dos dados. É um programa organizado em torno de dois sistemas que permitem apoiar os vários procedimentos: a instalação dos documentos a ser analisados e "o armazenamento das referências, ideias, conceitos, categorias emergentes, enfim, tudo o que se pensou acerca do projecto e que é o sistema de categorização ("index system")" (Henriques, 1995, p. 150). Facilita a localização das unidades de texto a categorizar, permitindo simultaneamente armazenar todas as referências e ideias que surgirem através de memorandos para o efeito; facilita ainda a construção e exploração de novas categorias. Quando se tem uma lista de categorias muito longa, elas são agrupadas, localizando "laços" e "nós", de forma a tentar formar uma espécie de *clusters* , que depois podem ser agrupados em sub-categorias (Richards & Richards, 1992).

181 Método de análise de informação qualitativa, desenvolvido fundamentalmente por Glasser e Strauss em finais de 1967 (Valles, 1997).

3. CONFIGURAÇÕES DA HOMOSSEXUALIDADE

Por configurações da homossexualidade assumem-se as interpretações da homossexualidade feitas por clínicos e clientes, para o que foram previamente definidas e identificadas as seguintes categorias: a *caracterização da homossexualidade* - operacionalizada pelas tentativas de definição da homossexualidade, a descrição de propriedades que lhe são atribuídas, a forma como é avaliada, e as razões a que se atribui a orientação sexual homossexual: teses etiológicas e perspectivas sociais.

No caso dos clínicos, foram integradas neste bloco de análise duas categorias que emergiram da leitura dos discursos, associadas à caracterização, quer da homossexualidade, quer das pessoas homossexuais: o *"perfil do homossexual"* (categoria operacionalizada por referências a características comportamentais e de personalidade atribuídas aos homossexuais) e *mudanças observadas na leitura da homossexualidade* (categoria operacionalizada pela referência a alterações observadas na vivência da homossexualidade e nas reacções sociais a ela dirigidas).

Do discurso dos clientes impôs-se ainda, pela pertinência temática, uma categoria relativa à expressão das sexualidades, *vivências da sexualidade,* que inclui a reacção da família à homossexualidade. A categoria *vivências da sexualidade* é operacionalizada pelas descrições e comentários das vivências da homossexualidade e descrições das formas como a família reagiu, reage ou se imagina reagir à homossexualidade dos seus elementos.

3.1. A VOZ DOS CLÍNICOS (ANEXO 8)

3.1.1.Caracterização da homosexualidade

Como se disse, esta categoria foi organizada em torno da definição da homossexualidade, das propriedades que lhe são atribuídas e das explicações que lhe subjazem e que se subdividiram em teses etiológicas e perspectivas sociais.

(i) Definição

A orientação sexual foi apresentada como uma característica não dependente da vontade, e resultante "de um processo, uma coisa que nos vai acontecendo e que nós

vamos gerindo como podemos" (GD1.5:8), correspondendo a heterossexualidade a "um processo de socialização, de identificações sucessivas e de integração de padrões que são padrões sociais" (GD1.5:48). Por seu turno, a homossexualidade foi também considerada "um padrão de comportamento" (GD1.5:11) e, associada à ideia de padrão de comportamento, emergiu a noção da homossexualidade como opção, como um comportamento que pode contrariar a aprendizagem, pois o comportamento sexual é visto como um comportamento possível e opcional que "qualquer pessoa, em qualquer circunstância, pode, se lhe der jeito ou se quiser, ter" (GGD1.5:15):

> um indivíduo não é homossexual porque quer ser homossexual, porque prefere ser homossexual, é por isso que se calhar a palavra preferência sexual não será a mais [adequada] (GD1.5:44)
>
> [a homossexualidade] não é (...) uma doença, é (...)um padrão de comportamento (GD1.5:11)
>
> eu defino homossexualidade (...) não em relação ao comportamento, o comportamento eu dou de bandeja, é qualquer um (GD1.5:15)
>
> [a homossexualidade deve ser aceite] como um comportamento alternativo e minoritário, e não como uma doença ou como uma patologia (GD1.4:49)

Neste sentido, o comportamento homossexual, assumido a partir de uma dada altura da vida, foi entendido como opcional:

> há pessoas que acabam por aprender uma certa orientação e depois optam por si próprias (GD1.4: 1473, 1475)
>
> [há] pessoas que depois aos 30 e tal anos optaram já por qualquer coisa diferente daquilo que aprenderam" (GD1.2:1479, 1482)

Lida como opção e como expressão do comportamento, a homossexualidade foi também entendida como uma forma de desafiar a ordem social, uma estratégia para alcançar um fim, como uma forma de promoção. Enquadraram-se nesta perspectiva as concepções que entendiam que, fazendo a heterossexualidade parte de uma determinada organização social onde funciona como regra, a homossexualidade era um meio para obtenção de promoção social dentro de determinado tipo de grupos ou como uma procura de sensações fortes:

> [a homossexualidade é] uma forma de afirmação (GD1.1:27)
>
> na área das artes é quase apanágio ser [homossexual]...é um apanágio de grupo" (GD1.1:98)
>
> também há a homossexualidade como fenómeno de moda (GD1.1:27)
>
> [a homossexualidade] é um processo de fazer um movimento de promoção (...): se tenho um determinado número de contactos culturais (...), diferencio-me e imponho-me através do facto de ser homossexual (GD1.4:11)

> [há na homossexualidade] uma certa procura de prazer de novas experiências(...) num certo tipo de desporto radical, (...) uma tendência a ultrapassar os limites para obter maiores emoções (...) para ter sensações mais fortes (GD1.1:29)

Encontrou-se, ainda, um critério de definição da homossexualidade que utiliza como referente o conceito de doença. Este posicionamento surgiu quer pela negação da normalidade - "não é muito normal" (GD1.1:20), "não é uma normalidade" (GD1.1:19) - quer pela afirmação da anormalidade - "é uma anomalia (GD1.4:31), "é um comportamento anómalo" (GD1.4:31), quer ainda pela afirmação da normalidade ("é perfeitamente normal", GD1.4:34), ou mesmo negando o conceito de doença, "não é uma doença" (GD1.3:5,18,19). Dentro deste posicionamento, integram-se outras expressões associadas ao conceito de patologia: "é uma parafilia"(GD1.4:2), é "um desvio sexual" (GD1.1:31), é "uma disfunção" (GD1.1:19), é "uma falha" (GD1.1:19) é "um processo anómalo de comportamento (...), como muitos outros tipos de comportamento como a impotência" (GD1.4:31)

Alguns clínicos, adoptando uma posição de aparente neutralidade, veicularam uma leitura identificada com a posição social dominante - "está um bocado associado à saúde e à doença na nossa sociedade (...) não é muito natural" (GD1.1:18,29), "não é visto como um padrão de normalidade" (GD1.1:40). Quando referido, o critério para o entendimento de anomalia foi um critério estatístico ou um critério veiculado à função procriadora. Tomou-se ainda em consideração o sujeito que interpreta:

> mesmo em análises clínicas, a normalidade é sempre a normalidade estatística e tudo o que foge dos percentis 90 é anormal (H3: 24)

> A única forma de avaliar [o padrão certo e o padrão errado do desenvolvimento ideal da sexualidade humana] é a possibilidade de procriar, é a única limitação que existe numa relação homossexual (GD1.5:19)

> é uma orientação ligeiramente diferente da minha" (H3:5,19); "um grupo minoritário com uma orientação diferente da nossa (GD1.3:5)

(ii) Propriedades

A estabilidade da orientação sexual foi tema de discussão num dos grupos de clínicos, tendo sido considerada por alguns elementos como uma meta a atingir, levando no contexto clínico a definir como objectivo a necessidade de auxiliar o cliente na definição da sua orientação sexual, denunciando este posicionamento que o que não é aceite é a indefinição. Uma das explicações que surgiu para a defesa do critério de estabilidade, foi o facto de uma relação com uma mulher marcar de uma maneira diferente de uma relação tida com um homem:

> porque o modo de se entregarem e de se envolverem, o modo feminino e masculino são diferentes, o modo como se está na relação, aquilo que se espera na relação que passa pelo sexo (...) para um homem, uma relação sexual correcta não existe se não houver uma ejaculação e um orgasmo, é objectivado o chegar ao fim de uma prática sexual correcta se ele tiver tido uma ejaculação. As mulheres acho que não é assim, e por isso acho um bocado difícil andar ao longo da vida sucessivamente a mudar de parceiro sexual, de sexo para sexo (GD1.5:21,22)

Por outro lado, outros clínicos puseram a estabilidade em causa, chegando mesmo a defender a possibilidade de flutuação na escolha do objecto do desejo:

> a escolha do objecto do desejo não é tão constante ao longo do desenvolvimento e ao longo da história do indivíduo, não é tão constante como isso (GD1.5:16)

> mas quem é que diz que naturalmente as pessoas se acabam por definir ? Se calhar a maior parte (GD1.5:20)

> em momentos diferentes da vida a pessoa pode ter orientação heterossexual e homossexual (GD1.2:37)

A existência de flutuações na escolha do objecto sexual significa, para defensores da estabilidade, a não existência de um auto-conhecimento suficientemente estruturado, por não se considerar "muito possível que uma pessoa tenha um parceiro sexual de determinado sexo, mude para outro, depois volte ao inicial, depois mude para outro, etc." (GD1.5:19), situação que é por outros elementos identificada como existente ("isso acontece", GD1.5:19) e até frequente ("isso é tão frequente", GD1.5:19).

A orientação sexual surge, ainda, quer como uma variável contínua, sendo considerada rara a orientação exclusiva, quer como uma variável dicotómica:

> são muito poucas as pessoas que são homossexuais puras (...) e naturalmente também são muito poucas as heterossexuais puras (GD1.5:40)

> que as pessoas tenham diferentes objectos do desejo ao longo da sua vida, agidos ou não, desejo de estabelecer relações com pessoas do seu sexo, se calhar, é uma coisa universal, a maioria não confessa (...) mas, isso é qualquer coisa que existe, se calhar, dentro de toda a gente (GD1.5: 31)

> as homossexualidades primárias são imutáveis (GD1.5:48)

> a cor do cabelo, podemos escolhê-la, pintá-la, modificá-la, e a homossexualidade não (GD1.5:17)[182]

[182] O enunciador deste depoimento irá, noutro momento da discussão, reformular a posição aqui defendida. Na reflexão final sobre este ponto assinalarei a detecção de incongruências no discurso produzido por um mesmo enunciador.

(iii) Avaliação da orientação sexual

Na tentativa de se identificar quem é e quem não é homossexual, as divergências entre os clínicos centraram-se em torno do critério dessa avaliação da orientação sexual: o comportamento sexual, o desejo, a combinação destes dois factores, ou o prazer foram os diferentes factores considerados.

Para alguns clínicos, era o sexo do parceiro com quem se tem relações sexuais que definia a orientação sexual, e homossexual era "aquele indivíduo que tem relações sexuais com um indivíduo do seu sexo", existindo, no entanto, uma correlação entre a prática sexual e o prazer: a pessoa homossexual pode ter relações sexuais com pessoas de um sexo diferente do seu – mas, adverte-se, não terá prazer:

> [homossexual] é aquele indivíduo que tem relações sexuais com um indivíduo do seu sexo. Pode, eventualmente, ter relações sexuais com um indivíduo do outro sexo, mas a maior parte das vezes, fazem-no por amizade: têm uma relação, gostam porque é simpática, porque se enamoram deles, e eles têm, fazem o favor de manter uma relação heterossexual, mas não têm gosto (GD1.4:9)

A incapacidade de o homossexual poder sentir prazer nas relações sexuais com pessoas de sexo diferente do seu foi, contudo, um ponto de discórdia. Assim, se, na descrição acima, essa possibilidade foi posta em causa, houve no entanto quem considerasse que os padrões de comportamento, sendo opcionais, não comprometem o prazer. Por outro lado, segundo outra interpretação, não eram os comportamentos sexuais que definiam se a pessoa é ou não homossexual:

> essa pessoa [sendo homossexual] pode pontualmente ter prazer com outro sexo (GD1.5:46)
>
> comportamentos homossexuais não pressupõem uma orientação homossexual(H4:16)
>
> orientação é diferente de comportamento (H3:18)

Numa perspectiva diferente, o desejo surgiu como critério determinante da orientação sexual, e finalmente noutros casos, a orientação sexual foi definida pela articulação entre o desejo e a prática sexual:

> um senhor casado, pai de filhos, patriarca - o fantasma daquele homem é homossexual, ele é homossexual, porque o objecto-fantasma é homossexual (GD1.5:30)
>
> um indivíduo casado, com filhos, que considerava o seu casamento satisfatório e que só tinha fantasias homossexuais, a única forma de ter relações sexuais era com fantasias homossexuais. Ele nunca tinha tido uma prática homossexual (...) era homossexual (GD1.5:33)
>
> [homossexual é] uma pessoa que tem preferencialmente desejo pelo mesmo sexo mas [necessariamente] com prática homossexual (E2:31)

> é a permanência e a prevalência de um determinado objecto de desejo sexual e satisfação do desejo (GD1.5:44)

> na minha consulta há muitos anos tive uma mulher que a determinada altura se declara apaixonada por mim, mas não era uma mulher lésbica, pelo menos a sua orientação sexual não é essa" (GD1.1:54,71)

As explicações das "causas" da homossexualidade dividiram-se em dois níveis de abordagem: as perspectivas etiológicas, centradas no sujeito, e as perspectivas sociais, centradas no contexto. Os clínicos que partilhavam perspectivas etiológicas referiram aspectos ligados à dinâmica familiar, ao resultado de uma aprendizagem desadequada, a factores constitucionais ou à combinação de todos estes elementos -- ao passo que os clínicos que partilhavam perspectivas sociais se centraram na leitura que o meio social faz da homossexualidade.

(iv)Teses etiológicas

Em todos os grupos foram oferecidas explicações para justificar a homossexualidade. A recusa explícita da proposta de reflexão sobre etiologia veio somente de um elemento, que disse recusar o conceito de doença e considerar indissociável a relação entre etiologia e patologia:

> se vamos considerar a etiologia, então vamos considerar a homossexualidade como uma doença e vamos tratá-la (...) Não me preocupo com a etiologia , até porque os estudos sobre a etiologia deixam alguma coisa a desejar (GD1.3:26)

Em todos os grupos o assunto foi abordado, embora na generalidade de forma vaga e pouco desenvolvida. Surgiram por vezes dois ou mais posicionamentos no mesmo sujeito; no entanto, sendo o presente objecto de investigação os discursos existentes, este facto não foi valorizado neste momento da análise.

a) A homossexualidade como resultado de uma dinâmica familiar desajustada

Dentro das perspectivas que consideraram a homossexualidade como o resultado de uma determinada dinâmica familiar, foram oferecidos modelos de explicação relacionados com o tipo de interacções estabelecidas com as figuras materna e paterna ou com ausência de determinado tipo de relação. Naturalmente que esta perspectiva etiológica entende a homossexualidade como um comportamento anómalo, resultante de uma falha. Neste sentido, os clínicos consideram-na uma "falha de identificação" (GD1.1:19), uma "falha da relação" (GD1.1:26) ou "uma falha do desenvolvimento" (GD1.1:26).

Um dos modelos interpretativos que emergiu foi o modelo de constelação de uma mãe possessiva e/ou de um pai ausente, que atribui o desenvolvimento da homossexualidade a uma perturbação no processo edipiano, tendo, no entanto, surgido descrições de experiências que contrariam este modelo:

> tem a ver com a relação, provavelmente com a figura de identificação que se teve ou não (...) mãe possessiva, ausência de pai. Neste rapaz teve claramente a ver com essa mãe (...) possessiva (...) a ausência do pai que não foi física, mas foi um pai ausente da relação. Fez a orientação desde muito cedo, não teve uma figura masculina para se poder identificar e por uma necessidade provavelmente de uma outra ancoragem é a figura da mãe que ele procura (GD1.4:8).

> para mim é relativamente claro que na homossexualidade masculina a falta da figura de identificação é fundamental no processo (GD1.4:311-312)

> eu não encontro isso nos casos que me passaram pelas mãos (...) [no caso d]este puto, a mãe é de uma fragilidade a toda a prova(GD1.1:9)

b) A homossexualidade como resultado de uma aprendizagem desadequada

Outra forma de entendimento da homossexualidade dentro dos modelos de atribuição a factores ambientais foi de que as experiências de vida são responsáveis pelo desenvolvimento da homossexualidade. Integraram-se nesta perspectiva tanto os modelos de aprendizagem por condicionamento, como o modelo de aprendizagem da modelagem social:

> eu, pessoalmente, acredito que pode haver experiências precoces da primeira infância que possam ser determinantes e depois toda a aprendizagem noutras situações da vida (GD1.2: 1467,1470)

> é uma questão educacional (GD1.1:27)

> todos os ambientes fechados promovem, facilitam relações homossexuais (GD1.5:15)

> tornou-se homossexual porque teve uma aprendizagem de vida que o encaminhou definitivamente nesse sentido. Era um miúdo que andou no seminário e aos 11 anos passou a dormir com um mais velho. (...) Até aos 20 anos sempre dormiu com outros sujeitos lá no seminário e quando saiu (...) procurou homens para se relacionar (GD1.2:10)

Uma educação pouco clara do ponto de vista dos papéis sexuais ou uma valorização de papéis sexuais correspondentes ao outro sexo biológico foi entendida como facilitadora da homossexualidade, o que denuncia a interpretação de uma relação entre papéis sexuais e homossexualidade:

> a mãe designou-lhe o sexo, vestiu-a de azul, tratava-a por um nome masculino (...) Se não tivesse tido aquela mãe podia ter sido outra coisa (GD1.5:50)

Foi ainda feita uma associação estreita entre a dicotomização dos papéis sexuais e a homossexualidade (pelo entendimento de que a atracção pelas mulheres era um atributo masculino e a atracção pelos homens um atributo feminino):

> se os papéis feminino e masculino cada vez estão menos definidos socialmente, familiarmente, culturalmente, se calhar também se vão definindo menos sexualmente (GD1.1:30)

> os papéis sexuais estão mais confusos e mais diluídos, porque hoje em dia um homem e uma mulher fazem a mesma coisa (GD1.1:30)

> os papéis sexuais [estão] mais diluídos (GGD1.4.1:30)

A interpretação da homossexualidade feminina como resultado de grande insatisfação do relacionamento com homens foi apresentada como exemplo de condicionamento operante, reforçada pela possibilidade de acesso a pontos de encontro de mulheres homossexuais, o que foi visto como facilitador de relacionamentos que viessem a provocar níveis de satisfação positivos:

> é possível numa sociedade urbana uma mulher destas [mulheres com grandes sentimentos de agressividade contra os homens] ir a um bar onde elas [mulheres homossexuais] se encontram e terem uma relação (...) quase recreacional que as faz voltar a gostarem um pouco mais delas (GD1.4:41),

Também estiveram presentes situações de leitura de aprendizagem da homossexualidade como consequência de um reforço :

> também se pode explicar [a homossexualidade] como um condicionamento, houve por exemplo uma experiência homossexual que foi gratificante por acaso e depois manteve-se esse padrão, como qualquer adição por outro motivo (GD1.1:27)

> também tem a ver com o modo como a história e a cultura marcaram negativamente a sexualidade da mulher, quer dizer, como é que a mulher ao longo de tantos anos aprendeu mal a viver a sexualidade e, depois, tem uma má aprendizagem com os homens, alguns homens, e fica tão marcada que mais facilmente se orienta a viver com uma mulher (GD1.2:31)

Como exemplo de modelagem social surgiram afirmações de que determinado tipo de "slogans" e de referências à homossexualidade, feitas nomeadamente pela comunicação social, podem levar à homossexualidade através da transmissão de modelos que facilitam o comportamento homossexual, como por uma espécie de contágio, denunciando esta perspectiva que a homossexualidade pode ser adquirida:

> há homossexuais que foram *viciados* por processos culturais e que no fundo estão apanhados em todo o processo (GD1.4:1177)[183]

[183] Itálico meu.

> penso que a homossexualidade é uma conduta, um comportamento anómalo (...), em que umas vezes intervém mais o factor cultural (...). Todos os processos de montagem, de sedução, de participação de atracção social, aparecem pela própria estrutura da personalidade e é nesse aspecto que eu digo que os slogans são muito perigosos (GD1.4:31)

> outra coisa são os espectáculos que são tão badalados e tão valorizados e tão mediatizados, isso pode alterar a orientação nos jovens, não alterar no sentido cultural (...) porque podem usar um comportamento que é moda, porque é falado, porque é provocatório, porque é anti- qualquer coisa, e no fundo estão a ir contra um pouco contra eles próprios (GD1.2:269 a 277)

> apareceram slogans que eu penso que são altamente prejudiciais, quer dizer, mistificam a problemática e que, ainda por cima, têm uma função sedutora na diferenciação sexual sobretudo, (...) que é um um processo de fazer um movimento de promoção através da homossexualidade. Se eu tenho determinado número de contactos culturais, um determinado nível de contactos, de cultura etc. quer dizer, eu diferencio-me e imponho-me através do facto de ser homossexual. (...) de facto eu penso que este processo de mitificação, de criação de slogans, de sedução, neste tipo é prejudicial em relação à educação das pessoas, no sentido da sua própria evolução e portanto aí, a homossexualidade penso que também é igualmente prejudicial (GD1.4:12)

> o anúncio das coisas da SIDA mostrava a adolescente e mostrava dois adolescentes rapazes, em que se via claramente o que havia ali, e eram adolescentes, *até me questionei um bocado* (GD1.1:978, 980)[184]

A homossexualidade foi ainda entendida como resultado de um desadequado desenvolvimento da personalidade, sem ser explícita qual a teoria de desenvolvimento que lhe está subjacente, "um problema da estrutura da personalidade, do desenvolvimento e maturidade da personalidade" (GD1.4:14). A homossexualidade surgiu associada a um desenvolvimento paranóide da personalidade, com "muitos movimentos de projecção e uma grande rigidez (...) uma maior dificuldade que andará ali à volta daquilo a que chamaria uma estrutura tipo «border line», narcísica"... (GD1.4:18). Cabe aqui referir a associação feita entre homossexualidade e narcisismo:

> a questão do narcisismo eu acho que está muito ligada à homossexualidade (...) o narcisismo é pré-existente mas também se alimenta (GD1.1:811/812)

> [a homossexualidade é] uma falha narcísica (GD1.1:19)

c) A homossexualidade como resultado de factores constitucionais

Pôde destacar-se ainda uma categoria em que a homossexualidade foi entendida como um traço do sujeito, que se mantém ao longo do tempo e com o tempo se vai manifestando, não sendo referida qualquer estrutura responsável:

> existem pessoas com orientação homossexual: pessoas que não têm dúvida nenhuma de que seriam sempre homossexuais, porque desde crianças sentiram como tal, na adolescência também sentiram como tal, chegou à adultícia e são assim, portanto, não põem nenhuma questão em relação a esse aspecto (GD1.2: 502,515)

---

[184] Itálico meu

d) A homossexualidade como resultado de causas multifactoriais

Nesta perspectiva, situaram-se todos os posicionamentos que tentaram explicar a homossexualidade como resultado de um conjunto simultâneo de factores, nomeadamente genéticos, hormonais, de aprendizagem e culturais. Uma das explicações que surgiu a apoiar a convicção de que "a homossexualidade não tem só a ver com a aprendizagem" foi que "se fosse assim, só havia heterossexualidade no mundo" (GD1.2:29):

> a tese hormonal, a mim, faz-me sentido como estando sempre presente (GD1.1. 27)
>
> na homossexualidade pode haver uma etiologia multifactorial *como em todas as doenças do foro psiquiátrico* (GD1.3:27)[185]
>
> vou muito mais por um factor multifactorial, há um conjunto de coisas que se vão somando (...). Também há uma repressão cultural (GD1.1:27)

Alguns terapeutas consideraram que existiram sempre factores biológicos, mas não houve nenhuma adesão a qualquer teoria exclusivamente biológica. Embora se assumisse a importância de factores biológicos como factores predisponentes, defendeu-se a necessidade de factores ambientais para a sua manifestação. Apontaram-se factores fisiológicos, químicos e genéticos, posições acompanhadas da expressão "qualquer coisa de...",("qualquer coisa de fisiológico" GD1.1:19 "qualquer coisa de químico" GD1.1:27) e sempre em associação com outros factores, numa tentativa de explicação abrangente:

> a tese hormonal a mim faz-me sentido como estando sempre presente ( ) acho é que há possibilidade de ela surgir ou não, e isso aí é muito cultural. As hormonas como factor predisponente e as questões culturais de tolerância social como factores desencadeantes (GD1.1:31)
>
> factores genéticos, de *imprinting*, hormonais e também de aprendizagem (...) E quantas vezes os factores de aprendizagem não estão a mascarar factores biológicos que seriam determinantes, se a vida não tivesse condicionado a orientação de outro modo! (GD1.2:30)
>
> temos que pensar nos estudos biológicos de formação do cérebro durante a gravidez pelas hormonas sexuais, não é? Há pessoas que têm coisas dessas publicadas que poderão eventualmente explicar algumas situações onde a coisa é mesmo muito definida e não sei ... agora eu pessoalmente acredito que pode haver experiências precoces da primeira infância que possam ser determinantes e depois toda a aprendizagem noutras situações da vida (GD1.2:30)

Foi também introduzida a noção de homossexualidade primária, pressupostamente entendida como congénita e relativamente à qual a interpretação foi a de que seria o

---

[185] Itálico meu.

resultado de factor(es) biológico(s) – "nestes casos", existiria mais seguramente uma influência biológica, mas, mesmo assim, não exclusiva:

> quando se fala em [homossexualidade] primária, estamos a pôr *mais* o cunho no biológico" (GD1.5:50)[186]

> [n]a definição de homossexualidade primária (...) pensa-se muito que de certo modo poderá ter *alguma* influência biológica (GD1.5:1766, 45)

(v) Perspectivas sociais

Outras reflexões centraram-se não na homossexualidade, mas na forma como socialmente ela é encarada. Nessa medida, alguns terapeutas observaram que o que torna a homossexualidade um problema "é a maneira como os outros olham para ela" (GD1.2:5), questionando-se a própria necessidade de definição:

> [a questão da homossexualidade] é da ordem da aceitação social (GD1.1:19)

> a questão é: porque é que temos de definir ? (GD1.2:1791)

Segundo esta perspectiva, mais próxima da construção do conceito de homofobia, a problemática da homossexualidade apareceu deslocada do sujeito para a sociedade em que ele está inserido, não havendo uma resposta à etiologia da homossexualidade, mas sim à razão pela qual esta é encarada como um problema:

> [o desejo de que não seja homossexual] é porque não se está de acordo com isso.. se ele viver num sítio...(GD1.1:19)

> acho que isto tem a ver com a cultura , com a tendência em controlar a natureza (H4:30)"

Houve clínicos que apontaram para uma questão "muito mais cultural" por rejeição aos factores biológicos, argumentando esta posição pela visibilidade crescente da homossexualidade e questionando que "se é genético ou químico, então por que é que a química só aparece agora" (GD1.1:951-955) ou "como é que explicávamos que na Califórnia houvesse a percentagem [de homossexuais] que há "(GD1.1:913)

Encontrou-se ainda um esboço de uma perspectiva construcionista social, especificamente na linha da "*labelling theory*"[187], que se esgota na afirmação que se transcreve:

---

[186] Itálico meu.

[187] A "labelling theory" é uma das perspectivas do construcionismo social que considera que o que existe são catalogações sociais onde as pessoas se inscrevem, em função das suas experiências de vida. Dada a multiplicidade de perspectivas que domina o construcionismo social, optou-se, no capítulo que se ocupa das teorias interpretativas e concretamente do construcionismo social (capítulo III, 2.3), por não especificar correntes.

> uma coisa é a homossexualidade, construto social, qual é o construto social onde o meu comportamento se inscreve. Ou há ou não há um construto social. Qual é o rótulo, onde é que encaixa (...), qual a etiqueta social a que eu pertenço (GD1.4:46)

Expostas que foram as sub-categorias encontradas na caracterização da homossexualidade, passar-se-á agora à apresentação do que se convencionou designar por "*perfil do homossexual*".

3.1.2."Perfil do homossexual"

Serão apresentadas nesta categoria as referências havidas nos discursos dos terapeutas ao perfil (que engloba características comportamentais e de personalidade) por eles atribuídos às pessoas com orientação sexual homossexual.

Embora se encontre entre os clínicos um discurso que apresenta vários quadros do homossexual, está também presente o discurso da existência de homossexualidades e a noção de que "os homossexuais são tão diferentes entre si como os heterossexuais" (GD1.4:15). Porém, o que organiza num perfil comum estes discursos e os torna, de alguma forma, homogéneos, é a ideia da existência de uma "repressão a que os homossexuais estão sujeitos pela maioria heterossexual" (GD1.4:15) por terem "mais problemas" (GD1.4.:20) ao longo do desenvolvimento devido a "circunstâncias um bocadinho mais complicadas do que [as dos] heterossexuais" (GD1.5:8).

> estamos a falar da homossexualidade no singular e acho que podemos falar no plural, porque são tantas como as heterossexualidades (..) (GD1.5:9)

> não me parece haver nenhuma especificidade nestas pessoas do ponto de vista da sua personalidade. Agora, sem dúvida que têm é mais problemas, podem ter mais situações de conflito, podem ter mais situações de inserção familiar ou até laboral, nalguns casos. Podem ter portanto, mais problemas do que outras pessoas. (GD1.4:20)

A análise das relações homossexuais ou das pessoas com orientação homossexual, tomando como ponto de referência a heterossexualidade, denuncia uma leitura da heterossexualidade ela própria, estanque e singular:

> são um bocadinho *mais* complicadas *do que* para as pessoas que são heterossexuais" (GD1.5:8)

> parece-me que na homossexualidade *há* muito *mais* tendência à promiscuidade e [as pessoas homossexuais] são muito *mais* instáveis *do que* numa relação heterossexual (GD1.4:32)

[os homossexuais] estão *pior* integrados [do] *que* os heterossexuais e são *menos* felizes" (GD1.1:19) [188]

Referidas algumas especificidades consideradas características das pessoas homossexuais, duas perspectivas explicativas distintas se apresentam: uma, que lê as especificidades como resultado de factores internos, relativos ao próprio sujeito, e ligadas a aspectos de personalidade, desenhando-se assim personalidades-tipo e outra, que as atribui a factores externos, associados a pressões sociais, o que tornaria qualquer particularidade observada nos sujeitos com orientação homossexual uma característica resultante do estigma a que estão submetidos.

Do ponto de vista clínico, foi considerado que os clientes homossexuais "não fazem pedidos explícitos ao fim da primeira sessão, por uma questão de inibição" (GD1:36), tendo sido percebidas como "pessoas sempre problemáticas em termos de esclarecer tudo" (GD1.1:32), e apresentadas com traços de personalidade característicos, constituídos por "uma grande rigidez" (GD1.4:19) e "uma estrutura paranóide da personalidade, não no sentido psicótico mas com muitos movimentos projectivos" (GD1.4:20)

> tenho tido a ideia de que o que há é frequentemente uma estrutura paranóide da personalidade (...) não estou a dizer que há uma psicose paranóide, há uma estrutura com muitos mecanismos de projecção e uma grande rigidez (...) e tanto nos homens como nas mulheres, de uma prepotência, uma projecção e de uma necessidade de controle das situações tremenda (...) tenho notado este traço de maciça projecção e uma necessidade muito grande de ter controlo, com uma frequência que me parece muito típica e muito característica [189](...) será isto uma coisa reactiva a uma pressão do exterior ou não...mas eu *sinto muito* como uma estrutura de personalidade (GD1.4:18,19,20)[190]

> a rigidez penso que é [uma característica de personalidade] em relação às mulheres que eu vi com comportamentos homossexuais, realmente a rigidez apareceu-me, foi uma coisa que eu também notei (GD1.4:19)

Aceitando esta estrutura surgiram duas posições explicativas, uma considerando que se trata de uma forma de reacção aos condicionalismos sociais e outra que "sente" tratar-se de uma estrutura da personalidade que, por provocar sofrimento, encontra a sua expressão através da homossexualidade (GD1.4:11).

> em relação a muitas dessas projecções, a essas ideias algo paranóides, não me parecem estruturais (...) parece-me adaptativo (GD1.4:19)

---

[188] O itálico destas três falas é meu.
[189] Este clínico expressa esta conclusão generalizante a partir de "9 ou 10 casos de homossexualidade masculina" e "2 ou 3 casos de homossexualidade feminina" que analisou.
[190] Itálico meu.

> não me parece haver nenhuma especificidade nestas pessoas do ponto de vista da sua personalidade (...) suponho que para quem seguir o modelo psicanalítico vai ter que dizer isso, porque parece que é essa a conceptualização freudiana da personalidade. Não me parece, no entanto, que isso tenha sido provado, pelo menos em estudos comparativos ou sequer em estudos de caso (GD1.4:20)

Surgiram algumas ideias predefinidas quanto à forma como os homossexuais vivem a sua homossexualidade, como por exemplo a noção de que muitos homossexuais não conseguem ter uma vida sexual satisfatória "por qualquer motivo, devido à sua própria personalidade" (GD1.3:565), reforçando a noção de que há uma personalidade característica, específica do homossexual. Relativamente à forma como é vivida pelos próprios homossexuais a sua orientação, foi expressa a ideia de que a "maior parte destas pessoas não gosta nada de ser homossexual" (GD1.5:8) e considerado que as pessoas que não chegaram a assumir a sua homossexualidade (...) são mais problemáticas" (GD1.3:16).

A auto-estima das pessoas homossexuais foi considerada por alguns clínicos como não sendo "grandiosa" (GD1.5:8) e a explicação que se apresentou para este facto baseava-se exclusivamente em factores externos ao sujeito. As razões apontadas prenderam-se com as circunstâncias que, ao longo do desenvolvimento, para as pessoas que são homossexuais "são um bocadinho mais complicadas do que para as pessoas que são heterossexuais" (GD1.5:8) e com a resposta que o meio social dá às opções das pessoas (...) e que pode reforçar ou modificar a auto-estima, de tal forma que "quando as pessoas pensam e sentem que as suas vivências não são normativas e as podem empurrar para situações menos integradas, isso pode ser uma forte fonte de diminuição da auto-estima, o que leva as pessoas a quererem encontrar uma adaptação ao que é mais normativo" (GD1.5:9).

O meio como regulador da auto-estima dos indivíduos em geral, e, no caso dos sujeitos homossexuais, como tendo particularmente um papel agressivo e de rejeição, foi um ponto abordado. Reconheceu-se que existem meios, como por exemplo as cidades, e no nosso país particularmente as cidades de Lisboa e do Porto, onde se considera ser mais fácil um sujeito homossexual viver. A rejeição social, fonte de uma baixa auto-estima, foi considerada responsável pela procura que muitas vezes as pessoas fazem de se adaptarem a discursos mais normativos .

> há uma certa alteração do conceito de família que permite também que seja melhor aceite o casal, eventualmente melhor aceite o casal homossexual. Estamos a falar da cidade de Lisboa, porque fora daqui as coisas continuam muito, muito diferentes ainda (GD1.4:1063)

> há uma boa parte da auto-estima das pessoas que é reforçada ou que é modificada pela resposta que o meio, que o social dá às opções das pessoas, não é ? (GD1.5:373)

> em termos da interferência no viver das pessoas, penso que isso [a homossexualidade], por outras razões, não psiquiátricas propriamente, tem de facto uma razão significante para essas pessoas, na medida em que isso são situações que de uma forma geral, socialmente são mal aceites, em que as pessoas são rejeitadas frequentemente, e isso tem, de facto, uma interferência significativa nas suas vidas.(GD1.3:94 a 100)

A insatisfação sentida pelos homossexuais foi atribuída a causas externas ao sujeito, particularmente associadas a factores sociais, como por exemplo o facto de se tratar de "uma sexualidade que tem que ser assumida de uma forma muito mais reprimida do que numa relação heterossexual" (GD1.4:25), ou ainda, de uma forma mais geral, a noção de que o aspecto sexual da vida se coloca com mais premência relativamente aos homossexuais, não devido à homossexualidade *per se*, mas pelo facto de o contexto social em que ela se desenvolve criar bastantes exclusões:

> é a questão de eles quererem ter filhos e não poderem ou quererem adoptar ou terem uma sexualidade não assumida, às escondidas, ou terem um parceiro e não quererem que oficialmente se saiba, ou no emprego não poderem saber, ou a família não poder saber (GD1.5:33)

A noção de "promiscuidade" foi tida como um dado adquirido no caso dos homossexuais sempre que o tema emergiu, mesmo quando se denunciou que essa leitura era resultado de um preconceito (GD1.1:33). Para os mais cépticos relativamente a assumir este preconceito, a promiscuidade foi substituída pela noção de instabilidade emocional. Levantaram-se distintas hipóteses justificativas deste comportamento e, sendo assumido por alguns clínicos que "não existe nenhuma especificidade do ponto de vista da personalidade" (GD1.4:20), foi todavia aceite a ideia de que há maior promiscuidade nos homens homossexuais, o que foi justificado por factores externos ao sujeito, como "a não aceitação social do casal homossexual" (GD1.4:23). Esta rejeição conduziria a uma maior dificuldade em estabelecer relações íntimas e duradouras por um lado, e, por outro, a uma pressão indutora de instabilidade emocional (GD1.1:33; A3:33), razão igualmente apontada para o "sentimento" de que os homossexuais vivem com uma noção de maior ameaça de perda da relação do que os casais heterossexuais:

> [os homossexuais] são mais instáveis (GD1.1:33)

> acho que [os homossexuais] estão tão pressionados que acabam por ter uma grande instabilidade emocional (GD1.1:33)

> a oferta é menor, não é, há menos, há maior repressão, de maneira que se vive constantemente em angústia de poder perder aquela relação, ora isso pode estar relacionado com o tipo de comportamentos que se tem , nomeadamente a nível sexual (GD1.4:25)

A importância da relação e o significado da perda surgiram para alguns clínicos como factores mais relevantes nas relações homossexuais do que nas heterossexuais (GD1.5:8). O medo antecipatório da perda surgiu, tal como no que diz respeito à instabilidade das relações, como possível justificação para a promiscuidade. A procura de prazer, ultrapassando os limites da aceitação social, foi outra das hipóteses explicativas para o comportamento, considerado, de promiscuidade, sendo afirmado que "já que se ultrapassou um limite, pode-se ultrapassar outro" (GD1.1:1095). Outros terapeutas encararam a promiscuidade como o resultado de uma maior dificuldade estrutural no estabelecimento de relações amorosas duradouras, da vivência do amor:

> há uma hipótese que me ponho de vez em quando: se não existirá alguma correlacção, não causa efeito, entre a homossexualidade (...) e uma maior dificuldade no estabelecimento de relações duradouras amorosas (...) uma maior dificuldade ao nível das relações objectais (...) que leva a que as relações sejam francamente erotizadas, comportamentos muitas vezes do tipo promíscuo ligeiro (...) qualquer coisa que andará ali à volta daquilo a que se chamaria uma estrutura tipo *border-line*, narcísica" (GD1.4:850).

> a sensação que tinha e continuo a ter é que eles têm dificuldade em estabelecer relações com uma continuidade onde seja mais investido o amor. A minha ideia é de que, de facto, é muito frequente nos homossexuais elaborar um amor estruturado, em estabelecer relações com uma continuidade onde [fosse] mais investido o amor no sentido do gosto pelo outro, que se respeita como outro" (GGD1.4:24,25)

Foram ainda discutidos aspectos sobre o perfil dos homossexuais nas relações afectivas, nomeadamente características como ciúme e sentimento de posse, o que foi justificado pelo medo antecipatório da perda e por haver uma menor facilidade de encontro entre pessoas homossexuais. Uma outra explicação para este entendimento das relações homossexuais foi o desenvolvimento de uma constituição narcísica da personalidade:

> [entre pessoas homossexuais] há uma menor facilidade em se estabelecer relações (GD1.1:24)

> o narcisismo está muito ligado à homossexualidade: a pessoa investe mais em si própria do que na relação, isso aparece quase como uma necessidade ...é como se me completasse a mim próprio (GD1.1 :24)

Relativamente à mulher lésbica, foi afirmado que a obtenção de orgasmo através de estimulação clitoriana se trata de uma falsa crença, a que se contrapôs o conhecimento da existência de mulheres lésbicas "para quem é necessária a penetração para terem orgasmo" (GD1.5:26).

Na discussão, valores veiculados para as relações heterossexuais, como é o caso da estabilidade das relações e a sua duração, são apresentados como um indicador de "boa integração".

> há muitas pessoas que têm a sua (..) homossexualidade muito bem integrada, (...) e vivem muito bem as suas relações homossexuais duradouras, estáveis e permanentes (...) e não mudam de parceiro (...) aí estão bem integradas na sua sexualidade. (GD1.5:41)

A constatação de que as pessoas homossexuais são mais instáveis, ou que "têm dificuldade em estabelecer relações com uma continuidade (...) de elaborar um amor estruturado" (GD1.4:24), surgiu a par do reconhecimento de que existem casais homossexuais de grande estabilidade:

> é curioso que ele não tem nada daquilo que nós dizemos habitualmente dos homossexuais (...) muitos parceiros, de se reunirem nos locais todos, de alternarem relações, não terem estabilidade na relação (GD1.1:15)

> um dos casais [homossexuais] que conheci eram um casal já estabilizado há uma série de anos (GD1.1:33)

> eu conheço casais homossexuais de grande estabilidade (GD1.1:33)

No comentário sobre as mudanças observadas, verificamos, assim, que os clínicos referiram a emergência de "relações homossexuais mais estáveis do que havia anteriormente" (GD4:26), o que atribuíram a uma maior tolerância da sociedade a estes relacionamentos. Esta tolerância social à homossexualidade foi particularmente percepcionada nas representações das relações entre as mulheres, o que conduziria à existência de relações mais estáveis entre homossexuais femininas do que entre homossexuais masculinos:

> a homossexualidade feminina tem relações mais estáveis (GD1.4:26)

> temos relações mais estáveis entre homossexuais femininas do que entre homossexuais masculinos (GD1.4:24)

> duas mulheres que vivem juntas ninguém questiona muito se elas até dormem as duas na mesma cama, mas dois homens não é tão bem aceite (GD1.5:27)

> relativamente às mulheres pode-se fazer com que uma conduta bissexual não seja fixada em homossexual. Uma mulher usufrui a sua bissexualidade (faz festinhas, faz não sei quantos) não não fica fixada à culpabilidade da sua homossexualidade (GD1.4:14)

De sublinhar que, um pouco discordante deste posicionamento, foi o sentimento de que o que é tolerado são comportamentos de proximidade e coabitação entre mulheres mas que, "se se sabe que são lésbicas, ainda é pior tolerá-las [do que tolerar dois homens]" (GD1.1:28).

A maior incidência de homossexualidade apontada para os homens pode ter a ver com um critério de envolvimento genital na determinação da homossexualidade, uma vez que se explica, à luz do que se diz no modelo geral de diferenças entre os sexos, que "provavelmente haverá muitas mulheres que se contentam com uma relação afectiva sem tradução sexual, enquanto que dois homens mais facilmente exigirão que a sexualidade faça parte da relação" (GD1.4:15). Haverá muitas mulheres que, "apesar de se sentirem atraídas umas pelas outras, não passam à prática" (GD1.4:15).

Assim, as mulheres homossexuais parecem investir "mais na ternura e menos na sexualidade" (GD1.4:15). O envolvimento entre duas mulheres surgiu como menos explicitamente sexualizado. As mulheres podem mais facilmente interpretar o desejo por outra mulher como um sentimento de ternura, sem temerem que esse sentimento esteja associado a uma orientação. Entre mulheres, é mais fácil deixar evoluir um sentimento de ternura, não necessariamente descodificado como sexualizado ("é que as senhoras fazem festinhas umas às outras sem serem condenadas" GD1.4:13). Entre homens esse mesmo sentimento questionaria a orientação (GD1.4:1722-1741). Entre as mulheres chama-se ternura ao que "entre os homens é preciso chamar outra coisa, por exemplo companheirismo, o que se vê muito no desporto, a nivel das equipas (GD1.4: 1782).

Foi ainda referido por alguns terapeutas que, na década de 70, existiam alguns casos de homossexualidade masculina que talvez fossem resultado de uma situação de fobia heterossexual, possibilidade essa que "não foi estudada na mulher" (GD1.4: 189), facto que denuncia a maior preocupação com a normalidade masculina, por um lado, e que, por outro lado, denuncia alguma relação entre homossexualidade e comportamentos sexuais atribuídos a cada um dos sexos

Por outro lado houve um alerta para o facto de a instabilidade ser uma característica comum a todos aqueles que procuram apoio psicoterapêutico. Foi ainda referido que a análise da homossexualidade baseada na amostra de clientes que procuram apoio clínico corre o risco de ser limitada pelo facto de existirem características semelhantes a todas as pessoas que procuram este tipo de apoio e não às pessoas homossexuais especificamente:

> a maior parte das pessoas que aparecem na consulta têm uma grande instabilidade, não são só os homossexuais (GD1.1:1125).

> as amostras clínicas estão sempre carregadas do ponto de vista da psicopatologia e não nos servem para perceber muito bem o que é que se passa com a grande maioria dos homossexuais que nós não vemos [e que é] claro que existem na comunidade".(GD1.4:789 a 792)
>
> num 'setting' terapêutico, por exemplo, 'standard' psiquiátrico, há um determinado tipo de homossexuais, ou pessoas *com uma eventual perturbação da identidade sexual ou orientação sexual,* que jamais veremos. (GD3:344 a 347)[191]

Várias outras distinções foram feitas entre a expressão da sexualidade nos homens e nas mulheres homossexuais, sobrepondo-se os modelos de diferenças entre os sexos, aos modelos de orientação, como explicativos das diferenças.

Uma experiência homossexual parece ter significados diferentes nos homens e nas mulheres. Foi considerado raro haver mulheres homossexuais sem nenhuma experiência heterossexual, enquanto foi visto como comum homens homossexuais sem nenhuma experiência heterossexual :

> (..) se uma rapariga, se uma mulher que tem uma experiência homossexual, disser ao namorado que teve uma experiência homossexual, não acontece nada. Se o namorado da mesma rapariga disser «deixa lá que eu também já tive uns namorados», naturalmente a reacção dela é um bocadinho mais complicada (GD1.5:27)
>
> experiências homossexuais numa determinada fase da vida deixam uma marca definitiva na identidade masculina, enquanto as experiências homossexuais das mulheres valem o que valem (GD1.5:10)
>
> eu acho que não tenho nenhuma cliente homossexual (...) que nunca tenha tido uma experiência heterossexual [ao passo que] homossexuais que nunca tivessem tido experiências heterossexuais, tenho imensos (GGD1.4.5;10)

Para alguns terapeutas, o facto de ser mais habitual as mulheres terem tido uma vida heterossexual com casamento e maternidade, sem qualquer insatisfação sexual (neste sentido a homossexualidade exclusiva foi mais atribuída aos homens do que às mulheres) e envolverem-se numa relação com uma mulher e referirem "não quero conhecer homens, os homens são uma chatice e atraiçoam-me" (GD1.2:31), foi sentida como "algo complexo que (...) não [se sabe] explicar" (GD1.2:31). Outros terapeutas ofereceram uma interpretação para esta situação: a de que essa questão tem a ver com "o modo como a história e a cultura [marcaram] negativamente a sexualidade da mulher (...) a mulher ao longo de tantos anos aprendeu mal a viver a sexualidade, [teve] uma má aprendizagem com os homens e [ficou] tão marcada que mais facilmente se orienta a viver com uma mulher" (GD1.2:31).

---

[191] Itálico meu.

O envolvimento de algumas mulheres em relações homossexuais foi ainda atribuído a uma rejeição por parte dos homens e simultaneamente à facilitação social que "uma sociedade urbana" oferece, no sentido de existirem pontos de encontros relativamente acessíveis:

> (...) de alguma forma têm sentimentos de grande agressividade contra os homens. Foram rejeitadas, são mulheres rejeitadas e não perdoam isso aos homens. De alguma forma fazem uma certa generalização (...); por outro lado, é possível, numa sociedade urbana, uma mulher destas ir a um bar, ir a um sítio qualquer onde elas (..) se encontram e ter uma relação não muito, que pode não ser muito íntima, muito duradoura, mas é quase recreacional, é quase algo que as faz voltar a gostarem um pouco mais delas, a sentirem-se mais seguras, a sentirem-se amadas ou desejadas, etc. Julgo que é um outro fenómeno que provavelmente está também a suceder (...) (GD1.4:41)

Outra explicação que surgiu foi a de que a idade facilitaria a possibilidade de *life events* afectivos e que as pessoas passam a ter mais importância do que o sexo a que pertencem "acaba[ndo] por encontrar uma pessoa por quem se interessa[m] (...) e que por acaso é [do mesmo sexo] (GD1.5:1668).

Foi apontado como mais comum as mulheres terem mais dificuldade em lidar com a diferença, "sentirem os homens uns chatos" (GD1.2:35), e preferirem a cultura da igualdade que "é menos ansiogénica" (GD1.2:34): "a diferença gera mais conflito" (GD1.2:34) - a diferença "não só hormonal, anatómica, mas das pessoas, a sexualidade (e não só a relação sexual) é diferente num homem e numa mulher"(GD1.2:37)

Considerou-se também que, para conseguir ter uma vida sexual bastante activa, um homem homossexual tem que entrar num grupo "fechado, hermético e até extremamente duro", ao passo que "a mulher não precisa de entrar num grupo de lésbicas para conseguir ter uma vida sexual activa (GD1.5:27-8). Referiu-se ainda que as mulheres homossexuais têm experiências heterossexuais de vez em quando, de carácter bizarro, correspondendo mais "a dimensões fantasmáticas" (GD1.5:10).

Ligada à aceitação, a questão da integração social foi vista como um "problema", que se considerou estar resolvido "[para] uma percentagem razoável de homossexuais femininas" (GD1.4:23) o que surgiu justificado pela representação de existência de maior aceitação social dos comportamentos homossexuais femininos. As mulheres não vinham tanto falar da sua homossexualidade, "queriam mais falar de outras dificuldades como perturbações de humor, depressividade, dificuldades na sua realização pessoal e profissional (...) aparentemente viviam com mais tranquilidade a sua opção sexual (...) isso não era tanto motivo de questionamento e de mal estar" (GD1.5:6).

Uma outra diferença assinalada teve a ver com a forma como os homens homossexuais e as mulheres homossexuais se relacionam com o "sexo oposto". Alguns clínicos defenderam que as mulheres homossexuais tendem a opor-se aos homens, ao passo que, pelo contrário, os homens homossexuais parecem ter, "em regra (...), muitas amigas mulheres, gostam de se dar com as mulheres, elas gostam deles" (GD1.2:23). Duas explicações emergiram, uma, baseada numa perspectiva biológica (as mulheres homossexuais tendem a "organizar-se biologicamente contra o outro sexo" GD1.2:27) e outra numa perspectiva social e histórica, esta mais desenvolvida pelos clínicos. Assim, a organização que as mulheres homossexuais tendem a fazer contra o outro sexo "tem razões culturais" (GD1.2:27), "históricas também, relacionadas com o papel da mulher e da exploração do homem" (GD1.2:27), "questões ideológicas, que têm a ver com a libertação" (GD1.2:27).

Relativamente ao facto de os homens homossexuais se darem bem com as mulheres, isso foi explicado pelo papel que aqueles parecem desempenhar em relação a elas:

> se calhar são sentidos por elas como pessoas potencialmente menos problemáticas (...) com menos probabilidades de outro tipo de interacções, portanto acabam por ser (...) mais neutras, podem sentir-se realmente, amigas de um homem, coisa que não conseguem de uma maneira geral (GD1.2:23)

Durante a discussão, a propósito da diferença como a estabilidade nas relações é experimentada pelas mulheres e pelos homens homossexuais, foi comum a referência ao pressuposto de que sendo, em geral, os homens mais promíscuos do que as mulheres, essa generalização se repetia no universo homossexual. Nesse sentido, afirmou-se que "as relações homossexuais femininas são mais estáveis, as mulheres muitas vezes refugiam-se numa relação homossexual exactamente porque é mais estável." (GD1.4:1528). A explicação que emergiu foi a de que, por um lado, se verifica que a promiscuidade está em primeiro lugar associada à masculinidade e, em segundo lugar, à clandestinidade das relações e à maior dificuldade que os homossexuais teriam em "estabelecer relações duradoiras", facto que, associado à ideia de maior aceitação social das mulheres lésbicas, explicaria a "maior incidência de promiscuidade nos homens homossexuais" (GD1.4:910)

Uma outra diferença apontada foi a presença de homens e mulheres homossexuais no que se refere a apoio clínico. Foi consensual a percepção de um maior número de presenças na consulta de elementos homossexuais do sexo masculino do que do sexo feminino.

> as raparigas[que me procuraram] foram menos apesar de tudo (GD1.1:1)
>
> homossexuais femininas [tive] sempre em menor número (GD1.4:7)
>
> [tive] nove ou dez casos de homossexualidade masculina e dois ou três de homossexualidade feminina (GD1.4:8)
>
> as mulheres, por se sentirem mais integradas, sentem menor culpabilidade e aparecem menos na consulta (GD1.4:14)

Uma hipótese oferecida para explicar este facto, referido por todos os participantes de todos dos grupos, foi que, devido a uma maior pressão social imposta à homossexualidade masculina, o mal estar nos homens é maior do que nas mulheres. Uma outra hipótese prendeu-se com a prevalência da orientação sexual, com o facto de a percentagem de homossexuais masculinos ser mais elevada do que a percentagem de homossexuais femininas, hipótese essa defendida por quem apoia os seus dados "em estudos" (GD1.4:15) que diz conhecer ou na "sensibilização clínica" (GD1.4: 812).

Por outro lado, considerou-se que mais facilmente se catologa um homem como homossexual do que uma mulher ("eu diria que a situação social pode mais facilmente pôr um *label* de homossexualidade no homem do que na mulher", GD1.4:551/13).

> [no caso feminino] pode-se fazer com que uma conduta bissexual não seja fixada em homossexual. Uma mulher que tem contactos com outras faz-lhe festinhas...faz-lhes não sei quantos, não sei que mais, usufrui a sua bissexualidade e não fica fixada à culpabilidade da sua homossexualidade (GD1.4:574,576)

A sexualidade dos homens homossexuais idosos foi tema emergente num dos grupos. Motivo de surpresa entre os clínicos foi a constatação de que, ao falar de idosos homossexuais se estava a pensar exclusivamente em homens. Se um dos clínicos chegou mesmo a expressar a ideia de que "a orientação homossexual aos 60 [anos] é definitiva" (GD1.1:20), a representação dos homossexuais idosos foi, na generalidade, negativa, ampliando representações já negativas da homossexualidade. "São *um bocado mais* repugnantes do que os jovens" (GD1.1:20,21); "são *mais* delicodoces" (GD1.1:20,21); "são *mais* descarados" (GD1.1:22); "são *mais* assumidos"[192] (GD1.1:22); são perversos (GD1.1:21) – foram afirmações recolhidas. Outra imagem transmitida foi ainda a de que estes homens sentem que "estão velhos para encontrar outra pessoa, sentem que já não são bonitos" (GD1.5:3).

---

[192] Itálicos meus.

Outro assunto de debate entre os terapeutas foi o tema da efeminação dos homens, sentida por alguns terapeutas como incomodativa:

> é uma coisa que me chateia mas tenho agora o grupo cheio de bichice (GD1.1:15)

Questionou-se se esse comportamento efeminado estaria associado à orientação ou faria parte das "imagens internalizadas que os adolescentes tinham do homossexual" (GD1.4:37). Foi feita uma referência a uma alteração no chamado comportamento efeminado, considerando-se ter este diminuído com a aceitação social:

> a aceitação social dá-me ideia que tornou os homossexuais mais naturais, (...), os comportamentos compulsivos de ridicularização do comportamento feminino diminuiram e é muito mais frequente encontrar (..) - a mim médico - homossexuais por homossexuais (..) sem terem necessidade compulsiva de exibirem [comportamentos efeminados](GD1.4:36)

Colocou-se a hipótese de a mudança percebida não se situar nas pessoas com estes comportamentos mas nas atitudes dos técnicos de saúde mental, devido a um maior conhecimento de que nem só os homens homossexuais são efeminados. A existência de comportamentos efeminados na adolescência e a orientação homossexual foram entendidas como correlacionadas e não como apresentando uma relação causal (GD1.4: 36).

A culpabilidade sentida pelos homossexuais foi também um tema emergente; atribuída a "esquemas perversos" (GD1.1:853) e indutora desses esquemas, a culpabilidade foi também considerada desencadeadora de depressões:

> alguns [dos homossexuais] puderam passar a amar mais, e a serem menos perversos (...) desinvesti[r] esta culpabilidade de [que] o homossexual é mau (GD1.4:497)

> há claramente depressões (...) com uma intensa culpabilização, consequência clara de um affair (GD1.4: 1626 a 1628)

A relação entre o suicídio e a homossexualidade foi estabelecida por alguns terapeutas, quer por referência a clientes que se suicidaram ou fizeram tentativas de suicídio, quer através de uma reflexão a propósito de uma investigação sobre o suicídio em adolescentes, em que se observou que os adolescentes auto-mutiladores manifestavam dúvidas relativamente à sua orientação sexual:

> em relação aos casos dos automutiladores, por exemplo, pessoas que cortam os pulsos, muitos desses indivíduos têm dificuldades em definir a sua orientação sexual. (GD1.3: 288 a 291)

> se ele conseguisse aceitar [a homossexualidade] (...) ele faz uma tentativa de suicídio (...), quando percebe que pode ser homossexual [tem] uma enorme depressão, está a sair de uma tentativa de suicídio muito séria (...) tem a ver com a sua não aceitação (GD1.1:17)

Estas foram as caracterizações dos homossexuais e da homossexualidade que dominaram os discursos dos técnicos de saúde mental. Houve igualmente uma reflexão sobre alterações existentes nos últimos tempos relativamente à percepção dos homossexuais e da homossexualidade. Deste aspecto dar-se-á conta a seguir.

3.1.3. Mudanças na leitura da homossexualidade

Tal como aconteceu relativamente ao ponto anterior, também esta categoria emergiu da leitura do texto, não tendo, pois, sido construída *a priori*. Nela serão apresentadas as referências a alterações observadas nas reacções sociais e na vivência pessoal da homossexualidade. Organizou-se a abordagem das mudanças centrando-as em três pólos: (i) na análise comparativa da experiência anterior do terapeuta e da experiência actual, tanto a nível social geral como a nível clínico em particular. (ii) na análise do que está por mudar (posição que reflecte o reconhecimento de mudanças, mas se centra no que se mantém, aqui designado por "mudanças por realizar"); (iii) na análise do que se poderá vir a passar no futuro e que é aqui apresentado como "previsões futuras".

(i) Mudanças a nível social e no contexto clínico

Foi referido um aumento de comportamentos homossexuais nos "últimos tempos". Nalguns casos, esse aumento foi apresentado como um facto em si; noutros casos, foi sublinhada a necessidade de se distinguir entre visibilidade e existência, considerando-se que apenas se pode referir a visibilidade. Esta maior emergência e/ou visibilidade foi atribuída a menor repressão das práticas ("antigamente eram todas clandestinas e hoje é possível começar a assumir" GD1.4:40); ao aumento demográfico ("somos mais, é por isso que há mais" GD1.1:28); ao facto de cada "vez mais a identificação" ser "mais rara" (GD1.1:30); a uma certa promoção social feita através dos comportamentos homossexuais (daí "o aparecimento de slogans prejudiciais com uma função sedutora (...) como processo de fazer um movimento de promoção através da homossexualidade" GD1.4:11); e, finalmente, ao facto de a homossexualidade ter ganho uma dimensão simbólica num dado grupo social ("na área das artes é quase apanágio ser", GD1.1:27).

A menor repressão das práticas homossexuais foi considerada como "facilitadora de maior estabilidade nas relações homossexuais entre os homens (GD1.4: 26) e factor de "maior alívio nas pessoas" (GD1.4:9) e da "diminuição da dor devida à repressão social" (GD1.4:10). Foram apresentados como responsáveis por essa maior abertura "o

desenvolvimento dos *media*" (GD1.1:28) (porque elemento facilitador de uma maior e mais rápida divulgação da informação); o fácil acesso aos pontos de encontro de homossexuais observado nas sociedades urbanas, que pode levar à procura de uma relação que "pode não ser sentida como íntima, [ou] muito duradoura, mas quase recreacional" (GD1.4:41); alterações no "conceito de família, com uma maior aceitação do casal sem filhos (...) e do casal homossexual" (GD1.4:28); uma alteração no entendimento da relação amorosa que passa por "uma maior integração da sexualidade por parte das mulheres" (GD1.4:45) e uma maior aceitação de relacionamentos não institucionalizados – "há sessenta anos atrás se uma mulher casada se envolvesse com um homem casado "a mulher era uma puta, e o gajo", um "coitado que tinha caído" (GD1.4:47); alterações no padrão de funcionamento pessoal equivalente a uma maior preocupação das pessoas "em ser felizes" e "obterem mais emoções" (GD1.1:29), o que leva a que tenham de experimentar tudo (GD1.1:30) e se ultrapassem limites (GD1.1:30); uma alteração da representação dos papéis sexuais, que passam a ser vistos como "mais diluídos", "mais confusos" (GD1.1:30) "menos definidos socialmente, familiarmente e se calhar sexualmente "(GD1.1:30) - há uns anos atrás os homens "armavam-se em machões", era impossível a hipótese de afirmarem a possibilidade de uma relação homossexual, "hoje não se punham de fora" (GD1.1:30); e por fim, a emergência de um novo discurso sobre a homossexualidade (GD1.1:29), banalizando-a ["começa-se a falar da homossexualidade como uma coisa muito natural" (GD1.1:29), "banaliza-se" (GD1.1:29)]

Os terapeutas apontaram três tipos de mudanças no contexto clínico: a primeira prendendo-se com os pedidos dos clientes; a segunda, com o entendimento clínico de homossexualidade e a terceira, com o facto de as terapias aversivas de recondicionamento deixarem de ser utilizadas com o objectivo de conversão à heterossexualidade.[193]

---

[193] A introdução em Portugal deste tipo de terapias foi feita nos anos 70, por um clínico que trabalhara em Oxford com John Bancroft. O modelo de interpretação da homossexualidade masculina (e sublinhou-se que se desconhecia a realização de estudos com a mesma interpretação para a homossexualidade feminina) era de que a homossexualidade resultava de uma fobia heterossexual. Este entendimento permitia que se interviesse com o modelo geral de terapia de comportamento aplicado às fobias. Descreveu-se que a sua implementação, num hospital psiquiátrico do país, foi difícil e que após um ano do pedido feito ao director desse hospital não estava ainda disponibilizado o material necessário para a sua implementação (gabinete, projector de slides e um ecrã). Num dos grupos em que esta história é descrita, assistimos ao seguinte diálogo que denuncia a percepção de uma visão discriminatória da homossexualidade:

-Disseste-lhe (ao director do hospital) que era para estudar a homossexualidade?

- Disse, disse exactamente o que era !

- Então nem daqui a um ano nem daqui a três...[ri-se]

Este gabinete acabou por ser instalado e funcionou cerca de "ano e meio a dois anos", sendo nele seguidos "vinte e tal homossexuais masculinos". O clínico desistiu deste tipo de trabalho por considerar que

Referiu-se que os clientes já não surgem na consulta a pedir apoio para a sua orientação sexual, facto que era observado "há uns anos atrás, sensivelmente até à década de 80":

> nessa época [anos 70] o que era mais vulgar era que as pessoas com essa orientação apresentassem esse tipo de queixa «eu tenho este problema, que é uma doença (..) e quero mudar», hoje em dia isso já não acontece (GD1.2:14,15)

> hoje em dia, a maioria das pessoas que me procura afirma: «eu sou homossexual, sempre fui e gosto de ser (...) os problemas que eu tenho, não terão se calhar muito a ver com a minha condição homossexual» (GD1.2:11)

Foi todavia referido que nos últimos dois ou três anos se observam mais situações de jovens a pedirem apoio com pânico de serem homossexuais (GD1.5:7), assim como surgem actualmente mais pedidos de apoio de cônjuges de uma relação heterossexual devido à homossexualidade do parceiro (GD1.4:40). Houve da parte de alguns elementos a referência ao facto de a homossexualidade ter deixado de ser considerada uma doença pelas organizações responsáveis pela classificação das doenças mentais, enquanto outros disseram que ainda se interrogavam sobre a razão pela qual a homossexualidade já não é "sentida" como um desvio do comportamento sexual:

> durante uma série de tempo foi considerado nos manuais das doenças psiquiátricas, a homossexualidade como uma doença, não é, foi retirada do DSM-III-R, (...) já não existe (...), mas era uma doença, era uma disfunção e acho que há técnicos de saúde que ainda têm essa ideia (GD1.5:11)

> já achamos que qualquer um pode lidar com aquilo (GD1.1:31)

---

não tinha "resultados positivos" e por isso que "não valia a pena "ser explorado" - "se calhar não era o caminho mais indicado".

Um dos clientes presentes nos grupos descreve uma passagem por esta intervenção:

> ele propôs-me entrar num grupo, para já fui medicado com ansiolíticos e com não sei que mais...propôs-me entrar num grupo de psicoterapia e eu entrei (...) nesse grupo o pessoal apoiava-me bastante, sentia-me bastante bem aceite pelo grupo, mas às tantas o médico entendia portanto que eu devia deixar de ser homossexual uma vez que não me sentia bem naquele papel e propôs-me fazer a terapia comportamental com reflexos condicionados (sic), mostrando-me fotografias de homens e mulheres nuas, e de seguida levava electrochoques e achei que era realmente sadismo a mais e nunca mais lá apareci. Pronto isto foi a primeira experiência - eu nem quero comentar! - já lá vão vinte e tal anos (GD1.2:3)

Uma outra terapeuta referiu também que em Coimbra, nos anos 80, observou também intervenções do mesmo tipo:

> com uma coisa aversiva para tentar recondicionar ou descondicionar (...) é o caso de uma freira, que era lésbica e se tinha uma coisa que a punha louca eram as mamas! E então o tratamento para fazer o descondicionamento (...), mostravam-lhe uns cartões com fezes, que ela detestava, um estímulo negativo, e ainda por cima as mamas, a sairem fezes pelo mamilo (...). Não tinha estímulos eléctricos, mas tinha outro tipo de estímulos. Na altura achava aquilo uma coisa angustiante (GD1.2:15)

Do Porto também surgem testemunhos da utilização destas práticas terapêuticas, através do que os clientes contam:

> eu vi um que veio à consulta, que me disse que se lembra (...), que levava uns choques eléctricos (...) simultaneamente a ver os slides, mas era uma coisa que podia ser aversiva, porque ele disse que eram slides de homossexualidade masculina - e ele é homem - e simultaneamente a retratarem as práticas sexuais .(...). Foi no Porto que ele fez isso (GD1.4:12)

Perante uma reflexão em que foi dito que "os homossexuais surgem mais naturais, sem exibição de ridicularizações do comportamento feminino, é muito mais fácil encontrar homossexuais por homossexuais (...) sem terem necessidade compulsiva de exibirem" (GD1.4:36), foi apontada uma alteração relativamente ao conhecimento disponível que permite combater este preconceito da associação entre efeminação e homossexualidade:

> sabemos hoje que há crianças ou adolescentes com comportamentos efeminados que depois não se tornam homossexuais e, há uns anos atrás, achávamos que só os *maricas* é que eram homossexuais (GD1.4:36)[194]

As terapias aversivas com o objectivo de "reversão" foram também objecto de análise por parte dos clínicos. Alguns referiram o facto de terem abandonado este método e outros referiram-se a ele como um método obsoleto:

> desisti, dado que não me pareceu que [o] conceito de fobia heterossexual aplicado à homossexualidade tivesse implicações clínicas pelo menos do ponto de vista terapêutico, não me pareceu que valesse a pena ser explorado (GD1.4:6)

> as terapias do comportamento são históricas e têm alguns juízos que podem ser, hoje em dia, alvo de alguma crítica (GD1.2:13)

Todavia, foi referido um retrocesso relativamente a um período de maior abertura que se observara antes, justificado pelo facto de, por um lado, serem mais aceites relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo e, por outro lado, não haver direitos iguais aos dos casais heterossexuais:

> um período em que parecia ter havido mais tolerância e que essa tolerância agora se tinha convertido em susto (...) porque se se aceita o comportamento homossexual como um comportamento normal, integrado, tem que se dar a possibilidade a essas pessoas de poderem ter as vivências que as outras têm e aí a sociedade tenho a impressão que apanhou um susto e que retrocedeu um bocado (GD1.4:16).

Este movimento foi explicado pelos limites de uma mudança de atitudes neste campo (GD1.4:26), "não podendo aceitar-se totalmente o comportamento sexual homossexual como igual ou com o mesmo valor que o comportamento heterossexual" (GD1.4:27), "pelo seu valor reprodutivo" (GD1.4:27).

(ii) Mudanças por realizar

Os clínicos afirmaram ter havido mudanças, mas consideraram que não tinha havido uma alteração significativa dos valores. A representação que os terapeutas deram sobre a forma como é entendida a homossexualidade foi a de que "continua, apesar de

---

[194] Itálico meu.

tudo, a ser uma situação muito específica" (GD1.3:5), que " ainda não é - apesar de tudo - um padrão de normalidade" (GD1.1:40), pois "parece que ainda há um esforço para as pessoas aceitarem, é sempre difícil aceitar essa diferença" (GD1.3:29). Reconheceram que "não há o direito a determinadas coisas que os outros casais têm" (GD1.4:50), o que foi reforçado com estatísticas que denunciam que "nenhum país conseguiu baixar muito para baixo de 40, 50% de cidadãos homófobos" (GD1.4:27). Neste sentido, considerou-se que o casal homossexual estava "longe de ser aceite" (GD1.4:23) e de ter direito a determinadas coisas que os casais heterossexuais têm" (GD1.4:50).

(iii) Previsões futuras

Foi expressa alguma expectativa de que a genética possa trazer alguma explicação etiológica e considerou-se que, se tal acontecer, a homossexualidade será interpretada como uma doença:

> se se descobrir que a homossexualidade é um cromossoma, então (...) a homossexualidade será uma doença (GD1.3:34)

Finalmente, foi possível encontrar algumas perspectivas de prognóstico: a noção de que a homofobia só descerá em cerca de 50% da população e que, como já vimos, a homossexualidade nunca poderá ser um comportamento visto como a heterossexualidade "pelo seu valor reprodutivo" (GD1.4:27)

> [a homossexualidade] será sempre um comportamento considerado anormal para uma percentagem grande (...) a percentagem de homófobos provavelmente nunca descerá muito para baixo dos 40, 50% (GD1.4:27)

* * *

Descritas as categorias, propõe-se agora uma reflexão sobre os discursos que as produziram e, por sua vez, criaram as configurações da homossexualidade para os clínicos.

3.1.4. Reflexões sobre as configurações da homossexualidade para os clínicos

Nos discursos dos clínicos que integraram os grupos de discussão não se encontrou nenhuma perspectiva estruturada e justificada que configurasse a homossexualidade. Digno de referência é o facto de essa dificuldade não ter parecido existir quando se

falava de um suposto perfil do homossexual. Aí, os clínicos pronunciaram-se de uma forma significativamente mais expressiva e muito mais desenvolvida, denunciando um discurso atravessado pelo preconceito. Expressões como "pode ser que", "eu acredito que", "para mim é", acompanharam frequentemente as explicações oferecidas, dando, pois, ênfase às opiniões pessoais.

Assim, poderá afirmar-se que nenhum dos clínicos presentes nos grupos de discussão se posicionou de uma forma clara (ao longo da discussão e em todas as categorias) em qualquer dos modelos teóricos disponíveis de interpretação da homossexualidade, apresentados ao longo da segunda parte deste estudo. Surgiram, contudo, posições pontuais que podem ser lidas à luz desses modelos: puderam encontrar-se tanto esboços de configurações da homossexualidade próximas das defendidas no paradigma patológico, enraizado no discurso médico do século XIX, como interpretações que se aproximam das que são produzidas no modelo afirmativo *gay*, que entende a homossexualidade como um comportamento minoritário, fruto de um discurso emergente da própria comunidade homossexual. É possível também observar, ainda que só em esboço, e muito pouco representada, uma perspectiva da homossexualidade próxima da que é desenvolvida pelo paradigma do construcionismo social, que desloca o foco de análise da homossexualidade para a análise da estrutura social da sexualidade, leitura que se impõe a partir dos estudos feministas e dos trabalhos de McIntosh, em 1968, de Weeks, em 1977, e de Foucault, em 1976. Um posicionamento crítico da estabilidade da orientação sexual, questionando assim a própria noção de identidade homossexual esteve também presente, ainda que de forma interrogada – "não será que?" – e poderá ser interpretado à luz da teoria *queer*, modelo emergente no início dos anos 90 e resultante de críticas feitas quer por feministas radicais aos modelos feministas existentes, quer por teóricos dos estudos de *gays* e lésbicas aos modelos desenvolvidos dentro desta área de estudos.

O facto de o paradigma patológico da homossexualidade ter tido alguma expressividade nos grupos de discussão dos clínicos é um indicador de que ainda existem, entre a comunidade terapêutica portuguesa, preconceitos que podem conduzir a terapias desajustadas e a enviesamentos na avaliação dos clientes, como, de resto, Marmor (1998) afirma, referindo-se ao contexto norte-americano.

A discussão entre os clínicos portugueses, participantes nos grupos de discussão, sobre a etiologia da homossexualidade (e adiante-se que a forma como a etiologia foi discutida denuncia já uma visão da homossexualidade como défice) mantém-se ainda,

tal como em finais do século passado, em torno da dicotomia inato/adquirido, não havendo portanto concordância sobre se ela é resultado de factores psicológicos – causas ambientais e factores de aprendizagem – de factores biológicos, ou ainda de causas multifactoriais.[195]

Defendida por uns clínicos e contrariada por outros, a abordagem psicanalítica foi, dos modelos apresentados, o que surgiu articulado de uma forma mais clara. Dentro deste modelo, foi explicitamente referida por um terapeuta a constelação familiar de uma mãe possessiva e/ou um pai ausente (desenvolvido por Sandor Rado em 1940) como responsável pelo desenvolvimento da homossexualidade. Outra leitura dentro deste modelo foi o da associação entre homossexualidade e uma personalidade narcísica ou, ainda, uma estruturação paranóide ou *border-line* da personalidade que, "pelo sofrimento que provoca, encontra a sua expressão através da homossexualidade" (GD1.4:20). Esta estruturação foi considerada responsável por uma maior dificuldade em estabelecer relações com continuidade. Ainda dentro desta perspectiva, justificou-se o facto de se considerar uma maior existência de pessoas homossexuais, por "cada vez mais a identificação [com o progenitor do sexo oposto] ser mais rara" (GD1.1:30).

A homossexualidade foi igualmente concebida como resultado de uma aprendizagem. A ênfase foi posta na sua relação com a assimilação dos papéis sexuais; na insatisfação, no caso da mulher, do relacionamento com homens, e na influência da comunicação social. Todas estas interpretações partiram da crença na existência de uma aprendizagem desadequada da sexualidade, por parte do homossexual, e denunciam uma visão heterossexista, no sentido em que consideram que a orientação mais adequada é a heterossexualidade e que só porque as relações não funcionaram a este nível é que as pessoas se orientaram para outras do mesmo sexo.

O entendimento da homossexualidade como o resultado de uma fobia heterossexual foi também abordado, embora este modelo já não fosse defendido por nenhum terapeuta.

---

195 Recorde-se que Havelock Ellis, Magnus Hirschfeld, ou mesmo Richard von Krafft-Ebing julgaram ter encontrado a solução para esta dicotomia, ao considerarem a coexistência de dois tipos de homossexualidades – a congénita e a aprendida. Os portadores do primeiro tipo de homossexualidade eram frequentemente designados como invertidos e os do segundo tipo como pervertidos. A este propósito, refira-se que o entendimento de que a homossexualidade podia ser resultado de experiências de vida encorajou o medo do contágio o que levou, no final do século passado, a uma preocupação com o desenvolvimento das crianças e à implementação de regras que as afastassem deste tipo de experiência. Esta preocupação com o controlo de factores ambientais que evitassem o comportamento correspondente a esta orientação conduziu, naquela época, a uma reflexão sobre questões de educação, de que é exemplo o efeito dito nefasto das escolas unissexo na promoção da homossexualidade entre os jovens (no caso português, recorde-se o médico Egas Moniz).

Foi explicitado que as terapias aversivas, com o objectivo da reversão, eram consideradas "obsoletas" ou haviam sido praticamente abandonadas, por quem as implementara no passado. O seu uso foi, no entanto, defendido para alguns casos em que a homossexualidade não seja considerada a orientação dominante, e o cliente solicite a alteração da orientação. Esta posição faz pensar na valorização que é feita de uma orientação exclusiva, facto que, aliás, foi comentado por uma terapeuta:

> nós acabamos por fazer uma coisa, já repararam, que é assim, é quase como se achássemos que tanto faz, mas tem é que se definir (GD1.5:20)

Uma leitura da homossexualidade como resultado de uma determinada aprendizagem foi também defendida, quando se considerou que o aparecimento de alguns *slogans* tinham uma função sedutora e por isso prejudicial, por promoverem a homossexualidade.

Havendo tantas teorias biológicas sobre a homossexualidade, é de referir que os terapeutas presentes nos grupos de discussão só trouxeram para o debate esses factores em simultâneo com outros. Daqui pode inferir-se que nenhuma destas teorias ganhou uma expressão significativa, o que resulta possivelmente do facto de qualquer uma delas ter sido refutada através da repetição dos estudos que a validaram.

"Se se descobrir que a homossexualidade é um cromossoma, então (...) a homossexualidade será uma doença", afirmou uma terapeuta. Esta afirmação merece uma especial reflexão, sobretudo se pensarmos nos riscos do aproveitamento político. O facto de a homossexualidade poder ser determinada geneticamente não implica que seja uma doença. Ora o que se verifica aqui é uma relação causal, resultado de preconceito (a noção de que a homossexualidade é algo de negativo). Aproveita-se, assim, a questão genética para reforçar a ideologia de doença: acha-se que até geneticamente há uma norma e que as possibilidades de mutações diferentes dessa norma são, porque desvios, doença. Será, afinal, transformar uma norma puramente estatística numa norma que organiza uma ordem social.

Embora surjam leituras da homossexualidade feitas pelos terapeutas como "uma orientação minoritária", uma sexualidade "perfeitamente normal", "um comportamento alternativo" ou "um padrão de comportamento", e ainda que se tenha reconhecido que a menor repressão social das práticas homossexuais facilita a estabilidade dos relacionamentos homossexuais e seja um factor que contribui para um "maior alívio nas pessoas", não se poderá considerar a verdadeira existência de um discurso afirmativo.

Isto deve-se ao facto de não haver qualquer reflexão à volta destas afirmações nem comentários sobre conceitos fundamentais para este paradigma como são, a título de exemplo, os conceitos de opressão, homofobia internalizada, *coming-out*, identidade homossexual ou comunidade. Pontualmente, surgiram apontamentos de uma leitura social da homossexualidade: "é da ordem da aceitação social" (GD1.1:19) ou "[o que a torna problema] é a maneira como os outros olham para ela" (GD1.2:5), ou a atribuição da insatisfação sentida pelos homossexuais com a sua sexualidade a factores sociais ou, ainda, o considerar-se que a falta de auto-estima se deve a factores externos e não à estrutura do próprio sujeito. Todavia, mais uma vez, estas observações não tiveram qualquer desenvolvimento.

Poder-se-ia dizer estarem estes clínicos disponíveis para a integração de novos modelos de leitura, mas encontrarem-se, ainda, numa posição heterossexista, próxima da tolerância, entendida aqui na sua perspectiva mais negativa, pela superioridade que é, afinal, atributo daquele que pode tolerar. Neste sentido, surgiram afirmações como as que consideram que "os homossexuais estão pior integrados [do] que os heterossexuais e [que] são menos felizes" ou que têm "muitas complicações", o que os faz desejarem que os seus clientes homossexuais sejam heterossexuais (como se verá nas questões clínicas. Houve outras afirmações de clínicos que surgiram como desabafo com uma tonalidade preconceituosa": é uma coisa que me chateia mas que tenho agora no grupo: o grupo cheio de *bichice* (GD1.1:15)[196].

"Apesar de tudo" foi uma expressão usada no contexto das mudanças por realizar relativamente às reacções sociais e à vivência pessoal da homossexualidade. Note-se que não é claro o valor deste "apesar de tudo": ele tanto pode significar que ainda há muito por fazer, como revelar o desejo de que não haja mais mudanças, uma vez que os clínicos consideram que "não se pode aceitar totalmente o comportamento homossexual como igual ou com o mesmo valor que o heterossexual".

Refira-se ainda que, no caso de alguns clínicos, as posições de indiferença chegam mesmo a ser contrariadas, à medida que a discussão se vai aprofundando. A título de exemplo, vale a pena assistir à sequência das falas de um clínico, que parte de uma posição de indiferença para no final assumir claramente o seu preconceito ao considerar que a homossexualidade é "uma falha":

> [um cliente] pôs uma questão curiosa logo de entrada, logo na primeira consulta disse e perguntou-me «eu quero sabe o que é que pensa disto da homossexualidade, eu sou *gay*» e

[196] Itálico meu.

portanto obrigou-me a definir-me face [à homossexualidade] e em termos pessoais. Eu achei por bem definir-me em termos pessoais e clarifiquei que eu não era aderente, mas não tinha nada nem contra nem a favor, não era uma questão que me incomodasse (GD1.1:5)

claramente, é essa a minha posição, **não tenho**, pessoalmente **nenhum preconceito em relação à homossexualidade**, mas eu não sou e portanto.. (GD1.1:6)

bom, porque eu de facto não tenho muito, acho que **não tenho a ideia de eu próprio ser assim tão neutro** e uma das questões que se me põe é um bocado isso, como é que eu trabalho depois essa parte minha que deseja que de facto que a pessoa seja um cliente heterossexual (GD1.1:18)

e eu acho que não posso negar isso, sei lá, voltando muito atrás na nossa discussão eu não vou dizer que **um homossexual é aconselhado por mim** como uma pessoa que **«está tudo bem», não está! ... aconselhado por mim está fora de questão...(GD1.1:19)**

quer dizer, **não me venham com a treta de dizer que a homossexualidade é uma normalidade!** não consigo concebê-la dessa forma, face a isso como em relação a muitas outras patologias eu seria, enfim, há uma parte de mim que deseja sempre... quando eu vejo um gajo a descompensar, eu também no mínimo desejo que ele não descompense, (...) e há uma parte de mim enorme que deseja que ele não descompense e acho que a questão que ponho em relação à homossexualidade é a mesma, quem me dera que o tipo não fosse psicótico (GD1.1:19)

quer dizer, mas **eu tenho um preconceito, tenho um preconceito que é: «por alguma razão ele tem uma pila! Não?» (GD1.1:19)**

eu, isto é, não me venham **eu não consigo entrar «isto aqui é tudo normal, não!», há uma área que não funciona**, há uma área que não funciona, agora **pode ser é menos ou mais perturbador**... não é ?, mas **não consigo pôr-me na posição de dizer «está tudo bem, é** homossexual e está tudo bem» não, **«se é homossexual, algo não está bem... é a posição básica em que eu me sinto»(GD1.1:19)**

há sempre uma falha, uma falha narcísica, claro (GD1.1:19)

Embora tenha surgido entre os clínicos um discurso que centra a homossexualidade na forma como ela é socialmente encarada, não houve nenhum modelo teórico desenvolvido, limitando-se os terapeutas a pouco mais do que a chamar a atenção para este facto. Ressalve-se a presença, ainda que, como se disse já, só em esboço, de um posicionamento que, ao sublinhar a existência de um contexto social em que o comportamento se inscreve, se aproxima do modelo do construcionismo social, que defende que a leitura dos comportamentos resulta de um guião social previamente construído. A posição que poderia esboçar uma aproximação ao modelo do construcionismo social resume-se, afinal, a uma mera referência à possibilidade de a homossexualidade se tratar de um construto social, tendo sido feita uma breve revisitação histórica, nomeadamente ao significado da homossexualidade na antiga Grécia, para fundamentar a observação. No entanto, não se tratou de uma posição assumida ou defendida pelo seu emissor e surgiu, na discussão, como interpretação de uma reflexão sobre os limites dos afectos feita por um dos participantes:

> uma coisa é a homossexualidade construto social (...) qual é o construto social onde o meu comportamento se inscreve. Ou há, ou não há um construto social (...), qual é o rótulo, onde é que encaixa (...), qual a etiqueta social a que eu pertenço" (GD1.4:46,47)

O posicionamento que advogava a homossexualidade como um padrão de comportamento não contém qualquer juízo de valor, mas tem implicações do ponto de vista clínico. Um padrão de comportamento do ponto de vista da intervenção comportamental poderá ser alterado, se o cliente o desejar. Esta foi, efectivamente, a posição que assumiu um dos elementos que propôs esta leitura da homossexualidade, em face de um pedido de mudança de orientação sexual por parte do cliente: "dou-lhe hipótese de ajuda na pretensão que ele tem (...), mas não é como uma doença, é como um padrão de comportamento" (GD1.5:454).

Esta posição, completamente condenada pelas terapias afirmativas, é considerada viável pelos teóricos do construcionismo social[197]. Neste sentido, para os primeiros, este será um posicionamento excessivamente pessoal, por não promover a intervenção a nível social e político, ao passo que, para os segundos, que lêem a homossexualidade como uma construção social, este será um posicionamento possível, até pela visão das identidades sexuais que defende – qualquer indivíduo poderá gerir a sua sexualidade como bem lhe aprouver, dentro de um determinado guião socialmente disponível (muito embora nenhum dos terapeutas dos grupos de discussão se tenha colocado neste modelo). Existe, obviamente, um perigo neste posicionamento – se não for feita, previamente, uma análise das verdadeiras motivações do pedido de intervenção de mudança do padrão de comportamento, nunca se saberá se o desejo de mudança é pessoal, ou se ele é ditado pelos condicionalismos sociais. Salvaguardando-se a imensa dificuldade (se não impossibilidade) de destrinçar o pessoal do social, essa tentativa deve, apesar de tudo ser feita: só depois de trabalhar a homofobia do cliente é possível trabalhar a (sempre relativa) neutralidade desejada.

Interessante foi a posição assumida por alguns clínicos relativamente à questão da estabilidade da orientação sexual. É que, se se pode inferir que, em muitos casos, a leitura da preferência sexual se pautou pela defesa da estabilidade, alguns casos houve em que se advogou a fluidez da orientação sexual. O que parece haver aqui de inovador é que esta perspectiva se aproxima da defesa da desconstrução das

---

[197] Note-se que já na década de 70, antes portanto do desenvolvimento das teorias do construcionismo social, Masters & Johnson (1979) defendiam estes objectivos, sem contudo questionarem as implicações sociais.

identidades sexuais e, no caso concreto, da flexibilidade da orientação sexual, proposta pela teoria *queer*.

Os discursos em torno da definição da orientação sexual denunciam a existência de múltiplas sexualidades, de tal forma que se torna difícil encontrar um só critério para definir o que se convencionou designar por orientação sexual. Assim, detecta-se, no discurso dos clínicos, a dificuldade de uma categorização clara daquilo que se entende por orientação sexual: para a definir, uns fizeram-na equivaler ao desejo, outros, ao comportamento e outros, ainda, à coexistência de comportamento e desejo. A ausência de prazer no relacionamento genital com o sexo oposto foi também apontado como um factor possível para identificar a orientação sexual.

No entanto, mais uma vez se detecta amiúde que estas posições não são consequentes, ou seja, à medida que a discussão se desenvolve, elas entram em contradição ou são encaradas de forma completamente distinta – dependendo até da nossa interpretação. Debrucemo-nos sobre o exemplo de uma terapeuta que, a determinado momento, afirma: "a côr do cabelo, podemos escolhê-la, pintá-la, modificá-la, a homossexualidade não" (GD1.5:17), quando anteriormente havia dito que a "homossexualidade era "um padrão de comportamento" (GD1.5:10) e que o processo de mudança podia ser tentado - "se é pedida a mudança, pode ser tentada (...) dou-lhe hipótese de ajuda n[ess]a pretensão (GD1.5:11). Duas leituras são possíveis. Ou se trata de uma afirmação que distingue a essência da orientação sexual (é-se homossexual ou heterossexual) dos comportamentos que se manifestam (e, nesse sentido, a essência seria imutável, mas o comportamento passível de ser modificado, não existindo pois qualquer contradição); ou, por outro lado, trata-se de uma contradição em que é afirmada, num dado momento, a impossibilidade de mudança da homossexualidade e noutro em que a homossexualidade é feita equivaler a um padrão de comportamento, e portanto passível de mudança.

A teoria *queer* dá conta de uma miríade de leituras possíveis ao abordar a questão da orientação sexual e ao propor a explosão mesma das categorias. Jagose (1997), em *Queer theory,* problematiza esta mesma questão, escrevendo que a definição de homossexualidade está longe de ser objectiva e consensual. Comummente descrita como uma atracção sexual entre, e por, pessoas do mesmo sexo, essa definição, se problematizada, reveste-se de uma muito maior complexidade. Desta forma, se nalguns casos não há qualquer ambiguidade, uma série de situações de difícil atribuição surgem. Jagose refere ainda que esta questão se complica, se pensarmos em

variações históricas ou culturais que lhe oferecem relevância ou irrelevância, que lhe oferecem diferentes cambiantes e atribuições.

Abstractamente, parecia ser mais simples definir o conceito; na prática, e ao trazer para a discussão casos clínicos específicos, essa possibilidade de uma avaliação única e estanque não se verificou. Pelas falas dos clínicos, o mesmo cliente poderá ser avaliado como homossexual por uns e como não homossexual por outros. Esta indefinição coloca o cliente numa posição de dependência, porque na realidade o seu processo irá depender de uma leitura pessoal e subjectiva do clínico. É por este motivo que no modelo afirmativo *gay* se defende que as pessoas homossexuais, caso necessitem de recorrer a um terapeuta, deverão saber, previamente ou logo na primeira consulta, que posição ele assume (Liddle, 1997). Isto pode tornar-se particularmente relevante quando os terapeutas correlacionam papéis sexuais com homossexualidade, ou seja, encontram uma relação entre a efeminação e a homossexualidade masculina. Esta relação entre a efeminação e a homossexualidade masculina foi referida como estando mais relacionada com a pressão social do que com aspectos específicos da homossexualidade, de tal forma que houve quem considerasse que actualmente, porque há uma maior aceitação da homossexualidade, os homossexuais tendem a ter uma menor necessidade de "exibição, de ridicularização do comportamento feminino".

Os discursos dos clínicos portugueses participantes neste estudo assemelham-se àqueles que são referidos em estudos realizados noutros países, entre os quais Reino Unido (Annesley & Coyle, 1998); Suíça (Frossard, 2000) e Estados Unidos da América (Garnets et al.,1981; Graham et al., 1984; Liddle, 1996, 1997). Também entre os terapeutas portugueses, tal como o que se observou com os terapeutas dos estudos enunciados, a homossexualidade ainda é configurada como um défice, e embora muitas vezes não o seja claramente afirmado, é-o através da defesa de modelos etiológicos que a consideram o resultado de "uma falha no processo de identificação" ou "uma falha narcísica" e através da veiculação de preconceitos, como, por exemplo, relativamente às capacidades de envolvimento amoroso das pessoas homossexuais, particularmente os homens.

Apesar de alguns clínicos terem considerado a existência de homossexualidades variadas e terem por isso sublinhado não existir um perfil particular, foi mesmo assim possível encontrar um discurso que traçou características comuns às pessoas homossexuais. A categoria "*perfil dos homossexuais*" trata-se, na generalidade, de uma categoria preenchida por um discurso preconceituoso.

Se, para alguns clínicos, o que surgiu referido como comum às pessoas homossexuais foi o estigma e o preconceito de que são alvo, foi também possível encontrar outro discurso que atribui um perfil de personalidade-tipo às pessoas com orientação homossexual, através da generalização de casos conhecidos ou mencionados por outros (recorde-se que a maior parte dos clínicos apoiou as suas afirmações, como eles próprios o reconheceram, num número reduzido de pessoas, conhecidas do contexto clínico ou amigos).

A estrutura de personalidade atribuída às pessoas homossexuais é, no caso de alguns clínicos, a preconizada pelo modelo psicanalítico: resultante do processo de paragem do desenvolvimento, a personalidade desenvolve-se numa estrutura paranóide de personalidade, onde a rigidez e os mecanismos projectivos são traços dominantes.

Gonsiorek (1985), citando Stoller, sugere que qualquer ameaça à identidade sexual pode activar defesas paranoídes, o que é possível de ser interpretado, no caso da homossexualidade, como um traço característico de personalidade. Esta perspectiva ter-se-ia generalizado através da análise, feita por Freud, do caso Schreber, e da sua sugestão de que a paranóia era uma defesa contra os impulsos sexuais. Gonsiorek considera que um dos mais comuns diagnósticos diferenciais a realizar é entre a reacção paranóide, por defesa a uma situação ameaçadora, e a esquizofrenia, podendo obviamente haver sujeitos homossexuais com estruturas paranóides de personalidade, não existindo, no entanto, uma relação de causalidade entre a estrutura paranóide e a homossexualidade.

A noção convencional de que os relacionamentos afectivos deverão ser estáveis e permanentes serviu de modelo de interpretação à representação das relações entre as pessoas do mesmo sexo, considerando-se serem condição necessária para uma boa integração da sexualidade. Alguns clínicos transmitiram assim a ideia de que o perfil da pessoa homossexual era o de alguém instável ou com dificuldade no estabelecimento de relações duradouras. Esta concepção do sujeito homossexual, centrado ou não o défice na patologia, apresenta-o sempre como revelando incapacidades no plano afectivo, perpetuando, pois, uma imagem negativa em que a homossexualidade surge, simultaneamente, como causa e como consequência.

A sexualidade, no sentido da genitalidade, foi referida como uma componente fundamental das relações homossexuais masculinas, o que faz com que, utilizada como

critério a ocorrência de relações sexuais, a homossexualidade masculina seja lida como tendo maior prevalência do que a feminina. Os homens homossexuais são ainda apresentados, na generalidade, como promíscuos, vivendo com culpabilidade "esquemas perversos", o que os conduz muitas vezes a situações depressivas. Definidos como instáveis, ciumentos e possessivos[198], são também vistos como incapazes de manter uma vida sexual satisfatória, rejeitando a própria homossexualidade. Todavia, não parece ser comum terem experiências heterossexuais (ao contrário do que se passa com as mulheres). É-lhes ainda atribuída uma baixa auto-estima. A estigmatização social, a estrutura de personalidade ou ainda a antecipação do medo da perda das relações (pela dificuldade de encontrar parceiros sexuais) foram os factores apresentados para explicar a existência deste perfil. De resto, todos estes traços negativos foram potenciados no caso dos homossexuais idosos, que foram referidos como tendo uma sexualidade mais assumida (sendo que "assumida" adquiriu nas falas dos clínicos uma conotação negativa) e uma representação social mais negativa. O perfil, traçado pelos terapeutas, do homossexual idoso é muito mais negativo, revelando a presença clara de preconceitos (e note-se que a *American Psychological Association* chama a atenção para a necessidade de os terapeutas respeitarem as diferenças de geração na população homossexual).

As mulheres homossexuais parecem investir mais na ternura do que na genitalidade e ter relacionamentos mais estáveis. Tal estabilidade é atribuída ao facto de o seu relacionamento ser mais tolerado socialmente, não porque é aceite, mas porque tem muito menos visibilidade. Do ponto de vista da genitalidade, é referido, com surpresa, o facto de que nem todas atingem orgasmo por estimulação clitoriana, necessitando algumas de penetração. No percurso de vida das mulheres homossexuais é frequente a existência de experiências heterossexuais. Para além das diferenças já esboçadas entre homens e mulheres homossexuais, foi ainda referido que a necessidade de identificação com um grupo homossexual é condição necessária para os homens que procuram uma vida sexual activa, não o sendo para as mulheres. Os homens homossexuais parecem lidar melhor com as mulheres em geral do que as mulheres homossexuais com os homens em geral (chegando mesmo a opor-se-lhes e a rejeitá-

[198] No seu estudo *Espaços públicos, vidas privadas: Identidades gay em Lisboa*, Meneses (1998) encontrou estas mesmas características (de ciúme e sentimento de posse) nos discursos dos seus entrevistados (homens homossexuais), como definição dos homossexuais masculinos. Parece haver assim uma generalização desta leitura do sujeito homossexual que se estende à própria comunidade homossexual. Fica a dúvida sobre onde esta visão se inicia: se na própria comunidade homossexual, que a projecta na dimensão social, se no tecido social, que a projecta e atribui à comunidade. Pode ainda acontecer que ela emerja da dinâmica gerada entre os dois, que assim a devolvem reciprocamente.

-los). Finalmente, para ambos os sexos, foi apontada uma relação entre homossexualidade e suicídio.

Estes protótipos edificados a partir de estereótipos narram uma história de preconceito, em que o desvio é construído relativamente a uma norma de estruturação da afectividade. O facto de hoje em dia os pontos de desvio da homossexualidade se concentrarem na afectividade (nos anos 50, por exemplo, a leitura da homossexualidade, como desvio, era extremada, tendo como ponto de referência a agressividade, o abuso, a sociopatia e, em última instância, a propensão para o crime) levanta uma questão extremamente interessante, que tem a ver com um afunilamento das diferenças.

Paradoxalmente, é mais ameaçador para a estrutura social que o desvio seja só parcelar do que seria se fosse múltiplo: a segregação é tanto mais justificada, quanto maiores são as diferenças construídas em relação à norma. Quando se torna difícil segregar, por se reconhecerem mais semelhanças e haver uma maior aproximação ao modelo, é altura de intervir de forma a controlar. É que, à medida que as diferenças se vão esbatendo (no caso da homossexualidade à medida que foram caindo traços, como por exemplo a propensão para o crime), a necessidade de assimilação do desvio pela norma vai aumentando. Quando o desvio é assimilado pela norma, a integração passa a estar sujeita ao mesmo controlo social e às mesmas regras gerais, deixando de pôr em causa a ordem social.

É interessante notar que, na mesma altura em que nos surgem estes perfis de homens e de mulheres homossexuais, apesar de tudo menos desviantes do que há algumas décadas, assistimos a movimentos para a integração legislativa dos direitos das pessoas homossexuais. É assim que o reconhecimento de direitos iguais de uma vida em comum para pessoas do mesmo sexo precisa de estar sujeito à mesma lei geral que regula a vivência em comum das pessoas heterossexuais. Por isso, aqui, a insistência recai sobretudo na incapacidade de amar, de desenvolver laços afectivos e estáveis. A reforçar esta ideia está a própria diferença que discursos de terapeutas estabeleceram entre a homossexualidade masculina e a homossexualidade feminina: no caso masculino, a promiscuidade ou a já referida instabilidade são os factores dominantes – já que um homem homossexual constitui uma ameaça maior à ordem social, visto reter ainda, pelo menos do ponto de vista simbólico, a função de sustentáculo dessa instituição, que é ainda a base da estrutura social – a família tradicional. Os homens homossexuais parecem ser muito mais estigmatizados do que

as mulheres homossexuais: é assim que uma experiência homossexual, quando revelada, no caso das mulheres pode ser não valorizada ou até ignorada, ao passo que, no caso dos homens, ela é estigmatizante. Isto explica a maior homofobia social por parte dos homossexuais, incluindo a dos próprios terapeutas. O que pode aclarar a razão por que estes estereótipos, enraizados no "senso comum" eivado pelo preconceito, estejam também aqui presentes.

Apesar de o "perfil" traçado ser na generalidade, negativo, no que diz respeito às mudanças na leitura da homossexualidade, os clínicos revelam uma representação da existência de uma maior aceitabilidade social da homossexualidade que justificam estar associada ao desenvolvimento dos meios de comunicação, à alteração do conceito de família e à alteração do padrão de funcionamento pessoal (onde é dada uma maior ênfase à procura da felicidade individual), a uma alteração dos papéis sexuais e à emergência de um novo discurso positivo sobre a homossexualidade que, até certo ponto, ao banalizá-la por lhe oferecer visibilidade, começa a oferecer-lhe também uma leitura positiva. Estas mudanças parecem reflectir-se no contexto clínico, onde clientes e terapeutas se centram agora menos na tentativa de mudar a orientação sexual.

A referência à menor necessidade de homossexuais masculinos se comportarem de uma forma "efeminada" pode estar relacionada com esta questão. Aspectos associados à caricaturização e à ridicularização, a um estereótipo, afinal, agora ausente, parecem facilitar uma maior aceitação da homossexualidade. É de salientar, de resto, a observação de um clínico que faz contrastar a orientação sexual com papéis sexuais, estabelecendo uma diferença clara entre o sujeito homossexual que se apresenta como masculino e o sujeito homossexual cujos traços relevam de uma caricatura do feminino (é extremamente relevante que, para qualificar esta caricaturização, seja utilizado o termo "compulsivo" – "necessidade compulsiva de se exibirem" – um adjectivo nada neutro, mas, pelo contrário, muito carregado, do ponto de vista patológico).

Foi revelada alguma expectativa relativamente à possibilidade de se desenvolverem claras explicações da existência de diferentes orientações sexuais, particularmente vindas da genética. No entanto, sublinhe-se (contrariamente à afirmação de que a verificação confirmava a perspectiva da homossexualidade como doença) que qualquer explicação biológica da orientação homossexual não prova a patologia da homossexualidade, ainda que esta se trate de uma variação minoritária. A variação estatística, ainda que minoritária, de qualquer característica humana, diz-nos apenas da sua variação estatística, qualquer outra leitura é construída socialmente. A leitura das

relações homossexuais ou das pessoas com orientação homossexual, baseada em expressões comparativas como "mais do que", "menos do que" é feita por referência à heterossexualidade, que assim é assumida como a norma sexual do funcionamento social.

Recorde-se que houve clínicos que afirmaram que as sociedades nunca poderão ser totalmente abertas em relação à homossexualidade, chegando mesmo a ser colocada a hipótese de que a percentagem de indivíduos a aceitar a orientação homossexual nunca iria além dos 40%, 50%. Este tipo de discurso baseado em dados que dizem respeito à situação actual e projectando-os no futuro, pode igualmente revelar uma crença na mais valia da orientação heterossexual enquanto padrão normativo da sexualidade, um cepticismo na capacidade humana de mudança e uma desvalorização da diversidade, enquanto propulsora de adaptação a realidades novas e, portanto, à criação de formas diferentes de sobrevivência.

* * *

Características (definição, propriedades, avaliação, teses etiológicas e perspectivas sociais da homossexualidade), *"perfil dos homossexuais"* e *mudanças na leitura da homossexualidade* foram, como se viu, as categorias encontradas e interpretadas a partir do que foram já interpretações – os discursos dos clínicos. Dada a voz aos clientes, o que se destacou dos seus discursos, como se irá ver, foram *características* (definição, propriedades, avaliação e teses etiológicas) da orientação sexual e *as vivências da sexualidade.*

3.2. A VOZ DOS CLIENTES (ANEXO 9)

3.2.1. Caracterização da homossexualidade

(i) Definição

Nos discursos dos clientes, a homossexualidade foi apresentada como uma forma de a pessoa se ver, "uma variação do normal" (GD2.1:898), sendo que o afecto foi distinguido da leitura que é feita dele. Assim, o sentimento não será dependente da vontade, ao contrário da leitura sobre ela produzida, e que se trata, esta sim, de uma opção:

> não acho que [a homossexualidade] seja opção, acho que a pessoa vê-se assim (...) não é uma opção! É uma questão que vem do sentir e do sentimento das pessoas. (...) A opção é a pessoa dar-se o direito a assumir-se a si próprio como sendo (...) há pessoas que andam toda a vida sem se dar direito a essa opção (...) assumir-se perante si próprio (GD2.3:1736)

Semelhantes vivências da sexualidade podem conduzir a distintas percepções ou interpretações da orientação. Tanto posições como a da afirmação "eu sou homossexual" (GD2.1:1143) ou "eu descobri (...) que era homossexual" (GD2.1:362), como uma posição de dúvida ("durante muito tempo não percebi ou a minha orientação não era lésbica" (GD2.2:32), correspondem a preferências semelhantes – a primeira pessoa do primeiro caso teve duas namoradas, a do segundo foi casada e tem um filho e a do terceiro teve "uma relação muito forte heterossexual, est[e]ve para casar" (GD2.2:31-35)

A orientação do desejo surgiu também como dependente da vontade:

> para mim, esta coisa da homossexualidade e da heterossexualidade não são universos separados (...) não consigo falar em termos de orientação, porque (...) eu posso orientá-lo, o dito meu sexo, para o sol nascente ou para o poente (GD2.2:113)

(ii) Propriedades

Foi colocada a hipótese de a variabilidade da orientação sexual significar dúvidas relativamente à orientação, podendo ser encarada como uma orientação ainda em definição:

> do ponto de vista da orientação sexual se calhar não somos homossexuais (...) temos tido ao longo da vida relações com pessoas também do mesmo sexo que nós, provavelmente ... talvez pela nossa orientação sexual ainda não estar definida (GD2.2:251)

Observou-se também a presença da convicção de que se é portador de uma determinada orientação e de que o que é preciso é descobri-la:

> eu descobri para aí aos 15 anos que era homossexual (GD2.1:495)

> sei que sou homossexual (GD2.1: 1143)

> costumo dizer que sou homossexual desde os 9 anos, ou pelo menos que sei, mas assim assumir, assumir, para mim, é para aí desde os 15 (GD2.3:428)

> amigos meus (...) que ainda hoje não assumiram nada nem resolveram nada nas vidas deles continuam perdidíssimos porque eles próprios nem sequer se encontraram, eles não sabem o que é que são(GD2.1:533)

Assistiu-se ainda à defesa de que a estabilidade da orientação sexual deve ser posta em causa, defendendo-se a flexibilidade e fluidez das escolhas (por vezes definida como ambiguidade)[199]:

> acho que as pessoas não têm que ser heterossexuais a vida inteira (...) ou homossexuais ou o que quer que seja, mas em certas fases da vida podem-se considerar assim (GD2.3: 1737)

> as coisas mudam, acho que as pessoas mudam (GD2.2:243)

> eu não sei se me considero a mim próprio homossexual, quer dizer eu não sei se amanhã conheço a mulher da minha vida ...acho pouco provável mas eu não sei, cada vez mais, não sei (GD2.1:1087)

> gosto das pessoas, não gosto do sexo (GD2.2:122)

> todos nós somos bissexuais (...) o que acontece é que a determinada altura da vida a pessoa tende a (...) se calhar fixar-se mais num caminho (GD2.2:758) ou numa pessoa (GD2.2:760)

> a ambiguidade (...) é das coisas melhores que o ser humano poderá alguma vez ter (...) se nós tivermos sempre os dois pólos (...) completamente distintos e diferentes um do outro (GD2.2: 304)

São para isso importantes as vivências por que se passa e/ou se foi passando na vida, sendo a recusa de rótulos encarada como uma posição de maior liberdade:

> as circunstâncias, o contexto, podem proporcionar às pessoas, dependentemente da pessoa ser ou não conservadora, (...) viverem as circunstâncias e conseguirem-nas viver porque têm estofo ou foram preparadas para isso (GD2.3:1950)

> eu acho que nós precisamos, eu pelo menos precisava muito, daquelas gavetas em que dizia «ali estão as pessoas assim, ali estão as pessoas...»...classificar (...) era assim um bocado complicado eu aceitar (...) uma relativização tão grande (GD2.3:1343)

> hoje em dia não me preocupo muito com os rótulos (...) da homossexualidade, heterossexualidade, bissexualidade (...) isso era uma coisa que me pesava imenso (...) depois fico com o rótulo na cabeça (...) e eu rejeito rótulos (...) os rótulos são prejudiciais (...) tiram--nos a liberdade (...) de acção (GD2.3:139,1330)

A interpretação da homossexualidade como um défice também esteve presente, embora surgindo de forma tímida com expressões interrogativas – "não é"? "não será"? – e a par da defesa de outras interpretações:

> a questão da homossexualidade, continuo a não saber se é uma coisa que é natural, ou se é realmente uma coisa como os freudianos dizem que é uma paragem no desenvolvimento da criança (GD2.1: 1770)

---

[199] De salientar que os elementos que recusam o rótulo tendem, na resposta ao questionário de dados socio-demográficos aplicado, a autodefinir-se como bissexuais, independentemente dos valores obtidos na escala de Kinsey. Surgem no questionário de dados sócio-demográficos elementos com pontuação de 5/6 em todas as sub-escalas de Kinsey que se auto-definem bissexuais. Apenas um elemento recusou auto classificar-se referindo "apaixono-me por pessoas, se calhar nesta fase da minha vida estou mais concentrada nas mulheres, mas..."

Trata-se de uma tentativa de explicação, por associação, da homossexualidade e de mal estar, questionando-se se a homossexualidade será causa ou consequência desse mal-estar. Dentro desta interpretação, surgiu uma associação entre homossexualidade e psicopatologia: a homossexualidade é associada à psicose, podendo representar uma fuga àquele quadro clínico.

> no fundo eu estou convencido, não tenho a certeza, que a homossexualidade é uma consequência, ou quer dizer, não sei se ela existe por si (...) mas eu acho que há coisas mais antigas (GD2.1: 1746)

> quem consegue ser homossexual (...) fugiu um bocado da psicose (...) é o mesmo perfil. Eu sei que por trás da minha homossexualidade há psicose, há paranóia...eu prefiro ser homossexual (...) no meu caso foi uma fuga à psicose, portanto para mim foi uma vitória... (GD2.1:1812)

Há, contudo, um alerta para o facto de a homossexualidade poder ser causa de alguma dificuldade, não *per se,* mas "por causa dos condicionamentos sociais" (GD2.1: 753), sendo os homossexuais vítimas dessa leitura ("nós somos realmente um bocado vítimas de pressões várias" GD2.1:1557), que o levam a viver "num universo completamente diferente" pois há sempre "choques com a realidade" (GD2.1:1883) pelo que "quem devia ser analisada era a sociedade e não os homossexuais" (GD2.1: 1554). Neste contexto, uma das diferenças apontadas entre a homossexualidade e a heterossexualidade é exactamente a diferente aceitação da sociedade ("há toda uma não aceitação pela sociedade", GD2.1:2341/2335) pois "a única coisa que difere é não ter dois parceiros sexuais diferentes" (GD2.1:2014):

> mas, enfim, se a pessoa tem um desenvolvimento mais ou menos equilibrado, não é, do ponto de vista da saúde mental e uma relação mais ou menos, enfim, aberta com os pais, mais ou menos aberta com os amigos, uma adolescência mais ou menos.. uma infância equilibrada não é, a homossexualidade em si não é causa de patologia, não é? (GD2.1:756)

> o que dá a patologia é realmente a fobia social (GD2.1:763)

A homossexualidade foi ainda interpretada como uma "variação do normal" (GD2.1:898), um tipo de sexualidade que caracteriza os sujeitos ("uma maneira de ser", GD2.3:1797) ou como mais uma característica, entre outras, que se possui - "como tenho cabelo castanho, também sou homossexual" (GD2.3:1022).

(iii) Avaliação da orientação sexual

Os critérios de avaliação da orientação sexual adoptados na discussão dos grupos de clientes são: a intuição; a intensidade da atracção afectivo-sexual; a disponibilidade para o envolvimento; o sexo da(s) pessoa(s) por quem mais frequentemente se tem sentimentos afectivo-sexuais; ou uma combinação de factores que integra a prática

sexual, os sonhos eróticos e a atracção afectivo-sexual. A bissexualidade surge, quer como a sexualidade que caracteriza todos os seres humanos, quer como reveladora de uma sexualidade em definição e, por isso, transitória.

A intuição foi considerada como critério de avaliação quando, relativamente à auto-definição, se refere o "sentir" a homossexualidade e o "saber" ser-se homossexual, sem qualquer justificação, como determinantes da orientação sexual:

> costumo dizer que sou homossexual desde os 9 anos, ou pelo menos que sei, mas assumir, assumir para mim, é para aí desde os 15 anos (GD2.3:428)

> eu sei que sou homossexual (GD2.1:1143)

A intensidade da atracção afectivo-sexual é um dos critérios utilizados para a auto-definição como homossexual quando existem práticas sexuais com envolvimento afectivo com os dois sexos, mas é explicitamente referida uma diferença de sentimentos, que surge hierarquizada (um dos clientes diz que, embora tenha tido duas namoradas "óptimas", nunca se apaixonou por mulheres "não sinto com uma mulher aquilo que sinto com um homem", GD2.1:12).

O critério multifactorial define a orientação sexual como um contínuo, situando nos pólos os sujeitos com uma orientação exclusiva. Os factores determinantes deste critério são, para um elemento, o facto de nunca ter tido qualquer atracção, contacto sexual ou sonhos com alguém de um sexo diferente do seu (neste caso, mulheres):

> nunca sonhei com mulheres, aliás a única vez que tive um sonho erótico com uma mulher ela ejaculou-me como se fosse um homem, portanto eu sinto desde bebé, claro, desde para aí os 3 anos, atracção por homens, nunca tive uma relação sexual com uma mulher (...) nem atracção sexual por nenhuma mulher, portanto sou realmente, penso que sou mesmo homossexual a 100% (GD2.1:784)

A bissexualidade é apresentada ora como uma identidade transitória, ora como a característica sexual comum a todos os seres humanos:

> as pessoas normalmente têm essa componente [homossexual] nelas (...) lá no inconsciente e não assumem (GD2.1:12)

Gostar tanto de "meninos como de meninas" (GD2.2:270) pode significar que a orientação "não está ainda definida" (GD2.2:277) ou "talvez não ser homossexual[200]" (GD2.2:252). Os defensores da bissexualidade como característica de todos os seres

[200] Note-se que não é dito "talvez não ser heterossexual".

humanos consideram esta "ambiguidade" como uma vantagem, pois "se tivermos sempre os dois pólos (...) é sempre mais fácil a gente chegar (...) ao melhor para nós" (GD2.2:308). No entanto, considera-se que as pessoas acabam por "se fixar mais num caminho" (GD2.2:758) ou "numa pessoa" (GD2.2:760).

Contrariamente ao que se passou com os clínicos, muito poucos clientes deram explicações para justificar a homossexualidade. Nos dois grupos em que se oferecem explicações etiológicas para a homossexualidade (refira-se que num desses grupos só um elemento o fez), encontram-se presentes leituras que consideram a homossexualidade como resultado de uma determinada dinâmica familiar, que entendem a homossexualidade como sintoma de um determinado tipo de estrutura de personalidade e como uma situação de inversão sexual; de uma forma mais velada, admitiu-se ainda a hipótese de uma perspectiva biológica centrada no património genético.

(iv)Teses etiológicas

A necessidade de procura de causas foi interpretada pela maior parte dos elementos participantes nos grupos de clientes como um comportamento típico de uma fase do processo que leva à aceitação e integração da homossexualidade. A necessidade de se lidar com o sentimento descrito como de "diferença", no primeiro momento em que é colocada a hipótese da homossexualidade, foi marcada por uma tentativa de se encontrar justificações para os sentimentos que se experimentam . Só mais tarde, após a eventual construção de um discurso explicativo, é que se percebe que tentar explicar a homossexualidade "é um disparate"(GD2.3:1834), "um preconceito" (GD2.3:1764):

> eu antes, antes... na altura em que essas coisas me faziam muita impressão, eu também procurava a razão das coisas e... e a razão que eu me dava a mim mesma era o facto de o meu pai sempre ter querido ter um homem, um filho homem, e sempre me dizia directamente: «este é o meu garoto, este é o meu rapaz, ou este é que deveria ser o meu rapaz ou não sei o quê...» e isso justificava as coisas para mim! Neste momento não! Neste momento acho que justificam a maneira de ser, mais nada! Ponto final (GD2.3:1812)

> mas é preciso fazer um certo percurso para se perceber que isso não faz sentido, eu pelo menos acho, não posso falar muito na generalidade. Eu penso que, em termos de fases da pessoa se assumir e saber que é isso, há sempre aquele momento em que de facto a pessoa procura justificação e mais tarde chega realmente à conclusão que é um disparate, não é? mas que passa por aí, eu acho que passa muito, não é? porque se a pessoa se sente diferente das outras em alguma coisa, tem que pensar porquê...(GD2.3: 1835)

a) A homossexualidade como resultado de uma dinâmica familiar desajustada

A explicação da homossexualidade inscrita na dinâmica familiar foi referida como um modelo geral - "em muitas homossexualidades existe um pai ausente ou tirano" (H6:1665), surgindo também como uma tentativa de explicação da história pessoal:

> [No meu caso], por exemplo, houve a identificação muito grande com a mãe (...) identifiquei com a pessoa que eu mais gostava (...) no meu caso pessoal acho que tem a ver com a mãe e com o pai distante (GD2.1: 1569).

Embora o modelo da constelação familiar pudesse ter sido motivo de desacordo apoiado em experiências familiares distintas ("eu aí discordo perfeitamente, porque de facto não tenho essa imagem, GD2.1:1570), foi explicitado o reconhecimento de que esta leitura correspondia a um modelo teórico disponível: "no meu caso é mesmo chapado" (GD2.1:1577), ou dito de forma mais irónica, "caso típico não é?" (GD2.1:210).

b) A homossexualidade como resultado de uma inversão sexual

Uma interpretação causal associa a orientação do desejo ao sexo, uma visão da homossexualidade tal como as teorias do terceiro sexo a concebiam:[201] uma inversão sexual - "para mim um homossexual é quase igual a uma mulher (...) eu sou uma mulher autêntica por dentro" (GD2.1:1578) - pelo que, nesta lógica e neste caso, o objecto do desejo será um homem e heterossexual - "não consigo ter atracção sexual por homossexuais e por bissexuais" (GD2.1:791). A reforçar os estereótipos de associação da homossexualidade a papéis sociais sexuais estava presente a imagem de que "os homossexuais aceitam o lado feminino(...): o lado mais criativo, mais meigo, mais humano... pronto, o lado mais interessante dos seres humanos" (GD2.1:2204,2206).

Por seu turno, esta imagem de homossexual como o resultado de uma "inversão" do sexo também foi recusada:

> faz-me um bocado de confusão esta ideia de a homossexualidade estar ligada a homens de unhas pintadas e saltos altos (...) eu não concordo nada com isso (...) não tenho desejo nenhum nem de usar saias nem de usar saltos altos (...) sinto-me lindamente como homem (GD2.1: 2229)

---

[201] Ver Capítulo II.

Sublinhe-se que a imagem feminina adoptada é justificada pela adesão aos únicos modelos de homossexuais que era possível observar[202]:

> aqui há 20 anos atrás era assim, os únicos [homossexuais] que eu conheci eram daqueles da Avenida. Eu próprio usei unhas compridas e pintava a cara quando ia para os bares (...) naquela altura identificava-me com aquela gente, eu não conhecia outros homossexuais (GD2.1:2231)

c) A homossexualidade como resultado de factores biológicos

A atribuição da homossexualidade a factores de ordem genética também esteve presente:

> a história da minha tia (...) devo dizer que na altura me preocupou durante muito tempo (...), se corria na família, se era uma coisa de família (GD2.3:1862,1874)

d) A homossexualidade como resultado de causas multifactoriais

A homossexualidade foi, finalmente, encarada como o resultado da interacção de várias características ou "sintomas" de personalidade. A tendência para algum "afastamento das pessoas", como causa da orientação sexual, é uma das explicações que surge na narrativa da história de vida:

> eu analiso dentro dos meus sintomas (...), um é a homossexualidade outro por exemplo é a distância (...) qual é a relação (...) portanto, como é que se coordenam os vários sintomas, digamos, que eu acho negativos ou problemáticos na minha personalidade (...) e o que é a homossexualidade em relação às outras coisas (GD2.1: 1770)

* * *

Expostos que foram os aspectos relacionados com a caracterização da homossexualidade, passar-se-á agora à apresentação da categoria *vivências da sexualidade*, que completará o conjunto de categorias designado por configurações da homossexualidade para os clientes.

3.2.2. As vivências da sexualidade

Devido ao facto de, nos discursos dos clientes,[203] existir material de informação sobre as vivências da sexualidade, foi decidido criar uma nova categoria – as *vivências da sexualidade*. Esta categoria integra as narrativas dos clientes sobre as suas próprias formas de expressão sexual – um tópico recorrentemente tratado nos grupos de

---

[202] Ver a categoria sobre *vivências da sexualidade*.

discussão. Inclui ainda a reacção da família à homossexualidade, descrevendo as formas como a família reagiu, reage ou se imagina reagir à homossexualidade dos seus elementos.

Em muitos casos, não existiu uma relação directa entre a história dos relacionamentos (heterossexuais e homossexuais), a auto-definição e os resultados obtidos na escala de Kinsey (anexo 7). Surgiram descrições de vivências heterossexuais satisfatórias e gratificantes (incluindo, nalguns casos, casamento e parentalidade) coexistindo com auto-definições tanto como homossexual como bissexual e com diferentes valores na escala de Kinsey, quando comparados entre si.

O comportamento que "não deve ser nomeado" não o foi, de facto, durante o percurso de crescimento de alguns dos elementos participantes nos grupos porque "não era questionado e, portanto, não tinha nome":

> o facto de não se falar, de não se dizer, de... eu recordo-me, por exemplo, eu já tinha, já me tinha apaixonado por uma mulher antes e, pura e simplesmente, não o reconheci! não reconheci, não sabia o que era, não, não, nem sequer verbalizei, nem pensei. Pois, quer dizer, eram coisas que nem sequer eram faladas, não é! (GD2.2:2001)

> eu acho que alguns anos fazem diferença, não só alguns anos mas também a minha forma de ser durante muitos anos, eu acho que sou mais velha, sou já de outra geração (...) eram coisas que nem sequer eram faladas, (...) eu não falava, não pensava (GD2.3:1982)

Foi transmitida a ideia de que é necessário passar por um processo doloroso, um "percurso sofrido", que "talvez seja mais próprio de uma pessoa homossexual", (GD2.3:2233), e disse-se que, quando as coisas surgem entre duas pessoas, se torna mais fácil de gerir do que antecipar essa possibilidade. No entanto, considerou-se que o relacionamento afectivo entre duas pessoas homossexuais é mais difícil:

> eu acho que é preciso passar esse sofrimento até chegar aí, é preciso um certo sofrimento e um certo sentimento das coisas até chegarmos a viver as coisas naturalmente (GD2.3:1306)

> enquanto (...) não nos sentimos ligados a alguém, acho que há uma situação um bocado complicada, pelo menos falo do meu caso, mas quando isso surge, o que é engraçado é como as coisas tomam as proporções naturais, ou seja, quando as coisas surgem entre duas pessoas, as coisas acabam por ser tão naturais e tão mais simples que aquilo que nós à partida prevemos, que é curioso eu acho que isso que é uma coisa que se deve reter (GD2.3: 1315)

> acho que, de facto (...), as pessoas heterossexuais (...) com mais facilidade conseguem começar uma relação do que sendo homossexuais, principalmente se for uma pessoa que, por exemplo,

---

[203] Optou-se, nesta categoria, por não voltar a usar a designação "cliente" (substituindo-a por outras designações como "elemento", "participante" ou "indivíduo"), visto os relatos produzidos neste contexto constituírem narrativas de vida, não se debruçando sobre o contexto terapêutico.

> em relação à questão de bares dizem «não, não gosto, destes não vou, não gosto», ou pessoas que têm aquela imagem que são só locais de engate «para aí não vou», e realmente acho que aí uma pessoa vai ter um percurso um bocadinho complicado (GD2.3:2250)

Esta posição foi rejeitada por um participante que contra-argumentou com a sua própria experiência de apoio a amigas heterossexuais, recusando um estatuto de desigualdade, pelo facto de a sua orientação sexual ser diferente da dessas amigas:

> lá está, somos os mais pobrezinhos, eu não sou (...) eu até já pensei que era, também já tive fases em que achava que eu tinha sido péssimo, que esta opção era horrível porque ia custar imenso, e não sei quê, e eu acho que tenho as mesmas dificuldades que os outros têm! Agora sinto isso! (GD2.3:2260)

> agora, acho que, que não, hoje em dia há uma crise enorme de arranjar uma companhia, ou um parceiro ou uma parceira relativamente estável, porque as pessoas também não procuram muito isso, acho eu (...) as minhas amigas e a minha irmã de repente ficaram sem namorado. E então caiu toda a gente em minha casa a pôr tudo ao contrário «porque não há homens disponíveis no mundo, isto é terrível», e depois acham que eu tive sorte (GD2.3:2293)

Nesta mesma discussão, chegou-se a uma posição intermédia face ao sentimento de discriminação relativamente aos direitos dos casais:

> posso pegar por outro exemplo, em que eu acho que nós de facto somos pobrezinhos! Já me aconteceu estar bastante doente e a minha namorada não poder faltar ao trabalho para estar comigo...são sempre questões em que se bate (...) e aí o percurso é também difícil não é, nestas questões. Pronto, tem a ver com legislação (...) Toda a minha vida está assente nas normas da sociedade, não é? GD2.3:2270)

> somos mais pobres em não poder usufruir de determinadas coisas, agora acho que nunca assumir essa postura de (...) não me sinto menos que os outros (...) isso nunca (GD2.3:2287)

Foi referida a existência de um percurso de desenvolvimento em que inicialmente existia um receio em se ser identificado pelos outros como homossexual - "Olha é maricas, é isto!" - para se passar a alguma indiferença face ao julgamento social:

> hoje em dia não me preocupo muito com os rótulos (...) isso era uma coisa que me pesava imenso e agora sinto-me compleamente livre (...) e isso foi conseguido aos poucos porque eu depois adquiri uma naturalidade e as coisas foram sendo aceites (...) aquela preocupação que primeiro eu tinha das pessoas saberem que eu era, «olha é maricas !» e (...) todas essas coisas fóbicas desapareceram (...), hoje assumi uma postura (...) que as pessoas têm que aceitar porque eu aceito, e quando não aceitam (...) não me afecta (GD2.3:139).

Foi igualmente enfatizado que, numa fase inicial, existe uma maior rigidez de papéis, o que equivale a uma limitação das opções:

> a procura de uma relação só homossexual tinha que ser só assim (...) coisas que me canalizavam muito, que me constrangiam...(GD2.3: 159)

É que, como depois se sublinhou, após a assunção da homossexualidade, surgia uma grande procura de relacionamentos homossexuais, nalguns casos com necessidade de relações de uma longa duração, desejando-se, por vezes, a formação de uma família organizada segundo os modelos tradicionais:

> não sei se isto acontece com toda a gente, isto é um bocado em catadupa, apaixonei-me por uma data de colegas, uma data de professoras (GD2.5: 431)

> tive aos poucos que ir experimentando e ir vendo o que é que acontecia...e nesse processo realmente, pronto, fiz muita asneira e muita coisa (...). Cheguei a uma altura em que de facto tive vários namorados (...) eu próprio descobri esses sítios e depois quando descobri, usei e abusei (GD2.3:120, 576)

> realmente eu procurava relações relativamente longas ou estáveis, e realmente relações de uma noite ou duas desestabilizavam-me imenso (GD2.3:581)

> o que é certo é que hoje, hoje eu tenho uma relação, vivo com uma pessoa já há um ano e tal (GD2.3:1238)

> agora tenho uma relação já há três anos e tal com um homem, com quem vivo, e tenho uma casa, e é uma família (...) só que é diferente das outras (GD2.3: 136, 168)

Em relação à forma como a homossexualidade era vivida, referiram-se sentimentos de bem-estar, mas também de mal-estar, ou de indiferença. Note-se que os sentimentos de mal-estar referidos foram-no sobretudo em relação à pressão do exterior, o que levou nalguns casos à tentativa forçada de assumir uma orientação não sentida:

> nunca tive problema nenhum com a minha homossexualidade, nunca chamei isso (...) eu gostava daqueles seres (GD2.2:545)

> como andava em Medicina, achava que não era doente e sentia-me, enfim, bem na minha pele (GD2.1:684)

> porque eu não sabia bem, sentia-me tão mal, tão mal na pele de homossexual - ainda hoje não me sinto muito bem (...) interiormente assumo perfeitamente, é uma questão social...(GD1.2: 112)

> criei um processo próprio de recusa, a possibilidade de ser homossexual durante esse período (...)tentava apaixonar-me por mulheres (GD1.3:297)

> decidi que realmente ia tentar ser heterossexual e durante um ano, mais ou menos, tentei. É claro que não consegui, um ano depois percebi que era impossível continuar a fingir (GD2.1:1367)

A aceitação dos outros foi um factor apontado como relevante para a redução da ansiedade:

> a ansiedade foi passando, à medida que me fui conhecendo e que me fui expondo, e que me fui realmente assumindo como homossexual, pronto, e vi que as pessoas que eram realmente minhas amigas, continuavam a ser minhas amigas (...) à medida que fui assumindo, quer dizer,

> as pessoas realmente aceitam (...) aceitam e apoiam e são bastante carinhosas comigo (...) e a partir daí senti-me cada vez mais à vontade (GD2.1: 128)

Foi referida surpresa relativamente à aceitação dos outros, no que diz respeito à própria orientação sexual. Sublinhou-se a diferença entre os valores mantidos no abstracto em face da homossexualidade e as atitudes verificadas quando o que estava em causa era uma pessoa particular. Foi ainda comentado o papel importante da informação sobre a homossexualidade a um amigo e como ele podia influenciar uma mudança de valores – nesse sentido, a responsabilidade cabia em larga medida ao homossexual:

> nós acabamos por perceber que as pessoas que são nossas amigas nos aceitam muito mais do que aquilo que propriamente nós achávamos à partida, e eu acho que isso tem muito mais a ver com aquilo que nós sentimos e os nossos preconceitos, não com os das outras pessoas! Acho que é muito mais fácil, ao fim ao cabo, se tens uma relação de amizade com alguém, essas pessoas serem capazes de te aceitar e de te compreenderem sem terem a mínima questão (GD2.3:1204)

> as primeiras abordagens que fazia com as pessoas eram sempre muito mal recebidas, portanto, quando eu tentava falar da homossexualidade não a minha, mas de um ponto de vista genérico, a aceitação era relativamente reduzida e, portanto, a aceitação só passou a ser vivida para mim quando dizia «eu sou», portanto, se eu dizia, inicialmente não era aceite, mas quando eu dizia "eu sou", as pessoas já passavam a aceitar. E o que é certo é que vi alteração por parte de muitas pessoas, alteração ao nível de como entendem a homossexualidade, um pouco, e eu acho que de certa forma nós temos esse papel de formação também das outras pessoas, pronto, não sei se nos estou a pôr num certo papel educacional, mas todos nós aprendemos uns com os outros, não é, quer dizer, nós aprendemos ensinamentos com as outras pessoas e as outras também podem aprender e acho que se nós soubermos actuar de uma forma, que eu acho digamos, sensível e humana com as coisas, que as pessoas podem aprender muito e a saber lidar bem com isso (GD2.3: 1429)

Se num dos grupos, na faixa etária inferior e urbana, se verificou uma vivência mais serena da homossexualidade, a vivência negativa da homossexualidade pôde ser ligada a uma faixa etária mais elevada, influenciada também pelo meio de origem ou social. Atente-se no seguinte diálogo:

> H8 - tenho 48 anos e quando tinha cerca de 20 comecei a sentir-me muito mal em todo o lado, uma ansiedade, uma coisa quase pânico (...) [devido]sobretudo [a]o facto de sentir que era homossexual (...) e ao facto de mudar de vida, da minha aldeia, portanto, do interior para Lisboa (...). A ansiedade foi passando à medida que me fui conhecendo, que me fui expondo e que me fui realmente assumindo como homossexual
> H5 - Eu não partilho essa experiência porque tenho uma idade muito inferior
> H8 - E não viveste num meio diferente, eu vivi numa aldeia que nem sequer luz eléctrica tinha
> H5 - Eu sempre vivi (...) nasci em Lisboa, tive um percurso muito giro

Outra diferença entre estes dois elementos que apresentavam posições opostas foi o tipo de percurso relativamente à frequência de bares *gay*. O elemento que referiu viver mal a sua homossexualidade, proveniente de um meio rural, ia sempre a bares, embora os rejeitasse, de tal maneira que necessitava de se embebedar para lá entrar.

O outro elemento, que aceitava a sua homossexualidade, tendo-a revelado aos pais e tendo sempre vivido em Lisboa, não passou por estes espaços, embora ultimamente os frequentasse:

> eu vou há vinte e tal anos ao *bar A* e ao *bar B* mas só bêbedo é que suporto, acho que sou quase homofóbico (...). [Se for a] um bar de gente «normalíssima» se calhar sinto-me muito mais à vontade, sinto-me mais pessoa e a homossexualidade não está tão ali à frente. Num bar *gay* estou sempre a projectar e nas pessoas e as pessoas para mim, e irrita-me. Bêbedo já suporto melhor a projecção e pronto, estou-me nas tintas (GD2.1:147;1134)

> porque não passei por bares *gay*, agora, ultimamente, por acaso vou imenso, porque tenho um grupo de amigos que vai sempre e acaba por ser diferente (GD2.1:151)

Em bares ou noutros locais, o contacto com pessoas com a "mesma orientação" foi sentido como um desejo ou como uma coisa muita boa:

> conheci pessoas com a mesma orientação e foi óptimo para mim (GD2.3:26).

> [nos bares é] mais simples as pessoas encontrarem outras e terem relações (GD2.3:547)

> eu não sabia onde se localizavam os bares homossexuais (...) vivia num estado de ignorância sobre essas coisas e realmente era uma coisa que me incomodava muito (GD2.3:62)

Há uma referência à existência de mundos especificamente homossexuais. Para além dos bares *gay*, a experiência de ter estado fora do país permitiu o contacto com mundos "que fazem parte da vida da homossexualidade".

> há dois anos para aí apeteceu-me explorar o lado negro de tudo isto, apeteceu-me andar na vida mais marginal e não só cá. Entretanto, estive uns tempos a viver em Londres e depois estive em Madrid e como andei aos pulos de um lado para o outro acabei por conviver com mundos que eu próprio desconhecia e que são mundos que fazem parte da vida da homossexualidade (GD2.1:624)

Associada à necessidade de conhecer outras pessoas homossexuais, foi comentada a presença/ ausência de modelos e como se lida com isso. Uns participantes mencionaram a ausência de referências, outros disseram conhecer apenas as "bichas da Avenida", ou "da rua" situação completamente distinta da de heterossexualidade:

> aos 14 anos eu não tinha referências (GD2.1:1609)

> não via outros *gays* na rua, identifiquei-me um bocado com as bichas da Avenida (GD2.1:1413)

> as pessoas que se dizem heterossexuais têm os modelos todos à vista, e têm os modelos desde criancinhas habitualmente, as pessoas, que são homossexuais não têm nada disso! (GD2.3:1481)

> a minha tia quando eu fiz dezoito anos disse-me «olha agora vou dizer-te uma coisa [sou homossexual]», eu já sabia, isso eu já sabia! Mas de facto, até a própria maneira como ela foi sempre vista na família, ostracizada, posta de lado, depois era louca, fez os Pirinéus de bicicleta, vivia em Paris, quer dizer, era tudo, digamos assim, exótico, diferente (GD2.3:1982)

Os modelos estão, naturalmente, associados à sua reprodução, alimentando-se assim o estereótipo:

> durante anos tive dificuldade em não andar de unhas pintadas, não fazer bichices, sentava-me assim [cruza as pernas] fazia assim [roda a mão], era uma necessidade quase física de fazer aquilo (...) tinha uma necessidade física de me comportar como mulher...(...) para mim hoje é ridículo (GD2.1:2424)

Uma outra experiência foi referida: um participante comentou ainda ter tido modelos positivos em casa, factor a que atribui o facto de nunca ter visto a homossexualidade de uma forma negativa:

> o meu pai (...) tem montes de amigos que são homossexuais e eu estava habituado a um ambiente em minha casa onde há homossexuais, duas das melhores amigas da minha mãe são lésbicas, vivem há quarenta anos juntas, quer dizer, portanto, aquilo não me era nada estranho, eu nunca vi a homossexualidade como um bicho, uma coisa muito feia e que só acontece a pessoas muito más, sei disso por experiência de outras pessoas (GD2.1:525)[204]

Na ausência de modelos, a literatura popular foi apontada como uma base de apoio:

> quando tinha 15 anos fui passar as férias fora, às Canárias, e foi a primeira vez que entrei num sitio e vi revistas *gay* à venda, e como pensava que aquilo era uma coisa tão escondida que praticamente não existia, tratei logo de comprar uma data delas, comprei uma colecçãozinha que trouxe escondida (GD2.1:1336)

Foi objecto de discussão no grupo masculino a existência de diferentes preferências relativamente à vivência de relacionamentos. Houve, assim, quem preferisse relacionamentos ocasionais, enquanto outros diziam preferir relacionamentos duradouros:

> nunca consegui, acho que nunca consegui encarar ter uma relação com outra pessoa para toda a vida, fosse com um homem ou uma mulher, isso é independente, e por outro lado também não me sinto bem com relações assim ocasionais (GD2.1:1392)

> tenho uma relação já há três anos e tal com um homem, com quem vivo, e tenho uma casa e é uma família (...) sou talvez um bocado conservador (GD2.3:133)

O testemunho de um dos participantes sintetiza bem esta discussão:

> isso tem a ver com opções da sexualidade...eu acho que há pessoas que têm mais necessidade de sexo, há outras que têm menos, há pessoas que vão para a vida e há pessoas que nunca conseguem viver com outra pessoa e precisam de viver com várias (...) ou com nenhuma (GD2.1:2060)

[204] Trata-se do elemento que não recorreu a apoio terapêutico e a quem se fez referência na introdução a esta parte.

A prática de relações sexuais foi igualmente descrita como vivida de forma distinta, surgindo dois pólos: a ausência de relações sexuais durante anos e a "necessidade" de prática diária:

> eu praticamente não tenho vida sexual, passo anos sem relações sexuais (H6: 989)

> entre os meus 17 e os 25 anos era sistemático, quer dizer, todos os dias tinha relações homossexuais (...) e inclusivamente agora sou uma pessoa que pensa sexualmente, todos os dias me masturbo, tenho necessidade física do orgasmo, do prazer do contacto físico com as pessoas (GD1.2: 1799)

Num dos grupos referiu-se, ainda, a importância da orientação sexual do parceiro para a atracção: um dos participantes que se havia definido como "homossexual a 100%" disse só conseguir sentir-se atraído por homens heterossexuais. De sublinhar uma referência à importância da orientação sexual do parceiro para a atracção:

> não consigo sentir atracção sexual por um homossexual (GD2.1:788)

A reacção da família surgiu como um factor estruturante quando positiva e como um factor perturbador quando negativa:

> eles [os pais] interessaram-se imenso e quiseram saber e talvez por isso eu não tenha recorrido [a apoio terapêutico], porque eu sempre que precisava de conversar alguma coisa, mesmo que eles não estivessem perfeitamente a compreender o que era, eu dava-lhes vários exemplos ou tentava mostrar-lhes outros pontos de vista (GD2.1:531)

> pensei que os meus pais (...), se eu chegasse lá e dissesse, as coisas iam correr mais ou menos. Claro que não correram!(...) e tudo desabou e, pronto, foi muito complicado (...) foi um processo muito complicado para mim... que acabou, acabei com uma tentativa de suicídio (GD2.2:354)

A existência de outros elementos homossexuais na família foi comentada e vivida de forma distinta pelos participantes: num caso facilitou a aceitação da homossexualidade, noutros foi referida como um factor de maior agressividade:

> a homossexualidade na minha família tem muita aceitação porque já houve casos anteriores de homossexualidade (GD2.1: 244)

> eu tenho uma relação muito forte com os meus pais, achei que eles iam...Ah! porque o meu irmão que está a seguir a mim também é homossexual e vive com um homem assumidamente, já há alguns anos, e eu pensei que os meus pais, pronto, depois da história com o meu irmão, se eu chegasse lá e dissesse, as coisas iam correr mais ou menos (...) não correram! (...) ingenuidade, acho eu ! (GD2.2:351)

> eu senti sempre esse preconceito na família (...) o meu pai não me deixava sair com a minha tia (...) mantinha com ela uma relação muito distante e só há coisa de três, quatro anos é que soube que ela me escrevia cartas (...) os meus pais escondiam-me as cartas, portanto, não me davam as cartas sequer, eu não sabia que ela me escrevia porque eles tinham medo (GD2.3:1876)

A partilha com os pais da orientação sexual foi encarada de diferentes formas: alguns participantes explicaram as dificuldades que a família pode ter em integrar a informação sobre a orientação homossexual de um seu elemento: outros mencionaram necessidade ou desejo de informar a família, enquanto um terceiro grupo referiu a ausência dessa mesma necessidade. A posição de ocultação foi justificada como protecção dos sentimentos da família, por não se achar necessário, ou pelo receio de preconceitos. Esteve ainda presente a noção de que os pais deviam saber naturalmente:

> os pais e os irmãos (...) têm alguns, digamos, projectam nas pessoas algumas imagens e esperam dessas pessoas alguns resultados e portanto quando essa imagem é invertida, ou seja, quando de certa forma há coisas que não correspondem aquilo que eles gostavam, de facto é um pouco difícil para eles aceitarem (GD2.3:1207)

> gostava, por exemplo, de chegar hoje a casa e dizer assim à minha mãe: "estive com a minha namorada em casa", ter esse à vontade. Gostava que ela recebesse isso com à vontade, mas sei perfeitamente qual é a opinião dela em relação a homossexuais (T1: 1149)

> para que é que eu vou chegar ao pé [da minha mãe] e dizer «Ah! Sabes que eu tenho uma relação homossexual» (...) E eu não preciso de falar disso com ela, porque não sinto nenhuma necessidade (GD2.2:696)

> o meu pai, neste momento, se eu lhe dissessse, caía para o lado com certeza (...) a minha madrinha (...) , coitada da Senhora, vou poupá-la desse mal estar, não vou expô-la a isto, não é preciso (GD2.1:257)

> eu costumo dizer que prezo muito a saúde da minha mãe para lhe contar uma coisa dessas (GD2.3:1228)

> os meus pais, hoje em dia, com a idade que têm (...) estão dentro de um determinado contexto [e] eu não tenho o direito de lhes dizer (...) e também não tenho muita necessidade e (...) realmente acho que há coisas que não têm que ser ditas (GD2.3:1325, 1284)

> eu acho que [a forma como se deve informar a família] deve ser muito mais natural do que propriamente dizer « hoje vamos jantar, vamos fazer aqui uma festa e vamos conversar sobre as coisas» ...acho que não (GD2.3:1271)

Foi também sublinhada a recusa de uma vida dupla – uma vida com os amigos e outra com a família – rejeitando-se a manutenção de expectativas por parte da família, enfatizando-se a importância do amor como suporte suficiente para a aceitação da homossexualidade. Num dos casos, falar com os pais resultou de uma tentativa de procurar apoio num momento difícil:

> eu acho que nós todos devemos apostar muito mais no amor que os nossos familiares sentem por nós e nós por eles (GD2.3:266)

> para mim é incómodo (...) ter que ter uma vida dupla (...) uma vida com os amigos e [outra] com a família (...) no cerne da questão não há enganos, não há aquele tipo de coisa (...) de criar uma expectativa em mãe e pai (GD2.3:271)

vivi o grande amor da minha vida, passou e acabou, o que me custou, mas tive imenso apoio dos meus pais (...) falei com os meus pais nessa altura (...) estava num estado lastimável (GD2.1:579)

A posição dos pais foi descrita como podendo ser evolutiva, passando eles por uma fase inicial de pedido de apoio, e passando depois para uma fase de tentativa de envolvimento e tentativa de compreensão. Foi dito ser comum haver uma fase em que os pais consideravam a homossexualidade dos filhos uma anomalia, rejeitando-os ou enviando-os para um técnico de saúde mental:

os pais passam por fases (...) podem mudar e passarem a interessar-se, tentar perceber (...). Uma das fases é «vamos curá-lo» e mandá-lo para o psicólogo ou para o psiquiatra (GD2.1:198)

quando falei com os meus pais, as reacções foram: da minha mãe, ficou sisudíssima e não disse absolutamente nada e o meu pai não falou comigo durante um mês (...) ao fim de um mês ele chorou, pela primeira vez à minha frente, agarrou-se[a mim] e a única coisa que lhe interessava saber era que tipo de vida é que eu tinha, se tinha uma vida promíscua ou se tinha uma vida perfeitamente normal como um casal heterossexual (...) o que ambos quiseram [saber], e foi isso que me agradou imenso, daí eu achar que tive imenso apoio deles, eles interessaram-se (...) envolveram-se emocionalmente e eu acho que foi por aí que eu não descambei nem eles descambaram tão rapidamente, porque acabamos por nos apoiar uns aos outros (GD2.1:2016,2120)

ela [a minha mãe] não é maluca, sabe perfeitamente, é um ser inteligente, percebe não é ?(...) acho que assim foi muito melhor porque aceitou a coisa devagarinho, portanto não me tentou tratar. Quer dizer, a primeira reacção dela foi horrível, não é! E castradora e não sei quê, mas depois a seguir, olha, sei lá, ela teve que se habituar mesmo (GD2.2:712)

Independentemente da decisão de se falar explicitamente com os pais, partilhou-se a suspeita de que os pais, sobretudo as mães, intuem:

as mães sabem sempre (GD2.2:615)

eu acho que a minha mãe deve saber (GD2.2:619)

[a minha mãe] está marreca de saber, concerteza (GD2.2:697)

[as mães] intuem, podem é não verbalizar (GD2.2:621)

eu penso que a minha madrinha e o meu pai sabem, só que isso não é dito, eu penso que não há necessidade (GD2.1:286)

embora eu ache que de certa forma, às vezes, há uma certa intuição que eles têm, que percebem, só que não têm a capacidade, fazem, eu acho, aquele processo de recalcamento e tentam fazer de conta que aquilo não se passa, embora tenham uma certa percepção; eu tenho um bocado essa experiência (GD2.3:1236)

Alguns participantes referiram a presença dos(as) namorados(as) na família, embora essa presença não fosse explicitada:

os meus pais conhecem o meu companheiro, quer dizer, não sei se sabem ou não, mas os meus irmãos sabem, e o meu pai vai todas as semanas lá a casa e ele leva a minha mãe ao dentista, quer dizer, é, é completamente uma pessoa da família. Isto foi conseguido, nunca foi imposto, e foi conseguido aos poucos, porque eu depois adquiri uma naturalidade, aquela estupidez natural, uma naturalidade (...) e as coisas foram sendo aceites (GD2.3:153)

o que é certo é que hoje eu tenho uma relação, vivo com uma pessoa já há um ano e tal, e essa pessoa frequenta a casa da minha mãe todos os Domingos, passa os fins-de-semana connosco e a minha mãe sabe que ela vive comigo, o que é que ela sabe mais, há-de ser ela a descobrir (GD2.3:1243)

Os irmãos surgiram como um subsistema com quem se partilha mais. Porém, também por parte dos irmãos foram referidas reacções distintas, tanto de aceitação, como de afastamento:

eu tenho um irmão que é muito próximo, tem quase um ano e pouco de mim, que era bastante próximo, e eu disse-lhe «olha sabes, eu acho que gosto de homens» a partir desse dia morri simplesmente para ele (...) ele cortou, teve uma reacção violenta (....). Dos 15 até aos 25 anos dele, 10 anos, realmente ele rejeitava tudo o que eu fazia (...) e hoje em dia, sem eu ter que fazer grandes esforços, ou ter que dizer o que é e o que não é, é grande amigo do meu companheiro, falam, conversam e realmente eu, às vezes, acho estranho tanta coisa que se passou, tantos sofrimentos e afinal se a pessoa não tivesse dito...(GD2.3:1302)

[a] uma irmã minha, eu pronto, contei que era, a única reacção que ela teve foi «olha, tudo bem, eu até já sabia - como é costume - só tenho pena é que acho que para ti vai ser mais complicado encontrares alguém» (GD2.3:2238)

Surge ainda a família alargada como referência, considerando-se que o elemento homossexual a iria "desonrar". Esta questão está bem exemplificada na sequência das seguintes falas:

H5 - A minha mãe [estava] aflitíssima, porque (...) não era nada bom espalhar já que era homossexualidade (...) porque o resto da família é muito conservadora e não estava de certeza preparada para entender, nem um neto, nem um sobrinho homossexual, assim, de repente
H8 - Enfim, a velha história de sempre
H5 - A nódoa, pronto, a nódoa que há-de aparecer na família
H7 - A ovelha ranhosa da família

* * *

Foram estes os temas que surgiram nos grupos de discussão sempre que se descreveram as vivências da sexualidade. Com a apresentação desta categoria terminou-se a análise de conteúdo dos discursos dos clientes. Passa-se de seguida à sua reflexão.

3.2.3. Reflexões sobre as configurações da homossexualidade para os clientes

Nas falas de alguns clientes detectou-se um discurso essencialista, que situava a homossexualidade em modelos completamente distintos: o modelo patológico e o modelo afirmativo *gay*. É interessante notar que as referências à homossexualidade como um défice surgem de forma interrogada e pouco desenvolvida. Porém, a maior parte dos clientes que integraram os grupos de discussão sublinharam a fluidez, a recusa de rótulos, a indefinição, assim interpretando a orientação sexual de forma semelhante aquela que é proposta pela teoria *queer,* que recusa a dicotomia e a rigidez.

É como se se vivesse com dúvidas relativamente às leituras permitidas pelos modelos existentes, sendo, no caso do paradigma patológico, a perspectiva psicanalítica a ter mais expressão, nomeadamente o modelo freudiano de paragem do desenvolvimento e o modelo que entende tratar-se a homossexualidade de uma estrutura paranóide de personalidade, resultante de uma dada constelação familiar. As poucas afirmações oferecidas para explicar a homossexualidade centraram-se na dinâmica familiar desenvolvida pelo modelo psicanalítico, respectivamente numa perspectiva biológica fundamentada na genética, e como resultado da inversão sexual. É de salientar que as intervenções dos clientes sobre esta questão foram em número reduzido, pois a maior parte deles considerou que a necessidade de procura das causas constituiria uma fase do processo de desenvolvimento da identidade homossexual, não investindo, portanto, o seu interesse nas explicações da homossexualidade.

Refira-se a presença de um discurso entre os clientes que, ora revela a necessidade de ter claro o entendimento da homossexualidade para a decisão de tratamento, e portanto uma maior necessidade de compreensão se as dificuldades se devem à sexualidade ou a outros aspectos da personalidade, ora entende a homossexualidade como um mal menor, uma vez que, tendo o homossexual e o psicótico uma mesma estrutura de personalidade, a homossexualidade seria uma forma de defesa da expressão da psicose. É interessante notar que os clientes que apresentam leituras da homossexualidade como um comportamento patológico são aqueles que recorreram a um maior número de terapeutas. Tal pode dever-se a uma maior necessidade de resposta e consequente redução de ansiedade; pode ainda dar-se o caso de terem sido as perspectivas dos clínicos que os levaram a interiorizar esse modelo, ampliando consequentemente a dúvida. Esta hipótese última é, de resto, comentada:

> fui ao psiquiatra e estava à espera de ir resolvendo algumas coisas e senti ali [que ele] realmente tinha um conjunto de preconceitos e que tinha uma capa social pesada que transmitia ao paciente, que me desestabilizou muito (...). Eu vou à procura de uma certa abertura e ainda me caem em cima com mais uma capa de preconceitos (...) então aí é que me senti realmente uma ave rara (...) e [vi] que alguma coisa estaria mal (GD1.3:1073)

Dizer que a homossexualidade é não uma opção mas uma forma de a pessoa se ver, como foi referido, é interpretar a homossexualidade como uma leitura, o que poderá, embora com pouca expressão, ser eventualmente enquadrado no modelo do construcionismo social.

Entre os clientes, foram vários os critérios adoptados para avaliar a orientação sexual. A partir dessa multiplicidade de critérios, pode inferir-se a presença de sexualidades várias. A dificuldade de categorização traduziu-se, desta forma, em afirmações em que a orientação sexual equivale, entre outros aspectos, à auto-percepção, à intensidade do sentimento, à disponibilidade para o envolvimento sexual ou a um conjunto de factores que integravam os anteriores. É assim possível observar que os clientes têm um discurso sobre si próprios, ele também enquadrável nas teorias disponíveis de interpretação da homossexualidade. Contudo, como se disse atrás, o modelo patológico está praticamente ausente, e o que domina nos discursos dos clientes é uma posição crítica relativamente à estigmatização social.

Este facto não constitui qualquer surpresa, pois, tendo sido feito o recrutamento para os grupos, na maioria dos casos, através de "elementos-ponte", era natural que todas estas pessoas tivessem já efectuado um processo de revelação para o exterior da sua homossexualidade, ou fossem percepcionadas por outros como tal, o que as coloca num estádio de desenvolvimento de identidade homossexual muito próximo do que Cass (1979) define como estádio de integração da identidade, o que obviamente teria já implicado vários passos de reflexão pessoal.

Relativamente às vivências da sexualidade, surgiram relatos dissonantes entre a variedade de relacionamentos tidos, a forma como a pessoa se definia e os resultados obtidos nas escalas de Kinsey. Assim, nos mesmos indivíduos, cruzaram-se histórias de vivências homossexuais e heterossexuais com respostas que referiam homossexualidade exclusiva nuns casos e bissexualidade noutros. Por sua vez, a auto--definição contrariou ainda o que seria esperado em função das vivências descritas e dos resultados das escalas de Kinsey (é disto exemplo a situação de uma mulher que,

tendo referido apenas experiências homossexuais, e obtendo valores de homossexualidade exclusiva nas escalas de Kinsey, se auto-definiu como bissexual).

Houve elementos que disseram ter tido relacionamentos com pessoas do outro sexo, preferindo, todavia, pessoas do seu próprio sexo. Uma reflexão pode desenhar-se a partir daqui: uma pessoa dita homossexual que teve comportamentos homossexuais ao longo da vida é simplesmente definida como homossexual com experiência heterossexual. Porém, reverter a situação (uma pessoa heterossexual que teve comportamentos homossexuais) não significa reverter o resultado. Neste caso, mais facilmente se põe em causa a estabilidade da identidade sexual, devido, entre outros factores, ao forte estigma que pesa ainda sobre a orientação sexual entre pessoas do mesmo sexo.

A descrição da passagem por fases dolorosas referida por alguns participantes é sustentada pelos modelos de desenvolvimento da identidade homossexual (Cass,1989; Troiden, 1989; Coleman, 1988) que defendem, eles também, a existência de fases no processo de integração da homossexualidade na identidade. Houve um elemento que comentou a importância que tem a revelação da orientação sexual a uma pessoa amiga na construção interna de novos valores. Isto significa permitir que a outra pessoa mude o juízo do objecto, ao mudar o objecto do juízo. Trata-se de uma perspectiva que, ao privilegiar os afectos, preconiza a facilitação e a possibilidade de visibilidade da homossexualidade – normalmente sujeita ao estigma e ao preconceito (de resto, o mesmo se pode aplicar a qualquer categoria social minoritária). Ter a consciência, como tem este participante, de ser agente de mudança social, permite desenvolver uma estratégia política fundamental para a conquista de um lugar social já não de subordinação, mas de uma voz própria e autónoma.

Para uma vivência mais serena da homossexualidade, pareceu ter importância a movimentação num meio urbano – no espaço rural, a proximidade e o preconceito pareciam ser elementos que contribuíam negativamente para o mal estar, no que diz respeito à forma de lidar com a orientação homossexual. Estes dados aproximam-se do que é consensual, do ponto de vista teórico, relativamente à maior visibilidade da homossexualidade e à maior possibilidade de estruturação das relações num meio urbano. Também a idade pareceu ser um factor importante: os participantes mais jovens disseram sentir-se mais à vontade com a sua sexualidade do que os mais velhos.

É interessante que um dos elementos que referiu sentir-se bem com a sua orientação sexual apoiou o seu testemunho numa representação não patológica da homossexualidade oferecida pelo curso de Medicina. Este facto demonstra, por um lado, a importância dos modelos na vivência da homossexualidade e, por outro lado, que a formação obtida num curso considerado detentor de um discurso de autoridade veiculou ideias que contrariam construções sociais e que denunciam a existência de profissionais de saúde que assumem e transmitem uma visão positiva da homossexualidade, integrando assim perspectivas idênticas às contidas nas directrizes da *American Psychiatric Association* e da Organização Mundial de Saúde.

A necessidade de contactos com outras pessoas homossexuais, o que nalguns casos é feito através da frequência de bares *gay*, é um tema que surge nas discussões dos grupos de clientes. Trata-se, naturalmente, de uma procura de identificação, de reconhecimento, de pertença. Relacionado com esta necessidade está o facto, referido também pelos elementos participantes nos grupos de discussão, de não existirem modelos socialmente aceites de pessoas homossexuais que possam ajudar a estruturar uma identidade positiva. Sem querer estabelecer qualquer relação causal, note-se que o elemento que privou desde a infância com casais homossexuais diz nunca ter tido necessidade de ir a bares *gay* e nunca ter tido uma visão negativa da homossexualidade. No outro extremo, encontramos um participante que diz que os únicos *gays* que via na rua eram "as bichas da Avenida" e que refere a necessidade de se embebedar para ser capaz de frequentar bares *gay*; esta ambivalência (a procura e simultaneamente a recusa desses espaços) está relacionada com o desejo de ver reflectida uma imagem de si e a rejeição de uma imagem negativa perpetrada por modelos caricaturados e condenados socialmente. A importância de literatura sobre a homossexualidade é maior ainda devido à ausência de modelos. As revistas *gay* são muitas vezes o primeiro meio para se lidar com o sentimento doloroso de que se é diferente e se está sozinho.

O tipo de relacionamento preferido foi também um tema emergente nos grupos de discussão de clientes, surgindo dois tipos de opções: os relacionamentos ocasionais e a vida em estrutura familiar. O sentimento de mal-estar referido por um elemento participante, devido à sua preferência por relações ocasionais e à falta de interesse em projectar relações duradouras, poderá estar associado a uma dificuldade em aceitar uma preferência por padrões de vida menos normativos, tanto mais que existe, neste caso, um duplo estigma - o da homossexualidade e o da promiscuidade - e ainda o preconceito de que homossexualidade e promiscuidade se relacionam, como, de resto,

foi possível observar nos discursos dos clínicos categorizados no "*perfil do homossexual*". Tal como um outro participante observa, é possível fazer opções por diferentes sexualidades e essas opções têm a ver com as pessoas e não com a sua orientação sexual. É assim também que há quem refira necessitar de prática diária de relações sexuais e quem diga que durante anos não as teve.

A preferência por homens heterossexuais, por parte de um elemento que se definiu como homossexual, pode ser enquadrada no modelo apresentado por Gameiro (1998), e partilhado por um dos seus informantes, anterior à *Gay Lib*: "queer met man" (bichas/homens), por oposição ao modelo posterior àquela libertação de "queer met queer" ("bicha com bicha"). Gameiro (1998) cita White para exemplificar esta transição no mundo homossexual de Nova Iorque, em que "um homem deixava de ser desejável no momento em que desejava outro" (p.86). É a guetização dos *gay* e dos heterossexuais que vai conduzir a esta alteração. Em Portugal, segundo a leitura do informante de Gameiro, este modelo mais recente só teria existido após o 25 de Abril, o que é contestado por outros informantes daquele mesmo estudo, que dizem ter já tido o mesmo tipo de experiências nos anos 60 e 70.

A reacção da família à homossexualidade foi um tema de particular relevo, pela importância central que nalguns elementos a família desempenhava para a aceitação dos mesmos; houve até um caso em que a rejeição da família, por se revelar contrária às expectativas criadas, conduziu a uma tentativa de suicídio. Do que foi dito infere-se que raramente a família foi informada; contudo considerou-se que tacitamente existe o conhecimento por parte dela. No estudo já referido, Meneses (1998) obtém dados semelhantes, referindo que a revelação "directa e voluntária" foi uma excepção e que, "para a maioria das pessoas, esta revelação (quando existiu) foi, pelo contrário indirecta ou involuntária" (p.74)

Na família, os irmãos surgiram, tal como no estudo de Meneses (1998), como os elementos com quem, apesar de tudo, foi referida mais partilha da informação sobre a orientação sexual. De qualquer forma, as maneiras como se lida com as expectativas de dificuldades de aceitação por parte da família foram distintas: uns elementos disseram ter decidido proteger a família, ocultando a informação sobre a sua sexualidade para não perturbar os pais; outros disseram não sentir necessidade de partilhar a sua orientação homossexual; um terceiro grupo, por recusar uma vida dupla e apostar no amor e/ou no apoio que os pais podiam dar, disse ter revelado a sua orientação. Um elemento disse ainda sentir o desejo de partilhar com a mãe a sua vida

afectiva; todavia, o preconceito da mãe em relação aos homossexuais criava-lhe a expectativa de uma reacção negativa, o que a impedia de agir.

Ainda que surgindo a propósito das atitudes recomendadas a terapeutas para lidarem com as reacções da família à homossexualidade, a linha de acção nº 8 da Divisão 44 da *American Psychological Association*, de Fevereiro de 2000, refere a necessidade frequente de as famílias precisarem de se adaptar à perda das esperanças, percepções e expectativas associadas à pressuposição da heterossexualidade, acrescentando que, mesmo sendo as reacções positivas, podem ser necessárias adaptações por parte da família, de forma a integrarem um novo entendimento sobre o elemento homossexual.

4. QUESTÕES CLÍNICAS

Por questões clínicas entende-se toda a reflexão, realizada pelos terapeutas, nos grupos de discussão, em torno da sua prática profissional com clientes de orientação homossexual; por questões clínicas entende-se igualmente a reflexão realizada pelos clientes, no contexto também de grupos de discussão, em torno das experiências terapêuticas por que passaram. Como se referiu já na introdução, no caso dos terapeutas, foram definidas, *a priori,* as categorias *pedidos, objectivos, dificuldades* e *estratégias*, que constituíam, elas próprias, as questões da investigação e, *a posteriori,* a categoria *avaliação,* que resultou da leitura das discussões produzidas; no caso dos clientes, foram definidas, *a priori,* as categorias *motivos de procura de apoio, estratégias* e *avaliação*, e, *a posteriori*, a categoria *a escolha do terapeuta.*[205]

4.1 A VOZ DOS TERAPEUTAS (ANEXO 10)

A primeira categoria refere-se aos *pedidos* recebidos pelos clínicos por parte de clientes com orientação sexual homossexual e o que a constitui são as descrições de casos clínicos ou as referências a esses pedidos. Integraram-se as reflexões/análises apresentadas pelos clínicos acerca dos pedidos recebidos (ex: "foram mais homens que mulheres", "ninguém pedia apoio para a sua homossexualidade").

---

[205] Em anexo serão apresentados quadros com os trechos referentes às falas dos clientes e dos clínicos que foram codificadas em cada uma das categorias. Poderá acontecer que nesses quadros surjam trechos que, ou não integraram o presente texto (mas que aí se justificam para uma melhor ilustração da codificação), ou são mais desenvolvidos do que os trechos aqui apresentados.

A segunda categoria, *objectivos* terapêuticos (estabelecidos pelos clínicos relacionados com a orientação sexual dos clientes), é constituída pela descrição de etapas, intenções, finalidades e metas estabelecidas em função da orientação sexual do cliente (expressões como "procuro", "tento", "preocupo-me", "temos que", "o papel do terapeuta é" são exemplos de intenções aqui definidas como objectivos.

A categoria *dificuldades* (referidas pelos terapeutas em lidar, no contexto clínico, com clientes com orientação sexual homossexual) integra as expressões de sentimentos de dificuldade, de esforço, de mal-estar, de desagrado e de intolerância, bem como manifestações de dúvida, indecisão, insegurança, por parte dos clínicos ao trabalhar com clientes de orientação sexual homossexual .

A quarta categoria refere-se às *estratégias* terapêuticas de intervenção, utilizadas com clientes homossexuais e constituem esta categoria as referências a acções, realizadas ou previstas, que se relacionem com questões da orientação sexual do cliente.

A quinta categoria, *avaliação* do processo terapêutico realizado pelos clínicos, é constituída pelas reflexões e julgamentos feitos sobre as intervenções realizadas.

4.1.1. Pedidos

Organizaram-se os pedidos referidos pelos clínicos em duas sub-categorias: os pedidos relacionados com a homossexualidade e os pedidos sem relação com a homossexualidade. Naturalmente que serão aqui objecto de tratamento mais detalhado aqueles que se relacionam directamente com a homossexualidade.

A categoria aqui designada por pedidos, por se tratar dos grupos dos terapeutas, passará, como já foi dito, a ser designada por *motivo da consulta* nos grupos de clientes. Tal distinção deve-se ao facto de, no caso dos clínicos, se tratar na realidade das percepções que os clínicos têm desses motivos. Este reconhecimento do poder do terapeuta, assumido por ele próprio, emerge em todos os grupos. Assim, o discurso de alguns clínicos denunciou a dimensão interpretativa do seu papel na análise do motivo:

> era um pedido ambíguo, que eu interpretei como um pedido de ser convertido à heterossexualidade (GD1.4:2)

> não sejamos ingénuos, porque muitas vezes o falar na homossexualidade, dizer-se que «eu assumo ser homossexual» é uma posição caracterial, um desafio e não como qualquer pessoa pode dizer «eu sou qualquer outra coisa» (GD1.4:10)

> há pessoas que vêm falar connosco por várias queixas, porque não se atrevem a dizer «eu sou homossexual e isso incomoda-me» (GD1.4:394)

> o facto de ser homossexual ou heterossexual, não tenho em conta, eu ponho uma questão de identidade (...) eu acho que é a questão de identidade que está em jogo (GD1.5:40)

Outros clínicos deram a entender que o seu olhar orientava o pedido do cliente:

> as pessoas que me procuraram não relevaram a questão homossexual como a questão que as trouxe, talvez porque eu não relevei como a questão mais importante (E2:12)

> quando o terapeuta não se posiciona na posição de considerar essa a questão fundamental, provavelmente também não está a facilitar que a pessoa peça «então mude» ou «modifique essa questão fundamental». Mas, quando o terapeuta se posiciona numa posição dessas, é evidente que pode desencadear esta angústia de «eu vivo mal porque tenho esta determinada sexualidade, se eu mudar a minha sexualidade, se calhar vivo melhor» eu acho que isso tem um bocadinho a ver com a posição em que o terapeuta se pode pôr perante o paciente,. Esse é que é o fio da navalha da nossa [profissão] (GD1.5:13)

As seis trancrições atrás apresentadas remetem para diferentes entendimentos do terapeuta perante o mesmo tipo de formulação de pedido por parte do cliente. As expressões "vivo mal com isso " ou "ajude-me" podem ser entendidas pelos clínicos como um desejo de afirmação do tipo "quero ser heterossexual" (como no caso da primeira transcrição) ou como um pedido de auxílio do tipo "ajude-me a lidar melhor com a minha homossexualidade", como no excerto abaixo transcrito:

> ninguém me procurou para mudar ou para redefinir a sua identidade de género e a sua opção sexual, mas as pessoas que me procuraram era «eu vivo mal em determinados aspectos da minha vida com esta situação por razões várias» , nunca ninguém me disse «eu quero mudar», mas «vivo mal com isto». Portanto havia uma queixa e o pedido era «ajude-me a perceber em que é que eu posso mudar» (...), não na mudança da opção sexual mas em algum ajustamento ou adaptação em relação a uma disfunção que reconhecem, lhes dificulta a vida (GD1.5:6)

Observa-se ainda uma interpretação da afirmação do cliente sobre a inexistência de dificuldades relativamente à sua orientação homossexual como uma "posição caracterial, um desafio" (o que se pode verificar na segunda transcrição) .

É assim que os pedidos dos clientes considerados pelos clínicos são interpretações dos motivos que levaram os clientes à consulta. Apresentam-se duas transcrições de diálogo que permitem exemplificar o que se refere: a primeira diz respeito à percepção que se tem do que se passava nos anos 70 e a segunda refere-se a uma postura mais actual. Ambas denunciam expectativas dos terapeutas e fazem pressupor as suas intervenções:

B5 - eu sei que muitas pessoas pediam isso [tratamento por "descondicionamento"]...
B1 - (...) eram pessoas que se dirigiam queixando-se da sua orientação homossexual (...). Nessa época o que era mais vulgar era que as pessoas com essa orientação apresentassem esse tipo de queixa, quer dizer, eu tenho este problema, que é uma doença

A2 - (...) é-me difícil conceber alguém que chegue a uma consulta e que diz "olhe eu sou homossexual mas gostava de deixar de o ser"
A6 - também acho
A4 - Quer mais ser aceite

O papel profissional assumido por cada clínico surge como um factor relevante na interpretação do pedido, mais especificamente ao tentar corresponder à percepção que ele tem das expectativas do cliente:

> eu devo dizer que a minha experiência é um bocadinho diferente e se calhar é por eu ser psiquiatra e não psicóloga, acho que as pessoas quando procuram o psiquiatra - e o psiquiatra é conotado como um médico, e portanto vai tratar qualquer doença ou disfunção - falam mais de disfunção e pedem ajuda no sentido de modificar qualquer coisa (GD1.5:7)

Relativamente a pedidos relacionados expressamente com a homossexualidade, foi referida uma mudança entre os anos 70 e início dos anos 80, quando era comum o pedido de mudança para a heterossexualidade, e a situação actual.

> em 1970 devo ter visto vinte e tal homossexuais masculinos e todos eles desejavam a mudança para a heterossexualidade (...); a partir dos anos 80 raramente tenho alguém que venha pedir a reversão da orientação, há mais de 10 anos que não tenho ninguém a pedir a reversão" (GD1.4:6)

Os pedidos estão associados às ofertas terapêuticas. Este mesmo clínico referiu que nos anos 70 comungara da teoria defendida na época de fobia heterossexual, com a respectiva utilização da terapia do comportamento das fobias, tendo entretanto abandonado "essa prática":

> não me pareceu que este conceito de fobia heterossexual aplicado à homossexualidade tivesse implicações clínicas, pelo menos do ponto de vista terapêutico (GD1.4:6)

O mesmo clínico considerou, ainda, que a partir de determinada altura dos anos 80 lhe apareceram clientes homossexuais "ainda com alguns problemas, [agora] não propriamente a pedir a reversão, (...) [mas] a pedir ajuda" (GD1.4:7).

Se, por um lado, os terapeutas interpretaram o pedido de acordo com o modelo teórico disponível no momento e por eles sustentado, por outro lado, os clientes solicitaram o que sabiam haver disponível em termos de oferta clínica, cuja divulgação é muitas vezes transmitida por redes pessoais de informação:

> comecei com um ou dois, vieram os outros atrás deles, era realmente assim que passava a informação, eles passavam uns aos outros (GD1.4:6)

(i) Pedidos sem relação com a homossexualidade

A maior parte dos pedidos de apoio por parte de pessoas com orientação sexual homossexual não teve a ver com a sua orientação. Em todos os grupos considerou-se que a maior parte dos clientes com orientação sexual homossexual não coloca questões ligadas à homossexualidade e que a informação sobre a orientação surge, posteriormente, ao longo da intervenção:

> acho que tenho um número muito elevado, quer de homens, quer de mulheres homossexuais (...) [mas] tive um único caso, que sou capaz de referir expressamente, (...) em que a queixa se prendia directamente com a homossexualidade, ou seja, todos os meus clientes que são homossexuais procuraram um terapeuta por n razões completamente diferentes (GD1.5:2)

> nunca nenhum veio especificamente por causa da homossexualidade (GD1.1:3)

> todas as outras pessoas homossexuais nunca [vieram] por causa da sua orientação sexual (GD1.1:1) a maior parte das vezes não é por causa disso, normalmente não é isso que o traz à consulta (GD1.1:32)

> chegam lá[206] e dizem «eu sou homossexual ou sou lésbica, esse não é o problema» (GD1.5:2)

Assim, os motivos de procura de apoio referidos foram variados, tratando-se das "razões que levam qualquer pessoa a pedir ajuda psicoterapêutica" (GD1.5:4). Para além de alguns quadros mais estruturados, como quadros depressivos ou reacções vivenciais depressivas, fobias sociais, psicoses maníaco-depressivas, perturbações de humor, são referidas dificuldades emocionais e relacionais: dificuldades em lidar com o luto de uma relação; dificuldades na realização pessoal e profissional; dificuldades em lidar com "um problema renal grave" (GD1.5:2); problemas que têm a ver com a personalidade (GD1.4:20); dificuldade de afirmação/passividade; dificuldades sexuais no relacionamento de casal; e dificuldades na relação afectiva

(ii) Pedidos relacionados com a homossexualidade

Ainda que em muito menor número, os clínicos referiram ter havido também alguns pedidos de apoio relacionados com a homossexualidade. Como se disse já, serão estes pedidos que irão aqui ser alvo de uma maior atenção. Os pedidos foram feitos por três tipos diferentes de clientes: o próprio homossexual, o cônjuge de uma relação heterossexual ou os pais, no caso de adolescentes.

---

[206] Trata-se no caso específico do espaço de atendimento de uma associação de defesa de direitos de *gays* e lésbicas, o que significará provavelmente que o recorrer àquele espaço implica alguma aceitação da própria sexualidade.

Os pedidos entendidos pelos clínicos como de mudança de orientação sexual,[207] foram raros

> Eu, por acaso, já tive pedidos nesse sentido. A maior parte são de facto pessoas que recorreram por questões que não têm directamente a ver com a homossexualidade, mas já tive pedidos para mudar a preferência sexual. Estou-me a lembrar de dois casos (GD1.5:4)

> assim directamente «venho procurá-lo porque sou homossexual e queria deixar de o ser » (...), tive um caso de um homem (GD1.1:9,11)

> houve um pedido que eu interpretei como de ser convertido à heterossexualidade, mas foi o único (GD1.4:2)

Surgiram também pedidos, considerados, de mudança "de comportamentos homossexuais", ou "para acabar com um tipo de homossexualidade" ou de desejo homossexual por parte de clientes com comportamentos heterossexuais:

> dois vieram pedir ajuda ["eram casados e com uma vida paralela"] a mulher descobre e diz-lhe «ou acabas com isso ou o casamento acaba» (...). Eram pessoas com uma motivação muito forte para acabar com um tipo de homossexualidade ou de comportamento homossexual e eram heterossexuais dominantes (GD1.4:8)

> o pedido era dirigido às fantasias (...) um indivíduo casado (...) só tinha fantasias homossexuais e a única forma de ele ter relações sexuais era com fantasias homossexuais. Vinha pedir ajuda apenas para (...) não ter estas fantasias (GD1.5:33)

Para além do pedido de mudança de orientação ou de comportamentos sexuais, pouco comum, como se viu, há outros pedidos, mais frequentes, relacionados com a vivência, ou a sua antecipação, da homossexualidade:

A dificuldade em lidar com a rejeição social quer por parte da família quer da sociedade em geral, foi apontada como uma das razões de procura de apoio e "as pessoas têm alguma dificuldade em fazer aquilo que eles próprios chamam o assumir da homossexualidade, o *coming out*" (GD1.4:7). Quando o sujeito aceita a sua homossexualidade, surgem novos obstáculos a superar:

> após uma tentativa de suicídio, acaba por aceitar para ele mesmo, isso já não lhe traz sofrimento em termos individuais e o que custa é a família e o meio social em que vive poderem saber (GD1.1:17)

> eles têm o problema resolvido, os pais é que não (GD1.4:4)

> é homossexual, tem é muitas dificuldades em lidar com isso por causa da família. Porque é uma família com muitos tabus (GD1.1:2)

---

207 Não se consideraram os pedidos que tiveram lugar na década de 70 e que surgem na categoria *mudanças na leitura da homossexualidade.*

Outro motivo referido pelos terapeutas de procura de apoio foi a situação de dúvida relativamente à orientação. Nessa situação foi descrita a presença de "rapazes pedindo ajuda para encontrar a sua definição sexual" (GD1.5:5). Foi também descrito um processo terapêutico em que um jovem terá falado na possibilidade de ser homossexual, "mas no fundo sem saber se era ou não era e a pôr a questão" (GD1.1:3):

> às vezes as pessoas não sabem [o tipo de orientação que têm]. Tiveram um ou outro comportamento, uma ou outra situação, e partem logo do pressuposto «meu amigo, isto está tudo perdido», ou qualquer coisa do género (GD1.3:33)

Também o "pânico de ser homossexual" foi apontado como um dos motivos de procura de apoio mais acentuados nos últimos tempos, sobretudo por parte dos jovens:

> situações de jovens entre os 18 e os 20 anos (...) com pânicos homossexuais, (...) jovens que - às vezes são situações obssessivas que estão por trás - (...) aparecem com vivências de pânico e vêm muito claramente pedir «eu não quero ser homossexual e tenho muito medo de ser homossexual» (GD1.5:6)

Este pânico surgiu também "associado a outras dificuldades" (GD1.1:8), como é o caso de "neuróticos que têm (...) medo de [se] transformar em homossexual" (GD1.4:8).

Foram ainda apontados pedidos de apoio relativamente a dificuldades no relacionamento amoroso, em situações que tendo já, do ponto de vista social, uma aceitação difícil (como é o caso de relacionamento professor(a)/aluno(a), se tornam ampliadas quando a relação tem ainda esta componente homossexual:

> um dos professores era porque se sentia muito atraído por um adolescente que era seu aluno e isso causava-lhe uma grande dúvida e dificuldade relativamente à sua honestidade e ao direito que tinha de poder viver ou não essa relação, que por enquanto se passava só dentro dele (GD1.5:7)

Outras dificuldades de ordem relacional comentadas foram a de relacionamento numa relação heterossexual "por causa da componente homossexual" (GD1.3:22) e a de relacionamento sexual em relações homossexuais:

> há muitos [homossexuais] que têm uma vida conjugal estável etc, por aí adiante, mas [têm] comportamentos mais do que esporádicos e (...) não admitem essa homossexualidade (GD1.3:17)

> às vezes temos na consulta (...) o casal homossexual que, exactamente como o casal heterossexual, tem uma inibição do desejo (GD1.3:23)

Foi também apresentado um caso de pedido de apoio relativamente ao direito de exercício de paternidade, situação que se perspectivou como tendo possibilidade de vir a aumentar:

> a sua ex-mulher não lhe permite o acesso a uma filha (...) o problema foi parar a tribunal (...) [é] um caso que provavelmente vamos ver mais no futuro (GD1.4:16)

Foram também descritos pedidos de apoio relacionados com a homossexualidade, mas feitos por parte de outros que não o próprio homossexual. Houve assim clínicos que falaram de pedidos de apoio para lidar com a homossexualidade do(a) "parceiro(a)" vindos de "pessoas que (...) indirectamente foram afectadas" (GD1.4:40) por essa mesma homossexualidade.

Foram também referidos pedidos de apoio por parte de pais de adolescentes que vivem mal a homossexualidade dos filhos. Exemplos destes pedidos foram dois casos narrados por clínicos: o primeiro, sobre a "mãe de um rapaz *gay* (..) [em que] o filho leva o namorado e ela dá conta de carícias e troca de carinho e fica perfeitamente em crise, não tolera testemunhar aquela intimidade entre os dois rapazes" (GD1.2:6); o segundo, sobre a mãe de uma rapariga que havia sido freira e "que se sentia muito culpada por ter influenciado a ida [da filha] para o convento e acha[va] que a homossexualidade [tinha] a ver com a vida no convento" (GD1.1:4).

Ressalve-se aqui a possibilidade de inclusão de um quadro ligeiramente diferente: clínicos que referiram a presença de adolescentes que "aparecem no consultório" mas que o fazem "por pressão dos pais" (D3:3). Tratou-se na realidade de pedidos feitos por pais de adolescentes para a observação dos seus filhos com vista a um eventual despiste de uma orientação homossexual. Em caso afirmativo, as expectativas dos pais são de que os seus filhos possam ser tratados :

> tenho essa experiência nos últimos anos e não é pequena, de alguns pais trazerem filhos porque estão muito preocupados com a sexualidade dos filhos e portanto vêm muito mais à procura de perceber se aquilo que imaginam acerca dos filhos poderá orientar-se numa via de homossexualidade e se isso pode ser desviado e modificado (GD1.5:6)

> pedidos por parte dos pais (...): tenho tido adolescentes que me foram trazidos por pais preocupados [em saber] se eles são ou não homossexuais (GD1.4:39)

* * *

Como se viu, vários foram os temas destacados nesta categoria – *pedidos*. Impõe-se agora uma análise dos objectivos traçados pelos terapeutas para dar resposta a esses mesmos pedidos.

4.1.2. Objectivos

Assim, em relação aos pedidos expressos pelos clientes, os terapeutas definiram determinados objectivos. Se nos pedidos se tratou com mais detalhe aqueles que mais se relacionavam com a homossexualidade, aqui serão objecto de análise somente os objectivos isolados em função da orientação sexual do cliente .

Houve, por parte de alguns clínicos, uma preocupação em sublinhar o seu próprio papel na relação terapêutica. Foi assim referida uma preocupação de neutralidade:

> não permitir que a (...) personalidade e os (...) valores [do terapeuta] interfiram na relação (GD.1.3:13)

Apresentaram-se recomendações como "não ser moralista" ou funcionar como se não se tivesse posição:

> eu julgo que teremos que ser terapeutas não [pró]*gays* ou anti*gays*, nem homofóbicos nem homofílicos (GD1.1:50)

> sou psiquiatra, não sou moralista (...) não sei dizer ao meu doente: você agora deve gostar de mulheres ou deve gostar de homens (GD1.3:37)

> há pessoas que têm atitudes moralistas em relação a isto e nós temos que ter uma atitude do foro psiquiátrico (GD1.3:37)

No entanto, se para alguns clínicos a homossexualidade do cliente "não influi nada na relação", para outros, o nível de homofobia, quer do cliente quer do terapeuta, pode condicionar a relação terapêutica:

> muitas vezes a relação terapêutica é condicionada pela aceitação, quer da parte do terapeuta, quer da parte do doente, dessa mesma homossexualidade (GD1.3:17)

> pode alterar a relação terapêutica (...) porque é sempre observado como um grupo minoritário com uma orientação diferente da nossa e que é diferente do nosso, cultural e socialmente (GD1.3:5)

> não sei até que ponto [a homossexualidade do cliente] poderá alterar a relação terapêutica. Não sei. Muitas vezes somos confrontados, se calhar, também com as nossas próprias defesas e com as nossas próprias dúvidas acerca das orientações (GD1.3:5)

Uma outra perspectiva emergiu: a orientação homossexual do cliente interfere sempre na relação terapêutica e, segundo o quadro de valores do clínico, haverá sempre uma adaptação a ser feita por parte do terapeuta:

> é impossível que o terapeuta se ponha numa posição asséptica (...) [a homossexualidade de um cliente] implica uma adaptação que o terapeuta tem que fazer àquela pessoa (GD1.4:41)

> [a homossexualidade do cliente] mexe com todos nós (GD1.3:9)

A maior parte dos terapeutas, contudo, designou diferentes objectivos tendo em conta a intervenção a implementar. Foram assim apontadas preocupações relacionadas com a forma como a homossexualidade havia sido apresentada nos pedidos, sendo ou não encarada pelo cliente como um problema.

(i) Quando a homossexualidade não é apresentada como problema

Quando o cliente não apresentava qualquer pedido de apoio relativamente à sua orientação homossexual, considerou-se que se devia responder ao pedido sem fazer intervir a orientação, tentando "lidar com a homossexualidade como se fosse outra coisa qualquer" (GD1.5:36), "analisar o caso independentemente da orientação sexual da pessoa" (GD1.3:7):

> interfere da mesma maneira que outros caracteres da personalidade do indivíduo (GD1.3:14)

> é suposto alguém procurar um técnico (...) que tenha pelo menos uma atitude contentora e de acolhimento (...), que não questione para além dos limites do questionamento normal, mas que não questione a opção sexual da pessoa. (GD1.5: 3)

> isso faz-me pensar numa questão: porque é que nós havemos de lidar com as questões das homossexualidades de maneira diferente, e não como outra coisa qualquer (...) (GD1.5:13)

> eu, por acaso tento lidar com a homossexualidade como se fosse outra coisa qualquer (GD1.5:36)

Apesar desta intenção, houve um entendimento de que a orientação sexual "interferir[ia] sempre, por mais afastamento a conceitos culturais que temos que ter" (GD1.3:150) "nas expectativas" (GD1.3:5), "na atitude mais compreensiva"(GD1.4:32); porque "faz parte de um todo" (GD1.1:40), ou ainda por se tratar "de um grupo minoritário e ter condicionamentos muito específicos (...) a trabalhar [de que são exemplo] os aspectos de rejeição associados (GD1.3:7).

É ainda comentado que a importância a atribuir à homossexualidade depende do facto de o clínico entender que o problema do cliente é do foro da "psiquiatria em geral ou da sexologia" (GD1.3:11), sendo sempre um factor a ter em conta na sexologia, ou depende ainda do tipo de problemática apresentada pelo cliente. Se se tratar por exemplo de "problemática de casal, interfere pouco", pois neste caso a focalização será na relação, e não na identidade (GD1.3:23)

> no que diz respeito à psiquiatria geral (...), não faço distinção, na sexologia acaba por interferir [pois], embora não seja considerada patologia, surgem problemas de adaptação e integração da homossexualidade (GD1.3:4)

(ii) Quando a homossexualidade é apresentada como problema

Quando, no decorrer de um processo terapêutico, a homossexualidade emerge como uma dificuldade, "se é um problema, [se é] egodistónica, se o doente a traz para a entrevista, tem que ser abordada" (GD1.3:35), mas deverá sê-lo sem qualquer conotação judicativa:

> deve ser abordada como outro aspecto egodistónico, não tem que haver uma relevância que tenha o mesmo peso e a mesma medida daquela que os psiquiatras devem atribuir a outros aspectos(GD1.3:35).

Uma das preocupações referidas em relação ao cliente foi "ajudar a perceber que tipo de orientação efectivamente [tinha]" (GD1.3:33).

> uma pessoa que vem com um problema sobre a sua orientação sexual, temos que ver que orientação, analisar a orientação num contexto geral (GD1.3:18)

> acredito que a minha avaliação esteja definida por um padrão de princípio que é, qual é o objecto permanente e constante ao longo desta vida, quais são as fantasias, quais são os mecanismos de defesa (GD1.5:36)

Outra das preocupações na análise da história do sujeito foi perceber o processo de aquisição da homossexualidade, "tentar perceber porquê" (GD1.3:30), "como se estrutura na dinâmica" (GD1.4:31), "o que se passa dentro da sua história para ter chegado ali" (GD1.1:38), para, nalguns casos se poder "reconstruir qualquer coisa que falhou" (GD1.1:20).

Alguns clínicos assumiram a possibilidade de mudança do comportamento homossexual considerando-o como "sintoma" (GD1.1:35). Nuns casos considerou-se que se o pedido fosse expressamente de mudança de comportamento sexual, "se a pessoa se vincula unicamente ao sintoma" (GD1.1:36) deveria ser enviada para

"especialistas nestas matérias", pois o objectivo assumido era o de "tratar" toda a estrutura da pessoa e não focalizar unicamente no, assumido, sintoma.

Para outros terapeutas, se o objectivo da pessoa era a mudança de orientação sexual (e uma terapeuta sublinhou tratar-se de uma resposta a um pedido e só "quando é pedido", "quando é solicitado", GD1.5:10,11), se o pedido era esse, o objectivo seria mudar o padrão de comportamento sem que se considerasse ser uma patologia: "se é pedido pode ser tentado" (GD1.5:11)

> mas quando é pedido [a mudança de orientação], quando é solicitado, na minha abordagem, se o indivíduo pede, se de facto, eu percebo por que é que ele pede, consigo entrar no sistema. Se é pedido, pode ser tentado, agora, eu não tenho a certeza se vou conseguir mas dou-lhe hipótese de ajuda na pretensão que ele tem, o que é diferente de eu ter a ideia prévia de que posso aconselhar as pessoas e ajudá-las a mudar automaticamente, ser eu a introduzir o processo de mudança, agora, se é pedido, ... (GD1.5:10,11)

De alguma forma relacionado com a mudança de orientação, mas agora referindo a existência de um desejo de alteração de comportamento homossexual, um clínico considerou que as situações em que havia pedidos vindos de "homens que (...) têm comportamentos homossexuais, e que são (...) secundários em relação à sua heterossexualidade" que têm "homossexualidades de alguma forma não assumidas" (GD1.4:8), talvez tenham mesmo assim, "indicações para terapia e para a reversão". Dentro desta perspectiva de alteração da orientação sexual, encontrou-se um posicionamento que assume como objectivo desenvolver a capacidade de amar, considerando que a homossexualidade está associada a um défice desta competência, a qual se desenvolveria de uma forma evolutiva. Assume-se, assim, promover a evolução para poder amar mais:

> poderem amar mais e serem menos perversos; irem para situações social e amorosamente mais adequadas, desinvestir a culpabilidade de que o homossexual é mau e «portanto eu vou fazer coisas maldosas» (GD1.4:12)

A análise do contexto vivencial do cliente com comportamentos homossexuais foi também um foco de atenção referido. Considerou-se que o significado dos comportamentos homossexuais podia ser dado pelo contexto emocional que se vivia, merecendo particular atenção comportamentos que tinham lugar em períodos de crise, sujeitos portanto à efemeridade do momento:

> temos que ter em atenção a diferença que pode situar-se entre aquilo que ocorre nos momentos de crise e nos períodos, digamos , de vida normal (GD1.2:38)

Um posicionamento menos centrado na etiologia e partilhado por alguns terapeutas foi a preocupação em perceber o processo de reconhecimento da homossexualidade e a forma como foi sendo vivenciada. Neste mesmo sentido, houve quem se preocupasse em identificar o foco de dor, em perceber o processo de mal-estar e sofrimento, "perceber como é que [o homossexual] sofre com isso" (GD1.5:38) para "reduzir o mal-estar do cliente face à sua homossexualidade":

> [é importante] percebermos que a dada altura da vida quando a pessoa viveu essa fase, como é que passou isso e como é que as coisas se adequaram ou não (GD1.2:16)

> não consigo ajudar uma pessoa dessas sem perceber como é que ele sofre com isso. Qual é o sofrimento que ele tem com isso (GD1.5:38)

Detectaram-se ainda objectivos centrados na facilitação da aceitação da homossexualidade, considerando que "o papel do terapeuta é que ele se aceite como homossexual e [saiba] lidar com isso" (GD1.3:21) (caso contrário será considerado um fracasso, GD1.1:16):

> na minha lógica era melhor ele não ter casado, ter assumido a sua homossexualidade; estava mais feliz (...) quem me dera que ele tivesse conseguido aceitar (GD1.1:17)

> o papel do terapeuta dos casos que eu tive dos homossexuais quase é facilitar que ele se aceite como homossexual e [saiba] lidar com isso. (GD1.3:21)

> tento que essa pessoa se sinta bem com a orientação que tem (GD1.3:32)

> foi um fracasso, porque nunca consegui que ele assumisse socialmente a sua homossexualidade (GD1.1:16)

Outros objectivos centraram-se mais na promoção de competências para se lidar com a homofobia social, considerando-se que a "maioria homofóbica" (GD1.4:50) existirá sempre:

> eles vão ter sempre que estar sujeitos a uma maioria homófoba que lhes estrutura determinado tipo de respostas, reacções, conflitos, depressões, etc. e é nesse aspecto que nós podemos ajudar como terapeutas (GD1.4:50)

> desenvolver estratégias que permitam lidar com o que [as pessoas] sabem que é central na vida delas (GD1.5:9)

> desenvolver processos de segurança, de reorganização interna (GD1.5:16)

> orientar de modo a que a pessoa se possa ultrapassar ou adaptar-se ou readaptar-se ou ajustar-se de modo a que isso deixe de ser um problema (GD1.5:42)

Surgiram também objectivos vagos na sua concretização, porque demasiado gerais, como o de "ajudar de acordo com as necessidades dos clientes", o de "promover a felicidade", ou simplesmente "ajudar a pessoa", sem que seja definida a forma:

> temos é que lidar com a pessoa que tem um problema com a sua orientação sexual independentemente de ser homossexual ou heterossexual e conseguirmos ajudar que é aquilo que fundamentalmente a pessoa nos vem pedir, é pedir ajuda (GD1.3:18)

> a etiologia preocupa-me relativamente pouco. Preocupa-me mais é tentar resolver os problemas das pessoas ou ajudar a resolver os problemas das pessoas (GD1.3:26)

A preocupação com a felicidade do cliente foi apresentada como a finalidade última: "eu hei-de desejar é que [ele] seja feliz" (GD1.1:14) ou "quem me dera que tivesse conseguido aceitar e ser feliz (GD1.1:17), "o meu desejo era que ela fosse feliz" (GD1.1:1).

Após a exposição dos discursos dos terapeutas sobre os objectivos, serão abordadas as dificuldades encontradas no trabalho terapêutico com os clientes.

4.1.3. Dificuldades

Uma outra categoria construída *a priori* e depois aplicada aos grupos de discussão constituídos pelos terapeutas foi a das dificuldades apresentadas por estes em lidar com a homossexualidade dos seus clientes. Estas dificuldades foram agrupadas em três sub-categorias, as duas primeiras centradas na pessoa do terapeuta e a terceira na pessoa do cliente: (i) dificuldades na configuração da homossexualidade (ii) dificuldades a nível da sexualidade do terapeuta (iii) dificuldades no estabelecimento da relação terapêutica e no processo de intervenção terapêutica.

(i) Dificuldades na configuração da homossexualidade

Foram discutidas algumas dúvidas teóricas relativamente à operacionalização do conceito de homossexualidade, o que levou um elemento de um grupo a reflectir sobre a dinâmica da comunicação no grupo de discussão, denunciando que "nos esquivamos um bocadinho ao que para nós significa homossexualidade" (GD1.3:19). Surgiu também explicitamente a interrogação sobre o significado da orientação sexual:

> quando a gente está a falar de orientação, de que é que estamos a falar ? E o que é a sexualidade para nós? A partir de que momento é que nós dizemos: aquela relação entre duas pessoas do mesmo sexo, que é muito íntima, que é muito vivenciada em termos de sentimentos e de afectos etc, passamos a dizer que é uma orientação homossexual? (GD1.2:30)

Foi ainda possível encontrar algumas interrogações que questionavam as fronteiras entre o preconceito e o conhecimento disponível, como por exemplo a existência ou não de algo determinante em termos de estrutura da personalidade; a associação entre

"homossexualidade e uma maior dificuldade no estabelecimento de relações duradouras amorosas" (GD1.4:22); a associação entre bissexualidade e "maior dificuldade de estruturação de uma identidade" (GD1.45); "o limite para se considerar [a homossexualidade] normal ou anormal" (GD1.4:4); a relação entre a homossexualidade e o desencontro com os papéis sexuais (questão que surge associada à maior visibilidade, do ponto de vista clínico, da homossexualidade masculina):

> há um limite para nós funcionarmos nesse problema como um problema anormal, ou não há? E se há, onde é que ele está (...) se esse limite tem uma deslocação tão acentuada ao nível de poucos anos ou se não, se é uma coisa que (...) continua estática? (GD1.4:4)

> [há] mais casos de homossexualidade masculina do que de [homossexualidade] feminina (...) [ou] está directamente relacionado (...) com a função, com o papel, reservado ao homem e à mulher na sociedade (...) e o desencontro desse papel pode gerar a situação de doença, de mal-estar, de perturbação ou (...) existe qualquer coisa de determinante em termos de estrutura de personalidade que leva a que haja mais casos de homossexualidade masculina do que feminina...(GD1.4:13)

Foi também chamada a atenção, por parte de uma terapeuta, para o pouco apoio da literatura relativamente ao suporte teórico. Considerou-se que "não ajuda[va] muito" (GD1.5:14), porque existiam sempre teorias em oposição:

> no caso específico da homossexualidade, os dados que vêm da investigação são todos cruzados (...) uns dizem umas coisas e os outros dizem outra (...) não há nada a que nos agarrarmos (GD1.5:55)

(ii) Dificuldades a nível da sexualidade do terapeuta

O confronto com a diferença foi apontado como um factor que põe em questão o terapeuta, pois "é sempre difícil aceitar a diferença": "somos uma sociedade de semelhantes e de iguais" (GD3:29) e o que não se percebe "é intimidatório" (GD3:20).

> penso que, apesar de toda a formação que possamos ter, é sempre observado, e pelo menos comigo, embora faça esforço no sentido contrário, observamos sempre como um grupo minoritário e com uma orientação diferente da nossa. Não sei até que ponto isso poderá alterar, de certa forma, a relação terapêutica. (GD1.3:4)

> quando nós não nos conseguimos identificar com as pessoas, (...) é mais intimidatório(...) porque eu não percebo (GD1.3:10, 20)

A abordagem da homossexualidade confronta o terapeuta com a sua própria identidade sexual, fazendo-o reflectir sobre "as defesas e as dúvidas acerca das orientações"(H3:5) e levando-o a vivenciar as suas próprias dificuldades. Explica-se que "a sexualidade mexe connosco mesmo profundamente", porque "é qualquer coisa que nunca está resolvida em nenhum de nós (...) até ao fim da vida"(GD1.5:12) e a orientação sexual do outro vai questionar a nossa sexualidade" (GD1.1:21). Neste mesmo sentido, refere-se que "quanto mais a homossexualidade for vivida de uma

forma fóbica pelo terapeuta, maior é o medo de estar próximo da relação homossexual" (GD1.1:31).

Uma das dificuldades concretas, expressa num dos grupos e associada a este facto, foi o surgimento de uma possível erotização da relação terapêutica por parte do cliente homossexual, no caso de este ser do mesmo sexo do terapeuta. Esta possibilidade foi definida pelos terapeutas como algo que os colocava "completamente à rasca" ou "completamente desatinados" com sentimentos de "fúria", de "ódio de morte" ou mesmo reacções físicas, o que os levou a passar clientes para colegas ou a ficarem aliviados no caso de abandono. Explicaram que sentiam a própria identidade posta em questão com a dúvida sobre o que se terá, que faz com que aquela pessoa se apaixone:

> isso mexe muito com a nossa identidade não é? - «porque é que ela está apaixonada por mim» ou «porque é que ele - no mesmo caso - está apaixonado por mim» não é,? «o que é que eu tenho que faz com que...» obriga um bocado a pensar na nossa própria identidade.. (GD1.1:13)[homem]

> tive uma mulher que quase se me declarou, não era lésbica (...) e eu fiquei-lhe com um ódio de morte, devo dizer, mas lidei bem com a situação, (...) continua na minha consulta apesar de tudo, mas fiquei, acho que por acaso fiquei com vontade que ela morresse (GD1.1:2)[mulher]

> começaram a ir umas cartas para a minha pessoa e eu daquilo não gostei (...) quando tocou a minha pessoa, calma aí (...) começou-me a pôr um bocado de pele de galinha e graças a Deus foi para [outra terra] (...) que foi bom para mim, porque não gostei (GD1.1:9,10) [homem]

No entanto, no caso de alguns terapeutas do sexo masculino, disse-se que se a erotização acontecesse por parte de uma mulher homossexual, isso já não pertubaria, pelo contrário seria aproveitado para favorecer o processo terapêutico:

> se uma mulher erotiza a relação, tenho qualquer coisa boa para andar para a frente, no caso masculino fico completamente entalado, não sei o que hei-de fazer com aquilo (...) se uma mulher se apaixona por mim é óptimo, se um homem se apaixona por mim fico completamente à rasca (GD1.1:10)

> com uma mulher [homossexual, apaixonada por mim na consulta] consigo lidar perfeitamente, agora com o sexo masculino fico completamente desatinado (GD1.1:10)

Outra situação particular de confronto com a sexualidade do terapeuta é a abordagem da homossexualidade na terceira idade. A aceitação da homossexualidade na terceira idade - no grupo em que foi discutida - foi unanimemente relacionada com uma maior dificuldade na abordagem. No debate sobre o assunto, para além de ser referida uma menor esperança de possibilidade de mudança de orientação ("pela [menor] esperança de que a coisa possa mudar, GD1.4:20), foram oferecidas outras explicações. Justificou-se a menor aceitação pelo modelo geral de leitura da sexualidade ("porque há sempre uma rejeição da sexualidade nos idosos", GD1.4:21) ou através do uso do

modelo reprodutivo ("tem a ver com a questão da maternidade", GD1.4:20), ou ainda centrando-se no estatuto e papel que lhes é atribuído ("por achar que têm idade para ser nossos pais e isso magoa mais", GD1.4:23) e finalmente por se considerar que questiona mais a identidade do terapeuta:

> porque os homens homossexuais mais velhos são mais descarados, mais assumidos, a coisa normalmente está mais clara e portanto eu sinto-me mais atacado, torna-se mais ameaçador para mim (GD1.4:22)

> a sexualidade mexe connosco e uma pessoa mais velha vai-nos repugnar mais (GD1.4:21)

(iii) Dificuldades no estabelecimento da relação terapêutica e no processo de intervenção terapêutica

A diferença com a qual é confrontado o terapeuta heterossexual perante um cliente homossexual foi apresentada como criando dificuldades de identificação e de compreensão que podem inviabilizar o estabelecimento de uma relação empática, constituindo por isso um desafio. A dificuldade de identificação foi apontada como um factor de insegurança, pois "quando estamos perante alguém, no campo da sexualidade, que é heterossexual, que tem problemas, temos mais facilidade em integrá-los e abordá-los, porque pode existir um pequeno processo de identificação que nos faz pelo menos ter uma confiança maior naquilo que estamos a fazer, já não digo que estejamos a fazer melhor; mas pelo menos estamos mais seguros daquilo que estamos a fazer"(GD1.3:9,19). Foi também referido o esforço que é necessário desenvolver para que "os preconceitos, os valores e a personalidade não interfiram na relação [terapeuta/cliente]" (GD1.3:16). Finalmente, a dificuldade de identificação com o cliente homossexual foi comparada à dificuldade existente na intervenção terapêutica com clientes que apresentam sintomas de neuroses histéricas:

> quando nós não nos conseguimos identificar com as pessoas, procuramos compreendê-las mas nem sempre conseguimos (GD1.3:10)

> se queremos estabelecer com o nosso cliente ou doente, como queiram chamar, uma relação de empatia, é evidente que nós temos de fazer um esforço (...) de forma a que os meus preconceitos, os meus valores, a minha personalidade não interfira de facto nessa relação (GD1.3:13)

> temos dificuldades em relação à homossexualidade. Há pessoas que não conseguem estabelecer a relação de empatia, de compreensão (GD1.3:16)

> [há dificuldade na] relação de empatia, de compreensão noutras situações como por exemplo com pessoas com neuroses histéricas (GD1.3:16)

Surgiu também uma posição que problematizava mais a questão da dificuldade de compreensão do cliente homossexual, colocando a dificuldade em termos de uma sexualidade diferente da da norma:

> em relação a um certo tipo de bissexualidade tenho um *parti pris* teórico (...) sob o ponto de vista de possível maior dificuldade de estruturação de uma identidade (...) consigo suspendê-la, mas confesso que tenho uma maior tendência para dar alguma valorização interpretativa, diagnóstica, digamos assim, a alguns tipos de bissexualidade (...) mas tenho que fazer algum esforço de suspensão (...) teórica (GD1.4:43),

A dificuldade em abordar o tema da orientação sexual surgiu como uma consequência possível do receio do terapeuta em ser posto em causa. A necessidade de protecção do terapeuta levou mesmo a que, quando alguns homossexuais falavam da sua orientação, o terapeuta "muito defensivamente não quis explorar mais" (GD1.1:41):

> muitas vezes não pergunto, porque às vezes já o pressenti e portanto escuso de perguntar (GD1.1:43)

> tenho dificuldade perante uma primeira abordagem (...) [da homossexualidade dos clientes] (GD1.3:20)

> o terapeuta fica um bocadinho atabiado (sic) em relação a essas questões (GD1.3:2)

Relativamente ao melhor momento de abordagem da orientação sexual do cliente, gerou-se alguma polémica nos grupos de discussão. Abordar a orientação "logo no início" foi visto com alguma resistência. A resistência a essa abordagem foi atribuída ao cliente, mas existe também da parte do terapeuta, pois afirma-se que, "por defesa nunca fazemos essa pergunta"(GD1.1:40).

Surgiu ainda como paradoxal que o reconhecimento de que "o pior que posso fazer é pôr-me a fantasiar coisas e portanto desejo saber como é que é" leve o mesmo terapeuta a " fazer mais questão de não perguntar" quando percebe e a pessoa não diz, justificando que "há-de surgir quando for capaz" (GD1.1:43).

Surgiram referências a preconceitos na interacção do clínico com o cliente. Já não dizendo directamente respeito às configurações da homossexualidade, estes preconceitos, que interferem no processo terapêutico, foram vistos segundo duas perspectivas: por um lado, o reconhecimento de que se tem preconceitos, mas que é possível eliminá-los do ponto de vista técnico e, por outro lado, alguma dúvida sobre os próprios preconceitos:

> eu tenho preconceitos, em termos técnicos é que deixo de os ter (...) faço esse processo de tentar não ter" (GD1.1:26)

eu penso que não tenho, se calhar! Não sei...(GD1.1:23)

O desejo de heterossexualidade foi referido na discussão de um dos grupos como uma esperança sempre presente perante clientes homossexuais, expressando-se por sentimentos heterossexistas:

é mais saudável [ser heterossexual] (GD1.1:18),

[os homossexuais] estariam melhor adaptados e eram mais felizes [se fossem heterossexuais] (GD1.1:19):

a minha dificuldade era crer, eu ter o desejo de que ele um dia havia de ser heterossexual. Havia muito (...)«este rapaz não é homossexual, este rapaz não é homossexual, não pode ser» havia um desejo de querer salvar e isso dificultou de certo modo a relação (GD1.1:14)

eu acho que no fundo se tem sempre o desejo de que se seja heterossexual (GD1.1:18)

na maioria dos casos é evidente que eu também preferia que ele ou ela não fossem homossexuais (GD1.1:19)

Relacionado com este desejo encontra-se uma explicação para a maior dificuldade em lidar com homens homossexuais idosos (questão há pouco referida, aquando da erotização do terapeuta pelo cliente), havendo uma menor esperança de possibilidade de mudança de orientação:

entre os 20 e os 30 anos sempre há alguma esperança que a coisa possa mudar não é ?...aos 60 [anos] é claro, é definitivo (GD1.1:20)

Foram ainda referidas dificuldades associadas ao facto de os homossexuais constituírem um grupo minoritário, o que criaria limitações sociais, que por sua vez se tornam limitações ao processo terapêutico, porque não são dominâveis pelo terapeuta:

podem existir de facto dificuldades, muitas dificuldades, exactamente por [este] ser um grupo minoritário e terem de facto condicionamentos muito específicos que nós temos que depois abordar a médio prazo (....). Às vezes as terapêuticas falham (...) exactamente pelos aspectos de rejeição que estão associados e por muito que nós façamos em termos terapêuticos, vamos sempre esbarrar um pouco com estas limitações que existem socialmente (GD1.3:7)

Apresentaram-se os objectivos, os pedidos e as dificuldades expressas pelos terapeutas ao lidarem com clientes homossexuais. No sentido de preencher os objectivos, responder aos pedidos e tentar ultrapassar, ou minorar, as dificuldades, os terapeutas necessitaram de desenvolver estratégias – a categoria que a seguir se expõe.

4.1.4. Estratégias

A categoria *estratégias*, antecipadamente definida, foi organizada, após leitura das transcrições dos grupos de discussão dos terapeutas em três sub-categorias: (i) estratégias utilizadas para lidar com as dificuldades que os terapeutas encontraram na abordagem da orientação sexual dos seus clientes; (ii) estratégias usadas para responder a questões feitas por alguns clientes, no sentido de conhecerem a orientação sexual do terapeuta e a sua interpretação da homossexualidade e (iii) as estratégias adoptadas relativamente à homossexualidade ao longo do processo de intervenção. Todas estas estratégias se referem a acções realizadas ou a reflexões sobre medidas a serem hipoteticamente implementadas.

(i) Estratégias utilizadas para lidar com as dificuldades que os terapeutas encontraram na abordagem da orientação sexual dos seus clientes

Uma das dificuldades referidas pelos clínicos foi a dificuldade de empatizar, de ser capaz de aceitar incondicionalmente o cliente. Foi comentado que, caso se tivesse dificuldade em empatizar, o cliente devia ser encaminhado "para um colega". Esta estratégia (a de encaminhar para outro clínico) foi utilizada concretamente por um elemento: "tive uma rapariga (..) ofereceu-me uma coisas, umas flores (..) era uma situação um bocado, passei-a para outro colega pronto" (GD1.1:3); noutros casos, embora não tivesse sido utilizada, foi avaliada como a estratégia correcta:

> se há interferência muito grande, significa que tem de haver uma atitude honesta do terapeuta, se não há empatia entre médico e doente, nessa altura há uma atitude que se toma «acho que as coisas não estão a correr bem, deve procurar outro terapeuta»(GD1.3:15)

> quando vemos que a nossa personalidade está a interferir na relação, acho que a atitude mais correcta é a de encaminhar para outro colega (GD1.3:16)

A abordagem da orientação sexual do cliente foi, como se viu, igualmente referida como uma dificuldade. Para lidar com ela foi referida a utilização de estratégias que, embora distintas, indiciam um adiamento da focalização no tema e responsabilizam o cliente da iniciativa, deixando a referência à orientação para "quando a pessoa for capaz" (GD1.1:43):

> quando eu percebo, se a pessoa não me diz, aí, ainda faço mais questão de não perguntar, há-de surgir quando a pessoa for capaz (GD1.1:45)

Como exemplo de estratégias que denunciam o adiamento, surgiram uma série de abordagens cautelosas como "abordar por etapas" (GD1.3:2), "não ser muito directivo"

(GD1.3:3), "ir aprofundando o que as pessoas vão trazendo" (GD1.1:42). Surgiram ainda referências a abordagens intuitivas como "não perguntar o óbvio"(GD1.1:43), "não explicitar" (GD1.1:5) ou mesmo "pressentir" (GD1.1:43).

(ii) Estratégias usadas para responder a questões feitas por alguns clientes, no sentido de conhecerem a orientação sexual do terapeuta e a sua interpretação da homossexualidade

Foram também referidas estratégias usadas para responder a pedidos concretos, feitos pelo cliente, no sentido de o clínico revelar a sua orientação sexual e o seu posicionamento perante a homossexualidade. Assim, o significado e as implicações do pedido, por parte do cliente, de explicitação prévia da orientação sexual do terapeuta e do seu entendimento da homossexualidade foi um tema introduzido num dos grupos, devido ao facto de um elemento ter tido um cliente que o questionou directamente, antes de começar o processo terapêutico. Dois posicionamentos se traçaram, a partir da discussão gerada: por um lado, defendeu-se que o terapeuta não devia revelar a sua orientação sexual, já que a orientação sexual do terapeuta não tinha interferência na relação terapêutica; por outro lado, afirmou-se não haver qualquer problema em ele explicitar a orientação sexual:

> [eu] dizia [qualquer coisa] tipo «eu julgo que isso não é importante, o que é que a minha orientação pode interferir em não ser capaz de estar consigo?»(GD1.1:7)

> eu acho que não diria nada sobre mim, pronto, poderia eventualmente responder à questão [sobre o que penso relativamente à homossexualidade], mas não esclareceria nada sobre mim (...) a minha orientação [diria] «não me estou a tratar, portanto em princípio não tem muito a ver com a nossa relação terapêutica» (GD1.1:7)

> eu (...) diria "sou heterossexual, mas não tenho nada nem a favor nem contra" (GD1.1:7)

Para além de se explicitar "não ter nada a favor nem contra" a homossexualidade, não surgiu qualquer outra referência ao entendimento da homossexualidade para o terapeuta. A posição de neutralidade foi a defendida, sendo aconselhado por um elemento afirmá-la, mesmo não sendo ela verdadeira:

> A2- muitas vezes eu acho que os técnicos tentam dizer que são neutros
> A3- eu por acaso penso que se me tivessem colocado essa questão...
> A2- pessoalmente que são neutros e que tecnicamente são neutros
> A6- Poderias sempre dizer que eras neutro mesmo que não fosses

Outro elemento interpretou o pedido de explicitação do posicionamento do terapeuta como "uma resistência", uma forma de "paralisar o outro" (GD1.1:6):

> dizendo desse modo [«eu quero saber o que é que pensa disto da homossexualidade, eu sou *gay*»], o modo como a pessoa entrou é uma resistência obviamente não é? É uma resistência a algo e é (...), de certo modo paralizar o outro (GD1.1:6)

(iii) Estratégias adoptadas relativamente à homossexualidade ao longo do processo de intervenção

a) Quando o pedido de apoio não tinha a ver com a homossexualidade

Quando o pedido de apoio foi interpretado pelo terapeuta como não tendo a ver com a homossexualidade, revelando o cliente espontaneamente a sua homossexualidade e os objectivos definidos, eram, como vimos atrás, tentar que a orientação sexual não interferisse na análise e na intervenção, ("analisar o caso independentemente da orientação sexual da pessoa", GD1.3:7). A relevância atribuída à orientação sexual no processo de recolha da história do sujeito e de avaliação/ diagnóstico foi entendida de forma distinta, consoante o modelo conceptual em que o terapeuta se situava. As posições distribuiram-se num contínuo cujos extremos são "irrelevante" e "interfere sempre".

A "psiquiatria geral" e a sexologia são exemplos de diferentes níveis de abordagem[208]. Numa perspectiva de "psiquiatria geral", a orientação sexual foi considerada uma característica irrelevante:

> não interfere na patologia (...) não é necessário na grande maioria dos casos saber a orientação sexual do doente (GD1.3:14)

> não sinto que tenha em conta o facto de uma pessoa ser homossexual ou heterossexual, nem na minha relação com o pedido nem nos meus objectivos terapêuticos quando tenho que os delinear" (GD1.5:40)

Por outro lado, na perspectiva da sexologia, a orientação sexual foi associada "a problemas de adaptação e integração que podem implicar uma abordagem mais específica"(GD1.3:4). Não explorar, assumidamente, "por defesa" foi uma das posições explicitadas:

> por defesa, nunca fazemos essa pergunta [acerca da orientação sexual] (...) mas eu, normalmente, estou a pensar porque é assim, eu, alguns no início disseram, e depois eu vim a verificar mais tarde que eram e que no início, muito defensivamente, eu também não quis explorar muito mais (GD1.1:40)

Foi também referida a utilização da interpretação do sentido e do significado para "ver como é que a homossexualidade se estrutura na dinâmica" (GD1.4:30).

---

[208] Esta mesma questão foi já abordada a propósito dos objectivos.

> eu, pessoalmente (...) em relação à homossexualidade (...) interpreto dentro do contexto da relação que ele tem, porquê, qual é o sentido, o significado defensivo daquilo ou não, seja a homossexualidade, as fantasias homossexuais ou as práticas homossexuais, sejam as fantasias sádicas praticadas ou não praticadas, sejam as dores de estômago (...) seja isto, aquilo ou aquele outro. Uns têm componentes mais pronunciadas culturais, outros têm componentes mais pronunciadas da estrutura social, mas para mim eu interpreto (...) «ah! Eu tenho que dizer ao sotôr que sou homossexual» sim senhor e por que é que você me diz isso agora e não antes ou por que é que me diz agora ou qual é o contexto? «Ah! Porque penso que o sôtor naturalmente...» está bem, pois, porque será que você pensa isso por que é que isso o afecta ou não afecta. Como ele poderia dizer :«ah! Doutor, eu às vezes estou lá em casa e começo a pensar que vou tirar um olho à minha filha». Sei lá, uma coisa qualquer [ri-se] e para que é que você me diz isso, o que é que isso significa para si, etc. para ver como é que se estrutura na dinâmica não é nem mais nem menos parecida com qualquer [outra coisa] (GD1.4:30)

Detectou-se, igualmente, um tipo de discurso que entendia que a relevância dada pelo terapeuta à orientação homossexual do cliente dependia da forma como o sujeito a vive e como a apresenta: "procuro cantar ao som da música" (GD1.4:32), pelo que "se houver um homossexual que é assumido e que não tem problemas, não tenho nada a ver com isso" (GD1.3:27) ou "se não é trazido como um problema" é "perfeitamente normal (...) se assume, se está bem assim, estou-me completamente a marimbar" (GD1.4:33,34):

> eu não relevei a questão homossexual como a questão mais importante (GD1.5:12)

> eu não interpreto, procuro cantar ao som da música, se me procuram por outras coisas que não tem nada a ver com a homossexualidade tento actuar como se a questão da homossexualidade fosse uma mera ocorrência (...) é tal como se me dissessem «gosto de vinho tinto» ou «gosto de vinho branco» (GD1.5:32)

Foi assim salientado que a orientação sexual apenas deverá ser tida em consideração na consulta se trazida pelo cliente como um problema, ou se for percebida pelo terapeuta como importante:

> se [o facto de se ser homossexual] não me é dito como um problema, se é contado no meio de uma situação qualquer a que faz referência (...), eu estou-me perfeitamente a marimbar (GD1.5:34)

> não é necessário, na grande maioria dos casos, saber a orientação sexual do doente (...) se houver um homossexual que é assumido e que não tem problemas, não tenho nada a ver com isso (GD1.3:14,27)

> se [a homossexualidade] é um problema, se é egodistónico, se o doente traz para a entrevista, naturalmente tem que ser abordado (...), como outro aspecto egodistónico, não tem que haver uma relevância que não tenha o mesmo peso e a mesma medida daquela que os psiquiatras devem atribuir a outros aspectos (GD1.3:35)

> só tem interesse [a abordagem da orientação sexual na consulta] se for importante, quer porque é dito pelo próprio, quer porque nós nos apercebemos que isso é importante, embora possa não ser dito (GD1.2:9)

> a orientação sexual tem importância na consulta se tiver para os clientes, na medida em que se para eles fôr um problema é também uma questão que nós temos que considerar (GD1.2:2)

A título de exemplo de um contexto onde foi considerada irrelevante, referiu-se a "problemática de casal" onde ela "interfer[iria] pouco"(GD1.3:23), uma vez que a centração seria na relação e não na orientação.

Outros clínicos houve que generalizaram a relevância da orientação homossexual na intervenção a implementar, desprovendo-a de qualquer especificidade, considerando que interferia como qualquer outro aspecto característico da pessoa, como "outros caracteres de personalidade"(GD1.3:14) ou "como outro problema qualquer"(GD1.3:15):

> o sofrimento [devido à egodistonia] deve ser interpretado tal e qual como outro aspecto egodistónico do doente em relação a outra área da psique (...) Não tem que haver uma relevância que não tenha o mesmo peso e a mesma medida, digamos, daquela que os psiquiatras devem atribuir a outros aspectos (GD1.3:35)

> a orientação sexual interfere (...) como outra coisa qualquer (GD1.3:14,15)

No pólo extremo, houve clínicos que consideraram que a orientação homossexual interfere sempre, porque se se é homossexual "não está tudo bem (...) isso está fora de questão" (GD1.1:19); a orientação homossexual do cliente interfere sempre "nas expectativas" (GD1.3:5) dos clínicos, "na [sua] atitude de maior compreensão" (GD1.4:32), no entendimento da situação, porque "pode ser uma pista" (GD1.1:40); ou interfere pelo facto de se tratar de um grupo minoritário e ter aspectos específicos a trabalhar, devido aos condicionamentos sociais da homossexualidade:

> por vezes as terapêuticas falham, porque estes grupos têm na sua vida situações muito específicas que terão que ser trabalhadas e por vezes é difícil pelos aspectos de rejeição que lhes estão associados e, por muito que façamos em termos terapêuticos, esbarramos com estas limitações que existem socialmente (GD1.3:7)

> é completamente diferente trabalhar as coisas sendo [o cliente] homossexual ou heterossexual, porque a vida [da pessoa] pode ficar condicionada pela orientação sexual (GD1.1:39)

> acho que o parâmetro da vida afectiva é sempre um parâmetro importante para compreender a pessoa (...), sinto sempre necessidade desse parâmetro, mesmo que seja um problema, sei lá, de falar em público, pode ser uma pista (GD1.1:40)

> eu acho que [o parâmetro da vida afectiva] é importante,(...) que faz parte de um todo (GD1.1:40)

Sublinha-se que os condicionamentos sociais da homossexualidade levam a que "de uma forma geral [os homossexuais] são pessoas socialmente mal aceites, rejeitadas frequentemente" (GD1.3:3) e, por isso, dependente da orientação sexual está "não a

relação que o homossexual estabelece "com o terapeuta, mas aquela que ele estabelece no mundo, com os outros" (GD1.1:39).

Dos terapeutas que consideraram que a orientação homossexual era irrelevante para a avaliação, houve um sub-grupo que deslocou o foco de atenção da homossexualidade para outros aspectos como "questões gerais de identidade" (GD1.5:40), "o sofrimento" (GD1.5:37), "a estrutura da personalidade" (GD1.4:10), ou a forma como "a pessoa se sente com a orientação que tem" (GD1.3:32), independentemente do tipo de orientação:

> quando eu ponho uma questão, ponho uma questão de identidade que tanto faz ser homossexual como heterossexual. Eu acho que é a questão da identidade que está em jogo (...) e provavelmente isso é uma questão que é importante em todas as pessoas (GD1.5:1554)
>
> lidar com a homossexualidade diferente da heterossexualidade não é uma questão que se deve pôr ao terapeuta. A gente lida é com sofrimento e mal estar das pessoas que se vêm queixar (GD1.5:37)
>
> o que é importante é a estrutura de personalidade [é o] que está em causa (GD1.4:10)
>
> temos sempre à nossa frente um doente que tem uma determinada orientação sexual, não sei se é homossexual ou heterossexual e um doente que está bem com a sua orientação sexual, ou que não está bem com a sua orientação sexual (...) a questão está em que a pessoa se sinta bem com a sua própria orientação sexual. Não faço a destrinça entre a orientação homo ou a orientação hetero (GD1.3: 17,32)

b) Quando o pedido do cliente se prendia directamente com a sua homossexualidade

Recorde-se que os pedidos referidos como relacionados com a homossexualidade se resumiam aos seguintes: pressão dos pais no sentido de saber qual a orientação sexual dos filhos e, no caso de este ser homossexual, se ela é alterável; dúvidas sobre a orientação sexual, especialmente por parte de adolescentes, alguns deles vivenciando de uma forma fóbica a possibilidade de serem homossexuais; conversão à heterossexualidade; abandono de comportamentos ou fantasias homossexuais; mal estar a nível da relação familiar ou social mais alargada; dificuldades na vida amorosa e relacional; pais de adolescentes homossexuais com alguma culpabilidade; problemas associados ao exercício da paternidade; a conjugalidade numa relação heterossexual com um elemento homossexual. Quando estes pedidos foram enunciados pelos clientes e os objectivos eram facilitar que o sujeito se assumisse como homossexual, alterar comportamentos homossexuais ou reduzir o mal estar, as estratégias centraram-se, sobretudo, nas linhas orientadoras da informação a recolher.

O despiste da orientação sexual do cliente foi apontado como condição necessária para se avançar com qualquer intervenção. Esta avaliação da orientação sexual foi referida

como havendo sido feita através da análise de "fantasias" ou, ainda, de "mecanismos de defesa". Foi também considerada como facilitadora de tomada de "uma atitude mais acertada ou pelo menos mais adequada" (GD1.3:34):

> temos que preparar meios para avaliar fantasias, masturbações, a preferência ao longo da vida, a história (GD1.3:32)

> é a avaliação o tal entendimento, o escrutinar as coisas como elas são e que nos permite, se calhar, tomar uma atitude mais acertada ou pelo menos mais adequada (GD1.3:34)

> aquilo que tem que se avaliar é um conjunto de coisas, mecanismos de defesa, qualidade de identificações. Desenvolvimento, com destaque [para] a qualidade e a persistência do fantasma e o desejo que está relacionado com isso (GD1.5:39)

No caso de existir alguma sintomatologia associada (por exemplo, ansiedade), foi referida a abordagem exclusiva dos sintomas. Numa situação de queixas ansiosas, apontou-se como estratégia de intervenção para a redução dessas o uso de fármacos:

> [o cliente] foi-me orientado para a psiquiatria por queixas ansiosas, situações de insónia, assim mais ou menos(...). no final da consulta, fiquei com a sensação que ele queria dizer mais qualquer coisa (...) fiquei com a sensação de que havia ali qualquer coisa na linha da homossexualidade, prescrevi qualquer coisa, um ansiolítico, qualquer coisa (GD1.1:9)

Houve expressamente, para alguns clínicos, uma procura da etiologia, que teve como objectivo, num dos casos, "reconstruir qualquer coisa que falhou" (GD1.1:20), no outro, como objectivo mais indefinido, o de "ajudar a pessoa" (GD1.3:26):

> é evidente que eu, ao longo da relação que vou estabelecendo com ele, não me vou interessando muito pela questão da homossexualidade; vou tentando é perceber o porquê (...) procurar entender (..) no todo, o que é que se passa dentro da sua história, do ponto de vista dinâmico, para ter chegado ali (GD1.1:9,38)

> explorar que problemas afectam (...) por exemplo em relação à infância, quais são os problemas que se põem em relação à orientação, em relação, por exemplo, à primeira experiência a nível sexual - qual foi e como é que correu ? (GD1.3:35)

Uma outra abordagem referida pelos terapeutas prende-se com um trabalho generalizado sobre a identidade, não parecendo haver uma focalização específica na sexualidade:

> o trabalho que estamos a fazer (..) é realmente um trabalho de procura de identificação, de crescimento pura e simplesmente e que de alguma maneira também ajuda a esclarecer a questão da identidade homossexual (GD1.1:18)

> trabalhamos com pessoas que têm uma sexualidade, afectos, cognições, percepções, famílias, amor, enfim... e nós trabalhamos com isso tudo (GD1.1:28) Eu ponho uma questão de identidade que tanto faz ser homossexual como heterossexual. Eu acho que é a questão da identidade que está em jogo (GD1.1:40)

No sentido de facilitar a auto-aceitação, outra estratégia referida foi a focalização nas causas da egodistonia, perceber o que leva a pessoa a sentir-se mal , "porque é que vive mal com isso" (GD1.5:33). Considerou-se que "o que pode estar a provocar a egodistonia pode ser qualquer outro tipo de doença ou qualquer outra situação" (GD1.3:34), que deverá ser identificada, para que se possa elaborar um plano individual de intervenção:

> não há regras fixas que nós possamos dizer por que fazemos isto, isto e aquilo. De uma forma genérica (...) eu penso que depende muito de cada situação específica, da inserção dessa pessoa num determinado contexto e da problemática específica que a poderá ter levado à sua egodistonia, o que é que estará a provocar a sua egodistonia ? É em função disso, então, que terá que ser elaborado um plano que será necessariamente muito específico para cada pessoa e para cada situação (...), o que pode estar a provocar a egodistonia pode ser qualquer outro tipo de doença ou qualquer outra situação que tem de ser em cada caso muito bem esmiuçada para que nós, então, compreendendo, percebendo porque é que este doente tem de facto uma egodistonia em relação à sua orientação e, (...) em função destes porquês, elaborar um plano que vá de encontro a essas dificuldades no sentido de as corrigirmos. Mas (...) à partida não há normas (GD1.3:33,34)

Outra abordagem, esta centrada não nas causas da egodistonia mas na sua vivência propriamente dita, no que "o doente" sente e pensa sobre a homossexualidade e no apoio que ele deseja, foi a proposta de trabalhar os medos associados à homossexualidade, através de reformulações cognitivas:

> [preocupo-me em saber] que mal é que isso lhe causa (...) porque é que vive mal com isso (GD1.5:33)

> depois de conseguirmos perceber o que é que o doente espera de nós ou quais as expectativas dele em relação ao tipo de ajuda que podemos formular, devemos orientar esse tipo de ajuda de modo a mitigar o seu sofrimento, quer por reformulações (..) cognitivas em relação aos medos que ele tem da sua própria orientação sexual, quer medos intrínsecos, quer medos extrínsecos, relacionados com o contexto social, por exemplo (GD1.3:36)

Perante um pedido interpretado como de alteração da orientação sexual, foram referidas três estratégias distintas: a reestruturação do pedido, o "tratamento" e o envio para um especialista.

Num dos grupos de discussão, um dos clínicos disse que à medida que a terapia avançava, o pedido foi reestruturado, tendo o cliente sido levado a aceitar a sua orientação sexual:

> a forma como [o cliente] resolveu a ambivalência e as pressões familiares foi interiorizando a ideia de que era anormal e portanto o pedido que ele faz é de «converta-me, corrija-ma». A evolução da terapia veio a modificar este pedido, digamos assim, em termos de ser reestruturado no sentido de trabalhar para uma aceitação da própria orientação (GD1.4:3)

Perante um pedido de alteração de comportamentos homossexuais, essa possibilidade foi assumida. Para uns terapeutas, a alteração fazia sentido, não por entenderem a homossexualidade "como uma doença, [mas] como padrão de comportamento":

> se é pedido pode ser tentado (...), não tenho a certeza se vou conseguir, mas dou-lhe hipótese de ajuda na pretensão que ele tem (...) uma coisa é poder ajudar, e outra coisa é pretender ajudar, porque se pensa que é uma patologia (GD1.5:441,455)

Outros clínicos consideram que houve casos com indicação para "o tratamento", nomeadamente a situação de pessoas "que tinham uma motivação muito forte para acabar com um tipo de homossexualidade ou de comportamento homossexual e que eram heterossexuais dominantes" (GD1.4:8). Para um terceiro grupo de técnicos de saúde, que consideraram claramente a homossexualidade como "uma anomalia", assumiu-se a psicoterapia (quer individual quer de grupo) de orientação analítica, como uma forma de "passar a ser heterossexual"; no entanto, a avaliação foi pouco entusiástica considerando-se que um "homem [homossexual, que se casou] passou a ter uma vida extremamente esforçada e reprimida para representar um papel", de tal maneira que, se o caso "fosse apresentado clinicamente como um caso de um homossexual tratado, não convencia nada" (GD1.4:382,391).

> tive um caso de um homem que realmente fez psicoterapia individual, depois fez psicoterapia de grupo, que realmente passou a ser heterossexual e eu diria que, coitado, com grande esforço (...) casou-se (...) organizou uma vida com uma mulher, teve uma filha (...) mas penso que o homem passou a ter uma vida, em muitos aspectos, mais difícil para ele e para a mulher e para tudo o mais (GD1.4:9)

Referiu-se também a utilização de técnicas comportamentais, "de reversão" e técnicas que podem aproximar a fantasia heterossexual ao orgasmo:

> temos um caso desses em que o pedido era dirigido às fantasias, o que foi sugerido exactamente foram técnicas que podem aproximar a fantasia no momento do orgasmo, fantasias diferentes(...). Neste caso [fantasias] heterossexuais, introduzi-las mesmo no momento do orgasmo, e depois ir alongando o espaço, abrir, alongando o espaço em que a fantasia é introduzida (GD1.5:1698)

> recordo-me pelo menos [de] dois [homens] que vieram pedir ajuda exactamente para esse problema [de comportamentos homossexuais]. É o caso de um homem casado (...), uma pessoa diferenciada, *mas* que tinha comportamentos homossexuais, do tipo do homossexual envergonhado que vai aos urinóis, e que engata nos urinóis etc., e portanto a determinada altura a mulher descobre e diz-lhe: «ou acabas com isso ou o casamento acaba» E é nessa altura que ele vem pedir ajuda e portanto aí fez-se o tratamento. De resto esses dois casos (...) foram tratados, ele e um outro caso semelhante a este, foram tratados com a técnica que nós designamos como desensibilização encoberta, portanto, o estilo agressivo é o próprio [cliente] que utiliza (GD1.4:312)[209]

[209] Itálico meu.

Alguns clínicos, que afirmaram ser "difícil conceber alguém que chegue a uma consulta e que diga «olhe eu vinha procurá-lo porque sou homossexual, mas gostava de deixar de o ser»" (GD1.4:380) e que consideraram que a questão que mais frequentemente se colocava era "como é que eu vou lidar com isto" ou "sofro com isto" (GD1.1:36), assumiram que enviavam o cliente para um colega. Esses clínicos disseram não intervir por não terem "uma técnica específica em relação a isso" (GD1.1: 1233), e não por questionarem o pedido. Afirmaram que se o que se pedia explicitamente era a mudança de orientação sexual, a estratégia seria remeter o cliente para um especialista:

> se o pedido é claramente de alterar a orientação sexual ou de alterar o comportamento sexual, se a pessoa se vincula unicamente ao sintoma e ao comportamento, seria tentada a não ser eu a fazer esse trabalho (GD1.1:36)

> se fosse posto dessa forma «eu só quero lidar com a questão da minha sexualidade» ok, aí eu acho que é claro que não tenho uma técnica específica em relação a isso e que aí mandaria mesmo para um sexólogo (GD1.1:36)

Ainda dentro das estratégias adoptadas no sentido de intervir em relação à homossexualidade, foram mencionadas aquelas que se utilizam quando são apresentadas dificuldades de relacionamento de casal, ou quando o pedido é feito por pais de adolescentes. Relativamente ao trabalho com casais, referiu-se que deixa de estar em questão a identidade para se centrarem na relação e que, não obstante questões específicas, em termos técnicos pensava-se não ser este trabalho muito diferente do trabalho realizado com um casal heterossexual:

> nunca segui nenhum casal homossexual, mas (...) deve haver algumas questões distintas (...) eu não acredito que em termos técnicos por exemplo, seja muito diferente (...) porque aí está-se muito mais centrado na relação (GD1.1:38)

> na terapia de casal, acho que com homossexuais faria da mesma maneira [que com heterossexuais] (GD1.1:38)

> às vezes, temos na consulta o casal homossexual que exactamente como o casal heterossexual está com uma inibição do desejo e procuram-nos por causa disso e nós fazemos uma terapia de casal como fazemos com os outros (GD1.3:23)

Quando o pedido era feito por pais de adolescentes e o objectivo mencionado era facilitar a aceitação da orientação sexual do adolescente, a estratégia referida pelos terapeutas foi a de trabalhar com os pais:

> eu tenho tido (...) adolescentes que me foram trazidos por pais preocupados se eles são ou não são homossexuais porque «o comportamento dele não é bem aquele que deveria ser, não tem namorada» ou «mete-se muito lá em casa, não sai, não faz a mesma coisa que os outros rapazes» etc. Portanto, esse tipo de situação aparece e devo dizer que uma vezes são homossexuais, outras não são. Quero dizer, quando realmente as notícias não são aquelas que os pais gostariam, mas nessa altura temos que trabalhar é com os pais (...) e não com o

adolescente, pedindo autorização ao adolescente, que é o nosso cliente e se ele disser que sim, num caso ou noutro já tenho tido necessidade de falar com os pais e de alguma forma ajudar a que este adolescente possa eventualmente ser aceite na sua homossexualidade pelos pais (GD1.4:39)

* * *

Apresentaram-se, assim, as estratégias usadas para o trabalho terapêutico com clientes homossexuais. Finalmente, resta conhecer de que forma esse trabalho foi avaliado pelos clínicos.

4.1.5. Avaliação

Contrariamente àquilo que aconteceu com as categorias *pedidos*, *objectivos*, *dificuldades* e *estratégias*, que haviam sido definidas antes da constituição dos próprios grupos de discussão e dos discursos neles produzidos, a categoria *avaliação* foi formada após a leitura dos textos, tendo assim emergido dos próprios discursos dos clínicos. De resto, a questão da avaliação do processo terapêutico não foi uma preocupação central no discurso dos clínicos, não tendo por isso aqui um desenvolvimento significativo. Esta categoria será apresentada em torno das avaliações negativas e avaliações positivas.

(i) Avaliações negativas

Considerada como útil "para o bem estar e para a felicidade das pessoas", a psicoterapia foi apontada como insatisfatória para a "cura" da homossexualidade ("mas para a cura da homossexualidade já é mais complicado" GD4: 510). A experiência da utilização de terapias aversivas foi considerada "do ponto de vista da intervenção clínica" com clientes homossexuais como "nada gratificante".(GD4:258,259). No entanto, referiu-se que o método da dessensibilização encoberta foi "utilizado com êxito em dois casos" de, explicou-se, "pessoas com uma motivação muito forte para acabar com um tipo de homossexualidade ou de comportamento homossexual", avaliadas pelo terapeuta como sendo "heterossexuais dominantes" (GD4:8). Considerou-se que este "tipo de homossexualidade talvez [tivesse] indicações para a terapia e para a reversão" (GD4:8).

Observaram-se duas leituras semelhantes relativamente a clientes homossexuais que se casaram. Um dos casos foi considerado "um fracasso de todo o tamanho porque [o cliente] não estava feliz", ia casar porque achava que "a mãe e o pai morreriam se soubessem uma coisa dessas"(GD1.4:555), mas "casou e não queria". Avaliou-se

assim negativamente não se ter conseguido que o cliente desenvolvesse suficientes capacidades para perder o medo de revelar publicamente a sua orientação:

> o único que me procurou pela homossexualidade foi um fracasso de todo o tamanho porque eu nunca consegui que ele assumisse socialmente a sua homossexualidade (GGD1.4:529)

No outro caso, considerou-se que "o homem [que se casou] passou a ter uma vida extremamente esforçada e reprimida para representar um papel "e que, se o caso fosse apresentado "clinicamente, como um caso de um homossexual [tratado], não convencia nada" (GD4: 382,391). Uma posição divergente das expostas valoriza "o casamento" no caso de clientes homossexuais, como um passo terapêutico:

> na minha lógica [o facto de o cliente se ter casado] já é qualquer coisa (GD1.4:17).

Situações de impotência em termos terapêuticos foram consideradas as limitações sociais associadas à rejeição, particularmente associadas aos preconceitos existentes em relação à homossexualidade:

> às vezes as terapêuticas falham (...) por estes grupos minoritários [terem] na sua vida situações muito específicas (...) pelos aspectos de rejeição que estão associados, e por muito que nós façamos em termos terapêuticos, vamos sempre esbarrar um pouco com estas limitações que existem socialmente (GD3:231)

(ii) Avaliações positivas

Uma intervenção comportamental a nível das fantasias, cujo objectivo era substituir fantasias homossexuais por heterossexuais a um cliente, foi igualmente avaliada como de sucesso:

> funcionou de facto, a pessoa conseguiu introduzir e passar a usar fantasias heterossexuais (...) embora se socorresse das fantasias homossexuais quando as outras falhavam" (GD1.5:1713)

O abandono da psicoterapia por parte de um cliente foi avaliado positivamente pelo clínico, por este ter sentido que aquele estava a erotizar a relação terapêutica:

> passado uns tempos começaram a ir umas cartas (...) para a minha pessoa e eu daquilo não gostei (...) graças a Deus ele foi para [outra terra], e ia lá para uns psiquiatras e eu senti que para mim foi bom porque não gostei...(GD1.1:9,10)

O desejo, por parte do terapeuta de heterossexualidade do cliente foi reconhecido como um obstáculo ao processo terapêutico e referiu-se que, quando ultrapassado, a "relação terapêutica" melhorou "e permitiu trabalhar outras questões". A avaliação final foi positiva:

> a minha dificuldade, neste rapaz (...) era eu ter o desejo de que ele não fosse (...) homossexual (...) de que ele um dia havia de ser heterossexual (...) havia muito «este rapaz não é homossexual (...), não pode ser" (...) e isso dificultou de certo modo a minha relação. A partir do momento em que eu percebi (...) para que é que eu hei-de desejar que este rapaz seja hetero[ssexual]. Eu hei-de desejar é que ele seja feliz, (...) isso tranquilizou-me (...) [e] este rapaz mudou completamente mesmo a relação homossexual, ele mudou a postura que tinha na relação: era uma postura essencialmente passiva de aceitar tudo (...) e isto reproduzia, no meu entendimento, outras relações que ele já tinha vivido, e hoje continua a ser homossexual (rindo) mas é um homem que está mais seguro na relação, que também é capaz de dizer que não, enfim, de enfrentar a vida (GD1.1:13,14)

Outros casos, que alguns clínicos referiram como de sucesso, tiveram a ver com situações em que as pessoas aceitaram a sua homossexualidade. De sublinhar que a situação que um dos clínicos descreveu em que o cliente "logo de início" o questionou sobre o seu entendimento da homossexualidade foi apresentada como "o caso de mais sucesso", explicando que esta clarificação "facilitou muito a construção da relação" (GD1.4:118):

> a evolução da terapia veio a modificar o pedido que eu interpretei de «converta-me», «corrija--me», no sentido de trabalhar para uma aceitação da própria orientação. Com sucesso, do meu ponto de vista (GD1.4:3)

> o caso de mais sucesso foi exactamente [o d]aquele que me pediu o que é que eu pensava do assunto e que me obrigou a definir [a minha orientação sexual e a minha posição face à homossexualidade], isso foi muito importante para o processo (GD1.1:188,189)

Apresentaram-se as categorias que constituem as questões clínicas nos discurso dos terapeutas, *pedidos*, *objectivos*, *dificuldades*, *estratégias* e *avaliação*. Importa reflectir, agora, sobre estas categorias, problematizando-as e comparando-as, sempre que possível, com outros estudos.

4.1.6. Reflexões sobre os discursos dos terapeutas acerca de questões clínicas

Relativamente à interpretação feita pelos terapeutas dos motivos (aqui designados, recorde-se, por pedidos) que conduziram os clientes às consultas, comece-se por reflectir sobre o facto de alguns clínicos apontarem uma mudança relativamente à interpretação da homossexualidade, entre o que se passava nas décadas de 70 e 80 e a situação actual. A fala de um clínico, relativamente ao facto de não ter recebido qualquer pedido de reversão desde o final de 1970, é significativa[210]:

---

[210] Note-se que este mesmo clínico, embora tenha começado por fazer esta afirmação, refere posteriormente ter tratado durante a década de 80 dois clientes com "um certo tipo de homossexualidade". Parece esboçar-se assim uma diferença de interpretação entre o que se considera ser homossexualidade exclusiva ("não tratável", antes objecto de aceitação) e esse "certo tipo de homossexualidade, apanágio de pessoas com um comportamento heterossexual considerado dominante. Em relação a estas últimas "de

> em 1970 devo ter visto vinte e tal homossexuais masculinos e todos eles desejavam a mudança para a heterossexualidade (...); a partir dos anos 80 raramente tenho alguém que venha pedir a reversão da orientação, há mais de dez anos que não tenho ninguém a pedir a reversão (GD1.4:6)

Parece haver, segundo os terapeutas, uma mudança nos pedidos feitos pelos clientes, existindo cada vez mais um menor número de pessoas a procurar a alteração da orientação sexual. Porém, a responsabilidade de decisão por um tipo de "tratamento" como a terapia aversiva, foi pontualmente atribuída ao terapeuta ("às tantas, o médico entendia que eu devia deixar de ser homossexual e propôs-me fazer a terapia comportamental" GD1.2:91). Observa-se, nos discursos dos clínicos, uma cada vez menor tentativa de desencorajar as pessoas de práticas homossexuais. De resto, esta atitude positiva por parte dos terapeutas pode explicar a primeira realidade, ou seja, a diminuição de pedidos de mudança de orientação feitos pelos clientes.

É que é grande a influência do terapeuta nas decisões do cliente, como refere Davison (1991), ao considerar que os terapeutas parecem ser capazes de fazer as pessoas desejarem o que está disponível e o que eles acham que os clientes deveriam desejar; e Davison cita Halleck:

> The patient usually has considerable difficulty in finding the way in which he would wish to change his behavior, but as he talks to the psychiatrist his wants and needs become clearer. In the very process of defining his needs in the presence of a figure who is viewed as wise and authoritarian, the patient is profoundly influenced. He ends up wanting some of the things the psychiatrist thinks he should want. (p.145)

Os problemas psicológicos, para Davison, são, na sua maior parte, construções dos clínicos, que assim orientam a sua interpretação numa direcção que implica a homossexualidade como fonte do problema e, consequentemente, lêem o pedido como desejo de mudança da orientação sexual. Um excelente exemplo do que acaba de ser dito é a seguinte fala de um cliente:

> o médico entendia que eu devia deixar de ser homossexual uma vez que não me sentia bem naquele papel e propôs-me fazer a terapia comportamental (...) na altura sentia que era aprovado e que ele me aceitava mas (...) havia sempre a perspectiva de querer mudar ou de mudar, até porque eu não sabia bem, sentia-me tão mal, tão mal na pele de homossexual (...) que ele se calhar (...) achou que era melhor assim, fazer a terapia com aqueles choques eléctricos. Nessa altura estava muito em voga (GD2.1:11)

O que aqui encontramos é a transformação do desejo na percepção do desejo do outro: se existe a percepção, por parte do cliente, do desejo do terapeuta e uma tentativa de

---

alguma forma não assumidas" foi dito que talvez elas tivessem "indicações para o tratamento, para a terapia e para a reversão" (GD1.4:8).

corresponder a esse desejo, verifica-se igualmente a tentativa, por parte do terapeuta, de corresponder a um pedido que ele projecta no cliente. Como num jogo de espelhos, terapeuta e cliente recebem as imagens de si próprios, projectadas no outro. É como se a percepção do terapeuta orientasse o pedido, através da expectativa que ele próprio (terapeuta) cria:

> acho que as pessoas quando procuram o psiquiatra (...) é no sentido de modificar qualquer coisa (GD1.5:7)

O papel dos factores subjectivos na percepção e na resolução de problemas tem sido reconhecido, e demonstrado em psicologia experimental, desde os trabalhos de Wundt, e confirmado na psicologia cognitiva (Bruner & Goodman, 1974) e na ciência cognitiva actual (Neisser, 1976). Da mesma forma, Kuhn (1962), na sua análise epistemológica, compara explicitamente os paradigmas em ciência com viés perceptivos, que afectam a forma como os dados são recolhidos e mesmo definidos.

Os pedidos não relacionados com a homossexualidade, que tinham a ver com as dificuldades sexuais no relacionamento de casal e as dificuldades na relação afectiva, exigem um conhecimento especial por parte do terapeuta. Esse conhecimento deverá ter em conta, de acordo com o modelo afirmativo, a orientação sexual. É que há questões específicas da vivência homossexual que têm a ver, não com a homossexualidade, mas com o contexto social, caracterizado pela ausência de suporte e pela agressividade. O vazio ou agressão do contexto social ajudam a explicar pedidos relacionados com a homossexualidade. A aceitação da família é de tal forma importante para alguns clientes que, como refere, as dificuldades de aceitação desta orientação sexual podem diminuir-lhes, ou mesmo coarctar-lhes a própria possibilidade de funcionamento.

Acrescente-se, ainda, que esta situação conduz, por vezes, à necessidade de corresponder às expectativas da família, realizando casamentos insatisfatórios. Por outro lado, a, embora tímida, crescente visibilidade da homossexualidade encontrou eco na referência ao aumento do número de pedidos de parentalidade por parte de progenitores homossexuais. A sociedade portuguesa assistiu, de resto, ao desenrolar de um caso destes, que, havendo embora tido um desfecho dramático[211], é sintomático,

---

[211]Refiro-me ao que foi a polémica gerada em torno do pedido de custódia de João Mouta da sua filha de seis anos. Parceiro numa relação homossexual, João Mouta obteve a custódia em Julho de 1994; contudo a ex-mulher interpôs recurso, baseada justamente na homossexualidade do ex-marido, o que, segundo o seu advogado, afectaria o equilíbrio e o desenvolvimento psíquicos da criança. Em Janeiro de 1996, o

apesar de tudo, de alguma mudança na forma como é vista a homossexualidade, assim como no maior poder de intervenção de discursos não dominantes. É assim que as mudanças, ainda que pequenas, relativamente à leitura social da homossexualidade e a maior força interventiva de grupos homossexuais facilitam em termos pessoais a afirmação individual, a perda do medo da revelação pública e a capacidade de reclamação de direitos de cidadania.

Em relação aos objectivos terapêuticos traçados, refira-se que a postura de neutralidade defendida por alguns terapeutas pode ter efeitos, o que contraria esse mesmo espírito de neutralidade. A ausência de tomada de posição, num contexto em que o *ethos* social condena a sexualidade entre as pessoas do mesmo sexo, significa manter esse estado de coisas. É assim que é impossível isolar afirmações que defendem como posição ideal do estatuto clínico "não ser *gay* nem *antigay*" de todo o peso negativo que a leitura de orientação homossexual tem, numa sociedade ainda com fortes traços homofóbicos. Esta tomada (ou não tomada) de posição pode criar aquilo a que alguns autores chamam "null environment" (Fassinger, 1998), ou seja um espaço vazio de suporte para o cliente.

Relativamente à posição que o terapeuta deve assumir, caso a orientação sexual do cliente não seja apresentada como problema, viu-se que, na maior parte dos casos, a opinião geral dos clínicos era a de responder aos pedidos sem fazer intervir a orientação. Ressalve-se, todavia, que para alguns clínicos a ausência de queixa relativamente à vivência da homossexualidade é encarada como uma defesa por parte do cliente. Perante esta questão, Marmor (1998) considera que, à luz do conhecimento disponível sobre etiologia, a existência de homossexualidade num paciente que procura psicoterapia pode ser nem mais nem menos importante do que a heterossexualidade. A orientação sexual das pessoas é apenas um aspecto dos seus diversos padrões de vida e estes não se deverão tornar a base dominante da definição. O paciente deverá ser tratado pelo problema que o traz à terapia e a orientação sexual deverá ser entendida como um dado adquirido. No mesmo sentido, Graham et al. (1984) consideram esta posição como uma prática adequada.

Tribunal da Relação de Lisboa retirou a custódia a João Mouta, concedendo-a à mãe da menor. Este caso provocou celeuma na sociedade civil que, através dos meios de comunicação, se pronunciou quer a favor, quer contra. João Mouta recorreria da segunda sentença junto do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos que se pronunciou, em Dezembro de 1999, a seu favor. Os tribunais portugueses, contudo, não acataram a decisão.

Refira-se, no entanto, a possibilidade de se cair numa generalização, ao desvalorizar-se, como dizem Biechele (1996) e Frossard (2000), o peso diverso da aceitação social, considerando-se que não existem diferenças entre a abordagem a clientes heterossexuais e a clientes homossexuais. Neste sentido, alguns clínicos reconhecem a existência de diferenças entre pessoas homossexuais e heterossexuais, tendo sido mesmo sublinhadas as questões de rejeição que estão associadas às pessoas com orientação homossexual. Este aspecto, tido como muito importante, é o que permite considerar os homossexuais como um grupo, sendo porventura o único factor que lhes dará unidade, uma vez que as diversidades relativas à vivência da sexualidade podem ser muito grandes e, nalguns casos, é necessário fornecer recursos para lidar com a agressão do meio.

A postura referida por alguns clínicos, de tentativa de determinação da orientação sexual do cliente, poderá ser posta em causa, pois, como se viu nas configurações da homossexualidade, não há um só critério para definição da orientação, o que torna arbitrária qualquer determinação e, por outro lado, numa perspectiva *queer,* seria porventura reduzir a um momento no tempo as múltiplas possibilidades de vivências da sexualidade. O próprio gesto de auxílio ao cliente, que coloca a ajuda na identificação de um tipo de orientação efectiva, acaba por denunciar uma perspectiva que assume a orientação sexual como uma característica fixa e mensurável. Sobretudo, denuncia uma perspectiva que outorga ao terapeuta a autoridade para determinar essa orientação.

A preocupação em perceber como se estrutura a homossexualidade no cliente releva de uma interpretação negativa da homossexualidade como algo que resultou de uma série de situações vivenciais consideradas como falhas, e habitualmente esta preocupação está associada a uma tentativa de intervenção nessas falhas. Trata-se de uma interpretação que pode ser inserida no modelo psicanalítico, que, por sua vez, se inclui no paradigma patológico de leitura da homossexualidade.

Se houve clínicos preocupados em determinar as causas que conduziram à homossexualidade dos seus clientes, outros houve que desvalorizaram este aspecto, preocupando-se antes com a forma como a homossexualidade era vivida e como se lidava com a homofobia social. Graham *et al.* (1984), no seu estudo, encontraram igualmente uma categoria que se refere ao entendimento e ao trabalho terapêutico com atitudes sociais negativas tanto dos clínicos como dos clientes, categoria que, referem os autores, reflecte alguma consciência dos efeitos das atitudes sociais nos clientes *gays* e lésbicas e na capacidade de os terapeutas prestarem aconselhamento - são

disso exemplo expressões de terapeutas como "entender e lidar com a doença social, a homofobia" ou reconhecer "a pressão que a comunidade exerce para que [o terapeuta] responda de uma forma estereotipada"[212]. A preocupação com a vivência da sexualidade e com as possíveis respostas à homofobia social aproximam-se dos objectivos definidos pelo modelo afirmativo *gay*, assim tendendo para a avaliação do processo de formação da identidade homossexual, e fornecendo ao sujeito recursos para lidar com a agressão do meio.

Foi assumida a existência de terapias específicas, a indicar aos clientes, nos casos em que a mudança de orientação fosse o seu pedido. Por outro lado, houve também quem declarasse aceitar corresponder ao pedido do cliente, clarificando que o que tentaria ajudar a mudar era o padrão de comportamento. Observa-se nesta atitude uma posição que pode ignorar as verdadeiras motivações do pedido de mudança, que poderão ter mais a ver com os factores de agressão social do que com o próprio indivíduo.

Há quem considere que, em certos casos, quando os comportamentos heterossexuais são predominantes, se a pessoa pede para deixar de ter comportamentos homossexuais, há uma indicação para "terapia". Esta posição é questionável: se, do ponto de vista político, será sempre uma postura que aceita facilitar a eliminação de um comportamento considerado inadequado, do ponto de vista individual, e não fazendo qualquer juízo de valor sobre os comportamentos, seria simplesmente aceitar mudar "um padrão de comportamento". Tal como com a determinação da orientação sexual do cliente, também aqui, propor a alteração dessa orientação é funcionar com um padrão fixo. Esse "padrão de comportamento" tem uma valoração moral negativa tal que aceitar mudá-lo poderá significar estar de acordo com os cânones estabelecidos.

No estudo de Graham *et al.* (1984), foi igualmente organizada a categoria denominada "objectivos ou propósitos de tratamento", onde se integram intenções semelhantes às que aqui se observaram como: "ajudar o homossexual a estar bem com o outro", "ajudar o cliente a ajudar-se", "reorientar a orientação sexual, se desejado" ou ainda "ajudar a pessoa a reconhecer a sua identidade sexual" (p.490). Também aqui, relativamente aos objectivos, podem encontar-se, sintetizando, três discursos: um discurso que assume a necessidade/possibilidade de mudança, reflectindo o modelo patológico de entendimento da homossexualidade, ou de "determinado tipo de homossexualidade", como algo a ser "curado" ou "alterado". Este discurso é sustentado

[212] O estudo de Graham *et al.* é frequentemente aqui citado pelo facto de entre os estudos revistos, ser

por expressões como "fez-se o tratamento", "reconstruir algo que falhou" ou "passou a ser heterossexual". Na expressão "reconstruir algo que falhou" é ainda possível perceber a convicção de uma causalidade ambiental da homossexualidade. Um outro discurso, devedor do humanismo liberal, interpreta a homossexualidade como um padrão de comportamento "não patológico", relativamente ao qual pode ser tentada uma mudança desde que esta parta do desejo do cliente e, em última análise, sempre que faça sentido para o terapeuta, determinando este a validade do pedido. Finalmente, é possível encontrar um discurso que pode ser situado no modelo afirmativo *gay*, também numa perspectiva humanista liberal, em que o objectivo é ajudar o cliente a assumir a sua homossexualidade, visto esta assunção estar associada a um maior nível de felicidade, e ainda promover a capacidade de o cliente lidar com as dificuldades de aceitação e com a homofobia social.

Relativamente às dificuldades sentidas pelos clínicos, comece-se por se salientar a referência à escassez de um suporte teórico coeso sobre a conceptualização da homossexualidade. Como foi referido por uma terapeuta, esse suporte teórico, quando existe, alberga perspectivas contraditórias. Isto pode explicar, até certo ponto, a relação entre o preconceito e a literatura disponível. A falta de unanimidade entre as teorias que se debruçam sobre a orientação sexual facilita a existência de posições preconceituosas, alimentadas por sua vez por mecanismos sociais. No estudo de Graham *et al.* (1984) foi também encontrada uma categoria semelhante, ali designada por "falta de conhecimento e/ou entendimento da homossexualidade", que incluía estilos de vida e insuficiência teórica.

A clássica questão da erotização do clínico pelo cliente durante o processo terapêutico foi também comentada nos grupos de discussão dos terapeutas, como tendo acontecido. A leitura feita pelos clínicos dessa erotização teve, contudo, contornos específicos: ao contrário do que é habitual em descrições desta dinâmica, em que a análise se centra no cliente, os clínicos centraram-se na análise da sua própria identidade, questionando o seu significado perante o cliente. É de salientar que terapeutas masculinos, que denunciaram achar positivo que uma mulher homossexual se apaixonasse por eles, assumiram uma postura de profundo desagrado e de rejeição caso essa paixão surgisse por parte de um cliente homem homossexual (tendo mesmo sido referido que esse sentimento de desagrado era acrescido, no caso de se tratar de uma pessoa mais idosa, por se considerar que nela há uma maior clareza de assunção

---

aquele que revela preocupações e estrutura mais próximas das do estudo aqui proposto.

da homossexualidade)[213]. Aparentemente, ser tomado como objecto erótico por uma pessoa do mesmo sexo constitui uma ameaça à suposta estabilidade da identidade sexual. No estudo de Graham et al. (1984) o maior número de respostas da amostra de terapeutas situou-se exactamente numa categoria designada por "manter a objectividade, falta de objectividade e contratransferência", onde se integravam referências como "lidar com a atracção que os clientes poderão ter face a mim" (neste caso, dependente do sexo do cliente), "desconforto com exibição pública da preferência sexual", "eventual sentimento de desconforto com maneirismos" e ainda "os meus próprios preconceitos desconhecidos" (p. 490).

Kwawer (1980) considera que a sexualidade é uma questão delicada para todos nós e, nesta área, é especialmente importante para o terapeuta estar atento às questões contratransferenciais. Este aspecto é igualmente referido por Iasenza (1989) ao afirmar que o trabalho com clientes *gays*, lésbicas ou bissexuais apresenta uma oportunidade para descobrir a complexidade dos nossos mitos, estereótipos e sentimentos sexuais, bem como a nossa atracção ou aversão por pessoas do mesmo sexo e do sexo oposto.

Relacionadas, de resto, com esta questão estão as dificuldades apontadas a nível do estabelecimento de uma relação de empatia com o cliente. A inexistência de uma identificação no que diz respeito à identidade sexual entre terapeuta e cliente parece pôr em risco a própria relação de confiança necessária no processo terapêutico que, assim, surge contaminado pela presença da homossexualidade do cliente. O facto de alguns terapeutas não conseguirem estabelecer uma relação empática em situações como a de pessoas com neuroses histéricas foi comparado com a dificuldade de identificação com o cliente homossexual. Note-se que o processo aqui envolvido é o da generalização por via da desvalorização. A dificuldade parece, assim, esboçar-se em termos da aceitação ou não aceitação de sexualidades diferentes da normativa, o que leva, muitas vezes, à protelação da abordagem, ou mesmo à não abordagem, da orientação sexual do cliente.

Alguns terapeutas mencionaram desejar uma orientação heterossexual para o cliente – desejaram afinal que a homossexualidade do cliente não passasse de um equívoco. Referindo-se às implicações para os psicoterapeutas das teorias sobre homossexualidade, Marmor (1998) considera que se o terapeuta (mesmo que se

---

[213] Sobre a questão do preconceito presente nesta atitude de maior desagrado perante o indivíduo homossexual idoso falou-se já um pouco nas reflexões sobre as configurações da homossexualidade para os clínicos.

considere neutro em relação à homossexualidade) acredita que a homossexualidade é um padrão adquirido, o seu viés consciente ou inconsciente a favor de um estilo de vida heterossexual leva-o a fazer alguma pressão, ainda que subtil, na tentativa de influenciar o cliente homossexual em relação à heterossexualidade.

Foi referida pelos clínicos a utilização de uma série de estratégias que conduziram a um adiamento da abordagem à homossexualidade do cliente ou a uma atitude de silêncio, no caso de o cliente não referir a homossexualidade como problema. Reveladoras do entendimento de que se trata, indiscutivelmente, de uma dificuldade do cliente e, por outro lado, que, sendo-a, não deverá ser facilitada pelo clínico, estas estratégias não facilitam a resolução de dificuldades internas com que o cliente tem que lidar, relativamente à sua própria orientação sexual, antes as podendo agudizar (Coleman & Remafedi, 1989). Esta neutralidade a propósito da revelação do significado da homossexualidade para o clínico surgiu também como uma posição valorativa - "não tenho nada a favor nem contra" – o que poderá denunciar o viés moral, social e/ou cultural sobre a homossexualidade. Se a homossexualidade é doença, então que seja encarada como tal: é que a doença, as perturbações, as falhas, não são avaliadas por uma escala de valores, ou seja, não se é contra nem a favor de uma depressão ou de uma gripe. O facto de uma atribuição valorativa não ser da mesma ordem lógica do entendimento da patologia explica que o mesmo terapeuta que clarifica ao seu cliente que não tem nada "contra nem a favor", referindo ser esta uma questão que não o incomoda, afirme, mais adiante na discussão, que tem um preconceito: "por alguma razão ele tem uma pila! (...) há uma área que não funciona (...) algo não está bem (...) há sempre uma falha (...) narcísica claro! ".

Não sentir a necessidade de ter em conta o facto de uma pessoa ser homossexual ou heterossexual vai ao encontro dos resultados obtidos por Graham et al. (1984), que, na sua investigação também com técnicos de saúde mental, codificaram numa categoria discursos terapêuticos que incluíam as asserções dos terapeutas que consideravam que as questões levantadas no tratamento de clientes homossexuais eram "as mesmas questões que se colocavam com o tratamento de heterossexuais". São exemplos destas questões as afirmações: "a menos que a orientação sexual seja o objectivo terapêutico, não há preocupações distintas para qualquer cliente", "as mesmas que se têm quando se trata seja quem for", "eu tendo a tratar os homossexuais no problema que eles apresentam e raramente [me interessa] a orientação sexual *per se*". Esta atitude de ignorar a orientação sexual, sendo, na generalidade, considerada a mais adequada (Marmor, 1998), pode, na realidade, transformar-se numa atitude

preconceituosa, por a revelação da homossexualidade não ter em conta essas especificidades. Este tratamento indiferenciado é passível, nalguns casos, de revelar uma falta de consciência das questões específicas das lésbicas e *gays* como uma minoria oprimida (Martin, 1982).

No caso de alguns clínicos, não se assumindo à partida que a importância a atribuir à orientação homossexual dependia das situações, observaram-se posicionamentos distintos conforme os casos em discussão, fazendo os clínicos afirmações aparentemente contraditórias, se não tivermos em conta que o objecto do juízo havia sido alterado. Uma mesma terapeuta, da afirmação "não modifica em nada" passou a uma posição mais flexível ("há casos em que não aquece nem arrefece") para, concretizando ainda mais, se recordar que "com as mulheres homossexuais, em nenhuma das raparigas quis conhecer a namorada" e atribuir a este facto algum significado, considerando mesmo "curiosa" a sua própria constatação [214]. Outro clínico, partindo de uma atitude de indiferença ("é como se me dissessem gosto de vinho tinto ou branco"), acabou por considerar que a homossexualidade podia explicar comportamentos: "[quando percebi que a cliente era homossexual], comecei a compreender muitas coisas, nomeadamente uma tentativa de suicídio que surgiu". Alguns clínicos parecem ter dado conta deste facto, ao implementarem estratégias que tinham em linha de conta o facto de os homossexuais constituírem um grupo minoritário, sujeito a condicionamentos sociais.

Foi também preocupação de alguns clínicos determinar a orientação sexual do cliente. Este seria o primeiro passo estratégico para a intervenção clínica. Recorde-se que nas configurações da homossexualidade se detectou a fragilidade que subjaz a esta intenção; como se disse, o mesmo cliente podia ser avaliado como homossexual por uns clínicos e como não homossexual por outros. É assumido por vários autores (Iasenza, 1989; Jagose, 1997) que as questões da avaliação da homossexualidade estão longe de estar resolvidas, devido ao facto de se tratar de um construto que não pode ser reduzido a uma única definição ou explicação desenvolvimental. Dentro deste contexto, classificações como homossexual, heterossexual ou bissexual têm pouco significado. Já em 1977, Morin sugeria que a existência de uma multiplicidade de experiências de escolha de objecto do mesmo sexo, complicava a investigação, levando a resultados contraditórios.

---

[214] De referir que esta mesma terapeuta, relativamente a um cliente do sexo masculino, reconheceu ter proposto falar com o amigo por quem este estava apaixonado.

A tentativa de encontrar explicações para a homossexualidade, denunciada por alguns clínicos preocupados em intervir sobre as possíveis causas, pode transmitir ao cliente a mensagem de que a homossexualidade é patológica. Por outro lado, o cliente, instigado a apresentar a sua história e influenciado pelas teorias mais popularizadas sobre a etiologia da homossexualidade, torna-se, inconscientemente, cúmplice do posicionamento do terapeuta, segundo o qual a homossexualidade é uma doença ou o resultado de um desenvolvimento desadequado (McHenry & Johnson,1993). Nas reflexões sobre as configurações da homossexualidade foi também detectada a importância, para a interiorização de juízos de valor, da influência do terapeuta no cliente, assim como de um tipo de conhecimento emprestada das teorias etiológicas da homossexualidade mais popularizadas.

Referiu-se uma outra estratégia que se prendia com um trabalho sobre a identidade, em que não havia uma focalização específica na sexualidade. O que poderia ser questionado nesta abordagem, segundo uma perspectiva afirmativa, é a ausência de trabalho sobre a homofobia internalizada, da mesma forma que uma referência tão generalizada parece reflectir a inexistência de trabalho sobre estratégias de *coping*, tanto intrapsíquicas (como a auto-nomeação), como interpessoais (como a auto--revelação), ambas relacionadas, segundo Miranda & Storms (1989), com uma identidade homossexual positiva. Sem a auto-nomeação, os sentimentos sexuais são compartimentados, surgindo sem continuidade e sem integração das auto-imagens. Por outro lado, sem a adaptação interpessoal, os conflitos entre as exigências sociais e os sentimentos internos podem causar angústia. A reforçar esta ideia, Graham *et al.* (1984) referem que as lésbicas que assumiam a sua homossexualidade revelavam uma identidade positiva e uma maior base de suporte.

Uma outra estratégia que alguns clínicos disseram utilizar foi a focalização no mal--estar do cliente relativamente à sua homossexualidade, assim como a vivência dessa mesma homossexualidade. O próprio facto de se abordarem as causas da egodistonia transmite ao cliente uma visão afirmativa da homossexualidade e comunica a ideia de que é uma orientação possível entre outras. Não surgiu, contudo, qualquer referência a técnicas específicas de ajuda. Centrar-se, como fizeram alguns clínicos, no apoio "que o cliente deseja" pode ser assumir com ele a homofobia internalizada e os condicionamentos sociais. A técnica da reformulação cognitiva utilizada por alguns terapeutas é indicada por Sophie (1987) para a mudança dos significados associados às identidades homossexuais ou bissexuais, de forma a que o cliente possa rever os

estereótipos negativos atribuídos a estas identidades, reduzindo a homofobia internalizada e passando a ter uma visão mais positiva da homossexualidade, estratégia necessária para uma aceitação de si próprio(a) como homossexual. É o processo básico para que qualquer outro trabalho se desenvolva.

Clínicos houve que referiram a utilização da técnica da dessensibilização encoberta, como estratégia para a alteração da orientação sexual. Utilizada até aos anos 80, com o objectivo expresso de alterar a orientação, esta técnica caiu em desuso, e, embora continue esporadicamente a ser utilizada,[215] é hoje considerada, como já foi referido, uma das formas mais agressivas de se lidar com as pessoas homossexuais.

Importante é também referir a existência de clínicos que, perante o pedido por parte das famílias de adolescentes da determinação da orientação sexual, e consequente mudança caso se considerasse serem homossexuais, optaram por trabalhar com as famílias no sentido da aceitação da sexualidade dos filhos. É necessário reconhecer que as famílias têm o seu próprio processo de "coming out" e de integração ou não da nova identidade de um dos seus membros, como é salientado, de resto, na linha de acção nº8 da APA (referida a propósito das configurações da homossexualidade). O que se torna particularmente difícil quando se trata de um adolescente, da mesma forma que os próprios adolescentes têm de lutar com os sentimentos ligados à sua emergente orientação sexual: incerteza, ambiguidade, receio do estigma cultural e medo do futuro (Coleman & Remafedi, 1989; Rubio, 1996).

Os clínicos são praticamente unânimes em avaliar positivamente apenas as situações em que o cliente refere satisfação, não considerando por isso positivas as situações em que, embora normalizado, o cliente passe a viver em esforço. Porque não houve por parte dos terapeutas uma atitude auto-reflexiva que avaliasse o processo terapêutico de uma forma significativamente relevante, as ilações que se podem retirar da avaliação dos clínicos são forçosamente reduzidas.

Os discursos em que expressamente se avaliou a intervenção com clientes homossexuais referiam-se a situações em que os pedidos se prendiam directamente com a homossexualidade. Nos restantes casos, não houve comentários directos nem juízos de valor sobre o processo de intervenção terapêutica.

---

[215] De facto, e contra a reprovação explícita da APA que, em 1998, condenou publicamente o uso das terapias aversivas, receia-se que esta técnica continue ainda hoje a ser implementada. Os clínicos que a

Apenas em relação à década de 70, quando se utilizavam mais as terapias aversivas, a avaliação foi construída em função dos comportamentos sexuais, tendo sido essa estratégia de intervenção considerada ineficaz, porque não cumpria os objectivos – a mudança da orientação sexual. Mais recentemente, as técnicas aversivas com o propósito de eliminar comportamentos homossexuais foram referidas como tendo sido utilizadas em casos em que os comportamentos homossexuais coexistem com comportamentos heterossexuais, estando estes últimos associados a casamento e a parentalidade. Os seus resultados foram avaliados positivamente. Este facto revela uma crença, por parte do terapeuta, de uma maior possibilidade de mudança que denuncia ainda uma visão normativa da sexualidade, mas sobretudo das instituições sociais estruturadas em torno dela.

Assim, a homossexualidade foi, por vezes, interpretada como uma variável contínua e definida a partir de comportamentos sexuais: no eixo homossexual/heterossexual, uma maior proximidade da heterossexualidade implica uma maior possibilidade de reversão. Neste sentido, o casamento heterossexual de pessoas homossexuais, foi lido como um passo positivo conducente ao desenvolvimento psico-sexual do cliente. Esta posição parte claramente de um pressuposto heterossexista (para além da defesa do casamento como norma, há também a defesa de uma orientação sexual normalizada – a heterossexualidade). Note-se, porém, que foi também defendida a hipótese de que esta solução revelava ser um fracasso terapêutico. Nesta segunda perspectiva, constata-se que, mesmo tendo sido atingida uma aparente inserção social, o objectivo principal (o bem estar do cliente) não foi cumprido. Mais do que de consciencialização da inutilidade de conversão a uma suposta "normalização", esse centrar-se, apesar de tudo, no equilíbrio emocional do indivíduo revela uma preocupação que pode ser enquadrada no modelo do humanismo liberal.

---

utilizam justificam a sua utilização quando consideram existir uma predominância de vivência heterossexual.

4.2 A VOZ DOS CLIENTES (ANEXO 11)

> Como fazer falar o silêncio sem que ele fale necessariamente a linguagem hegemónica que o pretende fazer falar ?
>
> Sousa Santos "Porque é tão difícil construir uma teoria crítica?"

Escutada a reflexão dos terapeutas sobre a sua experiência de trabalho com clientes homossexuais, chegou agora a altura de dar a palavra aos clientes, elemento complementar nesta dinâmica, na medida em o seu testemunho constitui um espelho dos testemunhos dos clínicos. Parte integrante das questões clínicas é então a voz dos clientes, cujos discursos se organizam em quatro categorias: *motivos de procura de apoio, a escolha do terapeuta, estratégias*, e *avaliação*.

A primeira categoria, construída dentro das questões clínicas relativamente aos discursos dos clientes, refere-se às razões explicitamente referidas pelos clientes como motivadoras da consulta; esta categoria foi designada por *motivos de procura de apoio*[216].

Na segunda categoria, designada por *escolha do terapeuta – aspectos relevantes*, sinalizaram-se as referências a parâmetros que estiveram na base da selecção do terapeuta, bem como reflexões e considerações sobre características relevantes dos terapeutas, no trabalho com clientes homossexuais.

A categoria *estratégias* refere-se às percepções que os clientes têm do processo terapêutico de intervenção. Assim sendo, nela se integram comentários, atitudes ou acções dos clínicos relacionadas com a orientação sexual do cliente.

A quarta e última categoria, incluída nas questões clínicas, refere-se à *avaliação do processo terapêutico* feita pelos clientes e é constituída por reflexões e comentários sobre aspectos positivos e negativos no processo terapêutico relativamente à homossexualidade.

---

[216] Recorde-se que esta categoria equivale, no universo dos clínicos, à categoria pedidos, como já houve ocasião aqui de se fazer notar em 4.1.

4.2.1. Motivos de procura de apoio

À semelhança do que se fez em relação aos discursos dos clínicos, organizaram-se os motivos de procura de apoio referidos pelos clientes em duas sub-categorias: os motivos relacionados com a homossexualidade e os motivos sem relação com a homossexualidade.

(i) Motivos de procura de apoio relacionados com a homossexualidade

Podem ser agrupados em diferentes temas os motivos associados à homossexualidade que levam os clientes à procura de apoio clínico. A dificuldade de entendimento dos próprios sentimentos (a sensação de inadequação, a confusão interior, a angústia) foi uma questão mencionada:

> [a procura de apoio] teve a ver com questões relativamente a mim própria. Apaixonei-me por uma mulher e aquilo para mim foi muito complicado, eu não sabia explicar (...) o desespero era tão grande, a tristeza era tão grande, a angústia; eu chorava de manhã à noite, quer dizer, uma desgraça completa, aquela pessoa com quem eu vivia não me dizia nada, tudo isto afectava a vida familiar...tudo, a criança e tudo (GD2.3: 688, 1992) (mulher)

> [a atracção que sentia] era uma coisa que me incomodava, porque depois não tinha tido nenhuma relação nesse campo, até essa altura, e as relações que eu tinha tido era com raparigas, mas uma coisa muito *soft* mesmo, nunca chegou assim a haver sexo, e por isso havia uma confusão enorme...e havia o aceitar e o não ... cheguei lá [ao psiquiatra] (...) e disse «olhe, o meu problema eu acho realmente que eu sou homossexual, mas eu não consigo aceitar isto» (GD2.3:70) (homem)

Ainda relativamente a factores associados à homossexualidade, a não aceitação da homossexualidade por parte da família (que conduzia muitas vezes à manutenção difícil e dolorosa de uma imagem falsa) surgiu como fonte de angústia que levou à procura de ajuda:

> com os meus pais as coisas não correram bem (...) e tudo desabou, foi muito complicado, estava-me a sentir muito mal, foi um processo muito complicado para mim que acabou com uma tentativa de suicídio (GD2.2: 379)

> por causa da reacção que [a minha mãe] teve de achar que aquilo era uma coisa que precisava de tratamento, fechei-me no quarto e desatei a chorar, aos pontapés a tudo (...) depois, daí a uns meses decidi que realmente ia tentar ser heterossexual (...) um ano depois percebi que era mesmo impossível continuar a fingir que era heterossexual (GD2.1:34)

Um outro motivo que levou à procura de apoio apontado por alguns clientes, foi o das dificuldades de relacionamento eu-mundo. Aí, a homossexualidade foi vista (e sentida)

como um obstáculo à interacção com os outros e, portanto, como um impedimento à comunicação e à expressão dos sentimentos:

> [eu] sentia a homossexualidade como (...) um vidro, como uns óculos que estão entre a pessoa e a sociedade e que não permitia encaixar na sociedade (GD2.1:946)

> [eu sentia] dificuldade em me abrir com as outras pessoas e achava que o problema era ser homossexual (GD2.3:21)

> [eu] estava numa fase perfeitamente incapaz de comunicar com quem quer que fosse e portanto nessa medida eu cheguei lá com aquela coisa muito de dizer e de centrar a questão na homossexualidade (GD2.3:557)

O medo de ser descoberto, de ser identificado como homossexual foi igualmente um dos factores referidos como causa de grande ansiedade:

> as pessoas podiam pensar que eu era homossexual e [eu] não me sentia bem em grupos, não me sentia bem em lado nenhum (GD2.1:79)

A criação de um espaço de partilha que não fosse ameaçador mas gratificante, a necessidade de falar dos sentimentos, de "desabafar", de ter amigos que soubessem, foi também apontada como uma das razões que levou alguns elementos à procura de um clínico:

> eu queria só desabafar, queria ter uma pessoa que me ouvisse (...) a minha procura de um psicólogo era só o desabafo «eu sou, não tenho problemas nenhuns em ser, mas quero que alguém me ouça, que saiba que eu sou!» foi mais de ajuda como é que eu hei-de conhecer outras pessoas, eu queria era falar do futuro (GD2.3:1999,2167)

> a minha experiência com uma psicóloga teve de facto a ver com a homossexualidade e com uma certa insegurança da minha parte (...) queria era ter um grupo de pessoas com quem pudesse desabafar, ter amizades e não ter aquele contacto que em muitos bares, ainda hoje, actualmente, têm! (GD2.3:435)

Observou-se igualmente que uma outra razão se prendia com o desejo de viver um relacionamento duradouro. O facto de não se ter uma relação estável foi, assim, motivo de procura de apoio:

> estava tão mal (...) uma relação duradoura era também o que eu pretendia, uma relação duradoura com um homem, imediatamente (...) queria encontrar alguém, ter uma relação estável, entrar num mundo que eu desconhecia (GD2.3:131;2184)

Situações houve em que o pedido de apoio, tendo a ver com a homossexualidade, era feito por outros elementos que não o próprio cliente, nomeadamente pelos pais[217] , que

[217] Refira-se que um médico de família fez um encaminhamento para a endocrinologia, o que reflecte uma posição etiológica. Não se apresenta este dado, pelo facto de esta investigação se centrar nos técnicos de saúde mental.

procuravam apoio para despistar e/ou tentar mudar a orientação sexual dos filhos de homossexual para heterossexual:

> a minha primeira experiência foi aos 17 anos, por obrigação dos meus pais (...) e o objectivo era curar-me da minha homossexualidade(GD2.1:409)

> a minha primeira experiência foi (...) com 14 anos. Eu cheguei para pai e mãe e falei estou sentindo isto «gosto, tenho um certo interesse por mulheres, mas também tenho por homens». Primeira coisa: pai e mãe corre com o filho até um endocrinologista, tudo normal, tudo óptimo. Segunda parte: um psicanalista (...) parte física ok, vamos ver a cabecinha (GD2.1:5)

> a minha mãe (...) arranjou [um psicólogo] não me forçou a ir mas aconselhou-me (GD2.1:34)

> os meus pais descobrem que sou homossexual (...) e o meu pai levou-me [a um psiquiatra] (...) resolveu que eu não era normal e portanto precisava de ser tratada (GD2.2:2030)

(ii) Motivos de procura de apoio sem relação com a homossexualidade

À semelhança do que aconteceu com os motivos associados à homossexualidade, é também possível agrupar-se em diferentes temas os motivos não relacionados com a homossexualidade, que levam os clientes à procura de apoio clínico. Assim, foram referidos motivos que facilmente se integram em diversos quadros clínicos – as crises, as depressões, as fobias:

> procurei esse psicólogo (...) por um motivo que não tinha nada a ver com a minha orientação sexual (...) [devido a um problema com uma amiga] entrei numa depressão bastante grande e nessa altura resolvi procurar um terapeuta (GD2.3:201)

> penso que aquilo que me levou a recorrer à ajuda técnica não tem nada a ver com a minha orientação sexual (...) eu cresci, de facto, muito lentamente, fui muito protegida (...) estava em crise, estava em depressão e eu não conseguia dormir, eu não conseguia trabalhar, eu não conseguia estar (GD2.2:36)

> os meus problemas são mais ao nível (...) de insegurança (...) tenho falta de ar, de repente, no meio da rua (...) odeio andar de metro (GD2.2:2163)

Foi também referida a procura de apoio clínico devido a dificuldades de ordem outra, como as escolares e profissionais:

> depois (...) como aquilo resultou (...) voltei [ao psiquiatra] para endireitar a minha vida toda, profissional e (...) escolar (GD2.3:185)

> outra experiência a nível de psicólogo foi após um período em que fui discriminado no trabalho por ser seropositivo (GD2.1:1269)

Lidar com a perda de uma relação, ou seja, uma situação de "desgosto amoroso", foi também uma das razões apresentadas como motivadora de procura de apoio:

> tive uma relação com uma colega da faculdade (...), as coisas correram mal também e eu tive um grande desgosto amoroso (GD2.3:335)

> com uma relação homossexual descobri que também quem estava desta lado da barricada, afinal (...) era tão igual aos outros que me agrediam (...) depois de eu ter acabado a minha segunda [relação] (...), com quem vivi, numa casa comum, com uma pessoa do mesmo sexo que eu e, de facto, ter-me apercebido que também deste lado, do lado feminino, as mulheres também são muito más (GD2.2:73-144)

> uma relação que (...) durou praticamente dez anos, uma relação homossexual e [com] uma separação eu acho que me desestruturei completamente (...) e faço uma consulta com um psiquiatra (GD2.2:769)

Um outro conjunto de motivos que conduziram à procura de apoio clínico relacionou-se com traços de personalidade como individualismo, dificuldade de relacionamento com o outro, ou ainda agressividade:

> a necessidade de procurar apoio não [teve] nada a ver com sexualidade (...) [teve] a ver com a minha própria maneira de ser (...) com o meu individualismo (GD2.1:320)

> não fui lá porque achava que devia deixar de ser *gay* mas [por outras] características da minha personalidade, da minha relação comigo e com os outros (GD2.1700)

> eu levei um bocadinho de tempo a mais a contestar e eventualmente a fazer menos por mim (...) e isto acabou por se traduzir numa certa agressividade (...) era uma pessoa muito directa (...) mas a roçar a agressividade com uma certa facilidade (GD2F1:178)

Questões relacionadas com o facto de se ser seropositivo foram também apontadas como as que levaram a recorrer a um técnico de saúde mental. Foi referida por um cliente a procura de apoio no sentido de se preparar para a morte de um companheiro, também ele seropositivo, e para lidar com a carga emotiva resultante da ajuda prestada a doentes terminais. Um caso houve em que a necessidade de apoio não surgiu do próprio cliente, mas da empresa onde trabalhava, que o teria encaminhado para apoio devido à sua seropositividade:

> continuei o apoio para me preparar para a morte do meu companheiro, o meu companheiro estava a morrer e já me estava a preparar psicologicamente para a morte dele (GD2.1:1309)

> eu fazia também apoio hospitalar a doentes terminais e tinha necessidade de desabafar a carga emotiva que recebia dos doentes (...) tinha necessidade de apoio psicológico ao apoio que fazia aos outros (GD2.1:1312)

> quando [se] soube que [eu] era seropositivo [fui] pago pela minha empresa (...) porque eles tiveram um susto, pensavam que eu ia contaminar o resto da empresa, e então (...) arranjaram um psicólogo no prédio ao lado (GD2.1:435)[218]

[218] Este cliente refere ter aproveitado o espaço para abordar "os problemas (...) com o relacionamento que estava a tentar iniciar naquela altura e gerir a seropositividade" pois "tinha mais problemas com isso do que propriamente com a seropositividade" e aproveitou "essa oferta, esse presente da empresa" (H1:448)

* * *

Estas foram as razões apontadas pelos clientes como motivadoras da procura de apoio clínico. A escolha do terapeuta, o aspecto conducente ao processo terapêutico, será o passo seguinte aqui apresentado.

4.2.2. A escolha do terapeuta

Relativamente aos factores que foram tidos em consideração na escolha do terapeuta, foram referidas as indicações de "pessoas conhecidas" (amiga, namorada, pai), sendo apontadas como características relevantes a "experiência" e a "competência", e também a "continuidade" - por isso se infere como decisiva para a continuação do processo a importância do primeiro contacto:

> foi mais a experiência e a competência que predominaram nessa altura (GD2.2 1592)
>
> o critério não foi de escolha, foi de continuidade talvez (GD2.2:343)
>
> a gente não consegue escolher o que não conhece. Acho que a partir da segunda vez que lá vamos, vamos por opção, ou seja... eu, se não gostar da primeira vez daquela pessoa, se calhar vou procurar outro, ou vou perguntar aos meus amigos se conhecem alguém que também possa dar apoio desse tipo, não é? Mas acho que, a partir da segunda vez, todos lá estivemos por opção (GD2.2: 1348)
>
> muitas das vezes, nós vamos lá de um forma muito fragilizada e de certa forma [a maneira] como nós somos recebidos, logo à partida, pode condicionar o nosso seguimento, não é? (GD2.3:866)

Note-se que, nos casos em que a procura de apoio foi referida como tendo sido motivada por outros, não houve escolha; recorria-se aos técnicos que aquelas pessoas (pais, médicos, empresa) indicavam.

A compreensão total da homossexualidade pelo terapeuta foi apresentada como impossível, sendo sublinhadas sobretudo as atitudes de empatia, de aceitação e de respeito, como factores decisivos para a continuação do processo de apoio:

> se antes de aceitar, antes de respeitar e aceitar a pessoa por aquilo que ela é, [o terapeuta] tenta compreender e não consegue, logo ali bloqueia (...) pode vislumbrar ou tentar imaginar o que é, mas não a pode compreender...se vão pela compreensão não vão lá chegar, nunca vão conseguir compreender. O que me interessa é que a pessoa me respeite por aquilo que eu sou (GD2.1:1992-2044)
>
> se não me aceitasse, nunca mais lá tinha aparecido (GD2.1:918)

encarar com naturalidade [as sexualidades], isso eu acho que é o ponto fundamental (GD2.1:1544)

nem mostrar indiferença nem demasiada crítica ou espanto [em face da homossexualidade] (GD2.1:1519)

[criar] abertura e espaço de confiança para que a pessoa possa estar à vontade para falar (GD2.1:2317)

Uma discussão emergente nos grupos de clientes prendeu-se com a característica "sexo do terapeuta" como uma variável associada à aceitação da homossexualidade. Para uns clientes, a experiência com mulheres foi mais positiva, porque se considerava que por parte das mulheres existia um maior apoio maternal e mais compreensão, condições consideradas facilitadoras da mudança:

as mulheres compreendem melhor (GD2.1:1021)

em relação à aceitação [da homossexualidade], eu tive melhores experiências terapêuticas com mulheres (GD2.1:1016)

a envolvência amorosa e emocional, que é ao mesmo tempo de mãe e de mulher (...), ajuda a pessoa a evoluir (GD2.1:1694)

o único grande apoio que tive foi de uma mulher (...) foi realmente um apoio profundo e maternal e...forte (...) eu queria era carinho, amor, ternura, era isso de que eu estava à procura (GD1.2:1048;2194)

Uma das interpretações da dificuldade que os terapeutas homens heterossexuais têm em aceitar a homossexualidade foi a resistência em aceitarem o seu próprio "lado feminino", resistência esta que foi vista como associada a uma ideia de contágio, ao medo de ficar homossexual:

há esse medo nos heterossexuais, que, se começam a permitir o lado feminino, o carinho, amizades com um homossexual, que um homossexual os toque, tudo isso, de repente vão ficar também homossexuais (GD2.1:2212)

Afirmando-se que, na generalidade, "as mulheres mais facilmente lidam com a situação de homossexualidade" (GD2.3:813), houve quem referisse a não relevância do sexo do terapeuta:

isso não tem muito a ver com o facto de a pessoa (...) ser homem ou ser mulher, daquilo que eu vejo, não me parece (...) o meu [psiquiatra] é homem e eu sei de pessoas que são mulheres e também recusam perfeitamente a homossexualidade e têm muita dificuldade em lidar com isso (GD2.1:804)

A orientação sexual do terapeuta como factor de relevo para a compreensão da homossexualidade foi também motivo de discussão. Nesse debate, alguns clientes consideraram que a heterossexualidade do terapeuta era um impedimento à

compreensão da homossexualidade do cliente, enquanto que outros, baseando-se numa experiência particular, consideraram que isso não acontecia:

> eu acho que, basicamente, um homem heterossexual não sabe o que é ser homossexual (...) os terapeutas não podem compreender, porque não sabem o que é (GD2.1:1110)

> o segundo psicólogo a que fui foi extraordinário e, segundo sei, ele é casado e perfeitamente heterossexual (GD2.1:1060)

> o facto de o profissional ser homem, mulher, hetero, homo, bi, isto ou aquilo, não interessa (GD2.1:1198)

Para alguns clientes, nem o sexo do terapeuta nem a sua orientação sexual foram apontados como relevantes. O que se considerou indispensável para o processo de apoio a clientes homossexuais foi a existência de um trabalho por parte dos terapeutas sobre os seus próprios "medos e preconceitos".

Das afirmações dos clientes em relação à escolha do terapeuta destacou-se uma que, em lugar de se centrar directamente nos efeitos no cliente, sublinha a importância da consciência da configuração da homossexualidade para o clínico, como passo primeiro para um adequado trabalho terapêutico com clientes homossexuais:

> o técnico de saúde mental deve definir, antes de consultar homossexuais, o que é que eles próprios acham, enfim, em termos científicos sobre a homossexualidade, irem para lá com ideias concretas (...) sobre este tipo de questões (GD2.1:2314)

> a nível de escola com certeza os médicos são como em todos os outros cursos: há uns mais conservadores, há outros que, quer dizer (...). Mesmo os psiquiatras e os psicólogos também têm tendências teóricas e posturas ideológicas e tudo isso condiciona com certeza a forma como atendem os clientes (GD2.1:834)

Outros clientes houve que, não desvalorizando qualquer dos factores acima referidos, disseram que o aspecto mais determinante da atitude do terapeuta era o tipo de tendências teóricas "em que se baseavam para ajudar as pessoas" (GD2.1:1205)

> além desses pressupostos da humanidade (...), também é importante o tipo de teoria científica em que eles [os terapeutas] se baseiam para ajudar as pessoas (...) a maneira como o mundo, enfim, como a ciência encara a homossexualidade (GD2.1:1201)

> talvez a nível de escola [haja mais diferenças], com certeza os médicos são como [em] todos os outros cursos, há uns mais conservadores, há outros que...e mesmo os psiquiatras e os psicólogos também têm tendências teóricas e posturas ideológicas e tudo isso condiciona concerteza depois a forma como atendem os clientes, isso é lógico (GD2.3:834)

Foi referida uma representação da psicanálise como o modelo que, por excelência, associa a homossexualidade a doença. Todavia, houve quem dissesse ter a percepção

de que cada vez menos a homossexualidade é encarada como tal pela comunidade terapêutica:

> o *feed-back* que eu tenho sempre das pessoas ou que já fizeram psicologia ou que já fizeram terapia com um psicanalista é de que, de forma geral, os psicanalistas têm mais tendência a considerar a homossexualidade como uma doença do que os psicólogos, portanto há um maior receio em ir para um psicanalista do que [para] um psicólogo (GD2.1:1220)

> estou com uma psicanalista, sabe como é que são os psicanalistas, não é? (...) eu sei que os psicanalistas acham que a homossexualidade é, enfim, uma doença, (...) enfim, são dentro dos psiquiatras os mais renitentes, todas aquelas histórias de Freud, de pai e mãe e aquelas situações que se estabelecem precocemente, não é? (GD2.1:706)

> cada vez mais eu acho que tanto os psiquiatras como os psicólogos encaram a homossexualidade como uma coisa...não como uma doença (...) a experiência, enfim, dos mais novos aqui com os psiquiatras e com os psicólogos são todas relativamente boas, os mais velhos aqui, as mais antigas são sempre as más experiências não é? (GD2.1:1207)

Neste sentido, a "humanidade elástica" foi vista como o factor mais relevante na ajuda ao paciente.

> com carinho, outros valores vêm ao de cima, tipo respeito (GD2.1:2197).

> eu acredito que em alguns casos (...) uma humanidade elástica ajuda muito o paciente (...). Com a humanidade presente, a coisa torna-se muito mais flexível (...) é muito importante ter a sorte de uma empatia com o profissional (...) a partir desse momento o que importa são as posturas (...) (GD2.1:1188)

> aquilo que eu sinto que a maior parte dos seres humanos tenta fazer é compreender e não consegue (...) não é preciso que as pessoas compreendam (...) o objectivo não é bem esse (...) se vão pela compreensão não vão lá chegar, nunca vão conseguir compreender, é respeitar e aceitar (...) aquilo que a pessoa é (GD2.1:1988;2001)

O respeito, a capacidade de encarar as pessoas sem rotular, de enfrentar os próprios medos e preconceitos – foram propostas referidas como facilitadoras da aceitação do cliente e, portanto, factores relevantes para a manutenção do processo terapêutico.

* * *

Estes foram os parâmetros, as reflexões e as considerações referidas pelos clientes como tendo estado na base da escolha do terapeuta e da manutenção do processo de terapia. Escolhido o clínico e iniciado o processo terapêutico, são percepcionadas as estratégias interventivas implementadas pelo terapeuta.

4.2.3. Estratégias

A categoria *estratégias* pretende cobrir as percepções dos clientes sobre as formas como os clínicos intervieram relativamente à orientação sexual. Foi, assim, assim exposta uma série de procedimentos desenvolvidos pelos terapeutas, uns denunciando posições homofóbicas, outros revelando uma postura afirmativa, em face da homossexualidade. Embora algumas das práticas de intervenção se refiram a abordagens que tiveram lugar há já vinte anos, uma vez que não existe até hoje nenhum estudo elaborado em Portugal sobre este assunto, optou por se integrar as narrativas sobre estratégias que se reportam a experiências dessa época. Teve-se, sempre que oportuno, um cuidado particular em referenciar essas experiências no tempo.

Tal como aconteceu com outras categorias, apresenta-se a categoria *estratégias* em função da relação do pedido do cliente com a homossexualidade, assim como em função dos pedidos feitos pelos pais.

(i) Quando o motivo de procura de apoio não tinha relação com a homossexualidade

Quando o motivo de procura de apoio feito pelo cliente não tinha a ver com a homossexualidade, mas esta era nalgum momento espontaneamente revelada durante o processo terapêutico, foi referida uma preocupação por parte do terapeuta em avaliar a forma como o cliente vivia essa homossexualidade. Caso o cliente não sentisse a sua orientação sexual problemática, o terapeuta não a valorizava:

> a mim foi engraçado porque(...) a terapeuta só me perguntou se eu me sentia bem com a homossexualidade e se para mim isso não me trazia nenhum problema e a partir do momento em que eu disse que isso para mim não era um problema (...) ela acaba por pôr isso ao mesmo nível que põe o resto (GD2.2: 1915-1950)

> [a terapeuta] foi concisa, foi muito franca comigo, perguntou-me realmente o que é que eu sentia, como é que eu me sentia perante a realidade e perante a família (GD2.1:1155)

Noutros casos, a homossexualidade não orientou a intervenção, focalizando-se antes a intervenção nos motivos de procura de apoio:

> Quando [o terapeuta] decidiu «vamos fazer o luto desta relação», não disse «vamos fazer o luto desta relação homossexual ou heterossexual»(GD2.3: 2085)

> a homossexualidade nas nossas conversas surgiu com as histórias relativas à infância, relativamente à família (...) portanto, nunca houve, penso eu, um peso dado pela terapeuta que

> me seguiu, relativamente à minha orientação sexual (...) ela apareceu naturalmente na minha história de vida, nunca teve um estatuto especial (GD2.2: 1895-1911)

A homossexualidade foi abordada com o objectivo de se tentar compreender o cliente globalmente, chegando-se mesmo a integrar o companheiro no processo de apoio:

> falou-se [da homossexualidade], mas penso que era mais por curiosidade da parte dele, do médico, em perceber-me a mim, do que em tentar resolver o meu problema e isso deixou-me bastante confortável (GD2.1: 471)

> inclusivamente, [o terapeuta] convidou o meu companheiro (...) a vir a uma ou outra sessão comigo, se ele quisesse, e também para o conhecer e para compreender a situação em que eu estava (GD2.1:475)

Por outro lado, a associação, por parte do terapeuta, da dificuldade apresentada pelo cliente relativamente à sua homossexualidade foi uma prática referida como comum, e, nalguns casos, seguida de negação pelo terapeuta da homossexualidade do cliente, tendo sido referida, no extremo da negação, uma interpretação valorativa por parte do terapeuta. Neste sentido de negação da homossexualidade do cliente, uma das explicações dada pelos clínicos aos sentimentos homossexuais foi considerar que se tratava de "uma fase":

> a psiquiatra [a quem a psicóloga enviara para medicar] pela primeira vez que me viu, passados cinco minutos de estar comigo, estava-me a dizer que eu não era nada homossexual, que estava deprimida porque o que eu gostava era de homens. Portanto, a minha orientação sexual era heterossexual e não homossexual(GD1.2:86-94)

> [a terapeuta] veio logo com a conversa da homossexualidade, dizendo que realmente não me via a mim como homossexual, via-me mais como heterossexual, portanto aquela conversa do costume (...) [de] realmente tentar-nos convencer que nós não somos homossexuais, somos mais heterossexuais (GD2.1:1278)

> o primeiro médico disse que era uma fase que eu estava a passar (GD2.2:1609-1610)

Sem que o motivo de apoio estivesse associado à homossexualidade, foi referida uma tentativa por parte dos terapeutas de procura das causas da homossexualidade centrada concretamente, num dos casos, no modelo de dinâmica familiar:

> mas sobretudo o que [o terapeuta] queria saber era a relação com o meu pai, com o meu irmão, muito a tentar saber se havia ali qualquer problema, qualquer coisa (...) eu não senti que ele desse muito peso a isso [à homossexualidade] (...) ele também não, não meteu aí uma carga muito grande, procurou não fazer juízos, procurou foi que eu analisasse um bocado (GD2.2:777)

> só houve uma parte, já quase no fim das sessões, que [a terapeuta perguntou] como é que era a minha infância...se foi isolada, se convivia mais com rapazes [ou com] raparigas e aí é que fiquei assim um bocado(...)«será que tens um bocadinho de preconceito ao fazeres-me essa pergunta? (GD2.3:1135)

Um dos pressupostos que induziu à procura das causas foi o facto de se encarar a homossexualidade, quer como um sintoma, quer como estando relacionada com os sintomas de um desenvolvimento inadequado:

> desde o início, eu disse logo que era homossexual que, enfim, porque falava nos sintomas (...) entretanto tivemos outras sessões, [em] que não se falou disso e que não se tentou perceber por que é que eu era [homossexual] (...) a minha psicanalista acha que o facto de ser homossexual é um sintoma como outros. Sintoma de (...) que não terá sido um desenvolvimento certinho (GD2.1:722)

> o meu psicólogo tentava várias vezes voltar ao ponto da homossexualidade, também lhe parecia pertinente que as coisas [a sintomatologia e a homossexualidade] pudessem estar associadas, por mais que eu [dissesse] «sabe, não é exactamente por aí», sei que ele gostava de fazer certas associações (GD2.1:19:751)

(ii) Quando o motivo de procura de apoio se relacionava com a homossexualidade

Quando o pedido do cliente se prendia directamente com a sua homossexualidade, alguns clientes comentaram que, em face da expressão de mal estar em relação aos seus próprios sentimentos de atracção ou desejo por pessoas do mesmo sexo, a abordagem do terapeuta se centrava não na sua análise, mas na negação. Estes clientes esclarecem que os sentimentos por pessoas do mesmo sexo foram interpretados pelos terapeutas como resultado de uma prática sexual desadequada, chegando mesmo os terapeutas a prescrever "engates" heterossexuais:

> «oh pá! Isso não é nada! Isso não é absolutamente nada! Eu vou-te receitar aqui (...) umas casas de dança e umas pensões e tu enquanto vais assim a umas lojas, as balconistas, vais falar com elas, tenta engatar assim umas coisas às vezes...» depois disse «vem daqui a seis meses, vais voltar e vais ver que resultou» (...) ele deu-me dicas para uma possível procura do lado heterossexual [1988] (GD2.3:77,2069)

> [o meu terapeuta] disse-me «olhe, em relação a isto não se preocupe, você não tem estrutura de homossexual!» (...) e disse-me mais: «se o seu marido fosse uma pessoa mais meiga... e é isso que você tem que pronto, tentar encontrar...se ele for uma pessoa mais meiga, eu estou convencido que essas coisas lhe passam» (...) e até me disse: «olhe para si, veja-se ao espelho!», não sei quê, na altura tinha cabelo comprido, caracóis e tudo...de maneira que devia ser [heterossexual]..." [1988] (GD2.3:717,784,1871)

Foi também referido que um clínico propôs a eliminação da homossexualidade ou a promoção da heterossexualidade, chegando mesmo o cliente a referir que, na generalidade, o objectivo dos terapeutas era a promoção da heterossexualidade dos clientes ("nas psicoterapias sente-se uma pressão para deixar de ser homossexual", GD1.2:928). Numa situação de sentimento de mal estar, ("sentia-me muito mal, muito mal em todo o lado", GD1.2:69), em que o cliente atribuía a este sentimento "o facto de [ser] homossexual, [e de] que as pessoas podiam pensar que (...) era homossexual"

(GD1.2:79), foi indicada numa primeira fase a terapia de grupo[219] e, posteriormente, foi proposta uma intervenção com terapia aversiva, com o objectivo de eliminar a homossexualidade:

> ele [o psiquiatra] propôs-me entrar num grupo (...) de psicoterapia e eu entrei, cerca de um ano e tal, mas por fim, quer dizer, aquilo não ajudava nada...(...) às tantas, o médico entendia (...) que eu devia deixar de ser homossexual, uma vez que não me sentia bem naquele papel e propôs-me fazer a terapia comportamental com reflexos condicionados, mostrando-me fotografias de homens e mulheres nuas, e de seguida levava electrochoques - já lá vão vinte e tal anos, portanto eu tinha cerca de 20 anos, neste momento tenho 48 [1978] (GD2.1:72, 90)

Uma outra estratégia referida por um cliente como tendo sido assumida por uma terapeuta foi a de informar que a homossexualidade representava uma paragem no percurso normal da evolução:

> ela [a psicóloga] explicou-me que havia um caminho, que [ou] nós evoluíamos ou ficávamos na homossexualidade (GD2.3:1967)

Para além da referência a estas estratégias ou posicionamentos homofóbicos e/ou heterossexistas tidos por parte dos terapeutas, foram também percebidas pelos clientes estratégias que visaram a aceitação da sua homossexualidade. Uma posição comentada foi a aceitação da homossexualidade do cliente "com naturalidade" (atitude que, ressalve-se, não sendo esperada pelo cliente, não lhe deu grande tranquilidade):

> quando lá cheguei, (...) disse que era homossexual, [o terapeuta] encarou aquilo com a maior naturalidade, falou, falou de muitas outras coisas, mas daquilo quase não falamos, e o que (...) ele achava, [era] que se eu achava que era assim, devia viver a minha vida com aquilo e devia preparar os meus pais para isso e enfim... teve a melhor reacção possível e eu é que não estava preparado para aquela reacção (GD2.1:1377)

A desmontagem dos preconceitos do cliente foi também uma estratégia utilizada pelos terapeutas:

> acima de tudo o que ele fez foi desmontar os meus preconceitos (...) a construção que eu tinha feito, desde muito cedo (...) tudo aquilo que eu dizia que estava muito sustentado num crescimento, naquilo que eu tinha construído anteriormente ele, portanto, não havia por parte do terapeuta nenhuma receptividade relativamente a isso, mas sim, uma desconstrução disso tudo (GD2.3:1105,2042)

Alguns clientes referiram também que os clínicos a quem recorreram os tinham incentivado a estabelecer contacto com pessoas homossexuais, nomeadamente através do contacto com grupos de apoio existentes ou através da frequência de bares onde é comum encontrar-se pessoas homossexuais:

---

[219] Não há dados suficientes para se concluir o tipo de orientação terapêutica que era assumida no grupo.

> [o meu terapeuta] ajudou-me, incentivou-me aliás, a procurar grupos homossexuais (...) e foi isso que eu fiz (GD2.3:23)

> [o meu terapeuta] disse para eu procurar - não eram os sítios específicos, mas eram os sítios onde me apetecesse ir (...) «se isso lhe fizer sentir bem, procure pessoas com quem ache que se vai sentir bem» (GD2.3:2112)

> o que [a terapeuta] pediu para fazer foi, como muita gente aqui já falou, ir a certos bares [de *gays*] (GD2.3:448)

Uma outra estratégia implementada foi a de descentrar da homossexualidade e centrar-se no todo da pessoa, o que nalguns casos implicou a despreocupação com os rótulos:

> eu cheguei lá [ao psiquiatra] com aquela coisa muito de dizer e de centrar a questão na homossexualidade; e à medida que o tratamento se prolonga, eu começo a perceber que a homossexualidade é uma pequena parte daquilo que me faz sentir daquele modo (GD2.3:559)

> ao contrário de me terem imposto uma sexualidade definida(...) o que me foi dado (...) não foi eu saber se eu era homossexual, se o que era, quer dizer, eu não tive que definir; tive aos poucos que ir experimentando e ir vendo o que é que acontecia (...) desmistificar comportamentos sexuais muito definidos (GD2.3:143)

> o meu terapeuta também tentou [eliminar os rótulos] durante muito tempo (...) só que eu acho que nós precisamos, eu pelo menos precisava muito daquelas gavetas, em que dizia ali estão as pessoas assim...classificar (GD2.3:1338)

Uma outra estratégia utilizada pelos clínicos relativamente a pais de adolescentes homossexuais, quando o pedido foi feito pelos pais, foi dialogar com eles, afirmar a saúde mental do filho:

> era um tipo extraordinário (...) disse ao meu pai que eu não era maluquinha da cabeça, que estava perfeitamente no meu juízo que, pronto, gostava de umas senhoras e qual era o problema [1967] (GD2.2: 540)

* * *

Trabalhadas que foram as percepções dos clientes das estratégias implementadas pelos terapeutas, apresenta-se de seguida a avaliação feita pelos clientes dos processos terapêuticos por que passaram, o que, obviamente, integra reflexões e comentários sobre as estratégias.

4.2.4. Avaliação

Chega-se assim àquele que é um dos principais objectivos desta dissertação – a *avaliação*, por parte dos clientes, do processo terapêutico, ou seja, as reflexões, os comentários e os juízos de valor desenvolvidos sobre a forma como os terapeutas abordaram a homossexualidade e a percepção e vivência pelos clientes dessas

abordagens, nos processos de intervenção. Como tem vindo a ser feito, também aqui as descrições das falas dos clientes foram organizadas em função da relação existente entre o pedido de apoio e a homossexualidade.

Independentemente de o pedido ter a ver com a homossexualidade, alguns clientes sublinharam a dificuldade que sentiam em falar com os clínicos sobre a sua orientação sexual ou sobre experiências homossexuais:

> entrava nos gabinetes e não falava da homossexualidade, falava de outras coisas... não conseguia chegar ao assunto (GD2.3:14)

> [n]a primeira conversa estive lá 50 minutos (..) e ao fim dos 50 minutos saí de lá sem ter dito nada e depois escrevi-lhe uma carta (GD2.3:707)

> cheguei lá, «Ah , então qual é o seu problema ? «olhe, o meu problema, eu acho, realmente eu sou homossexual, mas eu não consigo aceitar isto» (...), mas isso, veio de cá de dentro, foi uma dificuldade dizer aquilo! (GD2.3:73)

> eu senti-me pouco à vontade nas primeiras vezes para contar (...) alguns engates, algumas coisas, não me sentia muito à vontade por achar, porque eu também, enfim, porque é uma coisa escondida, tive alguma dificuldade, só nesse aspecto (GD2.1:1940)

(i) Avaliações relativas a pedidos de apoio não relacionados com a homossexualidade

Relativamente a pedidos de apoio que não tinham a ver com a homossexualidade, as avaliações positivas da intervenção centraram-se nas conquistas que se conseguiram alcançar, nomeadamente a promoção do auto-conhecimento e o desenvolvimento da capacidade de maior auto-aceitação e a ultrapassagem de inseguranças:

> [com o acompanhamento de uma psicóloga] percebi uma série de coisas que eu desconhecia em relação a mim própria, passei a conhecer-me muito e a lidar com situações que de facto me provocavam desequilíbrio. Portanto é assim, estou bem, nunca mais tive problemas (GD1.2: 61),

> [com a] terapia (...) aprendi muito do que é aceitar-me...não enquanto homossexual (...) não em termos de desejos, [mas] em termos de tudo, em termos de vida (GD2.2:234)

> para mim, o grande benefício da psicoterapia (...) foi eu própria desmontar os meus mecanismos e conhecer-me melhor, perceber por que é que tenho determinada atitude em relação a algumas coisas e por que é que reajo de certa maneira (...). Para mim, a grande vantagem da psicoterapia é arrumar as coisas, arrumar aquilo que sentimos, a forma de reagir, a forma de estar (GD2.2: 410)

> [a terapia] ajudou-me imenso a conseguir aceitar-me a mim mesmo e a conseguir viver melhor as minhas coisas (GD2.3:52)

O controlo da agressividade ou ainda a ajuda em projectos de ordem pessoal foram outras das aquisições referidas:

> sou directa mas a roçar a agressividade com uma certa facilidade (...), no entanto estou muito mais limada, o que é bom (...) e acho que isso teve a ver com a terapia que eu fiz (GD2.2:184)

> o grupo [terapêutico]foi muito importante, acabei uma monografia com a ajuda do grupo, ajudou-me a ser mais racional (GD2.1:367)

A avaliação positiva surgiu associada a sentimentos de bem-estar - "estou bem, ultrapassei", "foi há 14 anos e estou bem", "hoje estou bem" – e os comentários que as acompanharam centraram-se na empatia, na pessoa do terapeuta e no respeito sentido:

> [o terapeuta] foi uma pessoa com a qual me ligava bem (GD2.1:478)

> senti-me muito à vontade porque tive afinidade [com o terapeuta] (GD2.1:342)

> [eu e a terapeuta] encaixamo-nos muito bem e portanto foi uma empatia muito forte (GD2.2:1662)

> a médica é excelente (GD2.2:365)

> ela [a terapeuta] é óptima (GD2.2:830)

> gostaria de contar com a minha terapeuta no círculo dos meus amigos, porque de facto é uma pessoa excepcional (GD2.2:2240)

> o meu psiquiatra (...) foi uma pessoa que sempre me respeitou e sempre aceitou a forma como eu me dispunha no gabinete (GD2.3:40)

Centraram-se também no processo terapêutico propriamente dito:

> o meu processo foi muito giro (GD2.2:979),

> foi muito agradável o percurso (GD2.2:1663)

> [a terapia] foi muito gratificante (GD2.2:1219)

É ainda referido que, embora a procura de apoio não tivesse tido a ver com a orientação sexual, a abordagem desta temática pelo terapeuta foi muito útil:

> o resultado [da terapia] acabou por ser uma ajuda nessa área (...) veio a revelar uma relação bastante profunda entre duas pessoas e a ajuda do terapeuta nesse sentido foi bastante forte (GD2.3:205)

(ii) Avaliações relativas a pedidos de apoio relacionados com a homossexualidade

Relativamente a pedidos de apoio directamente relacionados com a homossexualidade, foram avaliadas como positivas duas atitudes: em primeiro lugar, o facto de o clínico ter tentado entender a relação entre a orientação sexual do cliente e o mal-estar por este referido :

> essas duas situações de dinâmica de grupo foram bastante positivas porque se tentou comprender (...) o que é isso da homossexualidade em relação às outras coisas (...) como é que se coordenam os vários *sintomas* que eu acho negativos ou problemáticos na minha personalidade (GD2.1:1743).

Por outro lado, e em segundo lugar, para outros clientes, aquilo que foi mais valorizado foi a não existência de uma preocupação nem com o rótulo, nem com as causas:

> uma coisa que eu achei bastante interessante era as pessoas encararem-se umas às outras antes de mais (...) como pessoas e deixarem de se rotular (GD2.1:1082)

> uma coisa que o meu terapeuta também me ensinou [foi] que realmente os rótulos são prejudiciais (GD2.3:1337)

> [positivo foi] não estar ali à procura de uma causa para chegar à conclusão «Olha, foi por causa disto que eu sou assim, ou não» (GD2.3:2150)

> quando se entra dentro de uma sala [e] uma pessoa te aponta o dedo, seja a que direcção fôr esse dedo «você é hetero, você é *gay*, você é a,b,c» esse tipo de coisa, fica muito mais confuso, fragiliza (GD2.1:1585)

Outro tipo de avaliação positiva feita pelos clientes prendeu-se com a análise do processo terapêutico. Assim, o apoio clínico surgiu como facilitador da interacção do cliente com outras pessoas homossexuais:

> essa psicóloga ajudou-me, incentivou-me aliás, a procurar grupos homossexuais (...) e foi isso que eu fiz, neste momento estou [num grupo de defesa de direitos dos homossexuais] (...) conheci pessoas com a mesma orientação que eu e foi óptimo para mim. Saí do meu canto e comecei a dar-me com as outras pessoas e a falar dos meus problemas que tinha em relação a isso [1998] (GD2.3:29)

> ela [a terapeuta] foi eficiente (...) direccionou sempre a conversa para essa questão [para os afectos] (...) eu estava mesmo a precisar era de levar aquele pontapé dela, aquele empurrão (...) [para procurar pessoas com quem me sentisse bem] gostei muito do trabalho da psicóloga (...) [ela] disse, claro isto sempre se eu me sentisse bem, para eu procurar - não eram os sítios específicos - os sítios onde me apetecesse ir - no sentido de ter uma relação e eu ter alguma estabilidade afectiva e não de eu ter uma relação necessariamente homossexual, portanto por aí ela trabalhou bem (...) e eu na altura, e continuo a achar que foi bom procurar pessoas do mesmo sexo que eu. Acho que ela teve um trabalho impecável porque resultou muito bem! [1996] (GD2.3:347,2084)

Esta atitude foi comentada negativamente por outros participantes do mesmo grupo, aquando da discussão:

> o importante é o [o] processo de autonomização em que [os terapeutas] podem ajudar (...) e não propriamente estarem a indicar (...) eu acho que o importante é trabalhar no sentido de dar liberdade à pessoa de tomar a opção que quiser (...) [dizer] «olhe faça isto ou faça aquilo» acho um bocado sem sentido (...) é uma receita só que em vez de ir à farmácia é a bares! (GD2.3: 628, 2094)

Alguns clientes avaliaram positivamente o processo terapêutico, dele salientando a possibilidade de relativização da visão do mundo e o auxílio na desmontagem dos preconceitos, assim trabalhando a homofobia internalizada:

> de facto, essa relativização que ele tentava fazer das coisas, que eu acho extremamente relevante (...) acima de tudo, é o que é mais importante (GD2.3:1362)

> eu acho que acima de tudo o que ele fez foi desmontar os meus preconceitos e acho, acho que foi o papel mais importante dele, foi desmontar um pouco a construção que eu tinha feito, desde muito cedo (...) a educação que eu recebi era extremamente, digamos, conservadora e tradicional - portanto, nessa medida, os preconceitos já eu os tinha todos, portanto o que ele fez foi a desmontagem dos preconceitos, (...) portanto nessa medida digamos que soube respeitar a individualidade e parece que é uma pessoa que sabe de facto respeitar os outros (GD2.3:1108)

> no meu caso, o que se passou é que ao longo do tempo é que eu me fui apercebendo dos preconceitos; à medida que ia lá às consultas é que eu me ia apercebendo que tinha muitos preconceitos. Afinal não eram as outras pessoas que os tinham, mas era eu! (...) Portanto, eu acho que o principal, digamos, papel de uma pessoa que saiba entender as situações é de facto, fazer essa desmontagem toda, que eu acho que todos nós, precisamos de fazer de certa forma...(GD2.3:1179)

Clientes houve que referiram também esse apoio como um processo libertador, conduzindo a uma abertura e despreocupação relativamente ao juízo dos outros, e facilitador de compreensão dos sentimentos e dificuldades:

> agora sinto-me completamente livre (...) adquiri uma naturalidade (...) e as coisas foram sendo aceites e realmente, hoje em dia, aquela preocupação que primeiro eu tinha das pessoas saberem que eu era «Oh! Olha é maricas, é isto!» e depois a procura, que eu queria, de uma relação só homossexual e que tinha que ser só assim e que não... e todas essa coisas que eram fóbicas (...), que realmente me constrangiam, desapareceram e isso foi, não há dúvida, o trabalho desse psiquiatra e da equipa terapêutica que depois no psicodrama o foi acompanhando. Hoje, tenho (...) uma coisa que muita gente às vezes acha demasiado moderna, mas que para mim não é demasiado moderna: é uma família, só que é diferente das outras [1998] (GD2.3:168)

> eu, nessa medida, estou-lhe imensamente grato, não é, porque isto para mim foi uma situação muito difícil (...) eu cheguei lá com aquela coisa muito de dizer e de centrar a questão na homossexualidade; à medida que o tratamento se prolonga, eu começo a perceber que a homossexualidade é uma pequena parte daquilo que me faz sentir daquele modo, portanto, há muitas inseguranças, muitos medos que a pessoa tem de expor em frente à outra, analisá-los e voltar a retomar e a reconstruir-se; e esse é que eu acho que, no meu entender, é o papel essencial dum psicólogo, dum psiquiatra (GD2.3:550)

Foram ainda valorizadas a capacidade demonstrada pelo clínico em ajudar o cliente a confrontar-se com as dificuldades sociais futuras, assim como a compreensão daquilo que era importante para o cliente, ou seja, o discernimento das necessidades deste (em relação ao seu próprio quadro de vida) para além do que ele próprio consegue discernir ou verbalizar:

> o que eu acho que foi importante no terapeuta foi pegar naquilo que me conhecia e (...) com a minha maneira de ser, que realmente eu procurava relações relativamente longas ou estáveis, e realmente relações de uma noite ou duas desestabilizavam-me imenso e aos poucos (...) o terapeuta foi importante a tentar direccionar-me naquilo que no fundo eu realmente queria e realmente foi bem sucedido, porque eu consegui aos poucos libertar-me desses sítios e isto para chegar à conclusão que o terapeuta conseguiu, sem me dar indicações - «Agora aqui, agora vais experimentar acolá, agora ali». Sem isso, eu próprio comecei a descobrir coisas e o que era, o que realmente me perturbava (também sei claro, com as técnicas que têm, não as conheço nem as domino). Conseguiu, digamos, encaminhar-me dentro daquilo que era calmo para mim e que me dava uma maneira de viver estável e isso consegui (GD2.3:627)

> para mim foi importante, quando consultei a psicóloga, um alerta que ela me fez de que eu teria um percurso ainda muito sofrido (...) disse-me para eu ir ter com as coisas que eu queria, para procurar (GD2.3: 2216)

A focalização na estrutura global da pessoa (e não só, como salientou um cliente, da sua "estrutura homossexual") foi reconhecido como um aspecto importante a valorizar relativamente à avaliação do processo terapêutico:

> os medos, na generalidade, que nós enfrentamos (...) o medo de enfrentar as situações, de ser capaz de sentir afecto, ser capaz de [me] sentir atraente, ser capaz de desenvolver trabalho, de ter, portanto, de ter em diversos aspectos da vida - como ele dizia - não só no aspecto afectivo, como no aspecto profissional, na vida familiar, na vida com os amigos, em tudo isso, na vida consigo próprio, aí isso é que eu acho que isso é importante... esse criar dessa estrutura... da vida connosco (GD2.3:2140)

A focalização na infância, possibilitando a transformação e a reintegração dos acontecimentos nela ocorridos, foi igualmente considerada relevante por um cliente:

> no meu processo, achei importante falar sobre várias coisas que me tinham ocorrido durante a infância, por exemplo... e que me tinham marcado muito e que foram importantes para depois eu conseguir. Portanto, ajudou-me a transformá-las e a reintegrá-las dentro de mim... e eu isso acho um bocado difícil, de facto, acho um processo difícil porque essa, essa questão de voltar a coisas que nos foram difíceis de lidar e é sempre um processo muito doloroso, não é, mas acho que é importante (GD2.3:2151)

"Certas dinâmicas de grupo", como o psicodrama ou o modelo bioenergético – "que tenham uma relação corporal" – foram referidas como experiências positivas e muito importantes:

> [tive] dois tipos de experiências positivas, umas são dinâmicas de grupo, eram pessoas que se reuniam e também fazíamos psicodrama (...) fizeram-me evoluir bastante, ajudaram-me bastante e (...) certas mulheres com quem fiz terapia, algo bioenergético (GD2.1:1650)

> durante uns cinco anos fiz psicodrama, mas depois, entretanto, fiz psicodrama por motivos completamente diferentes; lá está, depois (...) como aquilo resultou, aproveitei para endireitar a minha vida toda! profissional e assim, mas isso já não (...) [teve] propriamente a ver com [a homossexualidade] (GD2.1:181)

Curiosa é a referência, pelo alcance que poderá ter, a intervenção de um clínico ao encarar a orientação homossexual como normal, atingindo não só o cliente, como outros, através do cliente:

> o terapeuta (...) transformou para ela [a minha amiga], e depois ela indirectamente para mim, (...) a homossexualidade numa característica humana (...) e isso ajudou-me imenso. (...) deixou-me muito à vontade, foi muito bom, foi muito bom (GD2.3:995)

Se, nalguns casos, a avaliação do processo terapêutico foi positiva, outros casos houve em que esse processo foi avaliado negativamente. Note-se que aconteceu, por vezes, que um cliente avaliou negativamente um processo terapêutico e positivamente outro.

As experiências avaliadas como negativas passaram por atitudes, assumidas pelos terapeutas "ainda por cima [dito] por um psicoterapeuta!" , de incompreensão, rejeição e/ou negação da homossexualidade do cliente, o que levou, na maior parte dos casos, a abandono do apoio por parte do cliente. Para alguns clientes, inicialmente durante um "muito curto prazo" esta negação da homossexualidade foi sentida como tendo sido motivo de "alívio", de "descanso", mas posteriormente avaliada como "traumatizante", "terrível, terrível, terrível",:

> fui a um psiquiatra e fiquei extremamente chocado (...) disse-me que não compreendia a homossexualidade, achava contra-natura, era contra a natureza, e eu rebelei-me completamente contra o psiquiatra naquele momento [ano de 1993] (GD2.1: 1180)

> a Dra. X [psicóloga] acabou por me levar a uma consulta de psiquiatria, porque eu precisava de tomar medicação para dormir e a psiquiatra na primeira vez que me viu, passado cinco minutos de estar comigo, estava-me a dizer que eu não era nada homossexual, que estava deprimida porque o que eu gostava era de homens. Portanto a minha orientação era heterossexual e não homossexual. É evidente que quando cheguei ao pé da psicóloga, disse-lhe: «eu nunca mais quero ir àquela psiquiatra, porque eu não estou cá por ser homossexual ou heterossexual, eu estou cá porque estou deprimida! [ano de 1985] (GD2.2:87)

> arrependi-me de ter ido (...) ele disse «oh pá, isso não é nada, isso não é absolutamente nada! Eu vou-te receitar aqui umas casas de dança e umas pensões (...) vais assim a umas lojas, as balconistas, vais falar com elas, tenta engatar assim umas coisas às vezes (...) vem daqui a seis meses, vais voltar e vais ver que resultou» (...) foi um ano e meio que andei ali quer dizer aquilo fez-me muito pior e eu depois fiquei muito confuso (...) comecei com uma má experiência (...) era para ter que assumir uma heterossexualidade [ano de 1987] (GD2.3:72, 192)

> disse-me «(...) não se preocupe , você não tem estrutura de homossexual». A princípio, fiquei muito descansada, respirei fundo (...) no fundo, eu quis ouvir aquilo que ele me disse, aquilo sossegou-me ... o que é certo é que a coisa foi piorando, piorando, piorando, piorando (...) a forma como isto foi aceite...eu acho, para mim, pelo menos, foi profundamente traumatizante. O pior é que eu estava casada e ele disse-me isto: «Repare, você não tem estrutura e digo-lhe mais: se o seu marido fosse uma pessoa mais meiga...e é isso que você tem que, pronto, tentar encontrar...se ele for uma pessoa mais meiga, eu estou convencido que essas coisas lhe passam». Obviamente que a pessoa depois internaliza a culpa, não é? começa é a pensar «a culpa é minha»(...) Eu estive (...) quase à beira do suicídio [ano de 1988] (GD2.3:738, 1050)

Surgiram referências negativas a modelos terapêuticos, como a terapia aversiva e uma experiência de grupo cujo modelo teórico não foi identificado. Esta experiência de grupo foi apresentada como negativa relativamente à homossexualidade, embora fosse avaliada positivamente relativamente a outros aspectos, como apoio num trabalho e promoção de uma maior racionalidade:

> [fiz] a terapia comportamental com reflexos condicionados, mostrando-me fotografias de homens nus e mulheres nuas, e de seguida levava electrochoques, achei que era realmente sadismo a mais e nunca mais lá apareci (...) nem quero comentar [ano de 1970] (GD2.1:96)

> nos grupos havia sempre pressão para deixar de ser homossexual (...) num grupo fui obrigado a sair, porque o grupo era de tal maneira compulsivo para que eu deixasse de ser homossexual que, inclusivamente, houve uma pessoa que me propôs que eu não tivesse sexualidade nenhuma, que evitasse todo o tipo de contacto sexual, que me limitasse só a olhar e a sorrir e a dar uma fala, mas o grupo fez tanta pressão que inclusive um homossexual que esteve lá comigo, meio ano antes, saiu também, quer dizer, os homossexuais que passavam por ali parece que eram obrigados a ser heterossexuais ou então tinham mesmo que sair e eu saí, já estava farto daqueles gajos que eram mais homofóbicos que eu, quer dizer, não havia pachorra ! [ano de 1970] (GD2.1:356)

A avaliação negativa passou também pela denúncia da percepção de um sentimento de insegurança por parte da terapeuta face à homossexualidade:

> comecei a verificar que de facto ela estava muito insegura em relação à homossexualidade (...) e chegou a um certo ponto que[eu] disse «Não, basta! Ela não está ainda muito bem informada daquilo que é a homossexualidade, por isso eu não me sinto seguro de estar a falar com uma pessoa que me transmite uma certa insegurança no que respeita (...) ao tema e propriamente à sexualidade». E eu próprio decidi acabar com a terapia (...) e afastei-me [ano de 1997] (GD2.3:458)

Os sentimentos associados a estas experiências foram de perda de tempo, de atraso no processo de aceitação e consequentemente de arrastamento da dor, conduzindo ao alargamento da imagem negativa do terapeuta aos técnicos de saúde mental em geral :

> houve uma altura de revolta, porque afinal eu pensava que podia ter começado o processo que comecei depois naquela altura e tinha ganho alguns anos e não tinha estado tão deprimido e tão *stressado* (GD2.3:828)

> o que é certo é que poder-se-ia ter evitado um sofrimento imenso, porque isto foi em 1988 (GD2.3: 1048)

> ela deixou-me uma certa má imagem em relação aos psicólogos e aos psiquiatras, nesse aspecto, porque de uma forma geral eu olhava para psicólogos ou pensava em ir a outros, mas pensava «se me acontece o mesmo que é que eu vou fazer? (GD2.3:477)

Foi, ainda, referido o papel desempenhado pelos clínicos na devolução e imposição de preconceitos ao cliente:

> fui ao psiquiatra e estava à espera de ir resolvendo algumas coisas e senti ali [que ele] realmente tinha um conjunto de preconceitos e (...) uma capa social pesada que transmitia ao paciente que me desestabilizou muito. (...) Eu vou à procura de uma certa abertura e ainda me caiem em cima com mais uma capa de preconceitos (...) então aí é que, me senti realmente uma ave rara...e [vi] que alguma coisa estaria mal (GD2.3: 1073)

A aceitação incondicional da homossexualidade, por parte do terapeuta, sem comentários ou sem qualquer justificação, e a ausência de qualquer posição foram sentidas como negativas. Disse-se que não se entendia facilmente o contraste entre essa posição e a atitude de condenação observada socialmente – por isso não surgia como clara a razão da aceitação. Foi ainda referida a ausência de abordagem da temática, pelo terapeuta, com a família, o que era sentido como uma necessidade:

> achei frustrante a minha relação com X (...) a ideia com que fiquei foi que não servia para nada ou terá sido negativo, quer dizer, a ideia que eu tenho é que ele ouvia e que não dizia nada, quer dizer (...), não tenho ideia de ter beneficiado de todo com essa primeira experiência (GD2.1:954-958)

> fiquei muito admirado: quando lá cheguei [ao psicólogo] teve a melhor reacção possível, eu é que não estava preparado para aquela reacção (...) tinha ali uma pessoa que tinha a abertura toda para aquele assunto, mas depois chegava a casa e não podia dizer de maneira nenhuma à minha mãe o tipo de conversa que tivemos e entretanto nunca mais voltei a lá ir, porque achei que não tinha mais nada para falar com ele, uma vez que ele achava que aquilo era natural e que eu devia também achar. Nunca mais voltei a ir a nenhum psicólogo. Quer dizer, ele encarava com naturalidade, mas não me disse muito bem, porque é que eu deveria encarar aquilo bem, eu continuei a saber o que aquela pessoa achava, mas o resto das pessoas que eu conhecia [não] (...) não me ajudou assim muito (...), gostava que os meus pais estivessem lá no consultório, para eles ouvirem também o que é que ele estava a dizer-me (...) estava à espera que ele me desse por exemplo um manualzinho [para lidar com os pais] (GD2.1: 1369,1443;1480)

Esta mesma atitude de indiferença foi, por outro elemento, comentada como positiva:

> o tal psicólogo encontrou esse meio termo, ao mesmo tempo que abordou o tema dizendo que era normal, não centrou exclusivamente a conversa sobre a homossexualidade para não o fazer sentir que era uma parte preponderante e determinante na vida dele (GD2.1: 1525)

Neste sentido, comenta-se a importância do "meio termo", onde não dominaria nem uma atitude de rejeição, nem uma atitude de indiferença:

> eu acho que me sentiria menosprezado se a pessoa, se eu dissesse «sou homossexual» e a pessoa ficasse assim indiferente (...) acho que me sentiria muito mal, desconfortável, há que encontrar um ponto de equilíbrio que não é nem a indiferença nem espanto (GD2.1:1510)

Houve ainda avaliações da intervenção como tendo tido um efeito nulo no cliente, quer porque foram muito centradas no apoio farmacológico, quer porque não tinham sentido, devido ao facto de resultarem de indicação dos pais:

> a consulta não foi assim muito produtiva, no sentido em que ele me deu uns comprimidos para tomar. Nem me fez bem nem mal, deu-me foi uns comprimidos, e eu fiquei toda contente, lá consegui arrebitar (GD2.2:774-785)

> a minha primeira experiência foi aos 17 anos, por obrigação dos meus pais (...), com uma psicóloga, e o objectivo era curar-me da minha homossexualidade, ao fim da 3ª sessão deixei de lá ir, porque achava que ela falava mais do que eu (...) e porque não tinha nenhuma vontade de lá estar, não estava ali a fazer nada (GD2.1:412)

Igualmente avaliada como profundamente negativa é a percepção de assédio sexual por parte de terapeutas:

> a minha experiência com Z [em 1967] foi desastrosa. Hoje, aquele senhor devia ser um desviador de menores sentou-se num coiso do meu sofá lá na chafarrica dele e pôs-se com um ar horroroso, mas horroroso, a dizer «com que então gostas de meninas!» com um ar de sabujo! As perguntas dele eram o que é que eu fazia, como é que eu fazia (...) bem, uma coisa de sabujo. E eu recusei-me, recusei-me depois dessas coisas, recusei-me a lá ir (...) esta foi a experiência negativa (GD2.2 522-527)

> há aí abordagens que eu diria mesmo ordinárias. Eu hoje já conheço mais mundo, se fosse abordada assim por um tipo ou por uma fulana... (GD2.2 2079-2093)

* * *

Estes foram basicamente os principais eixos por que se orientaram as avaliações do processo terapêutico feitas pelos clientes. Comentários, observações e mesmo objecto de reflexão, as vivências dos clientes no espaço clínico distribuíram-se em aspectos positivos e aspectos negativos. Com a apresentação das categorias relativas às questões clínicas, terminou-se a análise de conteúdo dos discursos dos clientes. Importa, agora, reflectir sobre possíveis sentidos subjacentes a esses mesmos discursos, reflectir, portanto, sobre as leituras que os enformam.

4.2.5. Reflexões sobre os discursos dos clientes acerca das questões clínicas

Pelas intervenções dos clientes, infere-se que a homossexualidade é motivo de procura de apoio devido a dificuldades de várias ordens: em aceitar os sentimentos, quer do próprio, quer por parte da família (de tal forma que situações houve em que foram os pais que levaram os filhos à consulta); a dificuldade de comunicação e relacionamento com os outros, que a identificação como homossexual provoca; a necessidade de falar dos sentimentos; e ainda a necessidade de se lidar com o desejo de se ter uma relação estável. É possível verificar que estes motivos relacionados com a homossexualidade estão associados, em grande parte, à forma como o olhar dos outros é percebido e receado.

Para além da homossexualidade, outros motivos levaram os clientes participantes neste estudo a pedir apoio psicoterapêutico. Assim, tal como relativamente a pessoas com

orientação heterossexual, podem encontrar-se entre os motivos de procura de apoio situações clínicas como depressões ou fobias; dificuldades escolares e profissionais; situações de desgosto amoroso; traços de personalidade ou questões ligada à seropositividade. Em todos estes casos, os clientes foram unânimes em considerar que a homossexualidade, condição por todos aceite, não interferia em nada naquelas situações.

Incluídos nos motivos de pedido de apoio não relacionados com a homossexualidade, foram referidos sintomas depressivos e dificuldades emocionais e relacionais. Note-se que Sorensen e Roberts (1997), na apresentação de uma investigação sobre saúde mental e experiências de vida de mulheres lésbicas, a partir de uma recolha de dados feita em Boston a mais de mil e quinhentas mulheres, referem que depressões e problemas de relacionamento eram os factores mais relevantes na procura de apoio, questões similares às encontradas para outras mulheres. O texto compara igualmente dados anteriores com os obtidos neste estudo, que referem ter sido o álcool e tentativas de suicídio os factores que mais comummente levavam as mulheres lésbicas a procurar apoio. Sorensen e Roberts referem, ainda, que as taxas de suicídio baixam significativamente após a adolescência e o *coming out,* e que menos do que 5% de sujeitos da amostra refere ter procurado terapia para lidar com questões de alcoolismo ou outra toxicodependência. O estudo de Sorensen e Roberts confirma, de resto, um estudo anterior realizado, em 1988, por Bradford e Ryan. Nesse estudo, utilizou-se uma amostra de quase duas mil mulheres lésbicas de quinze estados dos EUA e colocaram-se questões relacionadas com uma variedade de experiências de vida e com aspectos ligados à saúde. Os resultados obtidos foram os seguintes: 73% das mulheres tinha recebido alguma forma de apoio psicológico; os principais motivos de procura de apoio eram lidar com sentimentos de tristeza ou de depressão (sendo este o motivo mais comum), com relacionamentos ou problemas amorosos, com problemas familiares e com questões de stress ou ansiedade. Apenas 21% das mulheres referia ter procurado apoio para lidar com o seu lesbianismo.

A escolha prévia de um terapeuta revelou-se como uma tarefa difícil pelo receio da posição que esse terapeuta pudesse vir a manifestar relativamente à homossexualidade. A afirmação de um cliente sobre a importância da consciência da configuração da homossexualidade para o clínico vai ao encontro do que propõem os defensores do modelo afirmativo *gay*, que, por uma questão de protecção do cliente, o aconselham a obter previamente informações sobre o modelo em que o terapeuta se enquadra e a sua posição em face da homossexualidade. Vários clientes referiram que

a verdadeira escolha é a da continuidade, pois, na maioria dos casos, é difícil ter previamente acesso a dados que informem sobre a posição do terapeuta[220]. Neste sentido, no estudo de Liddle (1997) (que encoraja expressamente clientes *gays* e lésbicas a procurarem clínicos que tenham uma atitude afirmativa), os clientes homossexuais tinham recorrido a apenas mais um terapeuta do que o grupo de clientes heterossexuais. A autora atribuiu essa diferença exactamente ao facto de *gays* e lésbicas fazerem a sua escolha após a primeira sessão. Assim, os primeiros contactos funcionarão como avaliação para a decisão sobre a escolha e sobre o nível de satisfação que o terapeuta pode oferecer.

Da discussão havida nos grupos ressalta o facto de se ter considerado que as terapeutas mulheres habitualmente lidam melhor com a situação de homossexualidade dos seus clientes do que os terapeutas homens, o que poderá ser explicado pelo facto de a homofobia não fazer parte do modelo socialmente desenvolvido para o papel atribuído às mulheres. É que a construção da masculinidade integra uma identidade construída a partir da negação da feminilidade. Porque a imagem estereotipada da homossexualidade está ligada ao feminino, essa construção integra também uma identidade construída a partir da negação da homossexualidade[221]. A associação entre sexo e as atitudes, em face da orientação homossexual, é referida também por Kerns (1994). O modelo geral da relação entre papéis sexuais e o nível de homofobia poderá explicar a referência ao facto de as terapeutas mulheres aceitarem melhor a homossexualidade dos clientes.

Adicionalmente, as terapeutas mulheres foram referidas como tendo maior capacidade de aceitação, o que foi atribuído também à maior capacidade que as mulheres habitualmente manifestam em acarinhar. A explicação dada por alguns clientes participantes deste estudo para o facto de os terapeutas homens heterossexuais implementarem menos práticas afirmativas foi de que os homens heterossexuais não podem saber o que é ser homossexual, e que o facto de associarem esta característica

---

[220] Em Portugal, tanto quanto foi possível saber, não existem guias com este tipo de informações, à semelhança dos guias *pink* existentes noutros países, como é o caso da Holanda ou da Inglaterra, por exemplo.

[221] Cf. Vale de Almeida (1995): "Entre os homens, a masculinidade assenta fortemente nos aspectos especificamente sexuais e as divisões internas entre os homens estabelecem-se analogamente às divisões entre homens e mulheres. A masculinidade é frágil, em termos sexuais nada se pode mostrar de concreto (...) pelo que tanto o medo como a forma de agressão mais comum se fazem na linguagem da homossexualidade, enquanto categoria passiva, simbolizada na imagem da penetração anal, feminizando assim o homem (...). Por sua vez, a homofobia situa e exorciza o perigo homossexual da homossociabilidade. Nunca é demais referir que uma das características centrais da masculinidade hegemónica, para além da «inferioridade» das mulheres, é a homofobia." (pp. 68-69).

à feminilidade, o que por sua vez é uma característica que negam para si, os leva a rejeitarem a homossexualidade por temor de esta lhes poder ser associada.

Se, por parte dos terapeutas, há posicionamentos que se podem enquadrar em determinado tipo de modelos, também por parte dos clientes isso acontece. A discussão em torno da orientação sexual do terapeuta dividiu-se entre a defesa da sua irrelevância e a adopção de uma posição mais radical em que se defendia que um homem heterossexual não poderia nunca entender um homem homossexual (note-se que, em relação às terapeutas mulheres, como foi dito acima, esta questão não se colocou). Este posicionamento denuncia a presença do binómio heterossexualidade/ homossexualidade, a adopção de categorias estáveis e fixas, não permeáveis, e a convicção de que a orientação sexual norteia todos os aspectos da vida dos indivíduos. Levado até ao limite, um argumento deste tipo expressa uma atitude também preconceituosa, eventualmente traduzida no separatismo.

Entre os clientes portugueses, para um nível de satisfação considerado positivo com os seus terapeutas, considerado mais importante do que a orientação sexual do terapeuta, foram as práticas implementadas, tal como noutros estudos (Liddle, 1997, Stein & Cohen, 1986) e o modelo teórico em que se situam, tal como no estudo de Frossard (2000). E, à semelhança do que refere Graglia (2000), relativamente ao contexto italiano, e Liddle (1997), no que diz respeito aos EUA, também para os clientes participantes neste estudo o atributo mais importante do terapeuta foi a disponibilidade para o respeito pela orientação sexual e pelo estilo de vida do cliente.

Porém, quando o motivo de apoio não tinha a ver com a homossexualidade, os clientes referiram dois tipos de estratégias por parte dos clínicos. Nuns casos, ainda que o cliente não tivesse posto em questão a sua orientação sexual, a atitude do terapeuta foi lida como condenatória, por procurar as causas da homossexualidade e a considerar meramente como uma etapa ou negá-la. Noutros casos, a atitude era ou não relevar a homossexualidade na intervenção terapêutica, ou aceitar explicitamente a vivência da sexualidade, ao mesmo tempo reconhecendo a existência das dificuldades em termos sociais. Neste segundo posicionamento, ou se aborda a homossexualidade de forma a tentar perceber o seu significado na vida do cliente, ou se procura entender o cliente globalmente, oferecendo-lhe a possibilidade de construção de uma leitura afirmativa de si mesmo.

As descrições sobre as atitudes condenatórias dos terapeutas revelam que, nalguns casos, a homossexualidade do cliente incomoda mais o terapeuta do que o próprio cliente, uma vez que, mesmo quando o pedido de apoio não tinha a ver com a homossexualidade, o terapeuta insistia em procurar causas para justificar a implementação de terapias, e, ao negar a orientação sexual mencionada pelo cliente, adaptava a interpretação que faz do cliente ao seu próprio desejo.

Se é grave a atitude condenatória, por parte do terapeuta, nos casos em que o cliente diz integrada a sua homossexualidade, essa atitude reveste-se ainda de maior gravidade quando existe, por parte do cliente, uma posição de incerteza ou de ambivalência relativamente à sua própria orientação sexual – situação descrita por vários clientes. McHenry & Johnson (1993) comentam que, quando um cliente se refere à sua homossexualidade com ambivalência e tem sentimentos contraditórios em face de poder ser homossexual, o terapeuta pode ser cúmplice, atribuindo a esta ambivalência o significado de que o cliente não é homossexual, ou, ainda, que os sentimentos homossexuais reflectem uma fase, especialmente se o cliente tiver alguma história de relacionamento ou experiência heterossexual. O terapeuta pode, ainda, assumir que, caso se trate de um cliente adolescente homossexual, o seu nível de desenvolvimento o impede de determinar claramente a sua orientação sexual.

Nos grupos de discussão de clientes, somente um cliente se referiu ao facto de ter sido seguido através de uma técnica aversiva. É importante notar que tal se passou nos anos 70, quando as terapias aversivas eram aplicadas pelos técnicos de saúde de uma forma confiante e com o objectivo de reduzir o mal-estar do cliente convertendo-o em heterossexual.

Houve clientes que referiram a interpretação da sua orientação sexual feita pelo terapeuta como resultado de uma inadequação da forma como a sua sexualidade era praticada. Estes mesmos clientes indicaram ter sido aconselhados a tentar melhorar o desempenho sexual junto de pessoas do outro sexo. Receitar a procura de espaços onde, aparentemente, são facilitados os encontros heterossexuais ("casas de dança" ou "pensões") é, no caso em questão, uma atitude prescritiva, que denuncia uma visão profundamente negativa da homossexualidade, entendendo-a como uma falha do relacionamento heterossexual e visando a alteração da orientação sexual do cliente, "normalizando-a".

Uma estratégia contrária, por parte dos clínicos, foi mencionada por alguns clientes, ao referirem o terem sido incentivados a procurar espaços onde os encontros com pessoas homossexuais eram facilitados. Também prescritiva, esta atitude é reveladora de uma posição afirmativa, indo, como é referido na categoria estratégias, nos grupos de discussão dos clínicos, ao encontro de algumas propostas do modelo afirmativo *gay*, que considera que um terapeuta deverá conhecer os recursos e espaços referentes à "comunidade" homossexual.

Várias outras estratégias foram referidas pelos clientes como tendo sido implementadas pelos clínicos. Foram elas: a aceitação da homossexualidade "com naturalidade"; a desmontagem dos preconceitos; o descentramento da orientação sexual, focalizando a intervenção nos diferentes sentimentos do cliente e ainda o diálogo com pais de adolescentes homossexuais, tranquilizando-os relativamente à saúde dos filhos. Excluindo a desmontagem de preconceitos e o diálogo com os pais de adolescentes (claramente estratégias que se centram no trabalho da homofobia internalizada), as outras duas estratégias referidas se, por um lado, poderão ser favoráveis à aceitação dos clientes da sua sexualidade, visto não questionarem a homossexualidade, poderão, por outro lado, caso esse aspecto não seja claramente avaliado, conduzir exactamente à manutenção da homofobia internalizada.

São, ainda, de referir casos em que, através dos testemunhos de clientes, se pode detectar o viés do terapeuta em relação à leitura da homossexualidade, assim como um subtil exercício de controlo do processo terapêutico, conducente à transmissão de um determinado tipo de valores. Tentar saber qual era "a relação com o pai, com o irmão e (...) se havia ali qualquer problema", ou situar o tema da orientação sexual em "histórias relativas à infância e à família", convocando, por parte do cliente, uma análise da etiologia da homossexualidade, é entender a orientação sexual como o resultado de uma causalidade estruturada em modelos da dinâmica familiar. Mais do que isso, a forma como esta visão é transmitida ao cliente poderia levá-lo a atribuir a sua orientação presente ao modelo adoptado pelo terapeuta. Nos dois casos em questão, o que é interessante é que esta estratégia não foi identificada pelas clientes; tanto num caso como noutro é devolvida uma visão de neutralidade que não corresponde ao preconceito encoberto.

Ainda no que diz respeito às atitudes dos terapeutas sentidas pelos clientes, refira-se que, embora o presente estudo se centre apenas nos técnicos de saúde mental, é de notar o comentário de um cliente ao facto de o médico de família, ao ter conhecimento

da sua homossexualidade, e provavelmente devido a uma associação da homossexualidade a um desequilíbrio biológico, encaminhar para outras especialidades, que considera poderem dar resposta mais adequada, como a neurologia: "o médico de família contactou a minha avó, mandou-me para um neurologista" (GD2.1:231).

A dificuldade sentida pelos clientes em falarem da sua homossexualidade com os clínicos pode ser sinal de ausência da criação por estes de um contexto propício à expressão espontânea dos sentimentos e das preocupações. Note-se que a atitude de total neutralidade por parte do terapeuta relativamente à orientação sexual do cliente não parece ser a fórmula desejável: cria-se um "null environment" (Fassinger, 1991), situação já aqui referida nas reflexões sobre as questões clínicas para os clientes, em que o cliente é deixado, pela ausência de *feed-back* do terapeuta, sem qualquer ponto de referência por que se guiar. Talvez mais lamentável ainda seja o facto de a falta de abertura por parte do cliente advir do receio construído (e muitas vezes confirmado) de devolução por parte do terapeuta de uma imagem negativa da homossexualidade, que a sociedade veicula e que o terapeuta secunda.

Se entre os motivos de procura de apoio dos clientes se encontravam aqueles que não tinham a ver com a homossexualidade e se relacionavam com questões várias, entre os quais a não aceitação de certos traços de personalidade e aspectos mais clínicos, como depressões ou fobias, as avaliações da intervenção valorizam o auto-conhecimento, o desenvolvimento da capacidade de uma maior auto-aceitação e o ultrapassar de inseguranças. Estas avaliações revelam que a homossexualidade não foi obstáculo para uma intervenção considerada satisfatória pelos clientes, o que denuncia a existência de terapeutas que, independentemente do entendimento que possam ter da homossexualidade, não a questionam quando os clientes não apresentam qualquer dificuldade com ela relacionada. Em face de pedidos de apoio directamente relacionados com a homossexualidade, verificou-se igualmente a valorização de uma posição afirmativa da homossexualidade, sem preocupação com rótulos ou com as causas, e estimulando o contacto com outras pessoas homossexuais. Esta importância do estabelecimento de contacto com pessoas com a mesma orientação sexual é, de resto, sustentada por vários autores, entre os quais Cass (1984), Troiden (1983) ou Coleman (1982), que nos seus modelos de desenvolvimento de uma identidade homossexual, apresentam uma fase caracterizada pelo desejo de criar laços conducentes a um reforço da própria identidade. É assim que estes autores aconselham que a tarefa do terapeuta inclua o desenvolvimento de competências no

cliente de procura de espaços onde o estabelecimento desses laços seja possível. Note-se que nenhum terapeuta reconheceu ter utilizado esta estratégia.

Momentos houve em que, quando o problema explícito que conduzia à consulta era a dificuldade de lidar com a orientação homossexual, alguns clientes avaliaram positivamente a intervenção dos terapeutas. Aspectos como a não preocupação com o rótulo, a criação de um espaço libertador e facilitador da compreensão dos sentimentos, o trabalho com a estrutura global da pessoa ou a desmontagem de preconceitos foram referidos como indicadores de sucesso do processo terapêutico. Podem, nesta avaliação, observar-se referências a atitudes e práticas do terapeuta que poderão ser enquadradas no modelo da terapia afirmativa *gay*. Efectivamente, a não preocupação com o rótulo e a criação de um contexto que facilite a compreensão dos sentimentos são posturas que, embora não propriamente afirmativas, revelam aceitação da sexualidade do cliente. O trabalho com a estrutura global, mais uma vez, não sendo uma estratégia claramente afirmativa, centra-se nas dificuldades reveladas, o que poderá implicar algum esforço terapêutico, relativamente às dificuldades sociais associadas à orientação, ajudando, assim, a desenvolver formas de lidar com a homofobia social. Finalmente, a desmontagem de preconceitos, como atrás se referiu, é fundamental no modelo de terapia afirmativa *gay*, para o confronto com a homofobia internalizada.

As atitudes, por parte dos técnicos de saúde, quer de negação da homossexualidade do cliente, quer de insegurança em relação ao tema mesmo da homossexualidade, conduziram a uma visão negativa dos terapeutas e levaram à formação generalizada de uma imagem negativa de todos aqueles que lidam com a saúde mental. Conduziram ainda, o que é mais grave, à internalização, por parte do cliente, da própria homofobia do terapeuta. Este facto pode levar a que se resista à procura de apoio em situação de necessidade, a fim de evitar o confronto com este tipo de atitudes por parte do terapeuta ou, ainda (embora não tenha sido mencionado por nenhum elemento participante neste estudo), a que se ocultem referências à temática da sexualidade.

Esta avaliação dos terapeutas cobriu ainda o recurso à terapia aversiva, assim como a devolução (quando não imposição) de preconceitos. Foi também mencionada como negativa uma experiência de grupo implementada por um terapeuta (curiosamente, o mesmo, de resto, que levara a cabo a terapia aversiva). É interessante reflectir sobre o significado de que se pode revestir o papel do terapeuta na propagação de uma determinada imagem, agora também no grupo terapêutico: se ele funciona como

espelho para o cliente, quer na devolução de uma leitura positiva que este cria de si próprio, quer na devolução de uma leitura negativa, ele representa também um papel crucial de catalisador nas opiniões e juízos de valor emitidos no contexto de um grupo terapêutico (por sua vez , representação microssocial). É assim que certas dinâmicas de grupo, como as enquadradas nos modelos bioenergético e psicodramático, foram avaliadas como muito gratificantes, tendo delas sido valorizada a integração do corpo na terapia. Logo, se habitualmente o mal-estar em relação à homossexualidade tem a ver com a imagem que os outros devolvem, a possibilidade de devolução de uma imagem positiva, por parte de diversos elementos do grupo, funcionando com uma micro-representação de um meio social afirmativo da homossexualidade, poderá facilitar a integração da homossexualidade na imagem de si.

A partir da descrição de uma situação de assédio sexual, por parte de um terapeuta, pode inferir-se que há fases em que se é mais passivo e incapaz da denúncia de certas situações. É assim que a cliente em questão, após descrever o que lhe aconteceu aos 16 anos, refere que actualmente reagiria de outra maneira. A "possibilidade de reagir de outra maneira" é apenas possível após a conquista de níveis de desenvolvimento que permitam alguma segurança. Esta mesma incapacidade de reacção tenderá a existir também quando o cliente, numa situação de fragilidade e dúvida, for psicologicamente agredido por um terapeuta que negue, contrarie ou desvalorize os seus sentimentos em relação à sua sexualidade.

Se entre alguns clientes se observou a capacidade de abandonar terapeutas com os quais não se concordava, o que revela uma certa elaboração do conceito de homossexualidade, que permite já um elevado grau de autonomia, pode afirmar-se, tal como na maior parte das investigações revistas (Frossard, 2000, Liddle, 1999b; Stein & Cohen 1986), que também entre os elementos participantes neste estudo o nível geral de satisfação foi positivo.

A explicação dada por alguns clientes, participantes deste estudo, para o facto de os terapeutas homens heterossexuais implementarem menos práticas afirmativas, foi de que os homens heterossexuais não podem saber o que é ser homossexual. A associação entre sexo e aceitação da orientação sexual é também referida por Kerns (1994). O modelo geral de relação entre papéis sexuais e o nível de homofobia poderá explicar a referência ao facto de as mulheres terapeutas aceitarem melhor a homossexualidade dos clientes.

5. REFLEXÕES FINAIS SOBRE O ESTUDO EMPÍRICO

Configurações da homossexualidade e questões clínicas para terapeutas e clientes revestiram-se de contornos diversos, que podem lançar luz sobre a forma como uns e outros entendem, interpretam e sentem a homossexualidade. É este processo perceptivo-cognitivo o núcleo central da intervenção clínica e é a partir dele que se constrói o trabalho terapêutico.

Entre os terapeutas portugueses presentes neste estudo existe ainda uma visão da homossexualidade que é interpretada negativamente: ou considerada, do ponto de vista moral, como um comportamento "contra-natura" (GD2.1:1179), ou explicitamente verbalizada como défice ou falha, ou subterraneamente comentada, através de afirmações dúbias, de movimentos discursivos de ambiguidade, ou mesmo de leituras bizarras. Neste terceiro caso, a atribuição de um carácter negativo à orientação homossexual não seria nunca reconhecida pelos terapeutas. É pelo nosso olhar e pelo olhar dos clientes que esta imagem é devolvida.

É de notar, por exemplo, que a interpretação da homossexualidade como um défice não é obstáculo a que os terapeutas se preocupem genuinamente com o bem estar do cliente e o tentem auxiliar a viver com a sua orientação sexual. Que tipo de impacto terá a intervenção de um terapeuta que, ainda que considerando a homossexualidade um défice e afirmando que as pessoas homossexuais têm o direito de viver bem com esse défice, interpreta o sentimento de bem-estar do cliente homossexual como uma atitude de defesa?

Este duplo padrão poderá provocar no cliente uma situação de "double bind" (Watzlawick, 1967), enclausurando-o numa situação paradoxal e circular do tipo "ajudo--te a ser feliz, embora a tua condição de homossexual te impeça de o ser". Assim, o cliente procurará essa ajuda recorrentemente, estabelecendo uma relação de causa/ efeito entre o seu mal-estar e a sua orientação sexual; a validação (quando não a atribuição) pelo terapeuta deste tipo de raciocínio pode centrar de tal forma o foco de intervenção na homossexualidade (na sua génese), que o cliente se detenha, em cumplicidade com o terapeuta, nesse mesmo foco e dele não saia nunca - porque em torno desse foco incessantemente se moverá.

Não surgiu, por parte dos terapeutas, nenhum objectivo expresso de mudar a orientação sexual do cliente. Segundo os testemunhos dos clínicos e clientes participantes nos grupos de discussão, técnicas concebidas para este efeito, como as das terapias aversivas, já não são utilizadas, porque, como disseram alguns clínicos, os seus resultados não corresponderam aos objectivos: se, nalguns casos, se observava um aumento de comportamentos heterossexuais, a conversão da orientação homossexual do cliente em heterossexual não era conseguida, pois os comportamentos homossexuais mantinham-se. Veja-se, a título de exemplo, a transcrição seguinte do discurso de um terapeuta acerca da avaliação de uma terapia aversiva:

> eu continuo a ver alguns desses homens [que fizeram o "tratamento" com técnicas aversivas]. A um deles perguntei-lhe «então e aquele tratamento que fizemos?» , ele disse-me assim «Ah! Olhe, você acha que não teve efeito nenhum. Eu devo dizer-lhe, que durante aí uns dois ou três anos, todas as mulheres que me apareciam à frente aquilo ia tudo raso - mas nunca deixei de gostar de homens» (GD1.4:7)

Por outro lado, o abandono das técnicas aversivas pode revelar também uma maior aceitação de diferentes sexualidades, o que é, de resto, referido pelos próprios clínicos. A ausência de referência à utilização destas técnicas é também uma constante em estudos sobre o mesmo tema levados a cabo noutros países (Annesley & Coyle, 1998; Frossard, 2000; Golding, 1997; Liddle, 1996). Esta maior aceitação da homossexualidade é visível através da atitude para com as famílias de adolescentes homossexuais. A estratégia de ajudar as famílias a aceitar a sexualidade dos filhos não só foi referida pelos clínicos como tendo sido utilizada, mas também foi descrita por uma cliente que a percepcionou como positiva. Adicionalmente, a ausência de diálogo entre o terapeuta e os pais, ainda que o terapeuta demonstrasse uma atitude de aceitação da homossexualidade do adolescente, foi sentida como negativa: o adolescente sentiu que o apoio do terapeuta, por ficar circunscrito ao espaço da consulta, não teve qualquer efeito.

Apenas num dos grupos de clientes se deram explicações etiológicas da homossexualidade, enquanto essa foi uma preocupação presente em todos os grupos de clínicos. As tentativas de explicação das causas da orientação sexual pareceram ser uma necessidade muito maior por parte da comunidade terapêutica. A única explicação etiológica comum a clínicos e clientes foi a da constelação familiar constituída por uma mãe dominadora e um pai ausente, indo-se assim ao encontro de um dos modelos propostos pela psicanálise. O que parece ser a internalização deste modelo serve a manutenção de uma estrutura social fundada numa dicotomia dos papéis sexuais: a presença de uma mãe dominadora representa uma violação ao papel reservado às

mulheres que, também no exercício da maternidade, se deverão manter submissas e ternas; em contrapartida, o papel reservado ao pai, de exercício e representação da autoridade, é, também aqui, transgredido, pela ausência deste.

Todavia, uma outra visão da homossexualidade foi detectada, uma leitura que se apresenta como positiva, entendendo a sexualidade como podendo ter múltiplas formas de expressão, de valor equivalente. Porém, esta configuração não é por si suficiente para ajudar o cliente a aceitar e a afirmar a sua sexualidade. E o processo é biunívoco: entre aquilo que o terapeuta pensa e aquilo que o cliente pode perceber, entre aquilo que o cliente diz e aquilo que o terapeuta interpreta, há sempre, necessariamente, um hiato. Mesmo terapeutas que não apresentam uma visão negativa da homossexualidade podem desenvolver estratégias que não são efectivas em termos de intervenção, por não assumirem claramente nenhuma posição. Partir da neutralidade, criando, assim, a situação já referida do "null environment" acaba por poder devolver ao cliente a visão socialmente dominante.

São estes, apesar de tudo, os terapeutas mais motivados para a mudança, por se verificar neles a consciência de que poderá haver um viés que não se deseja mas que, pelo contrário, se quer controlar. São pois, necessários instrumentos, estratégias, técnicas de comunicação, que permitam transmitir de forma mais clara a configuração positiva que o terapeuta faz da homossexualidade e, fundamentalmente, permitir que construa ele próprio uma visão positiva da sua orientação sexual e, portanto, de si mesmo. Com os instrumentos adequados (cursos de formação, literatura aplicada aos temas), esse viés pode ser contrariado e implementadas práticas afirmativas.

Também na presente investigação, tal como na de Golding (1997) no Reino Unido, se encontraram clientes que temeram falar da sua homossexualidade chegando mesmo, num dos casos, a abandonar o processo terapêutico por insegurança relativamente aos conhecimentos do terapeuta sobre questões ligadas à homossexualidade. Esta capacidade de identificação da insegurança e da falta de conhecimento do terapeuta sobre questões ligadas à homossexualidade revela, contudo, um conhecimento mínimo, por parte do cliente, da possibilidade de diversas abordagens da orientação sexual. Um cliente mais desprevenido e com dúvidas e inseguranças relativamente aos seus sentimentos aceitaria provavelmente a leitura dada pelo terapeuta da homossexualidade como uma patologia, internalizando-a, não questionando o saber do técnico, a quem atribuiu poder, uma vez que a ele recorreu.

Tendo em conta a listagem feita por Garnets et al. (1991) de práticas inadequadas e práticas apropriadas no trabalho clínico com clientes homossexuais (ver quadro 1, p.175), verificou-se entre os clínicos portugueses participantes neste estudo os dois tipos de práticas, não tendo havido contudo nenhuma alusão às "dificuldades particulares vividas por homossexuais pertencentes a grupos minoritários" (relacionados com categorias sociais como a raça, a idade ou a religião), como fazem notar aqueles autores.

É referido na literatura da especialidade que a revelação da orientação sexual homossexual do cliente geralmente não lhe é fácil e, segundo Coleman e Remafedi (1989), a responsabilidade de abordar o tópico pertence, em última análise, ao clínico. Sophie (1987), referindo-se a clientes lésbicas, afirma que estas podem revelar o seu lesbianismo de uma forma explícita ou fazê-lo casualmente e esperar pela reacção do terapeuta, por forma a decidir se é seguro continuar a abordagem do tema. Considera que é importante, nesta altura, que o terapeuta perceba o quão relevante pode ser para a cliente, não só a revelação da homossexualidade, mas ainda a resposta do terapeuta. Pode não haver outra oportunidade para transmitir uma aceitação não judicativa da orientação sexual da cliente. Se a primeira tentativa falhar, corre-se o risco de a cliente se afastar do tema ou da terapia. Ainda no seu estudo, Garnets et al. (1991) consideram como prática preconceituosa uma avaliação em que o terapeuta desvalorize a auto-identificação do(a) cliente *gay* ou lésbica, assumindo automaticamente a sua heterossexualidade.

Embora não seja objectivo da presente investigação identificar percentagens, é, no entanto, possível afirmar que, à semelhança do que se passou com outros estudos (Annesley & Coyle, 1998; Bradford, Ryan & Rothblum, 1984; Frossard, 2000; Sorensen & Roberts, 1997), em que as percentagens apresentadas relativas às dificuldades relacionadas com a auto-aceitação da orientação homossexual são sempre consideradas baixas, também entre os clientes portugueses participantes deste estudo estiveram quase ausentes como motivos de procura de apoio dificuldades relacionadas directamente com a auto-aceitação da orientação sexual.

E todavia, poderá ser fácil, por parte dos terapeutas, associar a homossexualidade a pedidos de apoio que tenham a ver com traços de personalidade. É que traços que os clientes revelam como problemáticos (o individualismo, a dificuldade de relacionamento em geral, a agressividade) foram descritos pelos terapeutas como traços constitutivos do sujeito homossexual. Fechando este círculo, perante um cliente com dificuldades

relativamente a estes traços, o terapeuta tenderá a considerá-los sintoma de orientação homossexual, devolvendo essa imagem ao cliente, que a integra e a reifica.

O facto de os terapeutas não terem em conta a homossexualidade poderá ser indicador, quer de uma posição afirmativa, quer de uma posição homofóbica, dependendo da situação e da forma como o cliente lida com a sua homossexualidade. Nos testemunhos dos clientes e dos clínicos participantes neste estudo verificaram-se os dois posicionamentos. Nuns casos, como refere Marmor (1998), a homossexualidade foi correctamente tida como um dado adquirido, pois não tinha qualquer relação com o motivo de procura de apoio. Noutros casos, optou-se por não questionar nada, por receio de posteriormente não se saber lidar com a situação.

A estratégia de negação da homossexualidade do cliente, quer quando a homossexualidade era o motivo de procura de apoio, quer quando não o era, foi apenas referida pelos clientes nos grupos de discussão, o que pode revelar mais que uma medida terapêutica: na realidade, será a expressão do desejo do clínico. Se revela a dificuldade em lidar com a homossexualidade, é ainda indicador de heterossexismo, no sentido em que genuinamente se aceita que o bem-estar do cliente e a sua adaptação social dependem da orientação heterossexual. Esta desvalorização foi referida nos grupos de clientes e avaliada como muito traumatizante. À semelhança do que é referido por Liddle (1997) e Rudolph (1989) nos seu estudos, também entre os clientes homossexuais portugueses há um sentimento de que a ignorância e o preconceito dos clínicos relativamente à homossexualidade são os responsáveis pela insatisfação que eles, como clientes, sentem com posições assumidas por alguns terapeutas.

O facto de os participantes mais jovens terem afirmado sentir-se mais à vontade com a sua homossexualidade vai ao encontro das percepções transmitidas pelos clínicos, relativamente a uma maior abertura da sociedade na aceitação da homossexualidade. Esta maior aceitação é visível através da atitude para com as famílias de adolescentes homossexuais. A estratégia de ajudar as famílias a aceitar a sexualidade dos filhos não só foi referida pelos clínicos como tendo sido utilizada, mas também foi percepcionada como positiva. Por outro lado, os casos em que houve ausência de diálogo entre o terapeuta e os pais, ainda que o terapeuta tivesse uma atitude de aceitação da homossexualidade do adolescente, foi referida como negativa: o adolescente disse sentir que o apoio do terapeuta, por ficar circunscrito ao espaço da consulta, não teve qualquer efeito. Coleman e Remafedi (1989) sublinham a importância do trabalho com famílias de adolescentes. Devido à estigmatização cultural, os membros da família

necessitam de ter estratégias para lidar com o estigma de terem um elemento homossexual ou bissexual. Coleman e Remafedi consideram que só se poderá ajudar as famílias, quando os clínicos têm em face da homossexualidade atitudes positivas e consistentes com o conhecimento científico disponível, entendendo-a como uma variação normal da expressão sexual. Apontam como útil fornecer informação do ponto de vista psicológico, sociológico e antropológico, de forma a dissipar mitos e estereótipos sobre a homossexualidade.

Nas reflexões sobre questões clínicas percepcionadas pelos clientes falou-se da desmontagem de preconceitos e do diálogo com pais de adolescentes, como indicadores de um trabalho centrado na homofobia internalizada. Note-se, porém, que esta observação é uma interpretação, uma leitura construída a partir do que foi dito nos grupos de discussão – nunca nenhum clínico referiu uma intenção explícita de trabalhar este tipo de homofobia. Contudo, o próprio facto de os efeitos terem sido referidos pelos clientes como gratificantes e a utilização mesma de determinados mecanismos (como a desmontagem de preconceitos), ainda que não provem uma fundamentação teórica e uma consciencialização, por parte dos clínicos, dos efeitos últimos deste trabalho, demonstram alguma disponibilidade para a integração de novas perspectivas. Estes aspectos são extremamente importantes, porque revelam já uma nova configuração da homossexualidade que se adequa à utilização de uma perspectiva afirmativa *gay*. Esta nova configuração pode ser indicadora de uma abertura para a integração numa prática ainda fundada na tentativa/erro de elementos teóricos e de técnicas de intervenção com clientes *gays* e lésbicas.

O pedido de esclarecimento, por parte dos clientes, não só sobre a orientação sexual do clínico, mas também e sobretudo sobre as suas posições em face da homossexualidade, teve manifestações diferentes: se, nos clínicos, a ênfase foi posta numa atitude de resistência à divulgação ou numa atitude de neutralidade, nos clientes a questão esteve omissa, excepto no caso de um cliente que chamou a atenção para a relevância do posicionamento do clínico no processo terapêutico. Recorde-se que também o modelo afirmativo considera que o terapeuta deverá revelar a sua própria orientação sexual, bem como a sua posição perante a homossexualidade, caso isso lhe seja pedido pelo cliente. O modelo afirmativo, como se referiu já, postula ainda que o cliente não deve iniciar o processo terapêutico sem esta informação prévia (Liddle, 1996).

Uma diferença importante residiu na expressividade que a avaliação teve nos grupos de discussão de terapeutas e de clientes. A menor expressividade, já referida, nos grupos de terapeutas poderá ser atribuída ao facto de os terapeutas se prenderem muito mais aos objectivos gerais e, portanto, a um nível global de satisfação do cliente, do que à evolução do processo terapêutico propriamente dito.

Dos objectivos gerais fazem parte uma vivência pessoal serena da homossexualidade e a aceitação social da mesma. Em contrapartida, os clientes centram-se nas dificuldades sentidas, nas diversas conquistas, nas recorrentes dúvidas, em suma, nos pequenos passos que constituem o processo terapêutico. É que os clientes avaliam também as várias estratégias, ao passo que os clínicos avaliam sobretudo os resultados finais obtidos, centrando-se na questão da homossexualidade e na resolução do mal estar dos clientes. Por outro lado, os clientes acabaram por avaliar os pedidos que não tinham a ver com a homossexualidade, o que não aconteceu nas falas dos clínicos. Assim, a exploração de sentimentos e a explanação de juízos de valor a cada passo da intervenção são um elemento central nos discursos dos clientes, não figurando nas estratégias referidas pelos terapeutas. Por este motivo, mais dificilmente os clínicos poderão ajuizar ou questionar a sua intervenção – se não há qualquer reflexão sobre as estratégias, dificilmente existirá uma consciência de necessidade de mudança das mesmas. Por exemplo, foi referida pelos clientes como gratificante a prescrição, por parte do terapeuta, de contacto com outras pessoas homossexuais; foi também referido pelos clientes o auxílio dos clínicos na desmontagem de preconceitos; estas estratégias não surgem, porém, nos grupos dos clínicos – o que significa que, ainda que elas possam ser implementadas, não parece ter sido considerado relevante nomeá-las. O impacto que estratégias como estas têm no cliente e o consequente efeito no processo global parecem não ser consciencializados pelos terapeutas, que as não avaliam.

Esta pequena discrepância pode dever-se ao facto de a população dos grupos de discussão dos clientes representarem somente uma parte da população homossexual que recorre ao apoio clínico. Visto o seu recrutamento ter sido feito fundamentalmente através de elementos-ponte, o perfil ficou condicionado por uma certa assunção de uma dada orientação sexual (independentemente do facto de alguns participantes terem tido relações heterossexuais ou se auto-definirem como bissexuais). Ligado a este primeiro aspecto está o facto (óbvio) de não se encontrarem entre estes clientes um determinado tipo de preocupações como as que foram acima referidas. Além disso, a possibilidade de enunciar o motivo de procura de apoio de uma forma diferente equivale

a uma possibilidade de reflexão e de auto-descrição, que está ausente da situação de alguns clientes descritas pelos clínicos

Apenas nos grupos de clínicos se refere que o pedido na consulta foi a mudança de orientação sexual. Isto não acontece nos grupos de clientes, embora um cliente tenha relatado ter sido alvo de uma intervenção com o objectivo de alterar o seu comportamento homossexual. O que leva o cliente à consulta é a ansiedade e o profundo desconforto consigo próprio e com os outros; todavia, como ele próprio acrescenta, essa proposta surgiu por parte do terapeuta, não dele:

> comecei a sentir-me muito mal, muito mal, muito mal em todo o lado, uma ansiedade (...) quase pânico, e recorri ao Dr. F (...) o médico às tantas entendia que eu devia deixar de ser homossexual, uma vez que não me sentia bem naquele papel e propôs-me fazer a terapia comportamental (GD1.4:2)

Na introdução a esta terceira parte do trabalho, referiu-se a dificuldade em isolar falas de clientes ou clínicos inserindo-as numa só categoria, razão pela qual (como também houve já ocasião de referir) as categorias não são mutuamente exclusivas. É assim que, no exemplo acima, as categorias *estratégias, motivos de procura de apoio, pedidos* e *objectivos* se entrecruzam.

Um tema comum aos grupos de clínicos e aos grupos de clientes foi a estabilidade das relações das pessoas homossexuais. Se entre os clínicos se encontra um discurso que faz equivaler uma boa integração da sexualidade a relações "duradouras estáveis e permanentes", entre os clientes detectaram-se pelo menos dois discursos: um, apoiado na experiência pessoal em que se opta por relações ocasionais porque, embora à custa de dificuldades de vivência pessoal, não se desejam relações de grande duração (narrativa que, lida acriticamente, poderia reforçar a perspectiva defendida pelos clínicos); outro, resultado de uma reflexão produzida na discussão e que defende múltiplas formas de viver relações afectivas, independentes da orientação sexual.

Se, tanto no perfil dos clientes, visto pelos terapeutas, como nos relatos das vivências dos clientes sobre a sua sexualidade, a instabilidade das relações é efectivamente referida por ambos, os relatos dos clientes constituem um material muito mais alargado (porque oferecendo mais alternativas) das razões dessa instabilidade. Os clínicos equacionaram-na em termos da incapacidade afectiva, quando não sintoma da patologia, ao passo que os clientes a referiram como uma preferência, nunca a identificando com promiscuidade. Houve, além disso, da parte dos clientes, explicações

adicionais para identificar eventuais sentimentos de ambivalência relativamente aos relacionamentos ocasionais.

No caso dos clínicos, a utilização de um léxico próximo do discurso técnico foi naturalmente recorrente; é interessante notar como também nos clientes se observou, nalguns casos, a internalização deste mesmo tipo de léxico. Essa incorporação poderá ser entendida como tendo surgido no contexto da relação terapeuta-cliente, em que o cliente mimetiza representações que lhe são fornecidas pelo terapeuta; ou pode ainda significar a absorção de um dado discurso clínico, popularizado pelos meios de comunicação social e por um certo tipo de literatura. Esteve ausente destes discursos a preocupação com as diferenças existentes entre a homossexualidade feminina e a homossexualidade masculina e especificidades a ter em conta relativamente a cada sexo, preocupação referida em estudos realizados noutros países, com especial destaque para os Estados Unidos (Davison & Wilson, 1973; Fassinger, 2000; Graham et al., 1984; Frossard, 2000).

Não só a a estabilidade de relações foi uma questão comum a clínicos e clientes, mas também a estabilidade da orientação o foi. Note-se que Money, a propósito dos *lovemaps,* sublinha que o sexo do objecto sexual preferencial pode transformar--se/desenvolver-se em qualquer altura; pode ser construído e reconstruído pelo sujeito e pode não ser o mesmo, aos 45 ou aos 70 anos, que era aos 15 ou aos 20 anos (Garnets & Kimmel, 1993). Tal como a identidade étnica, a visão contemporânea é de que a formação da identidade *gay* e lésbica representa um processo emergente, contínuo, que não tem necessariamente um "ponto final estático" (Boxer and Cohler 1989; Golden 1987; Lowenstein 1985; Peplau 1991; Troiden 1988). Se, nos clínicos portugueses, o que surge interrogado é a questão da instabilidade da orientação, insistindo o seu discurso muito mais na crença num modelo patológico, nos clientes passa-se o contrário, insistindo-se na presença de fluidez e na indefinição da orientação sexual. A flexibilidade e a fluidez da escolha foram aspectos mais sublinhados no grupo feminino, que refere um maior investimento no afecto, o que pode dever-se a factores culturais em que a educação das raparigas está muito mais direccionada para a valorização das relações emocionais e das demonstrações afectivas.

NOTAS FINAIS

And when I found the door was locked,
I pulled and pushed and kicked and knocked.

And when I found the door was shut,
I tried to turn the handle, but –"

There was a long pause.
«Is that all?» Alice timidly asked.
«That's all,» said Humpty Dumpty. «Good-bye».

Lewis Carrol, *Through the Looking-Glass*

Como se disse na Introdução, foi objectivo desta dissertação realizar um estudo centrado em discursos sobre a homossexualidade no contexto clínico, que permitisse identificar configurações da homossexualidade, analisar as implicações dos seus significados no processo terapêutico e aferir da existência (ou não) de um desajuste entre o horizonte de expectativas que leva as pessoas com orientação homossexual a recorrer aos serviços de um terapeuta e o nível de satisfação com a prestação desses serviços.

Para a análise das interpretações da homossexualidade e da forma como com ela lidam terapeutas e clientes no contexto clínico, fez-se um levantamento das suas configurações ao longo da história do Ocidente. Essa panorâmica histórica mostrou como os significados atribuídos às relações entre indivíduos do mesmo sexo foram sendo condicionados por épocas diferentes, oferecendo uma leitura diacrónica capaz de situar o momento em que se descreve a emergência dos discursos clínicos sobre a homossexualidade, facilitando uma compreensão dos significados desse discurso. Enquadrou também certas opiniões que, ainda hoje, clínicos portugueses têm sobre a homossexualidade, como é o caso, por exemplo, da posição moralista, que a lê como um comportamento "contra-natura".

A Antiga Grécia foi um espaço onde as configurações dos comportamentos homoeróticos tinham recortes particulares, que não deixariam imunes períodos históricos vindouros: uma "bissexualidade" condicionada por parâmetros sociais e etários, onde a "homossexualidade" tinha um objectivo fundamentalmente pedagógico. Na Antiga Roma perder-se-á essa componente pedagógica e a aceitação dos

comportamentos homoeróticos será condicionada sobretudo por factores económicos e sociais. Durante toda a Idade Média, com as restrições que o cristianismo irá imprimir à sexualidade, o único modelo permitido de vivência da sexualidade será o heterossexual, centrado no matrimónio, e confinado exclusivamente à função reprodutora. Instalava-se, assim, o paradigma moral em que os comportamentos sexuais não reprodutivos, onde se localizam os comportamentos homossexuais, eram lidos como pecado (ou vício) e portanto actos "contra natura". Por isso, e até ao Renascimento, a condenação será não propriamente dos comportamentos homoeróticos, mas de qualquer comportamento sexual que não tivesse como fim a propagação da espécie. O Renascimento, ao fazer reviver a cultura greco-latina, irá, a par da secularização das sanções aos comportamentos sexuais não reprodutivos, atribuir ao homoerotismo alguns dos significados que aquela cultura lhes havia oferecido. Preparará assim o terreno para que no Iluminismo, supostamente mais aberto, até porque palco de reformas importantes a nível humanitário, se assista à eclosão de uma efectiva aplicação de leis que punem estes comportamentos, deles destacando, porque mais visíveis, os relacionamentos homoeróticos.

O entendimento da sexualidade no século XIX passará por uma tentativa de nomeação, definição e categorização - que distinguirá padrões desviantes de padrões normativos - por parte dos discursos emergentes, de entre os quais o discurso médico será o dominante. Se esses discursos poderão contribuir para a criação de um novo paradigma – o "científico" –, manter-se-á, todavia, em última análise, a concepção negativa dos comportamentos homossexuais. Este novo paradigma configuraria o sujeito homossexual como portador de uma identidade distinta da do sujeito heterossexual – e deficitária. Assim, da condenação do comportamento homossexual - passível de ser praticado por qualquer pessoa – passava-se à condenação das pessoas que o manifestassem, categorizando-as como seres particulares. A homossexualidade sairia assim da ordem da moral para entrar na ordem da essência – mais resistente à mudança e mais estigmatizante, porquanto a moral é exterior ao indivíduo, ao passo que a essência lhe é intrínseca.

Esta passagem da condenação do acto à condenação de um novo ser, portador de uma identidade particular, revela-se crucial para o entendimento da homossexualidade durante todo o século XX. E se o que a validou foi o peso da Ciência, o que a viabilizou foram os novos entendimentos da diferença sexual: a distinção biológica do homem e da mulher e a sua consequente dicomotização psicológica e social, assegurando, assim, a manutenção da assimetria de posições. Esses novos entendimentos da

homossexualidade ancoravam-se, por sua vez, em novas condições sócio-económicas que contemplavam a ameaça de criação de novas estruturas sociais, nas quais se incluía a destruição ou deslocação do cerne da ordem social vigente – a família nuclear. Era esta ameaça que urgia travar (ou, ainda que permitindo-lhe algumas concretizações, controlar dentro de certos limites), de forma a manter a homeostasia do sistema sócio-ideológico. Para essa manutenção, era fundamental a interpretação racional assegurada por um dos discursos dominantes, capaz até de produzir nomenclaturas: o da Medicina. Contudo, paradoxalmente, será a própria criação de uma identidade para o sujeito que vai permitir a sua organização em grupo, satisfazendo-lhe a necessidade de pertença e identificação, pelo enquadramento numa comunidade. Por sua vez, a constituição deste contexto comunitário abriria caminho para a produção de um discurso reflexivo, a partir do qual seria possível oferecer uma leitura social que configurasse a homossexualidade.

A preocupação dominante do século XX passava a ser a explicação da constituição dessa identidade, tendo em conta uma causalidade estruturadora, intrínseca ou extrínseca ao sujeito, ou, ainda, o questionamento da própria noção de identidade. Nesse contexto, desenvolver-se-ão duas grandes linhas de entendimento teórico-interpretativo, enquadrando uma série de teses etiológicas e sociais. Por um lado, a Biologia, a Sociobiologia e a Psicologia, nalguns casos na senda das explicações etiológicas herdadas do século XIX, ocupar-se-ão em expandir ou criar teorias para explicar a génese da homossexualidade, na maior parte das vezes com um propósito terapêutico, uma vez que ela surgia associada a uma patologia, entendida como um défice. Contudo, nem todas as teses etiológicas se inscreveriam no modelo deficitário, já que, na sua base, para além da motivação para entender a homossexualidade de forma a poder controlá-la, ou mesmo erradicá-la, encontrava-se um outro impulso: facilitar a sua aceitação através da construção de um cenário em que o homossexual, porque preso biologicamente à sua orientação, não pode ser alvo de discriminação, devendo antes receber um tratamento mais justo e uma maior aceitação[222]. É nesta segunda motivação que se inscreve um dos discursos reflexivos emergentes: o dicurso

[222] A preocupação com a inscrição da homossexualidade no corpo, por parte de homossexuais, oferecendo-lhe uma causa biológica e desresponsabilizando o sujeito, acaba por, paradoxalmente, quando comparada com algumas atitudes dos movimentos anti-*gay*, revelar uma interpretação muito mais rígida da homossexualidade. Ironicamente, a consideração de que qualquer pessoa poderá ser tentada a envolver-se com pessoas do mesmo sexo (o que leva à exclusão dos homossexuais de algumas instituições oficiais por receio de contágio) assenta no entendimento da bissexualidade como a base da estrutura sexual humana. É neste sentido que Joe Sartelle (1994) refere que os conservadores parecem entender a sexualidade "em termos muito mais fluídos e generosos do que o fazem aqueles que se consideram progressistas e de esquerda".

de preocupação etiológica, produzido pela própria comunidade *gay*. Este discurso distanciar-se-á de outros igualmente nascentes dos movimentos dominantes de *gays* e lésbicas, que dominariam as teses sociais e que reconfigurariam as leituras da homossexualidade, deslocando o centro de preocupação do sujeito para o seu contexto.

Emerge, assim, um novo paradigma, o social, que coexistirá com o paradigma científico. É nestas teses sociais que se inscrevem o modelo afirmativo *gay*, o construcionismo social e a teoria *queer*. Se o modelo afirmativo *gay* se situa numa perspectiva essencialista de cariz humanista liberal, assumindo a existência de pessoas com distintas orientações sexuais, e relevando o estigma e o preconceito, apostando numa igual valoração das sexualidades, o construcionismo social considera as orientações sexuais resultado de construções sociais, recusando a posição essencialista, e centrando-se na análise das condições contextuais de produção das orientações. Por sua vez, e mais recentemente, a teoria *queer*, opondo-se também por completo a uma explicação etiológica para a homossexualidade, irá defender, na rejeição da assimilação das diferenças e da dicotomização sexual, a instabilidade das identidades sexuais e a fluidez de orientações e de papéis sexuais.

Como comecei por dizer nestas notas finais, uma preocupação fulcral deste trabalho foi analisar no terreno teses etiológicas e teses sociais, a partir das configurações da homossexualidade feitas por clínicos e por clientes. Por isso a contextualização (desde a antiga Grécia até aos nossos dias) e identificação destas configurações tentou contribuir para um melhor entendimento das implicações dos significados da homossexualidade no contexto terapêutico e, assim, avaliar dos desajustes entre os horizontes de expectativa dos clientes e os níveis de satisfação com os processos terapêuticos. Concomitantemente, teve-se sempre presente os resultados de estudos com preocupações semelhantes realizados noutros países. Razão pela qual se procedeu a uma sistematização desses estudos, organizando as suas conclusões de forma a poder compará-los com as conclusões a que este estudo chegou.

Do conjunto do estudo empírico, gostaria de relevar três grandes conclusões. Começaria por referir, das reflexões sobre as configurações da homossexualidade, o facto de existirem em Portugal clínicos que ainda entendem a homossexualidade como um défice, o que explica que os clientes tenham detectado no processo terapêutico uma preocupação com a procura da génese da sua homossexualidade, ou que se tenham sentido objecto de alguma condenação, ainda que nem sempre de uma forma

explícita. Em segundo lugar, destacaria a ausência de um discurso estruturado e coeso relativamente ao próprio "diagnóstico" da homossexualidade, ficando ao critério de cada terapeuta a identificação do cliente como homossexual ou não, e o facto de não ter havido por parte de nenhum terapeuta a denúncia da ignorância relativamente a esta temática - pelo contrário, os terapeutas ofereceram sempre explicações sobre a avaliação da pessoa homossexual, que variavam entre comportamento e desejo. Em terceiro lugar, e em articulação com este aspecto, salientaria o facto de os profissionais de saúde suprirem tal desconhecimento ou incertezas sobre a origem da homossexualidade e questões a ela ligadas, com teorias que não estão comprovadas, nem sequer são consensuais entre a comunidade científica.

Uma outra conclusão interessante que se pode retirar deste estudo é que os clínicos absorvem os preconceitos do discurso dominante (que constrói, para usar a designação de McIntosh (1996), um "papel homossexual" que, por sua vez, permite antecipar expectativas relativamente à pessoa homossexual), o que os leva, apesar de alguns sublinharem a existência de homossexualidades, a construírem aquilo a que chamei o "perfil do homossexual". Essa absorção do discurso hegemónico foi talvez o obstáculo que impediu que as configurações apresentadas pelos clínicos integrassem as novas perspectivas oferecidas pelas ciências sociais, que deslocam a leitura da homossexualidade do sujeito para o contexto. Deste modo, circularmente, o preconceito vai-se alargando e, de certa forma, "travestindo": os clínicos internalizam o discurso hegemónico preconceituoso e, por sua vez, devolvem-no, agora validado sob a capa de científico, ao contexto social que o dissemina, sobretudo pela velocidade e superficialidade dos meios de comunicação. Neste processo, os clientes não são imunes ao poder do terapeuta: envolvidos no mesmo esquema de circularidade, vêem confirmado, agora por um "discurso científico", o preconceito que já antes haviam internalizado. A ignorância e o preconceito geram receio nos clientes, que assim generalizam a imagem negativa dos terapeutas, evitando voltar a recorrer ao seu apoio.

Outros elementos conclusivos merecem aqui destaque. Por um lado, a discussão do entendimento dicotómico da homossexualidade como traço congénito ou adquirido dominou algumas preocupações dos clínicos. A procura de correlações entre a homossexualidade e características biológicas, que pretendeu validar as teses inatistas, nada diz da direcção da causalidade, isto é, se é o comportamento homossexual o responsável pela existência da característica correlacionada ou se é a característica a responsável pelo comportamento. Tomando as teses hormonais como exemplo, recorde-se que a relação entre hormonas e comportamento é uma relação biunívoca:

se é verdade que determinadas hormonas estão "por detrás" de determinados comportamentos, não é menos verdade que estes induzem a alteração de determinados estados endócrinos. Mais do que isso, como se viu, os estudos realizados sobre, por exemplo, a resposta da hormona luteinizante aos estrogéneos, são pura e simplesmente inconclusivos, inconclusão essa sublinhada pelo facto de esses estudos terem sido efectuados, na sua grande parte, com animais não primatas. Por outro lado, através dos discursos dos clientes, a presença do heterossexismo dos terapeutas tornou-se clara. Negar os sentimentos homoeróticos, como alguns terapeutas fizeram, é construir como padrão ideal a heterossexualidade e devolvê-lo ao outro. Assim, uma outra conclusão importante foi a detecção no discurso dos clínicos não tanto de homofobia, mas sobretudo de heterossexismo, o que é mais difícil de combater e erradicar, porquanto aí, ao poder confundir-se com tolerância – e tolerância comporta na sua génese desigualdade, posto que perpetua escalas de poder – é menos visível a localização do preconceito.

A par destas duas percepções, valerá a pena sublinhar ainda a referência a um nível de satisfação razoável, por parte dos clientes, podendo parcialmente considerar-se a sua avaliação do processo terapêutico como positiva. É interessante notar, a este nível, que foram os clientes que referiram a implementação pelos clínicos de estratégias mais positivas, mais do que os próprios clínicos que, ou não valorizaram o que faziam, ou o faziam sem ter consciência do impacto que poderiam ter no cliente. A configuração positiva da homossexualidade feita pelo terapeuta e a implementação de práticas afirmativas da homossexualidade do cliente foram consideradas, quer neste estudo, quer nos estudos estrangeiros (e faço notar que as conclusões a que o meu estudo chegou não se afastaram muito daquelas a que chegaram estudos semelhantes realizados noutros países, não havendo portanto conclusões a retirar sobre diferenças), mais relevantes do que outros aspectos, como o sexo ou a orientação sexual do terapeuta. No entanto, apesar de tudo, as mulheres terapeutas foram globalmente referidas como aceitando melhor a homossexualidade dos clientes.

Gostaria que este trabalho pudesse servir como contribuição a dois níveis – o teórico e o prático. A nível teórico, e em primeiro lugar, pode ajudar a colmatar a escassez de investigações sobre o tema da homossexualidade, o que ainda é notório no nosso país. Concretizando, espero que este trabalho possa servir de plataforma para a construção de um questionário que pretenda continuar a investigação neste mesmo campo. De facto, se com esta dissertação não pretendi saber quantas pessoas existem com um determinado discurso – isso poderá ser uma pista para novos trabalhos –, este estudo

pode facilitar a construção de um questionário, ajustado à realidade existente, que pretenda pesquisar essa ocorrência; tal questionário já não terá necessidade de ser elaborado a partir de uma bibliografia que se reporte a outro lugar geográfico ou de ficar à mercê das fantasias do investigador. Em segundo lugar, ao ter criado um contexto de produção e recolha de discursos, que foram depois sistematizados e interpretados (e não se centrando numa análise das frequências), dá a conhecer uma gama o mais possível alargada de discursos existentes sobre a homossexualidade. Prepara-se, desta forma, o terreno para um estudo futuro em que será também útil verificar as relações existentes entre interpretações da homossexualidade e modelos terapêuticos específicos. Assim se poderá melhor isolar os níveis de intervenção, ao identificar os focos de maior homofobia, de maior heterossexismo, de maior preconceito, afinal, verificando se existe alguma homogeneidade nos discursos dos clínicos que partilham determinado modelo.

A nível prático, desejaria, talvez utopicamente, que esta dissertação pudesse ser mais um elemento de suporte, tanto para a formação como para a intervenção. Quanto à formação, fornecendo um contributo para reflectir sobre o que penso ser a necessidade de mudança dos *curricula* da formação, não só de técnicos de saúde, mas também de técnicos de educação (os professores e os profissionais de saúde são ainda muito pouco permeados pela temática das sexualidades e, nos casos em que o são, não dão, na generalidade, um destaque específico à orientação homossexual). Da constatação (já explanada nas reflexões da Parte III) de hiatos entre os procedimentos dos clínicos e dos seus efeitos nos clientes, ou entre as estratégias por aqueles utilizadas e a sua eficácia, ou seja, do desajuste ainda presente entre o processo terapêutico e o nível de satisfação, parece-me poder concluir-se que este trabalho pode vir a ser um auxílio para o desenvolvimento de estratégias de intervenção que satisfaçam, de uma forma mais ajustada, as necessidades da população homossexual, cumprindo assim um dos objectivos, de resto, já referido na Introdução.

* * *

A homossexualidade de dois lados do espelho – assim se intitulou o meu estudo. A preenchê-lo estiveram imagens que os terapeutas têm da sexualidade dos clientes, mas também os reflexos que essas imagens projectam no cliente, enquanto construção de si. A preenchê-lo estiveram ainda imagens que os clientes constroem ou filtram dos terapeutas e desse espaço, que é o espaço terapêutico, de construção, reconstrução, ou mesmo desconstrução de narrativas e vivências. A preenchê-lo estiveram,

finalmente, os reflexos nos terapeutas dos efeitos das imagens que eles próprios provocam nos clientes: presentes estiveram, assim, as dúvidas, os medos, as angústias e as contradições. A tentar dar-lhe sentido esteve o meu propósito de poder, de alguma forma, contribuir para o conhecimento dessas imagens. Ao tornar mais visíveis alguns discursos e as formas como esses discursos se constroem e se podem perpetuar por influência mútua, talvez esse conhecimento ajude a transformar um pouco a leitura estigmatizante dos comportamentos, dos sentimentos e das emoções que impedem, não raras vezes, a vivência de um desenvolvimento pessoal o mais possível harmonioso e sem dor. É que, como afirma Boaventura Sousa Santos (1999), "sob a capa de valores universais autorizados pela razão, foi de facto imposta a razão de uma «raça», de um sexo, e de uma classe social" (p. 206) e, acrescentaria eu, de uma orientação sexual.

Nesse sentido, talvez este trabalho possa ser um contributo para uma mudança, que me parece já em curso, capaz de conduzir a uma sociedade em que este preconceito seja erradicado, em que o ser humano não seja medido pela sua sexualidade, em que ao direito à igualdade nas diferenças de raça, religião ou ascendência, se junte o direito nas diferenças de orientação ou escolha sexual. Uma sociedade, afinal, em que, ultrapassada já a discriminação explícita, em vez de tolerância se encontre a solidariedade. Tal sociedade pode ser considerada utópica mas, retomando ainda Sousa Santos, a utopia é, talvez, hoje, a nossa única saída realista, "porque muitos dos nossos sonhos se transformam em realidade, e porque muita dessa realidade é um pesadelo, ser utópico é a maneira mais consistente de ser realista no final do século XX".

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Adam, B. (1987). *The rise of a lesbian and gay movement*. Boston: Twayne Publishers.

Aguiar, A. (1934?). *Medicina legal: Homossexualidade masculina através dos tempos* (Ed. do autor). Lisboa.

Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.

Albuquerque, A., &. Pacheco J. (1990). Fobia heterossexual: Análise de um caso clínico. *Psiquiatria Clínica, 11* (2), 95-101.

Alexander, C. (Ed.). (1997). *Gay and lesbian mental health: A sourcebook for practitioners*. New York: Harrington Park Press.

Alexander, C., & Nunno, V. (1997). Narcissism and egocentricity in gay men. In C. Alexander (Ed.), *Gay and lesbian mental health: A sourcebook for practitioners* (pp. 1-13). New York: Harrington Park Press.

Alexander, J. (1997). Hypertext and Queer Theory. Conference on College Composition and Communication. Phoenix, Arizona (March 12-15) (http://english.ttu. edu/kairos/2.2/features/reflections/jon.htm).

Alferes, V. (1994). *Dos comportamentos sexuais à encenação do sexo. Contributos para uma psicologia social da sexualidade*. Dissertação de doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Allen, G. (1997). The double-edged sword of determinism: Social and political agendas in genetic studies of homosexuality, 1940-1994. In V. Rosário (Ed.), *Science and Homosexualities* (pp. 242-270). New York: Routledge.

Allen, L., Hines, M., Shryne, J., & Gorski, R. (1989). Two sexually dimorphic cell groups in the human brain. *Journal of neuroscience*, 9, 497-506.

Almeida, M. V., & Vitorino, S. (2000, Jan.). A questão homossexual. *Debates: Jornal da primeira Convenção Nacional do Bloco de Esquerda*.

Almeida, M. V. (1995). *Senhores de Si. Uma interpretação antropológica da masculinidade*. Lisboa: Fim de Século.

Altman, D. (s.d.). *Global Queering*: (http://www.lib.latrobe.e du.au/AHR/copyright.html).

Altman, D. (1982). *The homosexualization of America*. Boston: Beacon Press.

Amaral, A. (1995). *Emily Dickinson: Uma poética de excesso*. Dissertação de doutoramento. Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

Amaral, A., & Macedo, A. (Eds.). (em preparação). *Dicionário terminológico de termos e conceitos da teoria e da crítica feminista*.

American Psychiatric Association. (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

American Psychiatric Association. (1998, December 14). *American Psychiatric Association rebukes reparative therapy* (Apa Online News Stand–release Nº. 98-56): (http://www.apa.org.).

American Psychological Association. (1999). *Publication Manual* (4th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Anderson, D. (1992). Homossexualidade na adolescência. In M. Sugar (Ed.), *Adolescência atípica e sexualidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Anderson, H., & Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapêutico. In S. McNamee & K. Gergen (Eds.), *La terapia como construcción social* (pp. 45-59). Barcelona: Paidós.

Anderson, H., & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Evolving ideas about the implications for theory and practice. *Family Process*, 27, 371-393.

Andrade, E. (1974). *Poemas e fragmentos de Safo*. Porto: Limiar.

Annesley, P., & Coyle, A. (1998). Dykes and Psychs: Lesbian women's experience of clinical psychological services. *Changes: An International Journal of Psychology and Psychoterapy*,16, 247-258.

Anthony, B. (1985). Lesbian client - lesbian therapist: Opportunities and challenges in working together. In J. Gonsiorek (Ed.), *Homosexuality & psychotherapy: A practitioner's handbook of affirmative models* (pp. 45-57). New York: Haworth Press.

Ariés, P. (1983). Reflexões sobre a história da homossexualidade. In P. Ariés & A. Béjin (Eds.), *Sexualidades Ocidentais* (pp. 74-89). Lisboa: Contexto.

Ariés, P. & Duby, G. (Eds). (1991). *História da vida privada: Da primeira guerra mundial aos nossos dias*. Porto: Edições Afrontamento.

Aristóteles. (1994). *Poética*. Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda.

Bailey, D. S. (1955). *Homosexuality and the Western Christian Tradition*. New York: Longmans Green.

Bailey, J. M., & Benishay, D. (1993). Familial aggregation of female sexual orientation. *American Journal of Psychiatry,150*, 272-277.

Bailey, J. M., Willerman, L., & Parks, C. (1991). A test of the maternal stress theory of human male homosexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 277-293.

Bailey, J. M., & Zucker, K. (1993). Heritable factors influence sexual orientation in women. *Archives of General Psychiatry*, 50, 217-223.

Bancroft, J. (1974). *Deviant sexual behavior: Modification and assessment*. London: Oxford University Press.

Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its problems*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Bardin, L. (1991). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barlow, D., Leitenberg, H., &. Agras, W. (1969). Experimental control of sexual deviations through manipulation of the noxious scene in covert sensitization. *Journal of Abnormal Psychology, 74*, 596-601.

Barnabé, R., & Teixeira, S. (1987). Representação social da homossexualidade. In I. Leal (Ed.), *Sexualidade e parentalidade. Actas do 1º Colóquio de Psicologia Social Clínica* (pp. 49-55). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Baron, J. (1996, Winter). Some issues in psychotherapy with gay and lesbian clients. *Psychotherapy*, 611-616.

Barret, M. (1987, Summer). The concept of "difference." *Feminist Review, 26,* 29-41.

Barry, P. (1995). *Beginning theory: An introduction to literary and cultural theory*. New York: Manchester University Press.

Bastos, S. (1997). O Estado Novo e os seus vadios. Contribuição para o estudo das identidades marginais e da sua repressão. Lisboa: Dom Quixote.

Bawin-Legros, B. (1996). *Sociologie de la famille: Le lieu familial sous question*. Bruxelles: De Boeck & Larcier.

Bayer, R. (1987). *Homosexuality and American psychiatry: The politics of diagnosis*. New Jersey: Princeton University Press.

Beach, F., & Ford, C. (1969). *Patterns of sexual behaviour*. New York: Harper & Row.

Beckerleg, S., Lewando-Hundt, G., Borkan, J., & Belmaker, I. (1997). Eliciting local voices using natural group interviews. *Anthropology & Medicine, 4* (3), 273-288.

Becky, L. (1999). Gay and lesbian client´s ratings of psychiatrists, social workers and counselors. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy, 3* (1), 81-93.

Bell, A., & Weinberg, M. (1978). *Homosexualities: A study of diversity among men and women*. New York: Simon and Schuster.

Bell, A., Weinberg, M., & Hammersmith, S. (1981). *Sexual preference: Its development in men and women*. Bloomington: Indiana University Press.

Benham, D. (1992). *Le devenir de la famille dans les différents aires culturelles*. Paris: Unesco.

Berger, P., Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Harmandsworth: Penguin.

Bersani, L. (1998). *Homos: Repenser l'identité*. Paris: Editions Odile Jacob.

Bersani, L. (1998). Trahisons gaies. In D. Eribon (Ed.), *Les études gay et lesbiennes* (pp. 65-72). Paris: Editions du Centre Pompidou.

Bíblia Sagrada. (1992). Coimbra: Difusora Bíblica.

Bieber, I., Davis, H., Dince, P., Drellich, M., Grand, H., Grundlach, R., Kremer, M., Rufkin, A., Wilber, C., & Bieber, T. (1962). *Homosexuality: A psychoanalytic study of male homosexuals*. New York: Basic Books.

Biechele, U. (1996). Psychotherapy for lesbian and gay clients: A regional survey. *ALGP Europe Newsletter, 5* (2), 14-16.

Blackwood, E. (1986). *Anthropology and homosexual behavior.* New York: Haworth Press.

Blair, R. (1982). *Ex-gay.* New York: Homosexual Counseling Center.

Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism. Perspective and method.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Boswell, J. (1980). *Christianity, social tolerance and homosexuality.* Chicago: The University of Chicago Press.

Boswell, J. (1990). Revolutions, universals, and sexual categories. In M. Duberman, M. Vicinus & G. Chauncey (Eds.), *Hidden from history: Reclaiming the gay and lesbian past* (pp. 17-36). New York: Meridian.

Boswell, J. (1995). *Same-Sex unions in Premodern Europe.* New York: Vintage Books.

Bouchard, J. (1984). Twins reared together and apart: What they tell us about diversity. In S. Fox (Ed.), *Individuality and determinism.* New York: Plenum Press.

Bourdieu, P. (1998). Quelques questions sur la question gay et lesbienne. In D. Eribon (Ed.), *Les études gay et lesbiennes* (pp. 45-50). Paris: Éditions du Centre Pompidou.

Boxer, A., & Cohler B. (1989). The life course of gay and lesbian youth : An immodest proposal for the study of lives. *Journal of homosexuality, 17*, (2-3-4), 317-355.

Bradford, J., Ryan, C., & Rothblum, E. (1994). National lesbian health care survey: Implications for mental health care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 228-242.

Brandão, F. (1991). *Poesia breve.* Lisboa: Teorema.

Bray, A. (1982). *Homosexuality in Renaissance England.* London: Gay Men's Press.

Brooks, V. (1981). Sex and sexual orientation as variables in therapists' biases and therapy outcomes. *Clinical Social Work Journal, 9* (3), 198-210.

Brossard, N. (1998). Écriture lesbienne: Stratégie de marque. In D. Eribon (Ed.), *Les études gay et lesbiennes* (pp. 51-56). Paris: Éditions du Centre Pompidou.

Browning, C. (1988). Therapeutic issues and intervention strategies with young adult lesbian clients: A developmental approach. In E. Coleman (Ed.), *Psychotherapy with homosexual men and women: Integrated identity approaches for clinical practice* (pp. 45-52). New York: Haworth Press.

Browning, F. (1998). *A queer geography: Journeys toward a sexual self.* New York: The Noonday Press.

Bruner, J., & Goodman C. (1974). Value and need as organizing factors in perception. *Journal of Personality, 16*, 69-77.

Buhrke, R. (1989). Incorporating lesbian and gay issues into counselor training: A resource guide. *Journal of Counseling & Development*, *68*, 77-80.

Buhrke, R., & Douce, L. (1991). Training issues for counseling psychologists in working with lesbian women and gay men. *The Counseling Psychologist*, *19* (2), 216-234.

Bullough, V. (1974). Homosexuality and the medical model. *Journal of Homosexuality*, *1* (1), 99-109.

Bullough, V. (1987). Sex, research and therapy. In E. Shelp (Ed.), *Sexuality and Medicine* (Vol. I, pp. 73-85). Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.

Bullough, V. (1994). *Science in the bedroom: A history of sex research*. New York: Basic Books.

Burg, B. (1985). Ho hum, another work of the devil: Buggery and sodomy in early Stuart England. In S. Licata & R. Petersen (Eds.). *Historical perspectives on homosexuality* (pp. 69-78). New York: Haworth Press.

Burr, V. (1995). *An introduction to social constructionism*. London: Routledge.

Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*: New York: Routledge

Butler, J. (1992). Sexual inversions. In D. Stanton (Ed.), *Discourses of sexuality: From Aristotle to AIDS* (pp. 344-361). Michigan: The University of Michigan Press.

Cabaj, R. (1988). Homosexuality and neurosis: Considerations in psychotherapy. *Journal of Homosexuality*, *15*, 13-23.

Cabaj, R. (1996). Gay, lesbian and bisexual mental health professionals and their colleagues. In R. Cabaj & T. Stein (Ed.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 33-39). Washington: American Psychiatric Press.

Cabaj, R., & Stein, T. (1996). Psychotherapy with gay men. In R. Cabaj & T. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 413-432). Washington: American Psychiatric Press.

Canales, M., & Peinado, A. (1995). Grupos de discussión. In J. Delgado & J. Gutiérrez (Eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciências sociales*. (pp. 287-316). Madrid: Síntesis.

Câncio, F. (1999). Dossier homossexuais: Descubra as diferenças. *Notícias Magazine*, 9 de Maio, 24-44.

Carlston, E. (1997). "A Finer Differentiation": Female homosexuality and the American medical community, 1926-1940. In V. Rosário (Ed.), *Science and homosexualities* (pp. 177-196). New York: Routledge.

Carrithers, M. (1992). *Why humans have cultures: Explaining Anthropology and social diversity*. Oxford: Oxford University Press.

Carrol, L. (1991). *Alice's adventures in the wonderland* and *Alice Through the looking-glass*. Oxford: Oxford University Press.

Carter, J. (1997). Normality, whiteness, authorship: Evolutionary sexology and the primitive pervert. In V. Rosário (Ed.), *Science and homosexualities* (pp. 155-176). New York: Routledge.

Cass, V. (1979). Homosexual identity formation: A theoretical model. *Journal of Homosexuality, 4* (3), 219-235.

Cass, V. (1984). Homosexual identity formation: Testing a theoretical model. *The Journal of Sex Research, 20* (2), 143-167.

Cass, V. (1996). Sexual orientation, identity formation: A western phenomenon. In R. Cabaj & T. Stein (Ed.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 227-251). Washington: American Psychiatric Press.

Cautela, J. (1967). Covert sensitization. *Psychological Reports, 29*, 459-468.

Chauncey, G. (1989). From sexual inversion to homosexuality: The changing medical conceptualization of female "deviance." In K. Peiss, C. Simmons, & R. Padgug (Eds.), *Passion and power: Sexuality in History* (pp. 87-111). Philadelphia: Temple University Press.

Chauncey, G. (1998). Genres, identités sexuelles et conscience homosexuelle dans l'Amérique du XX siècle. In D. Eribon (Ed.), *Les études gay et lesbiennes* (pp. 97-107). Paris: Éditions du Centre Pompidou.

Coleman, E. (1982). Developmental stages of the coming out process. *Homosexuality and Psychotherapy*, 31-43.

Coleman, E. (1987). Assessment of sexual orientation. *Journal of Homosexuality, 14*, 9-24.

Coleman, E. (1988a). Assessment of sexual orientation. In E. Coleman (Ed.), *Integrated Identity for gay men and lesbians* (pp. 9-24). New York: Harrington Park Press.

Coleman, E. (Ed). (1988b). *Psychoterapeutic approaches for emotional well being*. New York: Harrington Park Press.

Coleman, E. (Ed.). (1988c). *Psychotherapy with homosexual men and women: Integrated identity approaches for clinical practice.* New York: Haworth Press.

Coleman, E., & Remafedi, G. (1989). Gay, lesbian, and bisexual adolescents: A critical challenge to counselors. *Journal of Counseling & Development, 68*, 36-40.

Collier, H. (1982). *Counseling women: A guide for therapists.* New York: Free Press.

Connell, R. (1987). *Gender and power: Society, the person, and sexual politics.* Stanford: Stanford University Press.

Cornett, C. (1993). Dynamic psychotherapy of gay men: A view from self psychology. In C. Cornett (Ed.), *Affirmative dynamic psychotherapy with gay men* (pp. 45-76). London: Jason Aronson.

Crompton, L. (1985). The myth of lesbian impunity: Capital laws from 1270 to 1791. In S. Licata & R. Petersen (Ed.), *Historical perspectives on homosexuality* (pp. 11-25). New York: Haworth Press.

Davies, D. (1997a). Homophobia and heterosexism. In D.Davies & C. Neal (Ed.), *Pink therapy: A guide for counselors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients* (pp. 41-65). Buckingham: Open University Press.

Davies, D. (1997b). Towards a model of gay affirmative therapy. In D. Davis & C. Neal (Ed.), *Pink therapy: A guide for counselors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients* (pp. 24-40). Buckingham: Open University Press.

Davies, D., & Neal, C. (1997). An historical overview of homosexuality and therapy. In D. Davies & C. Neal (Eds.), *Pink therapy: A guide for counselors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients* (pp. 11-23). Buckingham: Open University Press.

Davison, G. (1991). Constructionism and morality in therapy for homosexuality. In J. Gonsiorek & J. Weinrich (Ed.), *Homosexuality: Research implications for public policy* (137-148). Newbury Park: Sage Publications.

Davison, G., & Wilson, G. (1973). Attitudes of behavior therapies toward homosexuality. *Behavior Therapy, 4* , 686-698.

DeCrescenzo, T. (1984). Homophobia: A study of the attitudes of mental health professionals toward homosexuality. *Journal of Social Work and Human Sexuality, 2* (2/3), 115-135.

Delgado, J., & Gutiérrez, J. (Eds.). (1994). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciências sociales.* Madrid: Síntesis.

Denman, C., & Vries, P. (1998). Cognitive analytic therapy and homosexual orientation. In C. Shelley (Ed.), *Contemporary perspectives on Psychotherapy and homosexualities* (pp. 156-189). London: Free Association Books.

Dennis, D. (1997). AIDS and the new medical gaze: Bio-politics, AIDS and homosexuality. *Journal of Homosexuality, 32* (3/4), 169-184.

Denzin, N. (1990). *Interpretative Interactionism.* California: Sage Publications.

Dittmann, R., Kappes, M. E., & Kappes, M. H. (1990). Congenital adrenal hiperplasia. II. Gender-related behaviour and attitudes in female salt-wasting and simple virilizing patients. *Psychoneuroendocrinology,15*, 421-434.

Dolto, F. (1989). *Sexualidade feminina.* São Paulo: Livraria Martins Fontes.

Domenici, T., & Lesser, R. (Eds.). (1995). *Disorienting Sexuality: Psychoanalytic reappraisals of sexual identities.* New York: Routledge.

Donne, J. (1995). *Donne's poems & Prose.* New York: Random House

Dover, K. (1978). *Greek homosexuality.* London: Duckworth.

Dörner, G. (1976). *Hormones and brain differentiation.* Amsterdam: Elsevier.

Dörner, G. (1983). Letter to the editor. *Archives of Sexual Behavior, 12*, 577-582.

Dörner, G., Geier, T., Ahrens, L., et al. (1980). Prenatal stress as possible aetiological factor of homosexuality in human males. *Endrokrinologie, 75*, 365-368.

Dörner, G., Gotz, F., Rohde, W., Stahl, F., & Tonjes, R. (1987). Sexual differentiation of gonadotrophin secretion, sexual orientation, and gender role behavior. *Journal of Steroid Biochemistry, 27*, 1081-1087.

Dörner, G., Poppe, I., Stahl, F., Kölzsch, J., & Uebelhack, R. (1991). Gene - and environment-dependent neuroendocrine etiogenis of homosexuality and transsexualism. *Experimental and Clinical Endocrinology, 98*, 141-150.

Dörner, G., Rohde, W., Stahl, F., Krell, L., & Masius, W. (1975). A neuroendocrine predisposition for homosexuality in men. *Archives of Sexual Behavior, 4*, 1-8.

Dörner, G., & Standt, J. (1969). Perinatal structural differentiation of the hypothalamus of rats. *Neuroendocrinology, 5*, 103-106.

Drimmelen-Krabbe, J., Ustun, T., Thompson, D., l'Hours, A., Orley, J., & Sartorius, N. (1994, December 7). Homosexuality in the International Classification of Diseases: A clarification. *Journal of the American Medical Association*, 1660.

Duberman, M. (1985). "Writhing bedfellows": 1826 – two young men from Antebellum South Carolina's ruling elite share "extravagant delight". In S. Licata & R. Petersen (Ed.), *Historical perspectives on homosexuality.* New York: Haworth Press.

Duberman, M., Vicinus, M., & Chauncey, G. (Eds.). (1990). *Hidden from History: Reclaiming the gay and lesbian past.* New York: Meridian.

Dworkin, S., & Gutierrez, K. (1989). Introduction to the special issue. Counselors be aware: clients come in every size, shape, colour, and sexual orientation. *Journal of Counseling Psychology and Development, 68*, 6-8.

D'Augelli, A. (1996). Lesbian, gay, and bisexual development during adolescence and young adulthood. In R. Cabaj & T. Stein (Ed.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 267-288). Washington: American Psychiatric Press.

D'Emílio, J. (1983). *Sexual politics, sexual communities.* Chicago: University of Chicago Press.

D'Emílio, J. (1992). *Making trouble: Essays on gay history, politics, and the university.* New York: Routledge.

Eckert, E., Bouchard, T., Bohlen, J., & Heston, L. (1986). Homosexuality in monozygotic twins reared apart. *British Journal of Psychiatry, 148*, 421-425.

Ellis, L., Ames, M., Peckham, W., & Burke, D. (1988). Sexual orientation of human offspring may be altered by severe maternal stress during pregnancy. *Journal of Sex Research, 25*, 152-157.

Epstein, S. (1996). A Queer Encounter: Sociology and the study of sexuality. In Steve Seidman (Ed.), *Queer Theory.Sociology* (pp. 145-167). Oxford: Blackwell.

Eribon, D. (1998). Traverser les frontières. In D. Eribon (Ed.), *Les études gay et lesbiennes* (pp. 11-25). Paris: Éditions du Centre Pompidou.

Eriksson, B. (1985). A lesbian execution in Germany, 1721: The trial records. In S. Licata (Ed.), *Historical perspectives on homosexuality* (pp. 27-40). New York: Haworth Press.

Ernulf, K., Innala, S., & Whitam, F. (1989). Biological explanation, psychological explanation, and tolerance of homosexuals: A cross-national analysis of beliefs and attitudes. *Psychological Reports, 65*, 1003-1010.

Espina Barrio, J. (1995). *Psicodrama: Nacimiento y desarrollo*. Salamanca: Amarú Ediciones.

Eysenck, H., & Beech, H. (1971). Counter conditioning and related methods. In F. Bergin & S. Garfield (Ed.), *Handbook of Therapy and Behaviour Change*. New York: John Willey.

Faderman, L. (1981). *Surpassing the love of men: Romantic friendship and love between women from the Renaissance to the present*. New York: Morrow.

Falco, K. (1990). *Psychotherapy with lesbian clients*. New York: Brunner/Mazel.

Falco, K. (1996). Psychotherapy with women who love women. In R. Cabaj & T. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuliaty and mental health* (pp. 397-412). Washington: American Psychiatric Press.

Fassinger, R. (1991). The hidden minority: Issues and challenges in working with lesbian and gay men. *The Counseling Psychologist: Counseling lesbian women and gay men, 19* (2), 157-176.

Fausto-Sterling, A. (1997). How to build a man. In V. Rosário (Ed.), *Science and Homosexualities* (pp. 219-225). New York: Routledge.

Feldman, M., & MacCulloch, M. (1965). The application of antecipatory avoidance learning to the treatment of homosexuality. Theory, technique and preliminary results. *Behaviour Research and Therapy, 3*, 165-183.

Feldman, M., & MacCulloch, M. (1971). *Homosexual behaviour: Therapy and assessement*. Oxford: Pergamon Press.

Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.

Ferenczi, S. (1914). The nosology of male homosexuality (homoerotism). *International Journal of Psychoanalysis*, 2, 131-136.

Fernandes, J. (1990). *Os pós modernos ou a cidade, o sector juvenil e as drogas*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Fernandes, J. (1996). *Actores e territórios psicotrópicos. Etnografia das drogas numa prática urbana*. Dissertação de doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Fernandes, J. (1998). *O sítio das drogas*. Lisboa: Editorial Notícias.

Fillieule, O. (1998). Mobilization gay en temps de Sida: Changement de tableau. In D. Eribon (Ed.), *Les études gay et lesbiennes* (pp. 81-96). Paris: Éditions du Centre Pompidou.

Fischer, J., & Gochros, H. (1977). *Handbook of behavior therapy with sexual problems*. New York: Pergamon Press.

Fisher, R. (1972). *The gay mystique: The myth and reality of male homosexuality.* New York: Stein & Day.

Flick, U. (1998). *An introduction to qualitative research.* London: Sage Publications.

Ford, C., & Beach, F. (1951). *Patterns of Sexual Behavior.* New York: Harper.

Foucault, M. (1972). *The archaeology of knowledge.* London: Tavistock.

Foucault, M. (1994). *História da sexualidade I. A vontade do saber.* Lisboa: Relógio D'Água. (Obra original publicada em 1976).

Foucault, M. (1997). *A ordem do discurso.* Lisboa: Relógio D'Água.

Fowles, J. (1996). *The French Lieutenant's Woman.* London: Vintage. (Obra original publicada em 1969).

Freedman, E. (1989). Uncontrolled desires: The response to the sexual psychopat, 1920-1960. In K. Peiss, C. Simmons & Robert Padgug (Eds.), *Passion and Power: Sexuality in History* (pp. 199-225). Philadelphia: Temple University Press.

Freud, S. (1925). Autobiografia. *Obras Completas.* Madrid: Bliblioteca Nueva, 1973.

Freud, S. (1933). La feminidad. *Obras Completas.* Madrid: Bliblioteca Nueva, 1973.

Freud, S. (1940). Compendio de Psicoanálisis. *Obras Completas.* Madrid: Bliblioteca Nueva, 1973.

Freud, S. (1973). *Obras Completas.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1985). *The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess: 1887 - 1904* (J. Masson, Ed.). Cambridge: Harvard University Press.

Freud, S. (s.d.). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade.* Lisboa: Livros do Brasil. (Obra original publicada em 1905)

Freud, S. (1958). Psychoanalitic notes upon an autobiographical account of a case of paranoia. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud.* London: Hogarth Press. (Obra original publicada em 1911)

Freud, S. (1991). *'On Narcissism,' On Metapsychology (PFL 11).* Harmondsworth: Penguin. (Obra original publicada em 1914)

Freud, S. (1920). *Sobre la psicogénese de um caso de homosexualidad femenina. Obras Completas.* Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

Friedman, R. (1988). *Male homosexuality: A contemporary psychoanalitic perspective.* New Haven: Yale University Press.

Friedman, R., & Lilling, A. (1996). An empirical study of the beliefs of psychoanalysts about scientific and clinical dimensions of male homosexuality. *Journal of Homosexuality, 32* (2), 79-89.

Frossard, J. (2000). *Lesbische frauen in der psychoterapie.* Dissertação de doutoramento. Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Basel.

Fuchs, E. (1997). *O desejo e a ternura*. Lisboa: Temas e debates. (Obra original publicada em 1979)

Fuss, D. (Ed.). (1992). *Inside/out: Lesbian theories, gay theories*. London: Routledge.

Gafo, J. (Ed.). (1997). *La homosexualidad: Un debate abierto*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.

Gagnon, J., & Simon, W. (1973). *Sexual conduct: The social sources of human sexuality*. Chicago: Aldine.

Gallego, J. (1995). *La audiencia activa: El consumo televisivo: Discursos y estrategias*. Madrid: Siglo Ventiuno de España Editores.

Gameiro, J. (1998). *Do acto à identidade: Orientação sexual e estruturação social*. Dissertação de mestrado. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Garcia Fernando, M., Ibañez, J., & Alvira, F. (Eds.). (1986). *El análises de la realidad social, métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universidad.

Gardiner, J. (1988, September/October). The historiography of gender. *Encounter*, pp. 49-54.

Garnets, L., & Kimmel, D. (Eds.). (1993). *Psychological perspectives on lesbian and gay male experiences*. New York: Columbia University Press.

Garnets, L., Hancock, K., Cochran, S., Goodchilds, J., & Peplau, L. (1991). Issues in Psychotherapy with lesbians and gay men. *American Psychologist, 46*, 964-972.

Gergen, K. (1982). *Toward transformation in social knowledge*. New York: Springer-Verlag.

Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist, 40*, 266-275.

Gergen, K. (1994). *Realities and relationships. Soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University Press.

Gergen, K., & Gergen, M. (1988). Narrative and self as relationship. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology, 21*, 17-56, San Diego: Academic Press.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.

Giddens, A. (1992). *Modernidade e identidade pessoal*. Lisboa: Celta Editora.

Giddens, A. (1995). *Transformações da intimidade: Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. Oeiras: Celta Editora.

Gil, M., & Ramalho, M. (1996). É menino, é menina. Sou menino, sou menina. In I. Leal (Ed.), *Sexualidade e parentalidade. Actas do 1º Colóquio de Psicologia Social Clínica* (pp. 33-37). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Gilbert, A. (1985). Conceptions of homosexuality and sodomy in Western History. In S. Licata & R. Petersen (Ed.), *Historical perspectives on homosexuality* (pp. 57-68). New York: Haworth Press.

Gladue, B., Green, R., & Hellman, R. (1984). Neuroendocrine response to estrogen and sexual orientation. *Science, 225*, 1496-1499.

Glass, S., & Johnson, R. (1944). Limitations and complications of organotherapy in male homosexuality. *Journal of Clinical Endocrinology,4*, 540-544.

Glenn, A., & Russell, R. (1986). Heterosexual bias among counselor trainees. *Counselor education and supervision, 25*, 222-229.

Golden, C. (1987). Diversity and variability in women's sexual identities. In Boston Lesbian Psychologies Collective (Eds.), *Lesbian psychologies: Explorations and challenges* (pp. 19-44). Urbana: University of Illinois Press.

Golding, J. (1997). *WithOut prejudice: MIND lesbian, gay and bissexual mental health awareness research.* London: MIND Publications.

Gomes, B. S. (1986). Mulheres em processo de socialização. Algumas questões acerca das sua representações. *Análise Social, XXII (92-93)* (3º-4º), 557-577.

Gomes, J. (s.d). *A homossexualidade no mundo.* (Vol. 1). Lisboa: Ed. do autor.

Gomes, F. A. (1981). Os problemas sexuais na prática clínica. *Psiquiatria Clínica, 2* (3), 191-206.

Gomes, F. A. (1999, 16 de Julho). Gene "gay" em causa. *Jornal Público.*

Gonçalves, M., & Gonçalves, O. (1995). Funções políticas do conceito de identidade: A psicologia, o self e o poder. *Análise Psicológica, 4*, 395-403.

Gonçalves, M., & Gonçalves, O. (no prelo). *Abordagens construcionistas à psicoterapia.* Coimbra: Quarteto.

Gonçalves, O. (1995). Pós-modernidade e realidade discursiva: Dos relatos representativos à ausência de realidades essenciais. *Avaliação Psicológica: Formas e contextos, 3*, 127-132.

Gonsiorek, J. (Ed.). (1985). *Homossexuality & Psychotherapy: A practitioner's handbook of affirmative models.* New York: Haworth Press.

Gonsiorek, J. (1988). Current and future directions in gay/lesbian affirmative mental health practice. In M. Shernoff & W. Scott (Eds.), *The sourcebook on lesbian/gay health care* (pp. 107-113). Washington D.C.: National Lesbian and Gay Health Foundation.

Gonsiorek, J., & Weinrich, J. (1991). The definition and scope of sexual orientation. In J. Gonsiorek & J. Weinrich (Ed.), *Homosexuality. Research implications for public policy.* Newbury Park: Sage Publications.

Goodish, M. (1976). Sodomy in Medieval Secular Law. *Journal of Homosexuality, I* (3), 295-302.

Gooren, L. (1986). The neuroendocrine response of luteinizing hormone to estrogen administration in heterosexual, homosexual and transsexual subjects. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 63*, 583-588.

Gooren, L. (1990). Biomedical theories of sexual orientation: A critical examination. In D. McWhirter, S. Sanders & J. Reinisch (Eds.), *Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 71-87).New York: Oxford University Press.

Gorski, A., Gordon, J., Shryne, J., & Southam, A. (1978). Evidence for a morphological sex difference within the medical preoptic area of the rat brain. *Brain Research, 148*, 333-346.

Goss, R. (1998). Review of The invention of sodomy in Christian Theology by Mark D. Jordan. *Sexualities, 1* (2), 252-253.

Gouveia, M., & Carvalho, M. (1996). Safo e a herança ética numa estética do amor feminino. In I. Leal (Ed.), *Sexualidade e parentalidade. Actas do 1º Colóquio de Psicologia Social Clínica* (pp. 35-73). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Graglia, M. (2000). L'omofobia istituzionalizzata: Il caso della psicoterapia [htpp://www.psychomedia.it/pm/lifecycle/gender/graglia.htm].

Graham, D., Rawlings, E., Halpern, H., & Hermes, J. (1984). Therapist's needs for training in Counseling lesbians and gay men. *Professional Psychology: Research and Practice, 15* (4), 290-297.

Greenbaum, T. (1997). *The practical handbook and guide to focus group research.* London: Sage Publications.

Greenbaum, T. (1998). *The handbook for focus group research.* Thousand Oaks: Sage Publications.

Greenberg, G. (1995). If a Self is a narrative: Social constructionism in the clinic. *Journal of Narrative and Life History, 5* (3), 269-283.

Haeberle, E. (1985). "Stigmata of Degeneration": Prisioner markings in nazi concentration camps. In S. Licata & R. Petersen (Eds.), *Historical perspectives on homosexuality* (pp. 135-139). New York: Haworth Press.

Haldeman, D. (1991). Sexual orientation conversion therapy for gay men and lesbians: A scientific examination. In J. Gonsiorek & J. Weinrich (Ed.), *Homosexuality, research implications for public policy* (pp. 149-160). Newbury Park: Sage Publications.

Halperin, D. (1990). *One hundred years of homosexuality.* New York: Routledge.

Halperin, D. (1998). L'identité gay après Foucault. In D. Eribon (Ed.), *Les études gay et lesbiennes* (pp. 117-123). Paris: Éditions du Centre Pompidou.

Hamer, D., & Copeland, P. (1994). *The science of desire: The search of the gay gene and the biology of behavior.* New York: Simon and Schuster.

Hamer, D., Hu, S., Magnuson, V., Hu, N., & Pattatucci, M. (1993). A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science, 261*, 321-327.

Hart, J. (1981). Theoretical explanations in practice. In J. Hart & D. Richardson (Eds.), *The theory and practice of homosexuality* (pp. 38-67). London: Routledge & Kegan Paul.

Hart, J. (1984). Therapeutic implications of viewing sexual identity in terms of essencialist and construcionist theories. *Journal of Homosexuality, 9* (4), 39-51.

Hekma, G. (1996). "A female soul in a male body": Sexual inversion as gender inversion in nineteenth-century sexology. In G. H. Herdt (Ed.), *Third Sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 213-239). New York: Zone Books.

Hendricks, S., Graber, B., & Rodriguez-Sierra, J. (1989). Neuroendocrine responses to exogenous estrogen: No differences between heterosexual and homosexual men. *Psychoendocrinology, 14*, 177-185.

Hennessy, R. (1994). Queer Theory, left politics. *Rethinking Marxism*, 7 (3), 85-111.

Henriques, F. (1996). *Projectos de vida, projectos de aprendizagem: Estudo exploratório.* Lisboa: Comissão para a igualdade e para os direitos das mulheres.

Henriques, M. (1995). *Narrativas protótipo na agorafobia. Estudo exploratório para a compreensão da construção de significados na agorafobia.* Dissertação de mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Herdt, G. (Ed.). (1992). *Homosexualidad ritual en Melanesia*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Herdt, G. (1996). Issues in the Cross-Cultural Study of homosexuality. In Robert Cabaj & Terry Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 65-82). Washington: American Psychiatric Press.

Herdt, G. (Ed.). (1996). *Third Sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York: Zone Books.

Herek, G. (1984). Beyond "homophobia": A social psychological perspective on attitudes toward lesbian and gay men. *Journal of Homosexuality, 10* (1/2), 1-21.

Herek, G. (1989). Hate crimes against lesbians and gay men: Issues for research and policy. *American Psychologist, 44*, 948-955.

Herek, G. (1991). Stigma, prejudice and violence against lesbians and gay men. In J. Gonsiorek & J. Weinrich (Eds.), *Homosexuality research implications for public policy* (pp. 60-80). Newbury Park: Sage Publications.

Herek, G. (1996). Heterosexism and Homophobia. In R. Cabaj & T. Stein (Eds), *Textbook of homosexuliaty and mental health* (pp. 101-113). Washington DC: American Psychiatric Press.

Herman, E. (1995). *Psychiatry, psychology, and homosexuality*. New York: Chelsea House Publishers.

Herrn, R. (1995). On the history of biological theories of homosexuality. *Journal of Homosexuality, 28* (1/2), 31-56

Herron, W., Kinter, T., Sollinger, I., & Trubowitz, J. (1980). New psychoanalytic perspectives on the treatment of a homosexual male. *Journal of homosexuality, 5* (4), 393-403.

Hertum, A. (1992, Jan 17). WHO removes homosexuality from its list of disorders. *Washington Blade, 23,3*, pp. 1,12.

Heston, L., & Shields, J. (1968). Homosexuality in twins: A family study and registry study. *Archives of General Psychiatry, 18*, 149-160.

Hill, C., Thompson, B., & Williams, E. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist, 25* (4), 517-572.

Hines, M. (1998). Abnormal sexual development and psychosexual issues. *Baillière's Clinical Endocrinology and Metabolism, 12* (1), 173-189.

Hoagland, S., & Penelope, J. (Eds.). (1988). *For lesbians only: A separatist anthology.* London: Onlywomen Press.

Hollis, M. (1994). *The philosophy of social science.* Cambridge: Cambridge University Press.

Hooker, E. (1957). The adjustment of the male overt homosexual. *Journal of Projective Tecniques*, 21, 18-31.

Horrocks, R. (1998). Historical Issues: Paradigms of homosexuality. In Christopher Shelley (Ed.), *Contemporary perspectives on psychotherapy and homosexualities* (pp. 14-43), London: Free Association Books.

Howe, D. (1996, October). Client experiences of counseling and treatment interventions: A qualitative study of family therapy. *British Journal of Guidance and Counseling.*, pp. 367-375.

Hoyt, M. (1994). Postmodernism, the relational self, constructive therapies, and beyond: A conversation with Kenneth Gergen. In M. Hoyt (Ed.), *Construtive Therapies, 1* (pp. 347-368). New York: Guilford.

Hu, S., Pattatucci, A., Patterson, C., & Li, L. et al. (1995). Linkage between sexual orientation and chromosome Xq28 in males but not in females. *Nature genetics, 11*, 248-256.

Hudson, W., & Ricketts, W. (1980). A strategy for the measurement of homophobia. *Journal of homosexuality, 5* (4), 357-372.

Hughes, D. &., DuMont, K. (1993). Using focus groups to facilitate culturally anchored research. *American Journal of Community Psychology, 21*(6), 775-806.

Iasenza, S. (1989). Some challenges of integrating sexual orientations into counselor training and research. *Journal of Counseling & Development, 68*, 73-76.

Ibañez, J. (1985). *Del algoritmo al sujecto.* Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Ibañez, J. (1992). *Más allá de la sociología.* Madrid: Siglo XXI de España Editores. (Obra original publicada em 1979).

Ibañez, J. (1994a). Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión. In G. Ferrando, J. Ibañez & F. Alvira (Eds.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 569-581). Madrid: Alianza Editorial.

Ibañez, J. (1994b). Perspectivas de la investigación social: El diseño en las tres perspectivas. In G. Ferrando, J. Ibañez & F. Alvira (Eds.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 51-85). Madrid: Alianza Editorial.

Isay, R. (1993a). *Being homosexual: Gay men and their development.* Harmondsworth: Penguin Books.

Isay, R. (1993b). On the analytic therapy of homosexual men. In C. Cornett (Ed.), *Affirmative dynamic psychotherapy with gay men* (pp. 23-449). London: Jason Aronson.

Jagose, A. (1997). *Queer Theory.* Victoria: Melbourne University Press

Jay, K., & Young, A. (1979). *The gay report: Lesbians and gay men speak about sexual experiences and lifestyles.* New York: Simon & Schuster.

Jensen, P., & Bergin, A. (1988). Mental health values of professional therapists. A national interdisciplinary survey. *Professional Psychology: Research and Practice, 19* (13), 290-297.

Johansson, W., & Percy, W. (1996). Homosexuality. In V. Bullough & J. Brundage (Eds), *Handbook of medieval sexuality* (pp. 155-189). New York: Garland Publishing.

Jordan, M. (1997). *The invention of sodomy in christian theology.* Chicago: University of Chicago.

Kallmann, F. (1952). Comparative twin studies on the genetic aspects of male homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease* (115), 283-298.

Karlen, A. (1980). Homosexuality in history. In J. Marmor (Ed.), *Homosexual behavior: A modern Reappraisal* (pp. 75-99). New York: Basic Books.

Katz, J. (1976). *Gay American history.* New York: Thomas Y. Crowell.

Katz, J. (1979, August). "Why gay history?", *The Body Politic*, 19-20.

Katz, J. (1994). *Gay/lesbian almanac.* New York: Carroll & Graf Publishers.

Katz, J. (1996). *The invention of heterosexuality.* New York: Plume.

Kenen, S. H. (1997). *Who counts when you're counting homosexuals? Hormones and homosexuality in mid-twentieth-century America.* New York: Routledge.

Kennedy, H. (1985). The "third sex" theory of Karl Heinrich Ülrichs. In S. Licata & R. Petersen (Eds.), *Historical perspectives on homosexuality.* New York: Haworth Press.

Kennedy, H. (1997). Karl Heinrich Ülrichs: First theorist of homosexuality. In V. Rosario (Ed.), *Science and homosexualities* (pp. 26-45). New York: Routledge.

Kenway, J. (1995). Feminist theories of the state: To be or not to be?.In M. Blair, J. Holland & S. Sheldon (Eds.), *Identity and diversity. Gender and the experience of education.* Clevedon: The Open University.

Kerns, J., & Fine, M. (1994). The relation between gender and negative attitudes toward gay men and lesbians: Do gender role attitudes mediate this relation? *Sex Roles: A Journal of research, 31* (5/6), 279-307.

Ketchum, P. (1998). System failure: Sexual minorities face barriers and prejudice. *Canadian Family Physician/Le Médicin de famille canadien, 44*, 1677.

King, M., & McDonald, E. (1992). Homosexuals who are twins: A study of 46 probands. *British Journal of Psychiatry* (160), 407-409.

Kinsey, A., Pomeroy, W., & Martin, C. (1972). *O comportamento sexual do homem.* Lisboa: Editora Meridiano.

Kinsey, A., Pomeroy, W., Martin, C., & Gebhard, P. (1970). *O comportamento sexual da mulher.* Lisboa: Editora Meridiano.

Kirsch, J., & Weinrich, J. (1991). Homosexuality, nature and biology: Is homosexuality natural? Does it matter?.In J. Gonsiorek & J. Weinrich (Eds.), *Homosexulity: Research implications for public policy.* Newbury Park: Sage Publications.

Kitzinger, C. (1995). *The social construction of lesbianism.* London: Sage Publications.

Klein, F., Sepekoff, B., & Wolf, T. (1985). Sexual orientation: A multi-variate dynamic process. *Journal of Homosexuality, 11*, (1-2), 35-49.

Kolodny, R. C. (1987). Healthy sexuality. In Earl Shelp E. (Ed.), *Sexuality and Medicine.* Holland: D. Reidel Publishing Company.

Kolodny, R., et al. (1971). Plasma testosterone and semen analysis in male homosexuals. *New England Journal of Medicine* (285), 1170-1174.

Krajeski, J. (1996). Homosexuality and the mental health professions. In R. Cabaj & T. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 17-31). Washington: American Psychiatric Press.

Krueger, K. (1991) El grupo de discussión. Guia prática para la investigación aplicada. Madrid: Pirâmide

Kuhn, T. (1962). *The struture of scientific revolutions.* Chicago: University of Chicago Press.

Kulkarni, C. (1998). Radicalizing Jungian theory. In C. Shelley (Ed.), *Contemporary perspectives on Psychotherapy and homosexualities* (pp. 87-116). London: Free Association Books.

Kwawer, J. (1980). Transference and countertransference in homosexuals: Changing psychoanalitic views. *American Journal of Psychotherapy, 34*, 72-80.

Lacadena, J. (1997). Biología del comportamiento sexual humano: Genética y homosexualidad.. In Javier Gafo (Ed.), *La homosexualidad: Un debate abierto* (pp. 97-135). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Lang, T. (1940). Studies on the genetic determination of homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 92*, 55-64.

Laplanche, J., & Pontalis, J. (1970). *Vocabulário da psicanálise.* Lisboa: Moraes Editores.

Laqueur, T. (1992a). *La fabrique du sexe: Essai sur le corps et le genre en Occident.* Paris: Gallimard.

Laqueur, T. (1992b). Sexual desire and the market economy during the industrial revolution. In D. Stanton (Ed.), *Discourses or sexuality; from Aristotles to AIDS* (pp. 185-215). USA: The University of Michigan Press.

Lauretis, T. (1991, summer). Queer theory, lesbian and gay studies: An introduccion. *differences: A journal of feminist cultural studies 3/2, iii-xviii*

Lautmann, R. (1985). The pink triangle: The persecution of homosexual males in concentration camps in nazi Germany. In S. Licata & R. Petersen (Eds.), *Historical perspectives on homosexuality.* New York: Haworth Press.

Leroy-Forgeot, F. (1997). *Histoire juridique de l'homosexualité en Europe.* Paris: Presses Universitaires de France.

Lessa, A. (1941). *Política sexual.* Lisboa: Editorial Inquérito.

LeVay, S. (1991). A difference in hypothalmic structure between heterosexual and homosexual men. *Science, 253*, 1034-1037.

LeVay, S. (1996). *Queer Science: The use and abuse of research into homosexuality.* Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.

Lever, M. (1985). *Les bûchers de Sodome: Histoire des "infâmes."* Paris: Bibliothèques10/18.

Levine, S. (1987). Origins of sexual identity. In E. Shelp E. (Ed.), *Sexuality and medicine.* Holland: D. Reidel Publishing Company.

Lewis. H. (1987). Shame and the narcissistic personality. In D. Nathanson (Ed.), *The many faces of shame.* New York: Guilford Press.

Licata, S. (1985). The homosexual rights movement in the United States: A traditional overlooked area of American history. In S. Licata & R. Petersen (Eds.), *Historical perspectives on homosexuality.* New York: Haworth Press.

Licata, S., & Petersen, R. (Eds.). (1985). *Historical perspectives on homosexuality.* New York: Haworth Press.

Licht, H. (1976). *Vida sexual en la Antigua Grecia.* Madrid: Ediciones Fermar.

Liddle, B. (1996, October). Therapist sexual orientation, gender, and counseling practices as they relate to ratings of helpfulness by gay and lesbian clients. *Journal of Counseling Psychology, 43* (4), 394-401.

Liddle, B. (1997). Gay and lesbians client's selection as therapists and utilization of therapy. *Psychotherapy, 34* (1), 11-18.

Liddle, B. (1999a). Gay and lesbian clients's ratings of psychiatrists, psychologists, social workers, and counselors. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 3* (1), 81-93.

Liddle, B. (1999b). Recent improvement in mental health services to lesbian and gay clients. *Journal of Homosexuality, 37* (4), 127.

Logan, C. (1996). Homophobia? No, Homoprejudice. *Journal of homosexuality, 31* (3), 31-53.

Lowenstein, S. (1985). On the diversity of love subjects orientations among women. Journal of Social Work and Human Sexuality, *3* (2/3), 7-24.

Lown, J. (1995). Feminist perspectives. In M. Blair, J. Holland & S. Sheldon (Eds.), *Identity and diversity. Gender and the experience of education.* Clevedon: The Open University.

López, F., & Fuertes, A. (1989). *Para compreender la sexualidad.* Estella (Navarra): Verbo Divino.

López-Aranguren, E. (1994). El análisis de contenido. In Garcia Ferrando, J. Ibañez & F. Alvira (Eds.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 189-221). Madrid: Alianza Editorial.

Lucey, M. (1998). Un project critique: Les gay and lesbian studies. In Didier Eribon (Ed.), *Les études gay et lesbiennes* (pp. 27-34). Paris: Éditions du Centre Pompidou.

Luzes, P. (1963, Setembro). Psicopatologia da homossexualidade masculina. *Separata Jornal do Médico, 50*, 3-15.

MacDonald, A. P., Jr. (1983). A little bit of lavender goes a long way: A critique of research on sexual orientation. *The journal of sex research, 19* (1), 94-100.

MacDonald, A. P., Jr., & Games, R. G. (1974). Some characteristics of those who hold positive and negative attitudes toward homosexuals. *Journal of homosexuality, 1* (1), 9-27.

MacDonald, A., Jr. (1976). Homophobia: Its roots and meaning. *Homosexual Counseling Journal, 3*, 23-33.

Macho, J., & Rodriguez, J. (1987). *La juventud de los ochenta: Estudio sociológico de la juventud de Castilla e Léon.* Valladolid: Consejeria de Education y Cultura.

Malyon, A. (1985). Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. In J. Gonsiorek (Ed.), *Homosexuality & Psychotherapy: A practitioner's handbook of affirmative models* (pp. 59-69). New York: Haworth Press.

Manteigas, N. (1996). Do desejo homossexual à identidade homossexual: A invenção de uma diferença. In Isabel Leal (Ed.), *Sexualidade e parentalidade. Actas do 1º Colóquio de Psicologia Social Clínica* (pp. 57-63). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Marcus, S. (1998). Quelques problèmes de l'histoire lesbienne. In Didier Eribon (Ed.), *Les études gay et lesbiennes* (pp. 35-43). Paris: Éditions du Centre Pompidou.

Marmor, J. (1980). *Homosexual Behavior: A Modern Reappraisal.* New York: Basic Books.

Marmor, J. (1998). Homosexuality: Is etiology really important? *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 2* (4), 19-28.

Marrou, H. (1976). *Historia de la educación en la antigüedad.* Buenos Aires: Universitaria de Buenos Aires.

Martin, A. (1982). Some issues in the treatment of gay and lesbians patients. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19* (3), 341-348.

Masters, W. H., & Johnson, V. (1979). *Homossexualidade em perspectiva.* São Paulo: Artes Médicas.

Masters, W., Johnson, V., & Kolodny, R. (1986). *Masters and Johnson on sex and human loving.* Boston: Little Brown.

Matteson, D. (1996). Psychotherapy with bisexual individuals. In R. Cabaj & T. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 443-450). Washington: American Psychiatric Press.

Mattison, A., & McWhirter, D. (1980). Stage discrepancy in male couples. In Eli Coleman (Ed.), *Psychotherapy with homosexual men and women* (pp. 89-99). New York: Haworth Press.

May, R. (1995). Re-reading Freud on homosexuality. In T. Domenici & R. Lesser (Eds.), *Disorienting sexuality: Psychoanalytic reappraisals of sexual identities* (pp. 153-165). New York: Routledge.

Mayntz, R., Holm, K., & Hübner, P. (1993). *Introducción a los métodos de la sociología empírica.* Madrid: Alianza Universidad.

Mazel, J. (1988). *As metamorfoses de Eros: O amor na Grécia Antiga.* São Paulo: Livraria Martins Fontes.

McDaniel, J. (1995). *The lesbian couples guide: Finding the right woman and creating a life together.* New York: Harper Collins Publishers.

McHenry, S. & Johnson, J. (1993, Spring). Homophobia in the therapist and gay or lesbian client: Conscious and unconscious collusions in self-hate. *Psychotherapy*, 141-151.

McIntosh, M. (1996). The homosexual role. In S. Seidman (Ed.), *Queer theory Sociology* (pp. 33-40). Oxford: Blackwell. (Obra original publicada em 1968).

McNamee, S., & Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social.* Barcelona: Paidós.

McWhirter, D., Sanders, S., Reinisch, J. & J. M. (Eds.). (1990). *Homosexuality/ Heterosexuality: Concepts of sexual orientation.* New York: Oxford University Press.

Meer, T. (1989). The persecutions of sodomites in Eighteenth-Century Amsterdam: Changing perceptions of sodomy. In K. Gerard & G. Hekma (Eds.), *The pursuit of sodomy: Male homosexuality in Renaissance and Enlightenment Europe* (pp. 263-307). New York: Haworth Press.

Meer, T. (1996). Sodomy and the pursuit of a third sex in the early modern period. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York: Zone Books.

Melton, G. (1989). Public policy and private prejudice: Psychology and law on gay rights. *American Psychologist, 44*, 933-940.

Meneses, I. (1988). *Espaços públicos, vidas privadas: Identidades gay em Lisboa.* Dissertação de mestrado. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Menezes, I. & Costa, M. E. (1992). Amor entre iguais: A psicoterapia da diferença. *Cadernos de Consulta Psicológica, 8,* 79-84

Meyer-Bahlburg, H. (1984). Psychoendocrine research on sexual orientaton: Current status and future options. *Progress in Brain Research, 61*, 375-398.

Meyer-Bahlburg, H., Ehrhardt, A., Rosen, L. et al. (1995). Prenatal estrogens and the development of homosexual orientation. *Development Psychology, 31*, 12-21.

Michaels, S. (1996). The prevalence of homosexuality in the United States. In R. Cabaj & T. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 43-63). Washington: American Psychiatric Press.

Miguel, N., & Vilar, D. (1987). *Afectividade e sexualidade no contexto cultural e social português.* Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, Vol.XII.

Miller, N. (1995). *Out of the past: Gay and lesbian history from 1869 to the present.* London: Vintage.

Milton, M. (1998). Issues in psychotherapy with lesbians and gay men: A survey of british psychologists. *Leicester, Division of Couselling Psychology Occasional Papers, 4, British Psychological Society.*

Milton, M. & Coyle, A. (1998). Psychotherapy with lesbian and gay clients. *The Psychologist*(11), 73-76.

Milton, M. & Coyle, A. (1999). Lesbian and gay affirmative psychotherapy: Issues in theory and practice. *Sexual and Marital Therapy, 14* (1), 43-59.

Miranda, J., & Storms, M. (1989). Psychological adjustment of lesbians and gay men. *Journal of Counseling & Development. 68*, 41-45.

Mishler, E. (1986). *Research Interviewing.* Cambridge: Harvard University Press.

Mohr, R. (1992). *Gay ideas. Outing and other controversies.* Boston: Beacon Press.

Mondimore, F. (1996). *A natural history of homosexuality.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Money, J. (1980). Genetic and chromosomal aspects of homosexual etiology. In J. Marmor (Ed.), *Homosexual behavior: A modern reappraisal* (pp. 59-72). New York: Basic Books.

Money, J. (1988). *Gay, straight, and in-between.* New York: Oxford University Press.

Money, J. & Ehrhardt,. A. (1972). *Man and woman, boy and girl: Differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Money, J., Schwartz. M., & Lewis. V. (1984). Adult erotosexual status and fetal hormonal masculinization and demasculinization, 46XX. *Psychoneuroendocrinology, 9,* 405-414.

Moniz, E. (1906). *A vida sexual.* (vol.2). Lisboa: Ferreira & Oliveira Editores.

Monteflores, C., & Schultz, S. (1978). (1978). Coming-out: Similarities and differences for lesbians and gay men. *Journal of Social Issues, 34,* 359-372.

Monteiro, A. (1922). *Amor sáfico e socrático.* Lisboa: Instituto de Medicina Legal de Lisboa.

Monter, W. (1985). Sodomy and heresy in early modern Switzerland. In S. Licata & R. Petersen (Eds.), *Historical perspectives on homosexuality* (pp. 41-53). New York: Haworth Press.

Morano, C. (1997). El debate psicológico sobre la homosexualidad. In Javier Gafo (Ed.), *La homosexualidad: Un debate abierto* (pp. 13-95). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Moreno, J. (1961). The role concept: A bridge between psychiatry and sociology. *The American Journal of Psychiatry, 118,* 518-523.

Moreno, J. (1964). The third psychiatriac revolution and the scope of psychodrama. *Group Psychotherapy, 17,* 149-175.

Moreno, J. & Moreno, Z. (1976). Sociometric view of recent history: The rise and fall of leadership. *Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry, 29,* 63-69.

Morgan, K. & Nerison, R.. (1993, Spring). Homosexuality and psychopolitics: An historical overview. *Psychotherapy,* pp. 133-140.

Morin, S. (1977). Heterossexual bias in psychological research on lesbianism and male homosexuality. *American Psychologist, 32,* 629-637.

Morin, S. (1991). Removing the stigma: Lesbian and affirmative counseling. *The Counseling Psychologist, 19* (2), 245-247.

Moses, A. & Hawkins, R. (1982). *Counseling lesbian women and gay men.* St. Louis: C. V. Mosby.

Mossé, C. (1983). *La femme dans la Grèce antique.* Paris: Albin Michel.

Mott, L. (1989). Inquisição e homossexualidade. *Congresso Luso Brasileiro sobre Inquisição:* Sociedade Portuguesa de Estudos Do Século XVIII. Lisboa: Universitária Editora.

Mucchielli, R. (1991). *L'analyse de Contenu*. Paris: ESF Éditeur.

Mullol, A. (1985). *Homosexualidad hoy*. Barcelona: Editorial Herder.

Murillo, S. (1996). *El mito de la vida privada: De la entrega al tiempo proprio*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Murray, S. (1992). The undervelopment of modern/gay homosexuality in Mesoamérica. In Ken Plummer (Ed.), *Modern Homosexualities: Fragments of lesbian and gay experience* (pp. 29-38). London: Routledge.

Nadler, R. (1990). Homosexual behaviour in nonhuman primates. In D. Mcwhirter et. al (Eds.), *Homosexuality/Heterosexuality: Concepts of sexual orientation*. New York: Oxford University Press.

Navarro, P. & Díaz, C. (1995). Análisis de contenido. In J. Delgado & J. Gutiérrez (Eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciências sociales* (pp. 177-224). Madrid: Síntesis.

Neissen, J. (1993). Healing from cultural vitimization: Recovery from shame due to heterosexism. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 2* (1), 49-63.

Neisser, U. (1976). *Cognition and reality*. San Francisco: Freeman.

Nicholson, L. (1997). *The second wave. A reader in feminist theory*. New York: Routledge.

Nogueira, M. C.(1996). *Um novo olhar sobre as relações sociais de género: Perspectiva feminista crítica na psicologia social.* Dissertação de doutoramento. Universidade do Minho.

Nogueira, M.C., & Fidalgo, L. (1995). Análise do discurso: A tarefa e o poder das palavras. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, 3,* 181-188

Norton, R. (1992). *Mother clap's Molly House: The gay subculture in England 1700--1830*. London: Gay Men's Press.

Norton, R. (1997). *The myth of the modern homosexual: Queer history and search for cultural unity*. London: Cassell.

Noya Miranda, F. (1995). Metodología, contexto y reflexividad. Una perspectiva constructivista y contextualista sobre la relación cualitativo-cuantitativo en la investigación social. In J. Delgado & J. Gutiérrez (Eds.), *Métodos Y técnicas cualitativas de investigación en ciências sociales* (pp. 121-140). Madrid: Síntesis.

Nurius, P. (1983). Mental health implications of sexual orientation. *The Journal of Sex Research, 19* (1), 119-136.

Oakley, A. (1997). A brief history of gender. In A. Oakley & J. Mitchell (Eds.), *Who's afraid of feminism? Seeing through the backlash* (pp. 29-55). New York: The New Press.

Oaks, R. (1985). Defining sodomy in seventeenth-century Massachusetts. In S. Licata & R. Petersen (Eds.), *Historical perspectives on homosexuality* (pp. 79-83). New York: Haworth Press.

Oliveira, R. (1994). Hormonas e comportamento: Aspectos actuais da endocrinologia experimental. In V. Almada & R. Oleira (Eds.), *Biologia e comportamento: Actas do I Congresso Nacional de Etiologia* (pp. 73-82). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Oosterhuis, H. (1997). Richard von Krafft-Ebing's "step-children of nature" psychiatry and the making of homosexual identity. In V. Rosario (Ed.), *Science and homosexualities* (pp. 67-88). New York: Routledge.

Ortí, A. (1994). La apertura y el enfoque cualitativo o estrutural: La entrevista abierta semidirectiva y la discussión de grupo. In G. Ferrando, J. Ibañez & F. Alvira (Eds.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 189-221). Madrid: Alianza Editorial.

Ovesey, L. (1969). *Homosexuality and pseudohomosexuality.* New York: Science House.

Owensby, N. (1940). Homosexuality and lesbianism treated with metrazol. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 92,* 65-66.

Padgug, R. (1989). Sexual matters: On conceptualizing sexuality in history. In K. Peiss, C. Simmons & R. Padgug (Eds.), *Passion and Power: Sexuality in History* (pp. 14-31). Philadelphia: Temple University Press.

Pare, C. (1956). Homosexuality and chromosomal sex. *Journal of Psychosomatic Research* (1), 247-251.

Pare, C. (1965). Etiology of Homosexuality: Genetic and chromosomal aspects. In J. Marmor (Ed.), *Sexual inversion: The multiple roots of homosexuality* (pp. 70-80). New York: Basic Books.

Parker, W. (1985). Homosexuality in history: An annotated bibliography. In S. Licata & R. Petersen (Eds.), *Historical perspectives on homosexuality.* (pp. 191-210). New York: Haworth Press

Pattison, E., & Pattison, M. (1980). "Ex-gays": Religious mediated change in homosexuals. *American Journal of Psychiatry, 137,* 1553-62.

Paul, W., Weinrich, J., Gonsiorek, J. & Hotvedt, M. (Eds.). (1982). *Homosexuality: Social, psychological, and biological issues.* Beverly Hills: Sage Publications.

Peiss, K., Simmons, C., & Padgug, R. (Eds.). (1989). *Passion and Power: Sexuality in History.* Philadelphia: Temple University Press.

Peplau, L. (1991). Lesbian and gay relationships in J. Gonsiorek & J. Weinrich (Eds.). *Homosexuality: Research implications for public policy* (pp. 177-196). Newbury Park: Sage.

Perloff, W. (1965). Hormones and homosexuality. In J. Marmor (Ed.). *Sexual inversion: The multiple roots of homosexuality* (pp. 44-70). New York: Basic Books.

Perrot, M. (1990). A família triunfante. In P. Ariès & G. Duby (Eds.), *História da vida privada: Da Revolução à Grande Guerra* (Volume 4). Porto: Edições Afrontamento.

Pessoa, F. (1975). António Botto e o ideal estético em Portugal. In A. Botto, *As Canções de António Botto.* (pp. 13-28). Lisboa: Ática.

Picanço, S., & Miranda, A. (1996). O declínio do império sexual. In I. Leal (Ed.), *Sexualidade e parentalidad:. Actas do 1º Colóquio de Psicologia Social Clínica* (pp. 45-48). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Pillard, R. (1988). Sexual orientation and mental disorder. *Psychiatric Annals, 18* (1), 51-56.

Pillard, R. (1990). The Kinsey Scale: Is it familial? In D. McWhirter, A. Sanders & J. Reinish (Eds.), *Homosexuality/Heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 88-100). New York: Oxford University Press.

Pillard, R. (1991). Masculinity and feminity in homosexuality: "Inversion" revisited. In J. Gonsioreck & J. Weinrich (Eds.), *Homosexuality: Research implications for public policy* (pp. 32-43). Newbury Park: Sage Publications.

Pillard, R. (1997). The search for a genetic influence on sexual orientation. In V. Rosario (Ed.), *Science and Homosexualities.* New York: Routledge.

Pillard, R. (1998). Biologic theories of homosexuality. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 2* (4), 75-85.

Pillard, R. &, Weinrich, J. (1986). Evidence of familial nature of male homosexuality. *Archives of General Psychiatry* (43), 808-812.

Pillard, R., Poumadere, J., & Carretta, R. (1981). Is homosexuality familial? A review, some data, and a suggestion. *Archives of Sexual Behavior, 10* (5), 465-475.

Platão (s.d.) *Banquete.* Coimbra: Atlântida Editora.

Plummer, K. (1975). *Stigma.* London: Routledge.

Plummer, K. (1981). Going gay: Identities, life cycles, and lifestyles in the male gay world. In J. Hart & D. Richardson (Eds.), *The theory and practice of homosexuality* (pp. 93-110). London: Routledge & Kegan Paul.

Plummer, K. (1992). Speaking its name: Inventing a lesbian and gay studies. In K. Plummer (Ed.), *Modern homosexualities: Fragments of lesbian and gay experience* (pp. 3-27). London: Routledge.

Plummer, K. (Ed.). (1995). *Telling sexual stories: Power, change and social worlds.* London and New York: Routledge.

Plummer, K. (1996). Symbolic Interactionism and the forms of homosexuality. In S. Seidman (Ed.), *Queer Theory/Sociology* (pp. 64-82). Oxford: Blackwell.

Poirier, J., Clapier-Valladon, S. & Raybaut, P. (1995). *Histórias de vida: Teoria e prática.* Oeiras: Celta Editora.

Pollack, R., & Schwartz, C. (1995). *The Journey out. A guide for and about lesbian, gay and bisexual teens.* New York: Viking.

Pollak, M. (1983). A homossexualidade masculina ou a felicidade no *ghetto.* In P. Ariés & A. Béjin (Eds.), *Sexualidades Ocidentais* (pp. 51-69). Lisboa: Contexto.

Pollitt, K. (1995). *Reasonable creatures: Essays on women and feminism.* New York: Vintage Books.

Ponse, B. (1978). *Identities in the lesbian world: The social construction of the self.* Westport:: Greenwood Press.

Pope, K. , Tabachnick, B. & Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist, 42* (11), 993-1006.

Prieur, A. (1998). Le mariage homosexuel est-il concevable? L'exemple de la Norvège. In Didier Eribon (Ed.), *Les études gay et lesbiennes* (pp. 73-79). Paris: Éditions du Centre Pompidou.

Pritchard, M. (1962). Homosexuality and genetic sex. *Journal of Mental Science* (108), 616-623.

Prost, A. (1992). Fronteiras e espaços do privado. In P. Ariès & A. Duby (Eds.), *História da vida Privada. Da Primeira Guerra Mundial aos Nossos Dias* (Volume 5). Porto: Afrontamento.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais.* Lisboa: Gradiva.

Rachman, S. (1966). Sexual fetichism: An experimental analogue. *Psychological Record, 16*, 293-296.

Rachman, S. & Hodgson, R..(1968). Experimental induced «Sexual Fetichism», replication and development. *Psychological record, 18*, 25-27.

Rado, S. (1940) A Critical examination of the theory of bisexuality. *Pyschosomatic Medicine, 456*, 604-615.

Renzetti, C., & Lee, R. (Eds.). (1993). *Researching sensitive topics.* London: Sage Publications.

Rice, G., Anderson, C., Risch, N., & Ebers. (1995). Male homosexuality: Absense of linkage to micro satellite markers on the X-chromosome in a Canadian study. Abstract. International Academy of Sex Research, Annual Meeting, Provincetown.

Rich, A. (1984). *The fact of a doorframe. Poems selected and new 1950-1984.* New York: W.W. Norton.

Richards, J. (1993). *Sexo, desvio e danação.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Richards, T., & Richards, L. (1992). *Introducing NUDIST.* Eltham: Replee Pty.

Richardson, D. (1987). Recent challenges to traditional assumptions about homosexuality: Some implications for practice. *Journal of Homosexuality, 13* (4), 1-12

Richardson, D. (1993). Recent Challenges to Traditional Assumptions about Homosexuality: Some Implications for Practice. In L. Garnets & D. Kimmel (Eds.), *Psychological Perspectives on Lesbian & Gay male Experiences* (pp. 117-129). New York: Columbia University Press.

Riddle, D., & Sang, B. (1978). Psychotherapy with lesbians. *Journal of Social Issues, 34* (3), 84-100.

Riessman, C. (1993). Narrative analysis. *Qualitative research Methods* (vol.30). Newbury Park: Sage.

Robert, J. (1997). *Eros Roma*. Paris: Les Belles Lettres.

Rodrigues, C., & Mendes, A. (1996). Ser homem e ser mulher. O papel da sexualidade na cultura. In I. Leal (Ed.), *Sexualidade e parentalidade. Actas do 1º Colóquio de Psicologia Social Clínica* (pp. 39-43). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Rojas-Bermúdez, J. (1984). *Que es el sicodrama? Teoria e prática*. Buenos Aires: Celcius.

Rosario, V. (1997). Homosexual bio-histories: Genetic nostalgias and the quest for paternity. In V. Rosario (Ed.), *Science and homosexualities* (pp. 1-25). New York: Routledge.

Rosario, V. (1997b). Inversion's histories / History's inversions: Novelizing fin-de-siècle homosexuality, In Vernon A. Rosário (Ed.), *Science and homosexualities* (pp. 89-107). New York: Routledge.

Rubin, G. (1984). Thinking sex: Notes for a radical theory of the politics of sexuality. In C. Vance (Ed.), *Pleasure and danger: Exploring female sexuality*. London: Routledge and Kegan Paul.

Rubio, S. (1995). Acquisition, development, and consolidation of homosexual identity: A retrospective analysis with Spanish gay men and lesbians. *Revue Sexologique, 3* (2), 123-142.

Rubio, S. (1996). *Processo de desarollo de la identidad homosexual.* Tese de doutoramento. Universidade de Salamanca.

Rudolph, J. (1989). Effects of a workshop on mental health practioners's attitudes toward homosexuality and counseling effectiveness. *Journal of Counseling & Development, 68*, 81-85.

Ruggiero, G. (1985). *The boundaries of Eros: Sex, crime and sexuality in Renaissance Venice*. New York: Oxford University Press.

Ruse, M. (1981). Are there gay genes? Sociobiology and homosexuality. In N. Koertge (Ed.), *Nature and causes of homosexuality: A philosophic and scientific inquiry.* New York: Haworth Press.

Saghir, M., & Robins, E. (1973). *Male and female homosexuality: A comprehensive investigation.* Baltimore: Williams & Wilkins.

Saghir, M., & Robins, E. (1980). Clinical aspects of female homosexuality. In J. Marmor (Ed.), *Homosexual behavior: A modern reappraisal* (pp. 280-295). New York: Basic Books.

Sampaio, D. (1997, 27 de Julho). Notas sobre a homossexualidade. *Notícias Magazine.*

Sanders, R., Bain, J., & Langevin, R. (1985). Peripheral sex hormones, homosexuality, and gender identity. In R. Langevin (Ed.), *Erotic preference, gender identity, and aggression in men: New research studies* (pp. 227-247). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Santo Agostinho. (2000). *Confissões*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.

Santos, A. (1903). *Perversão sexual*. Tese inaugural. Apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto.

Santos, B. S. (1987). *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento.

Santos, B. S. (1997). *Pela mão de Alice: O social e o político na pós-modernidade*. Porto: Afrontamento.

Santos, B. S. (1999). Porque é tão difícil construir uma teoria crítica? *Revista de Ciências Sociais, 54*,197-215.

Santos, C. P. (1998). Auto-organização psicológica e transgressão. Análise empírico-crítica de duas figuras do comportamento desviante: Criminosos e consumidores de drogas. Dissertação de doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Santos, M. I. S. (no prelo). A sogra de Rute ou intersexualidades. In Santos, B. S. S. (Org.), *A sociedade portuguesa perante os desafios da globalização*. Porto: Afrontamento.

Sartelle, J. (1994, 14 May). Rejecting the gay brain (and choosing homosexuality), *Bad Subjects* (http: eserver.org/bs/14/sartelle.html).

Sartre, M. (1991). A homossexualidade na Grécia antiga. In G. Duby (Ed.), *Amor e Sexualidade no Ocidente*. Mem Martins: Terramar.

Saslow, J. (1990). Homosexuality in the Renaissance: Behavior, identity, and artistic expression. In M. Duberman, & G. Chauncey (Eds), *Hidden from history: Reclaiming the gay and lesbian past* (pp. 90-105). New York: Meridian.

Schippers, J. (1989). Homosexual identity, essentialism and constructionism. In D. Altman, C. Vance, J. Vicinus & Weeks, J. (Eds.), *Homosexuality, which homosexuality?* (pp. 139-148). London: GMP Publishers.

Schippers, J. (1996). Homoseksuele identiteiten. Amsterdam: Thesis.

Schmidt, G., & Clement, U. (1990). Does peace prevent homosexuality? *Archives of Sexual Behavior 19*, 183.187.

Schofield, M. (1965). *Sociological Aspects of Homosexuality*. London: Longman.

Schüklenk, U., & Ristow, M. (1996). The ethics of research into the cause(s) of homosexuality. *Journal of homosexuality, 31* (3), 5-30.

Schwanberg, S. (1996). Health care professionals' attitudes toward lesbian women and gay men. *Journal of homosexuality, 31* (3), 71-83.

Sedgwick, E. (1993). *Tendencies*. Durham: Duke university Press.

Sedgwick, E. (1994). *Epistemology of the closet.* Harmondsworth: Penguin Books. (Obra original publicada em 1990).

Sedgwick, E. (1998). Construire des significations queer. In D. Eribon (Ed.), *Les études gay et lesbiennes* (pp. 109-116). Paris: Éditions du Centre Pompidou.

Sedgwick, P. (1973). Illness - Mental and otherwise. *Hastings Center Studies, 1*(3).

Seidman, S. (Ed.). (1996). *Queer Theory. Sociology.* Oxford: Blackwell.

Seidman, S. (1998). The Brits are coming... again: Sex studies in the UK. *Sexualities, I* (I), 107-112.

Semin, G. (1986). Book review of K. Gergen & K. Davis (Eds) The social construction of the person. *British Journal of Social Psychology* (25), 354-355.

Sergent, B. (1986). *L'Homosexualité initiatique dans l'Europe Ancienne.* Paris: Payot.

Shakespeare, W. (1967).*The Merchant of Venice.* London: Penguin Books.

Shelley, C. (Ed.). (1998). *Contemporary perspectives on psychoterapy and homosexualities.* New York: Free Association Books.

Shelley, C. (1998). *Contemporary perspectives on psychotherapy and homosexualities.* London: Free Association Books, Ltd.

Shelp, E. (Ed.). (1987). *Sexuality and medicine.* Dordrecht: Reidel Publishing Company.

Shorter, E. (1977). Naissance de la famille moderne. Paris: Éditions du Seuil.

Siegel, R. (1985). Beyond homophobia: Learning to work with lesbian clients. In L. Rosewater & L. Walker (Eds.), *Handbook of feminist Therapy* (pp. 183-190). New York: Springer.

Siegelman, M. (1972). Adjustment of male homosexuals and heterosexuals. *Archives of Sexual Behavior, 2,* 9-26.

Silva, A. (1895). *A inversão sexual.* Dissertação inaugural apresentada à Escola Médico Cirúrgica do Porto.

Silverstein, C. (1991a). Psychological and medical treatments of homosexuality. In J. Gonsiorek & J. Weinrich (Eds.), *Homosexuality research implications for public policy* (pp. 101-114). Newbury Park: Sage Publications.

Silverstein, C. (1991b). Psychotherapy and psychotherapists: A history. In C. Silverstein (Ed.), *Gays, lesbians, and their therapists: Studies in psychotherapy* (pp. 1-14). New York: W.W. Norton.

Silverstein, C. (1996). History of treatment. In R. Cabaj & T. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 3-16). Washington: American Psychiatric Press.

Simmons, C. (1989). Modern sexuality and the myth of Victorian repression. In K. Peiss, C. Simmons & R. Padgug (Eds.). *Passion and power: Sexuality in history* (pp. 199-225). Philadelphia: Temple University Press.

Smith, K. (1971). Homophobia: A tentative personality profile. *Psychological Reports 29*: 1091-1094.

Smith-Rosenberg, C. (1985). *Disordely conduct: Visions of gender in Victorian America.* Oxford: Oxford University Press.

Sobo, E. (1997). Self disclosure and self-construction among HIV-positive people: The rhetorical uses of stereotypes and Sex. *Anthropology & Medicine, 4* (1), 67-87.

Socarides, C. (1970). Homosexuality and medicine. *Journal of the American Medical Association, 212*, 1199-1202.

Socarides, C. (1974). Homosexuality. In S. Arieti (Ed.), *American Handbook of Psychiatry, 2nd ed* (pp. 3-291). New York: Basic Books.

Socarides, C. (1978). *Homosexuality.* New York: Jason Aronson.

Sophie, J. (1987). Internalized homophobia and lesbian identity. In Eli Coleman (Ed.), *Psychotherapy with homosexual men and women: Integrated identity approaches for clinical practice.* New York: Haworth Press.

Sorensen, L., & Roberts, S. (1997). Lesbian uses of and satisfaction with mental health services: Results from Boston lesbian health project. *Journal of Homosexuality, 33* (1), 35-49.

Stanton, D. (1992). *Discourses of sexuality: From Aristotle to AIDS.* Michigan: The University of Michigan Press.

Steakley, J. (1997). Per scientiam ad justitiam. Magnus Hirschfeld and the sexual politics of innate homosexuality. In V. Rosário (Ed.), *Science and homosexualities* (pp. 133-154). New York: Routledge.

Stein, T. (1996). A critique of approaches to changing sexual orientation. In R. Cabaj & T. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 525-537). Washington: American Psychiatric Press.

Stein, T. (1998). Social constructionism and essentialism: Theoretical and clinical considerations relevant to psychotherapy. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy, 2* (4), 29-49.

Stein, T. (1999). Commentary on "Gay and Lesbian Clients' Ratings of Psychiatrists, Psychologists, Social Workers, and Counselors." *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy, 3* (1), 95-100.

Stein, T., & Cohen, C. (Eds.). (1986). *Contemporary perspectives in psychotherapy with gay men and lesbians.* New York: Plenum.

Stewart, D. & Shamdasani, P. (1990). *Focus groups. Theory and practice.* London: Sage.

Stiles, W. (1993). Quality control in qualitative research. *Clinical Psychology Review, 13*, 593-618.

Storms, M., Stivers, M., Lambers, S., & Hill, C. (1981). Sexual scripts for women. *Sex Roles, 7*, 699-707.

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research.* Newbury Park: Sage Publications.

Stryker, S. (1992). Symbolic Interactionism: Themes and variations. In M. Rosenberg & R. Turner (Eds.), *Social Psychology: Sociological Perspectives* (pp. 3-29). New Brunswick: Transaction Publishers.

Suppe, F. (1982). Review article on R. Bayer. Homosexuality and American psychiatry. *Journal of Medicine and Philosophy, 7,* 375-381.

Suppe, F. (1987). Medical and Psychiatric Perspectives on Human Sexual Behavior. *Sexuality and Medicine, I,* 17-37.

Swaab, D., & Hofman, M. (1990). An enlarged suprachiasmatic nucleus in homosexual men. *Brain Research,* 537, 141-148.

Sweet, M. (1998). Review of Straight Science by Jim McKnight. *Sexualities, 1* (2), 247-248.

Taylor, R. (1997). Two pathic subcultures in Ancient Rome. *Journal of History of Sexuality, 7* (3), 319-371.

Terry, J. (1997). The seductive power of science in the making of deviant subjectivity. In V. Rosário (Ed.), *Science and homosexualities* (pp. 271-295). London: Routledge.

The Holy Bible, King James version. Oxford: Oxford University Press.

Tourney, G. (1980). Hormones and homosexuality. In J. Marmor (Ed.), *Homosexual behavior: A modern reappraisal* (pp. 41-58). New York: Basic Books.

Troiden, R. (1988). *Gay and lesbian identity: A sociological analysis.* New York: General Hall.

Troiden, R. (1993). The formation of homosexual identities. In L.Garnets & D. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay male experiences* (pp. 191-217). New York: Columbia University Press.

Troiden, R. (1979). Becoming homosexual: Research on acquiring a gay identity. *Psychiatry, 42* (4), 362-373.

Troiden, R. (1989). The formation of homosexual identities. *Journal of Homosexuality, 17,* 43-73.

Troiden, R., & Goode, E. (1980). Variables related to the acquisition of a gay identity. *Journal of Homosexuality, 5* (4), 383-392.

Trumbach, R. (1977). London's sodomites: Homosexual behavior and Western Culture in the 18th century. *Journal of Social History, 11* (1), 1-33.

Trumbach, R. (1989). Sodomical assaults, gender role and sexual development in Eighteenth-Century London. In K. Gerard & G. Hekma (Eds.), *Male homosexuality in Renaissance and Enlightenment Europe* (pp. 407-429). New York: Harrington Park Press.

Trumbach, R. (1996). London's sapphists: From three sexes to four genders in the making of modern culture. In G. Herdt (Ed.), *Third Sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 111-136). New York: Zone Books.

Trumbach, R. (1998). *Sex and the gender revolution: Heterosexuality and the third gender in Enlightenment London.* Chicago: The University of Chicago Press.

Vala, J. (1986). Análise de conteúdo. In A. Silva e J. Pinto (Orgs.) *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-128). Porto: Afrontamento.

Valdés, A. (1981). *Historia y presente de la homosexualidad.* Madrid: Akal Editor.

Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica e prática profesional.* Madrid: Editorial Síntesis.

Vaz, A. (1902). *Neo-Malthusianismo.* Tese inaugural. Apresentada à Escola Médico Cirúrgica do Porto.

Vaz, J. (1988). *O ensino da sexologia. Relato de uma experiência.* Dissertação de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Velten, E. (1998). Acceptance and construction: Rational emotive behaviour therapy and homosexuality. In C. Shelley (Ed.), *Contemporary perspectives on Psychotherapy and homosexualities* (pp. 190-221). London: Free Association Books.

Veyne, P. (1983). A homossexualidade em Roma. In P. Ariès & A. Béjin (Eds.), *Sexualidades Ocidentais.* Lisboa: Contexto.

Vidal, G. (1993). *United States: Essays 1952-1992.* New York: Random House.

Villegas, M. (1992). Analises del discurso terapêutico. *Revista de Psicoterapia., III* (10-11), 23-65.

Vincent, G. (1991). Uma história do segredo. In P. Ariès & A. Duby (Eds.), *História da vida Privada. Da Primeira Guerra Mundial aos Nossos Dias.* (Volume 5). Porto: Edições Afrontamento.

Warner, M. (Ed.). (1997). *Fear of a Queer Planet: Queer Politics and Social Therory.* Minneapolis: University of Minnesota Press.

Watzlawick, P. Beavin, J. & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of Human Communication. New York*: Norton.

Weeks, J. (1985). Inverts, perverts, and Mary-Annes. Male prostitution and the regulation of homosexuality in England in the nineteenth and early twentieth centuries. In S. Licata & R. Petersen (Eds.), *Historical perspectives on homosexuality* (pp. 113-134). New York: Haworth Press.

Weeks, J. (1990). *Coming out: Homosexual politics in Britain from the nineteenth century to the present.* London: Quartet Books. (Obra original publicada em 1977).

Weeks, J. (1993). *El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas.* Madrid: Talasa Ediciones.

Weeks, J. (1996). The Construction of Homosexuality. In S. Seidman (Ed.), *Queer Theory.Sociology* (pp. 41-63). Oxford: Blackwell.

Weeks, J. (1998). The 'Homosexual Role' after 30 years: An appreciation of the work of Mary McIntosh. *Sexualities, 1* (2), 131-152.

Weeks, J. (2000). *Making sexual History.* Malden: Polity Press.

Weinberg, G. (1972). *Society and the healthy homosexual.* New York: Oxford University Press.

Weinberg, M., & Williams, C. (1974). *Male homosexuals: Their problems and adaptations.* New York: Oxfor University Press.

Weinberg, M., Williams, C., & Pryor, D. (1994). *Dupla atracção: A bissexualidade na época da Sida.* Venda Nova: Bertrand Editora.

West, D., & Green, R. (Eds.). (1997). *Sociolegal control of sexuality: A multi-nation comparison.* New York: Plenum Press.

Whitam, F. (1980). The prehomosexual male child in three societies: The United States, Guatemala, Brazil. *Archives of Sexual Behavior, 9* (2), 87-99.

Whitam, F., Diamond, M., &, Martin, J. (1993). Homosexual orientation in twins: A report of 61 pairs and three triplet sets. *Archives of Sexual Behavior* (22), 187-206.

Whitam, F. &. Zent, M. (1984). A cross-cultural assessment of early cross gender behavior and familial factors in male homosexuality. *Archives of Sexual Behavior, 13* (5), 427-441.

Wille, R., Borchers, D., & Schultz, W. (1987). Prenatal distress: A disposition for homosexuality? *Abstract Meeting, International Academy of Sex Research,* Tutzing, Germany.

Wilson, E. (1978). *On human nature.* Cambridge: Harvard University Press.

Wittig, M. (1998). À propos du contrat social. In Didier Eribon (Ed.), *Les études gay et lesbiennes* (pp. 57-64). Paris: Éditions du Centre Pompidou.

Woodman, N., & Lenna, H. (1980). *Counseling with gay men and women.* San Francisco: Jossey-Bass.

Woods, P. (1999). *Investigar a arte de ensinar.* Porto: Porto Editora.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.* Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Zucker, K., Bradley, S., Oliver, G. et al. (1996). Psychosexual development of women with congenital adrenal hyperplasia. *Hormones and Behavior, 30*, 300-318.

oferta
7000 $00

14/2/02

BIBLIOTECA
DO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS
"ABEL SALAZAR"