

## (IN)VISIBILIDADE: UMA REFLEXÃO ACERCA DA SAÚDE MENTAL DE MULHERES LGBTI+ NO AMBIENTE TERAPÊUTICO

*(IN)VISIBILITY: A REFLECTION ON THE MENTAL HEALTH OF LGBTI+ WOMEN IN THE  
THERAPEUTIC ENVIRONMENT*

Vitória Tonet<sup>1</sup>  
Ana Julia Liz de Carvalho<sup>2</sup>  
Giulia De Liz Crotti<sup>3</sup>  
Thalita Gonçalves Kirchner<sup>4</sup>  
Letícia Da Silva Aguiar<sup>5</sup>  
Eduarda Brunelo Sierra<sup>6</sup>  
Roberta Da Guia Paulin Ronska<sup>7</sup>  
Adriana Maria Bigliardi<sup>8</sup>

**Resumo:** Este trabalho traz o relato de experiência de uma Ação de Curricularização da Extensão realizada por estudantes do terceiro período do curso de Psicologia, supervisionados pela professora da disciplina de Promoção e Prevenção em Saúde II. Nesta ação foi trabalhada a temática da saúde mental de mulheres LGBTQIA+ e foram abordadas questões de gênero, discriminação, diversidade sexual, preconceito e repressões. A invisibilidade vivida por estas mulheres no que tange ao direito à assistência integral em saúde apresenta-se como principal enfoque do presente trabalho. A ação foi realizada com 13 participantes de uma ONG voltada para mulheres LGBTQIA+ e teve como objetivo geral: Proporcionar momentos para refletir sobre a saúde mental de mulheres LGBTQIA+ e as principais dificuldades encontradas em contextos terapêuticos. E como objetivos específicos: promover um espaço de acolhimento e escuta e proporcionar momentos para expressão através da arte. A reflexão acerca das demandas de saúde das mulheres LGBTQIA+ proporcionou uma conversa produtiva. Em sua totalidade, o grupo demonstrou satisfação com a atividade e com o tema proposto e os feedbacks foram muito satisfatórios. Com base nos relatos das participantes constatou-se a quantidade de experiências negativas vividas devido a falta de preparo de profissionais dentro dos ambientes terapêuticos e fora deles. Acredita-se que os resultados obtidos nesta ação são de grande valia para entender mais de perto as dificuldades que mulheres LGBTQIA+ enfrentam. Espera-se que a riqueza desses dados propiciem mais momentos como esse de escuta e troca de vivências. Ainda é preciso destacar a pretensão, ainda que utópica, de que sejam desenvolvidos futuros trabalhos que caminhem na direção da inclusão. À vista desses resultados concluiu-se e destacou-se a necessidade urgente de apoio às mulheres LGBTQIA+ no acesso integral à saúde, enfatizando a importância de preparo dos profissionais da saúde para atender com precisão as necessidades dessa população.

**Palavras-chave:** Pessoas LGBTQIA+; Políticas Públicas de Saúde; Saúde de Minorias.

**Abstract:** This work presents the experience report of an Extension Curricularization Action carried out by students of the third period of the Psychology course, supervised by the professor of the subject of Health Promotion and Prevention II. In this action, the issue of mental health of LGBTQIA+ women was addressed and issues of gender, discrimination, sexual diversity, prejudice and repression were addressed. The invisibility experienced by these women regarding the right to comprehensive health care is the main focus of this work. The action was carried out with 13 participants from an NGO dedicated to LGBTQIA+ women and had the general objective: To provide a moment to reflect on the mental health of LGBTQIA+ women and the main difficulties encountered in therapeutic contexts. And as specific objectives: to promote a welcoming and listening space and to provide a moment for expression through art. Reflection on the health demands of LGBTQIA+ women provided a productive conversation. In its entirety, the group demonstrated satisfaction with

<sup>1</sup>Graduanda do curso de Psicologia das Faculdades Pequeno Príncipe.

<sup>2</sup>Graduanda do curso de Psicologia das Faculdades Pequeno Príncipe.

<sup>3</sup>Graduanda do curso de Psicologia das Faculdades Pequeno Príncipe.

<sup>4</sup>Graduanda do curso de Psicologia das Faculdades Pequeno Príncipe.

<sup>5</sup>Graduanda do curso de Psicologia das Faculdades Pequeno Príncipe.

<sup>6</sup>Graduanda do curso de Psicologia das Faculdades Pequeno Príncipe.

<sup>7</sup>Graduanda do curso de Psicologia das Faculdades Pequeno Príncipe.

<sup>8</sup> Professora nos Cursos de Graduação de Medicina e Graduação de Psicologia das Faculdades Pequeno Príncipe.

the activity and with the proposed theme and the feedbacks were very satisfactory. Based on the participants' reports, it was verified the amount of negative experiences lived due to the lack of preparation of professionals inside the therapeutic environments and outside them. It is believed that the results obtained in this action are of great value to understand more closely the difficulties that LGBTQIA+ women face. It is hoped that the richness of this data will provide more moments like this one for listening and exchanging experiences. It is still necessary to highlight the pretension, albeit utopian, that future works be developed that walk in the direction of inclusion. In view of these results, it was concluded and highlighted the urgent need to support LGBTQIA+ women in full access to health, emphasizing the importance of preparing health professionals to accurately meet the needs of this population.

**Keywords:** LGBTQIA+ people; Public Health Policies; Minority Health.

## 1 INTRODUÇÃO

A sexualidade é inerente aos seres vivos. Trata-se da condição primária do ser humano e é fundamental para a continuidade da vida, bem como, para as relações interpessoais - aquelas mantidas entre pessoas inseridas em um meio social-e intrapessoais - que envolvem a subjetividade de cada indivíduo, mais especificamente, na sua relação com ele mesmo -. Esses vínculos acabam por determinar os modos de ser, ver pensar e se revelar para a sociedade. A sexualidade é elemento unificante e estruturante da identidade e da personalidade, pois integra os níveis biológicos, psicológicos e sociais de um indivíduo (Albuquerque *et al.* 2013 *apud* Abdo; Guariglia- Filho, 2004).

Nesse contexto, deve-se considerar que a expressão da sexualidade é uma complexa interação de fatores. Falar sobre a diversidade sexual é compreender que a expressão da sexualidade é algo construído gradualmente ao longo do desenvolvimento psicossocial do indivíduo, refletindo, portanto, nas experiências evolutivas do ser humano durante o seu ciclo vital. A homossexualidade, aqui definida, como a orientação afetivo-sexual entre pessoas de mesmo sexo, sempre existiu ao longo da história nas mais diferentes sociedades e culturas, tendo permitido, portanto, diversos posicionamentos sociais (Albuquerque *et al.* 2013 *apud* Abdo; Guariglia- Filho, 2004). No território dessas relações, ainda ocorrem, no entanto, dinâmicas de exclusão social. Apesar da popularização do movimento LGBTQIA+, ainda verificam-se diversas cenas de violência e preconceito decorrentes da orientação sexual.

Além disso, existem estudos que apontam o atendimento discriminatório por parte de profissionais da saúde, como: consultas inadequadas, constrangimentos, conotações preconceituosas e até mesmo ofensas verbais proferidas por estes profissionais. (Albuquerque *et al.* 2013 *apud* Gutierrez, 2007; Heck *et al.*, 2006).

A relevância deste estudo reside no fato de trazer o relato de experiência de uma Ação de Curricularização de Extensão realizada por estudantes do terceiro período de Psicologia supervisionados pela professora da disciplina de Promoção e Prevenção em Saúde II e dar visibilidade à temática da saúde mental de mulheres LGBTI+ e foram abordadas questões de gênero, discriminação, diversidade sexual, preconceito e repressões.

Esta atividade teve como objetivo geral: Proporcionar momentos para refletir sobre a saúde mental de mulheres LGBTI+ e as principais dificuldades encontradas em contextos

terapêuticos. E como objetivos específicos: promover um espaço de acolhimento e escuta e proporcionar momentos para expressão através da arte.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Antes de adentrar nas questões relacionadas ao acesso à saúde de mulheres LGBTI+, deve-se, em primeiro lugar, destacar que a homossexualidade não trata-se de um recorte isolado da realidade humana. Falar de homossexualidade, é falar de sexualidade, é falar de pluralidade, de diversidade e multiplicidade (Toniette, 2006). Sendo assim:

A pluralidade é a condição da ação humana pelo fato de sermos todos os mesmos, isto é, humanos, sem que ninguém seja exatamente igual a qualquer pessoa que tenha existido, exista ou venha a existir (Arendt, 2009a, p. 16).

Nesse sentido, é necessário levar em conta que a sexualidade não é estática ou pré-definida. Deve-se considerar que trazer uma indagação acerca das definições de sexualidade humana, certamente não será um consenso. No presente trabalho, referimo-nos à sexualidade como um tema complexo e multifacetado:

Estou, portanto, problematizando a idéia de que existe uma natureza humana, uma essência imutável, que percorreria todas as culturas, todos os grupos sociais; e que homens e mulheres teriam uma espécie de substrato comum, que seria mais ou menos inalterável (Heilborn 2002, p. 12. *apud* Le Breton, 1988).

Com isso, tem-se que, discutir sobre a diversidade sexual, é algo delicado e esse caráter advém da norma social reproduzida, isto é, a heteronormatividade. O que se verifica em sua maioria, é certa confusão no que tange à ideia de gênero pré-definida, de que existem papéis a serem desempenhados pelos sexos biológicos determinados. Para que haja um afastamento do senso comum, é preciso analisar a categoria gênero:

O conceito de gênero refere-se à construção social do sexo e foi produzido com a idéia de discriminar o nível anátomo-fisiológico da esfera social/cultural. Em outras palavras, essa categoria analítica visa, sobretudo, distinguir a dimensão biológica da social. É a organização social da diferença sexual (Grossi, Heilborn e Rial, 1998). O raciocínio que apóia essa distinção baseia-se na idéia de que há machos e fêmeas na espécie humana, mas a qualidade de ser homem e ser mulher é realizada pela cultura (Heilborn, 2002. *apud* Grossi, Heilborn e Rial, 1998).

Ou seja, o sistema sexo/gênero operacionaliza relações de poder reforçando padrões de comportamento, aceitáveis ou não para homens e mulheres (Albuquerque *et al* 2013 *apud* Piscitelli, 2001). A partir da Antropologia, ciência que estuda a origem e as características dos seres humanos, é possível entender que tanto homens como mulheres são produtos da sociedade e são modelados de formas únicas e variadas (Heilborn, 2002). A discussão de conceitos como gênero e sexualidade denota a abordagem de constructos mutáveis e dinâmicos. Por isso, conceber a heterossexualidade como normal e natural é negar que toda e qualquer identidade seja ela sexual, étnica, de classe ou de gênero seja algo construído socialmente (Albuquerque *et al.* 2013 *apud* Louro, 1997).

A partir do exposto, deve-se delinear também acerca das questões relacionadas à sexualidade. Com isso, levantamos o questionamento - Como se Produz um Homossexual?. De modo geral, é possível inferir que os sentidos dados à sexualidade transformaram-se de forma dinâmica ao longo dos anos, fato esse, que cabe também à homossexualidade. A atração afetivo-sexual de pessoas do mesmo sexo sempre existiu nas mais diferentes sociedades e culturas. Michael Foucault, em seu livro História da Sexualidade (1984), retrata em um breve olhar histórico, a construção social da homossexualidade.

Na antiguidade, as repressões e o controle eram direcionadas àqueles que tinham “comportamento frouxo”, ou que independente do objeto sexual que escolhessem, eram considerados femininos e carregavam consigo signos tradicionais dessa feminilidade. A desigualdade de gêneros nesse ponto é evidente, sendo considerados inferiores os atributos relacionados ao gênero feminino. No entanto, o estado homofóbico nasce mais tarde, na Europa Medieval, a partir da combinação Igreja e Estado, estabelecendo o ideal heterossexual. Nesse período, o ser homossexual era comportamento julgado no mesmo nível que hereges e traidores (Toniette, 2006 *apud* Spencer, 1999).

Mais tarde, no século XIX, o termo homossexual surge com o jornalista Károly Maria Benkert em seu panfleto como parte um sistema de classificações de tipos sexuais. Benkert considerou que a homossexualidade tratava-se de um fenômeno da natureza, em que certos machos e fêmeas nasciam com este impulso homossexual, criando neles um sentimento de repulsa com o sexo oposto. Como este período foi marcado por grandes avanços na ciência, não demorou muito para que a comunidade científica passasse a estudar esse conceito (Cooper, 1993, p. 2, tradução nossa).

Em 1986, nasce a palavra homossexualismo, referido como diagnóstico, o trabalho de cunho clínico e forense denominado Psychopathia Sexualis, do psiquiatra Richard Von Krafft-Ebing, publicado em 1986, pretendia analisar a homossexualidade no âmbito do patológico e foram vasculhadas teorias que sustentariam tal proposição. Além disso, a produção de Krafft-Ebing reunia casos de fetichismo, masoquismo, necrofilia, entre outros:

A compilação de casos aqui analisada possui pouca interpretação clínica, bem como frágil prescrição terapêutica, ela debruça-se muito mais sobre uma nosografia e uma taxonomia patológica, que implica em uma descrição pormenorizada das diversas afecções encontradas em pacientes do próprio médico, bem como casos de colegas que a ele forneceram informações, ou até de relatos da imprensa policial da época (Dametto, *et al.* 2015).

No cenário brasileiro, o termo homossexual aparece em 1894, por Viveiros de Castro, em sua obra *Atentados ao Pudor: estudos sobre as aberrações do instinto sexual*, em uma conotação patológica. (Toniette, 2006). Na segunda metade do século XX, os processos crescentes de urbanização e industrialização, bem como o desenvolvimento socioeconômico foram representativos na construção do movimento homossexual. Considera-se que:

Bem ou mal, foi dentro deste contexto – de desenvolvimento dependente, autoritarismo e redemocratização, capitalismo industrial e neoliberalismo no mundo moderno cada vez mais globalizado – que as vidas de homens e mulheres gays evoluíram no Brasil durante as últimas décadas. É nesse contexto que as esperanças, imaginações e esforços devem ser compreendidos (Molina, 2011 *apud* Parker, 2002).

A partir de então, ocorre uma crescente de movimentos sociais no Brasil e no mundo. Essas mobilizações surgem com o intuito de despatologizar as orientações afetivo-sexuais, tendo em vista que os personagens dessa história apresentavam-se descontentes com a forma que eram percebidos e tratados pelas mais diversas esferas da sociedade. No Brasil, esses eventos ocorrem no final da década de 1970 e início de 1980:

O fim da ditadura militar fazia surgir e reforçava um sentimento de otimismo cultural e social que atingia a todos. A abertura política possibilitava sonhar com uma sociedade mais democrática, igualitária e justa e, mais especificamente, trazia a esperança para o movimento gay de uma sociedade em que a homossexualidade poderá ser celebrada sem restrições (Molina, 2011 *apud* Ferrari, 2004, p. 105).

Assim, os grupos e associações ligados ao movimento gay passam a se fortalecer e ganhar visibilidade. A persistência desses movimentos surtiu efeitos e em 1985, o Conselho Federal de Medicina, retirou a homossexualidade de sua classificação de doenças e instituiu que se tratava de “outras circunstâncias psicosssexuais” (Toniette, 2006). Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) retirou de seus catálogos médicos, entre eles, o *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)* e o *Código Internacional de Doenças (CID)*, o

homossexualismo, foi retirado o sufixo *-ismo* e foi acrescentado o sufixo *-dade* que traz consigo o significado de forma de expressão e orientação individual do desejo (Canabarro, 2013 *apud* ABGLT, 2013).

No âmbito da Psicologia, o Conselho Federal de Psicologia, em 1999 instituiu a Resolução CFP 01/99 e passou a proibir serviços que ofereçam o tratamento e a cura da homossexualidade visando a “não discriminação e a promoção e bem-estar das pessoas e da humanidade”. Como propõe o Art. 3º:

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

A evolução das questões de direitos acabaram por influenciar as noções de saúde, partindo da elaboração de políticas públicas. Afinal, diversidade sexual e acesso à saúde, do que se trata essa interpelação?

Considerando a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, a saúde é um direito de todos os cidadãos e cidadãs brasileiros, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Além disso, os Princípios de Yogyakarta (2006) postulam acerca da aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero, no sentido de dar mais clareza e coerência às obrigações de Direitos Humanos. Dessa forma:

Todas as pessoas têm o direito de desfrutar de todos os direitos humanos livres de discriminação por sua orientação sexual ou identidade de gênero. Todos e todas têm direito à igualdade perante à lei e à proteção da lei sem qualquer discriminação, seja ou não também afetado o gozo de outro direito humano. A lei deve proibir qualquer dessas discriminações e garantir a todas as pessoas proteção igual e eficaz contra qualquer uma dessas discriminações.

O Brasil cita esse documento nos Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Reprodutiva (2013) e manifesta:

O reconhecimento da universalidade dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos é fundamental para a qualificação da proposição de políticas públicas que contemplem as especificidades dos diversos segmentos da população. A prática sexual e a maternidade/paternidade são direitos de todos, que devem ser garantidos pelo Estado, mediante ações e estratégias que promovam o compromisso e responsabilidade dos cidadãos com seu exercício de modo responsável e mediante condições saudáveis e libertas de riscos.

Esse processo de reconhecimento da complexidade da saúde LGBTI+, surgiu com o intuito de implementar ações para evitar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde (Brasil, 2013, p. 6). Com isso, deve-se destacar o programa intitulado “Brasil sem Homofobia” - que nasceu com o intuito de Combater a Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual, que foi desenvolvido pela Secretaria Especial de Direitos Humanos em 2004.

Outro avanço significativo foi a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2013), instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT. Em 2017, surge o II Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O documento orienta:

Qualificar e fortalecer o acesso da população LGBT à atenção especializada, de forma humanizada, livre de preconceito e discriminação, em especial o acesso de travestis, mulheres transexuais e homens trans ao Processo Transsexualizador no SUS (Brasil, 2017).

O que se verifica, no entanto, é que apesar de muitos avanços, as mulheres LGBTI+ ainda são vulneráveis. É verdade que criar meios que assegurem o atendimento das demandas de saúde das diferentes orientações sexuais é importante, no entanto, de nada adianta se antes não forem desconstruídas sobretudo:

Visões naturalistas que destituem das pessoas o papel de agentes de sua própria sexualidade, impedindo-as de exercer o direito de viverem orientações sexuais diferentes das heteronormatizadas (Valadão, *et al.* 2011).

Além disso, é fundamental que se destituam ideais de subordinação das mulheres nos diversos grupos sociais, bem como o combate da exclusão e invisibilidades institucionais que acometem mulheres lésbicas e bissexuais (Valadão *et al.*, 2011). A vulnerabilidade e, mais especificamente, invisibilidade de mulheres LGBTI+ no acesso à saúde é verificada em sua maioria no que tange aos atendimentos oferecidos pelos profissionais de saúde:

As necessidades de saúde da população LGBT ainda são desconhecidas de grande parte dos profissionais de saúde. Sem atendimentos adequados, lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgêneras resistem, cada vez mais, a buscar suporte qualificado

em saúde. Entre as reclamações desse grupo, encontra-se a heterocissexualidade assumida. A relação entre usuário e profissional fica prejudicada, dessa forma, e outros prejuízos são causados ao cidadão. Destaca-se a pobreza da comunicação, fator diretamente conectado ao silenciamento de questões relacionadas à sexualidade, à promoção e à prevenção em saúde (Melo *et al.*, 2020, p. 67).

Nesse sentido, a inclusão das mulheres LGBTI+ nos espaços de saúde depende crucialmente das transformações no modo de pensar e agir dos diversos profissionais de saúde. A partir dessas proposições, é imperioso o cumprimento dos princípios de universalidade, integralidade e equidade constituintes do SUS. Essas concepções devem ser materializadas no enfrentamento da exclusão decorrente da homofobia e da heteronormatividade. Do contrário, as barreiras entre serviços de saúde e qualidade ficarão progressivamente maiores (Albuquerque, *et al.*, 2013).

Posto isso, a fundamentação teórico-metodológica deste trabalho, tão bem assinalada nas fontes consultadas, visa formular hipóteses acerca do acesso à saúde de mulheres LGBTI+. No recorte da Psicologia, entende-se como fundamental refletir acerca do processo terapêutico e compreender a real situação do alcance desses serviços à população escolhida.

### 3 METODOLOGIA

Para a realização da atividade, foi necessário, antes de tudo, planejá-la. Para tanto, utilizou-se da metodologia da Espiral Construtivista e, aplicando como ponto de partida a identificação de problemas, tendo sido possível elencar alguns quebra-cabeças a serem trabalhados (Lima, 2017). As etapas da Espiral Construtivista utilizadas para o planejamento foram:

1. Identificando Problemas: Discussão de ideias entre o grupo e caracterização do tema a ser trabalhado.
2. Formulando Explicações: A partir dos problemas identificados, houve a explicitação dos pressupostos iniciais sobre a ocorrência dos problemas. Essas justificativas originaram as hipóteses. Nesse sentido, juntamente com os problemas e desafios identificados, foi possível o reconhecimento de imprecisões, incompletudes, incongruências, ambiguidades e outros desafios que auxiliaram na elaboração de estratégias.
3. Elaborando Questões: As questões de pesquisa foram elaboradas de forma que permitiram ao grupo ampliar seu entendimento e possibilidades de intervenção sobre a situação escolhida. As temáticas a serem investigadas foram escolhidas para serem trabalhadas em roda de conversa, permitindo que as educandas testem as hipóteses formuladas. Por meio da análise e confronto de diferentes fontes e autores, foi possível planejar de maneira efetiva todas as etapas do projeto, desde a problematização e escolha do tema, até a decisão em realizar uma roda de conversa.



4. Buscando Novas Informações: A partir das pesquisas realizadas, elaborou-se uma entrevista com o Coletivo Cássia. Essa conversa foi necessária para definirmos o problema da comunidade e estabelecer estrategicamente a ação que seria realizada. Portanto, foi decidido que haveria em um primeiro momento, a contextualização com a temática abordada “A invisibilidade da mulher LGBTI+ dentro dos espaços terapêuticos” com a realização de uma roda de conversa, com perguntas norteadoras que irão liderar o rumo da conversa.

5. Construindo Novos Significados: A partir da análise dos saberes prévios e dados coletados, estabeleceu-se que, com o término da roda, daremos continuidade e início a uma oficina de arteterapia, com o intuito de promover a expressão individual e, através da produção de arte, estabelecer reflexões sobre os temas abordados na conversa. Para a ação serão necessárias canetas, lápis, revistas para recorte, tintas e colas coloridas que levaremos no dia.

6. Avaliando Processos e Produtos: Ao final da ação, as educandas deverão realizar a avaliação, começando pela autoavaliação, incluindo a metacognição. Considerada uma das principais estratégias de aprendizagem, a metacognição é uma avaliação orientada à identificação de facilidades e dificuldades no processo de aprender, visando à melhoria no acesso, análise e organização de informações.

#### 4 DESENVOLVIMENTO DA AÇÃO

A ação foi realizada numa ONG voltada para mulheres LGBTI+ e aconteceu em três momentos: no primeiro momento, foi realizada uma visita na Instituição contemplada, para realização do diagnóstico comunitário e para coletar as demandas do público alvo. A seguir, a ação foi planejada e apresentada para as dirigentes da Instituição e no terceiro momento foi realizada uma roda de conversa e uma oficina de arteterapia com 13 participantes.

A roda de conversa (In)Visibilidade foi desenvolvida e realizada juntamente às mulheres LGBTI+ de uma ONG de Curitiba-PR. A ONG em questão trata-se de um grupo de mulheres focado em ativismo, política, direitos humanos, direitos civis, cultura, educação e realiza eventos para mulheres lésbicas, bissexuais, cisgênero ou transgênero. As mulheres do coletivo são apoiadas por outra Instituição sem fins lucrativos fundada em Curitiba em 1992. A atividade planejada pelas estudantes de psicologia, iniciou-se às 19:30 horas do dia 13 de junho de 2023, com duração de 50 minutos e foi realizada com a presença das psicólogas da instituição. Inicialmente, foi realizada uma dinâmica quebra-gelo, onde as participantes foram estimuladas a realizar uma breve apresentação de seus nomes e algo que gostam. O objetivo dessa atividade inicial foi aproximar as integrantes da roda.

Em seguida, deu-se início a dinâmica da roda de conversa. A primeira pergunta feita ao grupo foi: “Os profissionais da saúde hoje possuem preparo para atender a população LGBTI+?”. As mulheres, de forma geral, responderam que ainda existem muitos profissionais que não estão preparados para atender esses indivíduos, elas destacam uma forte diferença entre a vivência profissional de uma vivência técnica, ou seja, teoria versus prática. Na perspectiva delas, a formação desses profissionais não oferece meios suficientes para atender a demanda:

“A primeira vez que vamos procurar a psicoterapia é muito invasivo”  
“Falar de acesso a terapia é falar de uma comunidade sensível”  
“Com quantas pessoas lgbti+ vc convive? O resto é teoria”.

Ainda nessa pergunta, muitas elencaram que existe grande diferença entre os profissionais heterossexuais e os profissionais LGBTI+. Na literatura, é possível verificar esse sentimento em Valadão *et al* (2011) *apud* Almeida (2009), os autores destacam que a carência de ambiente propício a atender as especificidades da população lésbica e bissexual pode acarretar em informações negligenciadas em ambos os lados, tendo em vista que uma vez que as pacientes não se sintam confortáveis, elas não irão dividir suas vivências e/ou declarar sua sexualidade. Como afirma uma das participantes: “(...) Os psicólogos se colocam em uma posição muito acima e acabam invalidando nossa vivência”.

Partindo para a próxima pergunta, foi questionado: “Vocês já passaram por alguma tentativa de cura gay?” e em resposta, muitas delas compartilharam o medo em compartilhar a sexualidade:

“As minhas três primeiras terapeutas não sabiam que eu era lésbica”  
“Quando eu criei coragem de falar, ela tentou me curar”  
“Tenho amigas que passaram por situações traumatizantes”

Além disso, em sua maioria, as mulheres da roda dividiram que preferem se consultar com profissionais que fazem parte da comunidade LGBTI+ por sentirem certo receio que os outros especialistas não as entendam tão bem quanto. Nesse momento, uma das psicólogas presentes na roda dividiu uma experiência vivida por ela mesma: “(...) Eu notava que para algumas pessoas era difícil se abrir e falar que eram LGBTI+”. A terapeuta relatou que quando percebeu isso, resgatou um desejo antigo de pintar seu cabelo de azul e a partir dessa mudança no visual, os pacientes começaram a dividir mais suas experiências. Ela destaca que esse curioso fato está intimamente relacionado com a percepção de um local seguro.

Outro ponto que as participantes abordaram na roda de conversa, fugindo um pouco do cenário da psicologia, foi a dificuldade que muitas mulheres LGBTI+ enfrentam em consultas ginecológicas. Houveram relatos de completa negligência de profissionais da medicina quanto a vida sexual dessas mulheres, suprimindo informações importantes no tocante à doenças e outras questões que acometem a saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres. Na coletânea de artigos estudados para esse trabalho, verificou-se essas problemáticas em Valadão *et al* 2011 *apud* Almeida 2009; Barbosa; Facchini 2009:

Em alguns setores desse campo, por serem vistas como “não mulheres”, lésbicas ainda “são excluídas do acesso a exames papanicolau e de mama, que são parte do protocolo de exames comuns às mulheres” (Almeida, 2009, p.313). Nesse cenário, a consulta ginecológica pode ser vista como espaço problemático, porque nele não só se expõe o corpo em si, como comportamentos socialmente desvalorizados podem ser revelados (Barbosa; Facchini, 2009).

Consideramos que essas são questões problemáticas tendo em vista que aumentam a vulnerabilidade, principalmente no tocante à saúde mental da população LGBTI+.

Com isso, a próxima pergunta feita à roda foi: “Alguns psicólogos utilizam a própria religião para conduzir sessões de terapia, quais podem ser os efeitos disso?”. Em geral, as mulheres reforçam que os efeitos dessa mistura podem levar a resultados catastróficos. Elas destacam que a psicologia e a religião tem relações que vão além do consultório e salientam que muitos profissionais procuram em certas literaturas falas que justifiquem o próprio preconceito:

“A psicóloga que tentou cura gay comigo era cristã, foi um mal uso da profissão e da religião, um completo desserviço”.  
“Não é só na clínica que essas pessoas agem, está na comunidade, é construído em muitos ambientes”.  
“É menos sobre uma conduta e mais sobre taxaço”.  
“Uma palavra, nos dois sentidos, maldita”.

O que se ratifica aqui é uma linha tênue entre invisibilidade e violência. Entre as pesquisas feitas, nota-se:

Uma Psicologia “religiosa”, ditada por alguma Igreja, não seria uma Psicologia científica, pois as igrejas não gozam de autoridade científica. Tampouco uma Psicologia “estatal” seria uma Psicologia científica, pois os Estados também não gozam de autoridade científica. Apelar, pois, para “o princípio da laicidade” para a pesquisa e a aplicação dos processos psicológicos me parece descabido. A pesquisa e sua aplicação dependem exclusivamente do postulado da exclusão metodológica do transcendente. Verdade é que esse postulado é de ordem filosófica e, por isso, externo à ciência. Em todo caso, não é de ordem religiosa, nem de ordem política. (Paiva, 2016, p. 139).

Partindo para o próximo questionamento da roda, foi indagado: “Como denunciar situações violências misóginas, racistas, lesbofóbicas, bifóbicas ou transfóbicas na clínica?”. É certo que falar de intolerância não é uma tarefa fácil, no entanto a abordagem desse assunto engloba toda a discussão feita até aqui. Nessa pergunta, uma das participantes que é advogada dividiu seus conhecimentos e destacou que, em primeiro lugar é de extrema

importância registrar um Boletim de Ocorrência, tipificando o tipo de crime sofrido. Além disso, é importante registrar a denúncia nas mais diversas esferas, como: penais, administrativas e civis. “(...) É esse tipo de atitude que dá proteção”.

Ademais, a advogada ressalta a importância de uma acusação conjunta, ou seja, acompanhada de órgãos, coletivos, ONGS e instituições que apoiem a causa LGBTI+ e acompanhem o processo. Na esfera do SUS é possível dirigir-se até uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e realizar uma denúncia por escrito, ou até mesmo ligar diretamente no telefone 156. Para a psicologia, o Conselho Federal de Psicologia atribui que é dever dos Conselhos Regionais de Psicologia receber essas denúncias. O CRP-PR salienta:

Psicólogas(os/es), pessoas usuárias dos serviços de Psicologia, ou mesmo quaisquer outras(os/es) profissionais e cidadãos(os) que se sintam prejudicadas(os/es), e entendam que houve descumprimento de durante o exercício da profissão, poderão encaminhar, ao Conselho Regional de Psicologia da região onde ocorreram, uma representação formalizada ou notícia/queixa para que tais fatos sejam apurados. Já as situações que envolvam a(o/e) psicóloga(o/e) fora do seu exercício profissional deverão ser encaminhadas às instâncias competentes, tais como: delegacias de polícia, Ministério Público, Poder Judiciário, dentre outras (CRP-PR, 2023).

A partir dessa dimensão, houve a curiosidade em debater acerca de questões mais positivas, o outro lado da terapia. Por isso, para finalizar nossas discussões, questionamos: “Quais os benefícios que a terapia trouxe para a vida de vocês?”. Em geral, apesar das dificuldades, as mulheres apontaram que o processo terapêutico já trouxe diversas melhorias para a vida delas:

“A terapia me ajuda muito com coisas do passado e coisas que eu vivencio”  
“O ideal seria que todos tivessem acesso para saber qual a sensação que você entra e qual a sensação que você sai”

A riqueza dos dados obtidos através da escolha metodológica da roda de conversa possibilitou um ambiente leve de troca e escuta e, aproveitando-se desse momento, as participantes foram direcionadas a uma breve oficina de arteterapia, que teve como finalidade transformar os sentimentos e experiências em arte. Nos aportes teóricos estudados, observa-se que a arteterapia permite a expansão da consciência, desbloqueia conflitos psíquicos e gera um estado de congruência. Esses recursos conectam corpo, mente e integra as emoções, além de impactar positivamente no processo de autoconhecimento e desenvolvimento de conscientização acerca dos problemas que a pessoa enfrenta. A

arteterapia fornece novos significados da experiência vivida, permitindo que ela seja elaborada (Dumas, Mercedes y Aranguren, María, 2013, tradução nossa).

A oficina de arteterapia teve duração de 40 minutos, onde foram fornecidos diversos materiais para expressão artística, como: lápis grafite e colorido, folhas sulfite e coloridas, revistas, cola, tesouras, tinta, pincéis, fio de barbante, entre outros.

FIGURA 1 - Produção de Arteterapia



Fonte: Ação (In)Visibilidade

FIGURA 2 - Resultados Arteterapia



Fonte: Ação (In)Visibilidade

À vista dos resultados obtidos, a ação (In)Visibilidade finalizou com um breve relato das participantes acerca das artes que produziram. Por fim, o grupo encaminhou às mulheres um formulário com perguntas que serviram de feedback da ação realizada.

## 5 RESULTADOS

O presente trabalho apresenta contribuições relevantes acerca da narrativa das questões de acesso à saúde de mulheres LGBTI+. O que se observa frente às respostas do questionário aplicado é que, em sua totalidade, o grupo sentiu-se confortável e, de certa forma, aliviado em conversar sobre esses assuntos com mulheres diferentes.

Nesta ação foram contempladas 13 participantes.

Em sua totalidade, o grupo demonstrou satisfação com a atividade e com o tema proposto e os feedbacks foram muito satisfatórios. Aqui se seguem algumas respostas:

“Profissionais de saúde não costumam ter preparação pra lidar com mulheres lésbicas e bissexuais e falar sobre isso ajuda a reconhecer experiências violentas que mulheres lesbi já passaram e o quanto a psicologia tem a se desenvolver pra cuidar dessa população.”

“Importância do atendimento psicoterápico e da desmistificação do tema!”

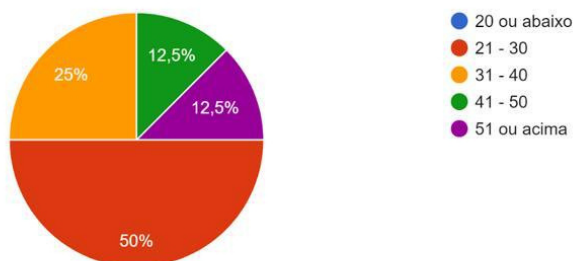
“O tema foi muito relevante! É difícil achar espaços qualificados para discutir a nossa experiência na terapia. Se a pessoa não está inserida em espaços informais onde existam outras psicólogas ela pode nem ter noção de como a conduta do terapeuta pode ser violenta e negativa ou pode salvar a via dela também e ser positiva. Falar sobre nosso processo de terapia também é muito terapêutico. Agradeço demais. Também foi muito importante estar em um espaço exclusivo de mulheres, nossas dores são específicas e merecem ser olhadas.”

“Pois o ambiente terapêutico as vezes pode ser bem hostil com pessoas LGBTQIA+”

Para avaliar os resultados aplicamos um questionário composto de 15 perguntas que serviram para avaliar a realidade das mulheres participantes da roda de conversa e verificar os efeitos da arteterapia. Os questionamentos versavam sobre acolhimento e conhecimento e os resultados estão apresentados a seguir:

GRÁFICO 1- Faixa etária dos participantes

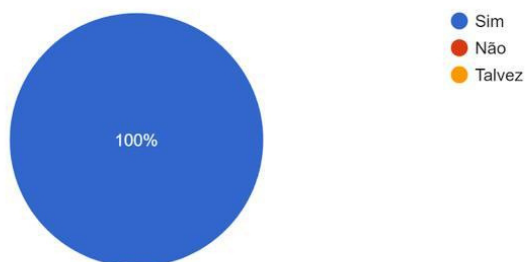
Qual sua idade:  
8 respostas



Fonte: dados coletados por meio de avaliação aplicada no dia 13/06/2023.

GRÁFICO 2- Feedback dos participantes

Você gostou dos assuntos trazidos para discussão?  
8 respostas



Fonte: dados coletados por meio de avaliação aplicada no dia 13/06/2023.

GRÁFICO 3 - Diagnóstico dos participantes

Sobre os assuntos abordados, você já vivenciou ou presenciou algum deles?  
8 respostas

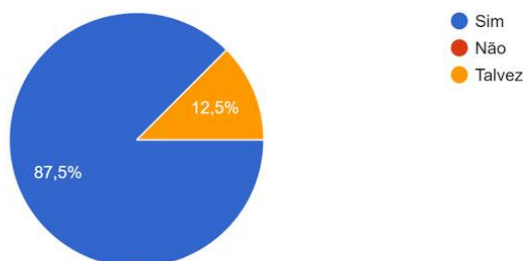


Fonte: dados coletados por meio de avaliação aplicada no dia 13/06/2023.



GRÁFICO 4 - Feedback Arteterapia

Você achou que a arte terapia lhe deu liberdade para expressar seus sentimentos?  
8 respostas



Fonte: dados coletados por meio de avaliação aplicada no dia 13/06/2023.

A partir dos resultados obtidos é notável a quantidade de experiências negativas vividas por pacientes devido a falta de preparo de profissionais dentro dos ambientes terapêuticos e fora deles. Apesar das diversas resoluções do CFP, muitas pessoas já passaram ou ainda podem passar por situações de despreparo profissional, em um lugar onde deveria ser seguro e acolhedor. Devido a essas grandes ocorrências, hoje é possível fazer denúncias tanto para o CRP quanto diretamente para a polícia. Apesar disso, pouco se é conhecido sobre esta possibilidade de denúncia, levando as pessoas prejudicadas por esses atos a não denunciarem estes profissionais, que continuam exercendo seus atos anti-profissionais.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho traz uma reflexão e dá visibilidade a este assunto tão importante. Trata-se de uma ação que visa proporcionar às mulheres um ambiente afável e seguro, para que elas se sintam confortáveis em expor seus sentimentos mais profundos. As considerações, bem longe de serem finais, apontam a urgente necessidade de apoio às mulheres LGBTI+, principalmente no tocante ao acesso integral à saúde. Nesse sentido, consideramos como fundamental a sensibilização dos profissionais da saúde, independente de sua especialidade.

A desnaturalização do preconceito advindo da heteronormatividade pode contribuir para atendimentos mais humanizados, livre de preconceitos e julgamentos.

Através das fontes teóricas consultadas e através desta ação prática, pode-se constatar que esta é uma problemática atual e se faz urgente uma solução.

É imprescindível que haja uma formação de profissionais da saúde que ofereça aporte suficiente para trabalhar com a diversidade. Nesse sentido, é impreterível que esses

profissionais invistam ativamente para a transformação de hábitos sexistas e discriminatórios que ainda estão presentes em práticas voltadas ao bem estar de mulheres LGBTI+.

Diante de todas as discussões levantadas sobre o tema em roda de conversa, foi possível identificar a importância de se ter profissionais da saúde preparados para o atendimento de pessoas da comunidade LGBTI+, principalmente no ambiente terapêutico. O vínculo entre paciente e terapeuta é essencial para a condução de sessões terapêuticas e para que o paciente se sinta à vontade e seguro para abrir suas questões com o psicólogo. Desse modo, profissionais sem preparo para o atendimento não conseguirão realizar este vínculo e irão afetar e prejudicar seus pacientes muitas vezes com falas e acolhimentos errôneos, seja com opiniões pessoais ou até mesmo com suas crenças religiosas.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP), possui diversas resoluções que asseguram a comunidade LGBTI+ no ambiente terapêutico, com o objetivo de garantir um atendimento digno e de qualidade, como na resolução Nº 001/99 e no decreto Nº 79.822, que estabelecem normas de atuação para psicólogos em relação a questão da Orientação Sexual e em relação às pessoas transexuais, desse modo, visando promover melhor bem estar e qualidade nos atendimentos terapêuticos. A abordagem desses temas é de grande importância para desmistificar e dar acolhimento a essa questão que infelizmente acontece. O despreparo de muitos profissionais no atendimento à mulheres LGBTI+, traz consigo uma série de medos e traumas sobre a psicoterapia e atendimentos de saúde no geral.

Acredita-se que os resultados obtidos nessa ação são de grande valia para entender mais de perto as dificuldades que mulheres lésbicas bissexuais enfrentam. Espera-se que a riqueza desses dados propiciem mais momentos como esse de escuta e troca de vivências. Ainda é preciso destacar a pretensão, ainda que utópica, de que sejam desenvolvidos futuros trabalhos que caminhem na direção da inclusão. Eis aqui um desafio delicado e sensível que se impõe aos profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, G. A. *et al.*. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 516–524, jul. 2013.

ARENDDT, H. **A condição humana**. Trad. Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009a.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília, 2013.

BRASIL. Congresso Nacional. Resolução n. 26 de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ. **Como Denunciar Profissionais da Psicologia?**. Disponível em: <https://crppr.org.br/fazer-denuncia/>. Acesso em: 17 jun. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº 001/99 de de 22 de março de 1999.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Decreto CFP nº 79.822 de 17 de junho de 1977.

CANABARRO, Ronaldo. **História e Direitos Sexuais no Brasil: O Movimento LGBT e a Discussão Sobre a Cidadania**. Anais Eletrônicos do II Congresso Internacional de História Regional, 2013. Disponível em: <https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/historiaedireitoscanabarro.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2023.

COOPER, Edith Farmain. Homosexuality: Selected Studies and Review of Possible Origins. **CRS Report For Congress**. April, 1993. Disponível em: [https://www.everycrsreport.com/files/19930415\\_93-409\\_24b4e667e296fbe7ffceede05145babdb32c319.pdf](https://www.everycrsreport.com/files/19930415_93-409_24b4e667e296fbe7ffceede05145babdb32c319.pdf). Acesso em: 12 jun. 2023.

DAMETTO, Jarbas; SCHMIDT, Julia Cristina. Entre Conceitos e Preconceitos: A Patologização da Homossexualidade em Psychopathia Sexualis de Richard Von Crafft-Ebing. **PERSPECTIVA**, Erechim. v. 39, n.148, p. 111-121, dezembro/2015.

Dumas, Mercedes y Aranguren, María, 2013. **Benefícios da terapia sobre a saúde mental**. V Congresso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

FOUCAULT, M. **A História da Sexualidade I: A vontade de Saber**. [Histoire de la sexualité I: la volonté de savoir], 1988. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque; José Augusto Guilhon de Savoir. 13 ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

HEILBORN, Maria Luiza. **Fronteiras simbólicas: gênero, corpo e sexualidade**. Cadernos Cepia nº 5, Gráfica JB, Rio de Janeiro, p. 73-92, dezembro de 2002.

LIMA, V. V.. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 61, p. 421-434, abr. 2017.

MELO, Izabella Rodrigues; AMORIM, Tatiane Hellen; GARCIA, Raquel Braga; POLEJACK, Larissa; SEIDL, Eliane Maria Fleury. O Direito à saúde da População LGBT: Desafios Contemporâneos no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 12, n. 3, p. 63-78, jul./set. 2020.

MOLINA, Luana P. P. A Homossexualidade e a Historiografia e Trajetória do Movimento Homossexual. **Antíteses**, v. 4, n. 8, p. 949-962, jul./dez. 2011.

PAIVA, Geraldo José. Laicidade, Psicologia, Religião, Direitos Humanos. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA SP. **Laicidade, Religião, Direitos Humanos e Políticas Públicas**. São Paulo, 2016. p. 135- 142.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA (2006). Disponível em: [http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/principios\\_de\\_yogyakarta.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/principios_de_yogyakarta.pdf). Acesso em: 14 jun. 2023.

TONIETTE, A. M. . UM BREVE OLHAR HISTÓRICO SOBRE A HOMOSSEXUALIDADE. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, [S. l.], v. 17, n. 1, 2006.

VALADÃO, R. DE C.; GOMES, R.. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1451–1467, out. 2011.

**Recebido em: 02/09/2023**

**Aceito em: 19/10/2023**