



TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL E A NÃO ACEITAÇÃO DA HOMOSSEXUALIDADE: REVISÃO NARRATIVA

SOCIAL ANXIETY DISORDER AND NOT ACCEPTANCE OF HOMOSEXUALITY: NARRATIVE REVIEW

Ana Cláudia Tibães Mendanha¹
Luiz Antonio Bernardes²

RESUMO: Este artigo é uma revisão bibliográfica narrativa que busca compreender uma possível amplificação dos prejuízos dos sintomas do transtorno de ansiedade social (TAS) em relação à não aceitação da homossexualidade masculina por parte de pacientes homossexuais masculinos. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura narrativa nas plataformas SciELO, BVS Psicologia Brasil, Periódico CAPES e LILACS sobre o TAS. O artigo também traz uma descrição das características cognitivas, emocionais e comportamentais da não aceitação da homossexualidade masculina. Como pressupostos teóricos foram usados os conceitos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e da Análise do Comportamento (AC), com o objetivo de articular as características comuns aos dois casos (TAS e homossexualidade), apontando que sintomas, como o comportamento de fuga/esquiva, podem ser, aparentemente, aumentados, assim como emoções como ansiedade, culpa, medo e raiva, além de distorções cognitivas relativas à interpretação de mundo, de si mesmo e do futuro. Este artigo finaliza-se com apontamentos dos métodos já aplicados pela TCC para o tratamento do TAS e discute como essas intervenções têm sido eficientes para o tratamento dessa combinação de fatores.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno de Ansiedade Social. Homossexualidade. Análise do Comportamento. Terapia Cognitivo-comportamental.

ABSTRACT: This article is a bibliographic narrative that aims to understand a possible amplification of the damage in Social anxiety disorder symptoms regarding the non-acceptance of the homosexuality by male homosexual patients. For this, was done a review of narrative literatures in SciELO, BVS, Psicologia Brasil, Periódico CAPES e LILACS platforms about Social anxiety disorder. This article also brings a description of the behavioral, emotional and cognitive characteristics of the non-acceptance of male homosexuality. Theoretical assumptions as cognitive-behavioral therapy (CBT) and behavior analysis (BA) were used with the aim of articulating the common characteristics in both cases (Social anxiety disorder and homosexuality), pointing out that symptoms as escape and avoidance behavior are apparently increased as well as anxiety, guilt, fear and rage, beyond the cognitive distortions of world interpretation, the vision of oneself and the future. This Article ends pointing the methods already applied by the CBT to treat the Social anxiety disorder, and discuss if these interventions has been efficient to the treatment of these combinations of factors.

KEYWORDS: Social Anxiety Disorder. Homosexuality. Behavior Analysis. Cognitive-behavioral Therapy.

INTRODUÇÃO

Este trabalho trata de uma revisão bibliográfica narrativa que busca articular os conceitos da TCC e da AC para o entendimento de uma possível amplificação dos prejuízos dos sintomas do TAS, e sua relação com a não aceitação da homossexualidade masculina por parte de pacientes homossexuais masculinos.

Em uma sociedade em que a cobrança por um bom desempenho nas tarefas está cada vez mais presente, as exigências, expectativas e pressões apontam para um maior nível de

¹ Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental pela PUC Minas. mendanha.anaclaudia@yahoo.com.br

² Mestre em Análise Experimental do Comportamento pela PUCSP e Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental pela USP. luaber@yahoo.com.br



ansiedade entre as pessoas. Pesquisas apontam o Brasil como um dos países com maior índice de transtornos de ansiedade, afetando 9,3% das pessoas que vivem no país (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde Brasil (OMS), 2017). Esse alto índice de ansiedade se caracteriza por um processo físico e mental em que respostas cognitivas, emocionais e comportamentais são desencadeadas (CASTILLO, 2000).

Precisamos da ansiedade para tomar decisões no ambiente em que vivemos e, no entanto, sendo assim, ela se torna funcional em situações específicas. Isso ocorre porque em situações de medo, receio diante do desconhecido, momentos de tensão emocional ou circunstâncias de risco eminente, a ansiedade aparece como mecanismo de sobrevivência da espécie. Porém, existem outras situações em que essa ansiedade mostra-se patológica, como uma resposta desproporcional ao ambiente. Nesses casos, a intensidade da emoção é muito alta e com desencadeantes que não correspondem necessariamente a um perigo real, resultando em impactos na qualidade de vida do sujeito (CASTILLO, 2000).

A American Psychiatric Association (APA) classifica o TAS pelo CID (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) F40.10 no DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), caracterizando-o como um “Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas” (APA, 2014, p. 202). Outras características, como resguardar-se de situações sociais, medo ou ansiedade desproporcional à ameaça real, são citadas e serão abaixo discutidas com a visão de diferentes autores. Para esse transtorno, há prevalência em mulheres, e, nesse gênero, taxas mais altas em adolescentes e jovens adultos (APA, 2014). Já nos consultórios e clínicas, quem aparece mais são os indivíduos do sexo masculino (APA, 2014). Essa população clínica chama atenção para a característica social do transtorno, pois expectativas sociais são mais depositadas nos comportamentos masculinos em nossa cultura. O TAS também pode ser encontrado nas literaturas como Fobia Social (FS) e é caracterizado por déficit nas habilidades sociais, e, em experiência clínica, conseqüentemente, nota-se um agravamento dos sintomas quando esse transtorno vem acompanhado de outros fatores que influenciam a vida social dos pacientes.

Ponderando o impacto da questão sexual dos clientes na sua vida social, torna-se necessário questionar a influência dela em um transtorno em que as habilidades sociais estão prejudicadas. Conforme Albuquerque et al (2016) socialmente, existe um enquadramento heteronormativo, em que características biológicas masculinas e femininas direcionam diferenças comportamentais, intelectuais e de habilidades, constituídas através de práticas culturais que instauram a heterossexualidade como a orientação sexual natural. Indo contra a orientação

sexual socialmente imposta, homossexuais enfrentam diferentes instâncias e instituições sociais, que apresentam valores e dogmas diretivos do comportamento “adequado” desse grupo de pessoas (NARDI, MACHADO, SILVEIRA, 2015). Por consequência da pressão social presente, algumas pessoas podem desenvolver emoções, comportamentos e pensamentos negativos em relação a sua orientação sexual, negando-a em algumas situações e será nesta hipótese que este artigo irá focar-se.

A homossexualidade, além dos impactos sociais, apresenta aspectos psicológicos e comportamentais particulares, muitas vezes, com a intenção consciente de inibir os estereótipos considerados padrões, principalmente no sexo masculino – voz fina, andar frouxo, entre outros (BRIGNOL et al, 2016; FAZZANO, 2014; GUSMÃO et al, 2016). Não somente por esse motivo estreitou-se aqui o estudo da homossexualidade masculina, mas porque a literatura aponta que homens sofrem mais preconceito, principalmente os com características mais afeminadas. (BRIGNOL et al, 2016; FAZZANO, 2014; GUSMÃO et al, 2016). Supõe-se que essas características amplificam o medo da avaliação e, no entanto, este artigo questiona como e se podem estender os sintomas do TAS.

Como já mencionado no início, o objetivo deste trabalho será o de discutir, através de uma pesquisa bibliográfica, se os sintomas do TAS seriam aumentados em coexistência com a não aceitação da orientação sexual. Por ser a TCC uma das vertentes da Psicologia que demonstra mais resultados frente ao TAS (GUSMÃO et al, 2013; ITO et al, 2008), ela foi escolhida para nortear a parte deste artigo que aponta as possíveis atuações do terapeuta. Por outro lado, a adoção de conceitos provenientes da Análise do Comportamento (AC) foi realizada para discutir a relação organismo-ambiente dentro do tema do trabalho, de maneira a contribuir para entendimento dos fatores instaladores e/ou mantenedores dessa condição.

MÉTODO

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, pois é um estudo qualitativo que permite ao leitor adquirir e/ou atualizar o conhecimento sobre o TAS e sobre possível amplificação dos prejuízos dos seus sintomas quando da relação com a não aceitação da homossexualidade masculina por parte de pacientes homossexuais masculinos. Este modelo de trabalho é uma publicação ampla, constituída basicamente de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas, além de análises dos autores (ROTHER, 2007), visto que a escassez de literatura que englobe homossexualidade e TAS se fez presente durante a busca do material de referência. Caracteriza-se como narrativa também

por não oferecer respostas quantitativas para questões específicas (ROTHER, 2007), mesmo que propondo possíveis soluções para os problemas encontrados.

A revisão foi realizada utilizando-se de textos em português publicados nos últimos 20 anos, visto que, por tratar de questões sociais, restringir a bibliografia a pesquisas de textos brasileiros abreviaria a uma mesma cultura e comportamentos sociais do público-alvo. A revisão bibliográfica compreendeu quatro fases: busca dos materiais bibliográficos, leitura do material encontrado, avaliação dos artigos e síntese dos resultados.

O artigo aqui apresentado é referendado por artigos científicos e livros em que as temáticas TAS e homossexualidade fossem centrais. Os artigos utilizados como fonte bibliográfica foram pesquisados nas bases de dados on-line SciELO, BVS Psicologia Brasil, Periódico CAPES e LILACS. Para a busca dos artigos, as seguintes palavras-chaves foram utilizadas de maneira combinada: Terapia Cognitivo-comportamental, homossexualidade, fobia social, transtorno de ansiedade social, e ansiedade social. Não houve critérios de exclusão para a metodologia dos artigos encontrados objetivando a ampla e pragmática compreensão a respeito da interação TAS e homossexualidade. Já os livros utilizados foram selecionados a partir da abordagem Cognitivo-comportamental, e também da Análise do comportamento, sem prevalência de autor, mas com a necessidade de que seu conteúdo tivesse relação com as palavras-chave acima mencionadas.

RESULTADOS

Esta sessão trará uma descrição dos principais resultados encontrados a partir da leitura do material bibliográfico. Porém, cabe uma ressalva: como dito anteriormente, durante a busca do referencial teórico não foi encontrado diretamente referências que discutissem, juntas, as duas bases de busca: homossexualidade e TAS. Por esse motivo, os autores optaram por utilizar o material encontrado interligando as literaturas de maneira que fosse permitida uma análise do tema proposto para este artigo.

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS)

Os transtornos de ansiedade possuem diferentes classificações nas quais localizamos o TAS, também encontrado em literaturas como Fobia Social (FS), uma subcategoria das fobias

específicas³. As principais formas de tratamento para o TAS são a farmacoterapia e a psicoterapia. Esta última, em suas diferentes abordagens, faz diferentes leituras do transtorno. Aqui neste artigo, com análises da TCC e AC, descreveremos as suas principais características, seguindo esses aspectos: comportamentos, emoções e cognições, que claramente estariam entrelaçados.

Inicialmente, analisando os comportamentos do TAS, observa-se como padrão mais frequente a esquiva fóbica, que se apresenta quando o indivíduo afasta ou adia ao máximo o estímulo ameaçador ou aversivo. Pesquisas apontam que a esquiva fóbica é reforçada sempre que o sujeito consegue eliminar ou diminuir a ansiedade das situações evitadas. (RANGÉ, 2001). Em algumas situações a esquiva não é possível e a exposição aos estímulos vem acompanhada de uma resposta brusca de ansiedade, que pode chegar ao extremo de um ataque de pânico. A ansiedade, como uma emoção, tem sua sintomatologia apresentada no corpo, pois aciona o mecanismo biológico que nos prepara para situações de perigo. (RANGÉ, 2001). Segundo este mesmo autor, é por esse motivo que sintomas corporais como sudorese, tensão dos músculos, tremedeira, entre outros são percebidos. Esses sintomas, por aparecerem em todas as situações temidas, tornam-se respostas condicionadas e a situação fóbica passa a ser um estímulo condicionado.

Para ser considerada patológica, a esquiva tem que apresentar impactos negativos na vida do sujeito, interferindo no seu funcionamento profissional, acadêmico, social, e em outras áreas da vida, causando sofrimento clinicamente significativo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). O indivíduo que apresenta TAS pode generalizar diferentes contextos como sendo eliciadores de ansiedade, emitindo respostas de fuga/esquiva, que permitem a eliminação/diminuição dos sintomas de ansiedade. A sensação de alívio, por sua vez, reforçaria o comportamento de fugir/esquivar-se. Assim, o indivíduo não teria contato direto com os contextos e não aprenderia a identificar maneiras alternativas de lidar com essas situações. No entanto, “A esquiva e o isolamento intensificam a atenção auto-focada e impedem a desconfirmação do caráter ameaçador atribuído ao ambiente e às relações sociais” (ITO et al, 2008, p. S97).

A ansiedade no diagnóstico de TAS pode ser chamada de situacional, pois se manifesta quando o indivíduo depara-se com o objeto temido ou com a situação fóbica. Um sujeito pode apresentar um trabalho em uma sala de aula (situação) pela primeira vez, por exemplo, e apresentar as respostas de ativação corporal da ansiedade. Por um processo de condiciona-

³ Neste artigo utilizaremos TAS como nomenclatura padrão, mas quando em citações de autores que utilizam Fobia Social, será assim apresentado.

mento respondente, ele pode vir a responder da mesma maneira sempre que se expuser a esse contexto. Além das respostas fisiológicas, pode aparecer também no TAS a ansiedade antecipatória, na qual cognições e crenças disfuncionais frente às situações temidas são formadas e generalizadas. Voltando ao exemplo anterior, alguém que teme a situação de “apresentação de trabalho”, pode selecionar possíveis semelhanças desse contexto com situações que ainda não viveu, e começar a temer essas outras situações, até sem experiência para comprovação. Esse indivíduo pode ter um trabalho para apresentar sobre outro tema, em outra escola, com outro professor e outros colegas de sala, mas ao ter ciência sobre a data da apresentação, começa a responder como se o perigo da situação passada estivesse ali (semelhanças entre propriedades do estímulo).

Estas pessoas formam cognições de que as situações sociais são perigosas e que a única maneira de prevenir resultados negativos é evitá-las. Consequentemente tendem a antecipar uma possível humilhação e embaraço, e devido a isto evitam as situações sociais ou de desempenho; e quando não conseguem evitá-las sofrem em demasia antes e durante a situação. (D'EL REY; PACINI, 2006, p. 271).

Algumas situações são importantes para a instalação e manutenção dessas avaliações cognitivas. Quando o sujeito interpreta a apresentação de trabalho como uma situação de perigo, paralelamente são eliciadas as respostas de ansiedade; reações do ambiente podem ser percebidas (risos dos colegas da sala, cochichos, reprovação do professor), além de reações físicas e comportamentais do próprio sujeito (a voz não sai, ou sai trêmula e com gaguejos, o conhecido “branco”). Essas reações funcionariam como estimulação aversiva, e, quando diminuem a possibilidade de o sujeito voltar a repetir o comportamento (apresentar um trabalho) podem ser identificadas como uma operação de punição. Segundo Catania (1999), a punição seria a apresentação de uma consequência que tende a diminuir a probabilidade de uma resposta dada às mesmas condições. A punição amplifica a possibilidade do indivíduo que possui TAS desenvolver uma crença de que é importante evitar determinados contextos, além de gerar conflitos e respostas emocionais de consequências graves (TODOROV, 2001).

Já para a TCC, Ito et al (2008) afirma que algumas das principais distorções cognitivas na avaliação das experiências interpessoais que esses sujeitos fazem e “reforçam a autoimagem de inadequação e sentimentos de humilhação e (que) contribuiriam para o afastamento do convívio social” (p. S97). Segundo Ito et al (2008), D'El Rey e Pacini (2006) e Wright, Basco e Thase (2008) elas seriam:

- Filtro negativo: pensamentos negativos acerca de si mesmo, do mundo e do futuro são presentes, e a busca seletiva por evidências para reafirmar sua visão negativa é constante, o que produz autocritica exagerada e percepção distorcida dos próprios comportamentos.
- Comparações injustas: criação de expectativas não condizentes com a realidade, colocando metas acerca de suas habilidades em contextos sociais muito acima do esperado. Com a não concretização dessas expectativas, sentem-se constantemente desaprovados.
- Generalização: situações nunca vividas podem ser classificadas e interpretadas como perigosas, pois são generalizadas com outras situações já vividas que apresentam semelhanças.
- Leitura mental: acredita-se saber o que o outro pensa a seu respeito e que fazem críticas.
- Personalização: Assume-se a responsabilidade por eventos externos, principalmente os negativos, sem fundamento para isso.
- Catastrofização: Acredita-se que um acontecimento seja terrível e insuportável.
- Desqualificação do positivo: situações de sucesso com bons resultados são subestimadas ou pouco valorizadas.

A interpretação de cada experiência é permeada por crenças ou valores que o indivíduo constrói a partir de sua relação com o mundo e consigo. Com tantas cognições negativas e distorcidas, os indivíduos que apresentam TAS percebem o mundo como um lugar perigoso, ameaçador e que exige constante vigilância. (GUSMÃO et al, 2013).

Finalizando este tópico, durante a pesquisa de revisão bibliográfica, observou-se a existência de estudos já realizados que pesquisaram o TAS em comorbidade com outras patologias, mas não sobre o TAS e a homossexualidade, talvez, por essa última não ser formalmente considerada uma doença.

Homossexualidade

Para se entender a homossexualidade, são necessárias, inicialmente, distinções entre sexo biológico, orientação sexual e identidade de gênero. E para isso usaremos as distinções oferecidas pela Coordenação de Políticas para a Diversidade sexual (2014):

- Sexo biológico: é marcado pela genitália e cromossomos (biológicos) de como se nasceu. As principais classificações são mulher, homem e intersexual.
- Orientação Sexual: “É a atração afetiva e/ou sexual que uma pessoa manifesta em relação à outra, para quem direciona, involuntariamente, o seu desejo” (p. 10) São três tipos majoritários de orientação sexual: heterossexual, homossexual e bissexual.
- Identidade de gênero: é a maneira como cada um se enxerga, identificando-se com determinado gênero. Classificados em mulher, homem, travesti, entre outros.

Neste artigo, o interesse é pela orientação sexual, mais precisamente pelos homossexuais, que são indivíduos que se sentem atraídos afetiva e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo/gênero. Faz-se necessário ressaltar que não se utilizará a expressão “opção sexual”, pois não se trata de uma escolha (COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS PARA A DIVERSIDADE SEXUAL, 2014). Exclusivamente aqui, a classe contemplada no estudo será a de gays homens, por motivos já citados na introdução.

Em 1985, a OMS adotou o termo "homossexualidade" em substituição a “homossexualismo”. O sufixo “ismo” está associado à doença, o que não é o caso da homossexualidade, que não se trata de um distúrbio ou perversão, como anteriormente era classificado. (BORGES, 2009). Hoje já é reconhecido e cunhado pelos Conselhos de Psicologia, em que se assegura que não há tratamento para homossexualidade, justamente por não se tratar de uma doença (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1999). Em concordância, vêm aparecendo terapias para combater o preconceito e a descriminalização, abrindo espaço para o respeito e o acolhimento da singularidade, intimidade e escolhas pessoais. Esse é o caso da Terapia afirmativa, que vê a homossexualidade como “expressão natural, espontânea e positiva da sexualidade humana, em nada inferior à identidade heterossexual” (BORGES, 2009, p. 14). Essa Terapia não se trata de um sistema independente de psicoterapia, mas sim, um conjunto especial de conhecimentos psicológicos sobre a homossexualidade que podem ser utilizados em qualquer outra vertente da Psicologia. A terapia afirmativa gay considera “a homofobia, e não a homossexualidade em si, como variável patológica mais importante para o desenvolvimento de certas condições sintomáticas encontradas em homossexuais” (BORGES, 2009, p. 21).

Apoiado nessa distinção é necessário fazer apontamentos de características da homofobia, que é “o termo geral normalmente utilizado para se referir ao preconceito e à discrimi-

nação em razão de orientação sexual, contra gays, lésbicas (lesbofobia) ou bissexuais (bifobia)” (COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS PARA A DIVERSIDADE SEXUAL, 2014, p. 20).

Há uma crença cravada socialmente de que a homossexualidade ameaça a estrutura social patriarcal (“dois iguais não se reproduzem”), principalmente a homossexualidade masculina, que, quando identificados com o feminino, são considerados inferiores na escala social, em que há uma predominância dos valores masculinos. (BORGES, 2009). No entanto, percebe-se a homofobia como um constructo também social, mas que envolve componentes cognitivos, afetivos e comportamentais de quem a pratica (GUSMÃO et al, 2016). Ela apresenta-se também como forma de controle social, muitas vezes via comportamento coercitivo, que insere a naturalização da orientação heterossexual.

A escala de violência pode variar desde agressões psicológicas e verbais, até episódios de violência física. A homofobia ainda não é crime no Brasil, mas projetos de lei que tentam criminalizá-la equiparada ao racismo já aparecem no cenário político, indicando a necessidade de se pensar e agir de forma mais efetiva (GRUPO GAY DA BAHIA, 2016), visto que números alarmantes de agressões contra LGBTs vêm crescendo todos os anos. Esses dados são comprovados por informações da mídia, internet e informações pessoais, e são fonte de dados para grupos como o Grupo Gay da Bahia (GGB), que lança relatórios todos os anos, já que não existem estatísticas oficiais:

343 LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transexuais) foram assassinados no Brasil em 2016. Nunca antes na história desse país registraram-se tantas mortes, nos 37 anos que o Grupo Gay da Bahia (GGB) coleta e divulga tais homicídios. A cada 25 horas um LGBT é barbaramente assassinado vítima da “LGBTfobia”, o que faz do Brasil o campeão mundial de crimes contra as minorias sexuais. Matam-se mais homossexuais aqui do que nos 13 países do Oriente e África onde há pena de morte contra os LGBT. (GRUPO GAY DA BAHIA, 2016, p. 1).

Atualmente, com a criação de novas políticas afirmativas e maior marginalização do preconceito, as manifestações da homofobia vêm criando também novas formas de expressão. A homofobia está presente quando desconsideram estatísticas sobre o tamanho da população homossexual e sua influência (marginalizando a parada gay, por exemplo), demarcando espaços públicos específicos para essa população, insistência na utilização de termos pejorativos (“juiz gay”, “esse viadinho?”), ataques verbais a homossexuais virtualmente através de perfis falsos ou perpetuação de estereótipos negativos. “Em decorrência desse pressuposto, as estruturas sociais não refletem as necessidades dos homossexuais, reforçando assim seus sentimentos de inadequação e de exclusão social” (BORGES, 2009, p. 29).

Por essa constituição social, muitas regras e crenças são internalizadas pelos homossexuais, que tendem a ter comportamentos, emoções e pensamentos distorcidos referentes a si mesmo, ao mundo, e fazem construções futuras baseadas nisso. É aí que surge a homofobia internalizada, que apresenta como principais manifestações clínicas, segundo Borges (2009, p. 33):

- Confusão emocional;
- Baixa autoestima;
- Atitude hipercrítica em relação a si mesmo e aos outros;
- Isolamento social;
- Supressão generalizada da expressão de sentimentos;
- Depressão crônica;
- Autoabuso, por meio de uso recorrente de álcool ou de substâncias ilícitas, automutilação, exposição a situações de risco e tentativas de suicídio;
- Ansiedade crônica;
- Dificuldade generalizada de estabelecer intimidade;
- “atuação”, por meio da adoção de estereótipos;
- “recusa” em assumir posições ou situações de liderança;
- Atitudes supercompensatórias nas relações familiares (querer ser o melhor em tudo);
- Baixa imunidade, o que gera problemas de saúde;
- Depreciação de outros gays, ou mesmo ataques verbais ou físicos a eles.

Observa-se, no entanto, que a homofobia é um importante estressor social, que resulta em vários impactos negativos na saúde mental e na qualidade de vida de homossexuais. Dentre as manifestações citadas, chamam atenção as comportamentais. A esquiva é presente e pode se manifestar da seguinte forma:

Durante o período escolar, relatou ser chamado de “viadinho” pelos colegas, sendo que nunca reagia - permanecia quieto, ignorava ou “fingia não ser comigo” (SIC). Relatou também que, por vezes, mudava sua rota para casa apenas para evitar passar pelos prováveis locais aonde encontraria com os colegas que lhe xingavam. (FAZZANO, 2014, p. 98).

Esse trecho retirado de um artigo com entrevistas a homossexuais para avaliar os efeitos da homofobia e que comprova esse fato. Ao se deparar com xingamentos e ofensas verbais, o homossexual desvia seu caminho para não encontrar com os meninos que emitiam essa agressão. Traduzindo para termos Comportamentais, a agressão foi um estímulo punitivo e o desvio de caminho uma resposta de esquiva ao estímulo aversivo. Como dito anteriormente, a punição constante tende a cessar ou diminuir a frequência de um comportamento e, quando isso acontece, é reforçador a quem está punindo. É importante lembrar que, para que um indivíduo se esquive, primeiramente ele tem que ter aprendido a fugir, isto é, ele precisou entrar em contato direto ou observar alguém em contato com o estímulo punitivo (agressão).

Vamos imaginar um casal de homens abraçado em uma praça e um grupo chega e os agride física e/ou verbalmente (estimulação aversiva). Dependendo da intensidade da violência sofrida, os dois homens “podem não voltar a se abraçar no mesmo local, ou em contextos parecidos, ou na presença de pessoas com alguma característica que lembre o agressor, ou, simplesmente, não se abraçam mais” (FAZZANO, 2014, p. 40). É perceptível que o comportamento de se abraçar foi cessado, o que pode ser reforçador para o grupo que emitiu a agressão. Mas, não necessariamente, o comportamento de se abraçar nunca mais será omitido. Isso acontece porque na punição, para ter uma supressão completa do comportamento, deve atender a algumas circunstâncias, como: “1- Não pode haver fuga possível do estímulo punitivo. [...]10- A frequência de reforço positivo para a resposta deve ser diminuído” (TODOROV, 2001, p. 38). Nessa situação, a esquiva pode ser emitida, evitando aquele local ou aquele grupo, mas retomando o mesmo comportamento em diferentes locais e diferentes pessoas. Além disso, o comportamento de abraçar tem como consequência o reforço positivo natural, que pode ser a estimulação sensorial, a demonstração de sentimento, carinho, amor, e, no entanto, assim sendo, podemos dizer que comportamentos que são reforçados naturalmente podem ser mais difíceis de serem extintos.

Mas esse é somente um exemplo. Outras punições podem apresentar efeitos muito maiores, e o indivíduo pode emitir comportamentos de esquiva mais sérios, como não querer mais “sair de casa, isolando-se socialmente, parando, inclusive, de trabalhar”. (FAZZANO, 2014, p.42). Banir e criticar comportamentos considerados homossexuais – em si, e em outros homossexuais – e tentar emitir estereótipos heterossexuais seriam também comportamentos de esquiva à possíveis agressões ou à quaisquer das já citadas manifestações da homofobia.

A esquiva costuma ser reforçadora, pois tem como resultado o alívio momentâneo do estímulo aversivo. É também possível observar os seguintes efeitos da esquiva: respostas emocionais de medo, raiva, culpa, ansiedade, e o reforço de comportamentos contrários aos punidos. (FAZZANO, 2014; BORGES, 2009).

Há, por exemplo, o relato de E1, a respeito dos xingamentos e humilhações que sofria na escola. Ele diz que “me sentia culpado, eu queria ser que nem os outros meninos, queria ser, sei lá, heterossexual, assim não ia ter que passar por tudo aquilo” (SIC). Afirma também, referente à situação em que levou a garrafada na rua, que “eu fiquei meio me sentindo culpado, porque afinal talvez se eu não tivesse abraçado com ele eu não teria passado por isso” (SIC). (FAZZANO, 2014, p. 96).

Na tentativa de não emitir certos comportamentos e estereótipos, os homossexuais desenvolvem um “alto grau de autocontrole e tendem a não confiar em seus próprios sentimen-

tos, o que pode levar a uma forte alienação de si mesmos” (BORGES, 2009, p. 44), não conseguindo identificar suas próprias emoções: o que gosta ou não de fazer, onde gosta ou não de ir, empobrecendo seu repertório comportamental. Além disso, a diminuição do autoconhecimento e da autoestima é resultado também desse processo, visto que percepções negativas sobre si mesmo estão sempre presentes, seja pela exposição de ser diferente da normalização da heterossexualidade dominante, ou pela não aceitação de sua orientação sexual, que permeia tantas imposições sociais e internas, como citadas.

Na rua todo mundo encara, tipo, as pessoas não são discretas, às vezes, os olhares são muito estranhos, tipo, é uma coisa assim, as pessoas cerram o olho e encaram você e você fica tipo, se sentindo desconfortável, às vezes, um pouco, sabe? Observado demais (A2). (NATARELLI et al, 2015, p. 667).

Diferentes erros cognitivos podem ser percebidos nos homossexuais, que ficam hipervigilantes quanto aos olhares alheios e podem fazer diferentes interpretações sobre essas ocasiões: leitura mental (“Eles estão pensando que sou homossexual”), generalização (“Não posso nunca mais abraçar meu amigo que vou ser xingado”), filtro negativo (“Eu não consegui o emprego porque perceberam que eu era homossexual”), personalização (“Ele não me cumprimentou. Será que é porque descobriu minha homossexualidade?”) e rotulação (“São todos preconceituosos”) são alguns exemplos.

É válido ressaltar que, durante a pesquisa bibliográfica, não foram encontradas literaturas e discussões sobre a temática com leitura da TCC. Para essa amostra de resultados sobre a homossexualidade então, foram utilizadas publicações da AC, que foram direcionadas ao estudo do comportamento homossexual, publicações da Psicologia Afirmativa (apresentada logo mais) e que embasa a descrição sobre emoções e pensamentos comuns na homossexualidade, além de publicações de órgãos de saúde e de grupos de militância LGBT.

Um esboço sobre análise comportamental de quando o transtorno de ansiedade social e homossexualidade coexistem

Conforme expostas nas duas sessões acima sobre as características do TAS e da orientação sexual, pode-se observar comportamentos, cognições e emoções simultâneos e semelhantes em ambas as situações, além da marcação do caráter social presente também em ambos. Em relação ao comportamento, o padrão de fuga/esquiva é comum às duas situações.

Sabe-se que, assim como todo comportamento, esse padrão é selecionado em três níveis de contingências (filogenéticas, ontogenéticas e culturais):

As contingências filogenéticas dizem respeito a evolução da espécie, ou seja, a seleção do substrato biológico. Referente a ontogênese, tem-se a seleção de comportamento do indivíduo, ao longo de sua história de vida, que se diferem e divergem dos comportamentos de outros indivíduos de sua espécie. Para além da seleção da espécie e de comportamentos aprendidos do próprio organismos, tem-se que práticas culturais também são selecionadas, de acordo com o seu efeito sobre o grupo social [...]. (Skinner, 2013 apud FAZZANO, 2014, p. 2).

A manutenção da espécie seria o resultado final a nível filogenético ao se observar respostas de fuga/esquiva. Em situações de perigo que colocam em risco a vida, o sujeito emite respostas no intuito de sobreviver. Nesse nível de seleção, o que foi selecionado foi a capacidade de responder a estímulos potencialmente perigosos. Destaca-se que a Filogenia não enfatiza a situação em que a emoção acontece, mas sim o sinal de perigo enviado ao corpo, de maneira que o indivíduo seja capaz de responder a ele efetivamente, ou seja, a capacidade de ser afetado por aquele estímulo é que é selecionada (CATANIA, 1999).

Numa análise ontogenética de uma contingência por sua vez, destaca-se a importância da interação e da interpretação que o sujeito faz ao longo da sua história de vida. Por exemplo, você pode sentir medo frente a uma situação de exposição social e dizer “Talvez eu não faça isso.” Isso acontece porque a classe de comportamentos emitidos no TAS é modelada por fatores que “sensibilizam o indivíduo para os aspectos ameaçadores das situações sociais. Tais fatores podem incluir pais com ansiedade social, padrões exagerados de perfeição no funcionamento, superproteção e/ou isolamento dos contatos sociais” (D'EL REY; PACINI, 2006, p. 271). Construindo regras que identificam o mundo como ameaçador e fazendo interpretação de perigo em situações sociais, a fuga/esquiva aparece para impedir o contato com as situações sociais que possam eliciar ansiedade, de acordo com a forma com que aprendeu ao longo da vida por modelos ou em contato com as contingências.

Ainda no nível ontogenético, é observável que desde muito cedo, o indivíduo gay pode emitir comportamentos, atitudes e preferências socialmente variáveis do padrão de gênero (meninos querem maquiagem, salto alto, e brincar com boneca, etc.), e por isso, são expostos a consequências como críticas e até abusos. “Violada em sua integridade psíquica e sem compreender porque é tratada dessa forma, essa criança internaliza a mensagem básica de que há algo de errado com ela” (BORGES, 2009, p. 28-29). Por entender que pode ser criticado e sofrer abusos é que o homossexual aprende, primeiramente, a fugir e, posteriormente, a se esquivar. Assim, o padrão de comportamento fuga/esquiva estaria mantido em ambas as situ-

ações por proteger o indivíduo e reforçando uma interpretação de mundo em que a ameaça e o perigo estão presentes.

Por fim, é nas contingências sociais que comportamentos são moldados a partir de seu efeito social. Como já citado, a punição dos comportamentos emitidos socialmente pode resultar em respostas de fuga/esquiva tanto no TAS, quanto na homossexualidade: se a punição é produzida toda vez em que se fala em público, quem sofre TAS pode emitir respostas de fuga/esquiva como forma de não ser punido; se parte dos comportamentos “gays” estariam em desalinhamento com o que seria importante para a sobrevivência do grupo, e é punido socialmente, a fuga/esquiva nessas situações seria apreendida e repetida (comportamento reforçado negativamente). Ainda sobre a homossexualidade, a punição é ainda mais concreta, e a repetição de fuga/esquiva é resultado de uma prática eficiente de controle comportamental emitido socialmente para os comportamentos considerados nocivos e inadequados:

(1) na família, onde os pais ameaçam e punem o comportamento de seus filhos com castigos ou com a retirada de seu lazer; (2) no trabalho, no qual os empregados produzem sob a ameaça de demissão ou redução salarial; (3) nas escolas, onde alunos tiram notas boas, evitando a reprovação, e com ela, a punição dos pais; (4) nas religiões, que prometem os males do inferno para condutas classificadas como pecaminosas ou mundanas; (5) pelo governo e suas leis, que descrevem contingências de punição (prisão, multa, etc.). (RIBEIRO; FARIAS, 2014, p. 96).

É perceptível que no TAS e na homossexualidade, o comportamento mais observável é o padrão fuga/esquiva, selecionado através de contingências filogenéticas, ontogenéticas e sociais de formas muito parecidas. Se esse é um comportamento comum aos dois, um “TAS gay” poderia aumentar esse padrão emitido, visto que a interpretação de perigo é percebida em diferentes situações, e não somente agora em uma apresentação de trabalho, ou na escola, quando quer brincar com as meninas, conforme sugere a literatura. Assim, a fuga/esquiva é apresentada em diferentes situações, ampliando sua aparição, e, com isso, implicando no aumento dos prejuízos desse comportamento.

Avaliando as emoções, a fuga/esquiva pode resultar em respostas emocionais como medo, raiva, culpa e ansiedade. E, como na coexistência homossexualidade/TAS amplifica-se esse padrão de comportamento, amplifica-se também o aparecimento dessas emoções. A ansiedade situacional e antecipatória está fortemente presente:

Ser homossexual por si só não leva ninguém a ter ansiedade ou pânico. Ser homossexual em uma sociedade em que isso é altamente estigmatizado e com frequência condenado por muitas instituições culturais e religiosas, e os homossexuais são vistos como um grupo de pessoas com menos direitos, isso sim, pode levar a tais reações. (LEVOUNIS; DRESCER; BARBER, 2014, p. 169).

Esse trecho nos aponta o caráter social da ansiedade no homossexual, fixado por uma sociedade que condena parte de seus comportamentos. E não diferente, a ansiedade de quem sofre de TAS é fortemente marcada também pelo social. Essa correlação indica amplificação da ansiedade, principalmente quando se diz respeito ao social, e a exposição a esse.

Há também, em ambos os casos, uma interpretação negativa de si mesmo, o que, na coexistência da homossexualidade e do TAS, amplifica problemas como baixa autoestima, além de aumentos de erros cognitivos relacionados a personalização. Crenças de inferioridade e de inadequação são aumentadas e confirmadas todos os dias, visto que tanto homossexuais quanto quem apresenta TAS tendem a fazer cobranças extremas sobre seu desempenho e se frustram quando não alcançam objetivos que são, por vezes, fora de uma realidade possível.

Possíveis contribuições da terapia cognitivo-comportamental

Diante do exposto, a necessidade da terapia aparece tanto quando o diagnóstico é de TAS quanto quando o indivíduo sofre ao se identificar como homossexual, e essa condição tende a ser mais evidente quando ambas as condições se combinam. A partir daqui, os autores fizeram um apanhado das principais técnicas já utilizadas para o TAS em TCC, e quais delas poderiam ser eficazes quando o paciente também for homossexual.

Estudos indicam resultados na terapia grupal e individual, com redução significativa da sintomatologia com 12 a 16 sessões (de TCC) para o TAS. (ITO et al, 2008). Este artigo enfatiza apenas a terapia individual, visto que sujeitos homossexuais podem ter dificuldades na relação com sua orientação sexual, e não se sentirem à vontade para falar em grupo sobre sua sexualidade. Segundo Natarelli et al (2015) o terapeuta Cognitivo-comportamental tem postura colaborativa e ativa no tratamento, e, utilizando-se das contribuições da Terapia Afirmativa quando atende um paciente homossexual, prioriza o respeito e empatia, com atenção na “prevenção, identificação, acolhimento, atendimento, notificação e encaminhamento dos casos de violência [...], visando um atendimento integral e livre de preconceitos” (p. 670). A condição não-punitiva funciona como um ambiente oposto aquele fora do consultório e que pode, por sua vez, permitir a construção de relações afetivas duradouras e confiáveis.

É necessário apontar que pacientes homossexuais podem racionalizar sua estratégia de revelar ou não sua orientação afetivo-sexual. (BORGES, 2009). Torna-se importante que, através de uma entrevista inicial bem elaborada e com “perguntas diretas e abertas sobre relacionamentos – questões que não presumem que todos os pacientes são heterossexuais”

(LEVOUNIS, DRESCER; BARBER, 2014, p. 24), o terapeuta tenha acesso às informações sobre a orientação sexual do cliente. Terapeutas afirmativos, independente de sua abordagem, “Atuam buscando compreender tanto as variáveis da dinâmica pessoal quanto as variáveis sociais relativas às diferentes formas de preconceito e opressão a que os homossexuais estão submetidos” (BORGES, 2009, p. 15). Para tanto, é necessária atenção contínua em suas próprias crenças (sobre monogamia, questões religiosas, etc.) preconceitos, fantasias e sentimentos. Também a cautela ao empregar terminologia adequada é parte fundamental para um acolhimento de respeito. Segundo BORGES (2009, p. 23-24), são condições essenciais para o atendimento Afirmativo por parte do terapeuta:

- a) Respeito pela orientação sexual do paciente, considerando-a uma manifestação saudável, e não patológica, da sexualidade humana.
- b) Respeito pela integridade pessoal do paciente, lembrando que os pacientes gays têm um histórico de opressão que os torna muito vulneráveis na relação de poder (relação transferencial) com o terapeuta. Não revelar a terceiros ou mesmo familiares a identidade sexual do paciente é um dos cuidados a serem tomados na preservação de sua integridade.
- c) Respeito pela cultura e pelo estilo de vida do paciente, mesmo quando seus valores morais, hábitos e práticas sexuais são diferentes dos do terapeuta. Se for o caso, é necessário que o terapeuta procure conhecer a diversidade dos estilos de vida e das subculturas das comunidades gay e lésbica.
- d) Respeito por suas próprias crenças e atitudes. O terapeuta deve se dispor a examinar os próprios preconceitos e crenças a respeito das orientações sexuais diferentes da sua e, em determinadas situações, dependendo dessa autoanálise, ser capaz de reconhecer sua incapacidade de atender pacientes homossexuais.

Utilizando-se das contribuições da Terapia Afirmativa, o terapeuta pode aplicar técnicas já utilizadas para o TAS em pacientes homossexuais, visto a interlocução de sintomas entre as duas situações. Para trabalhar o modelo da TCC, ou seja, atuar nos comportamentos, emoções e cognições, as principais técnicas são aplicadas para “redução da ansiedade antecipatória, sintomas fisiológicos próprios da ansiedade, das cognições negativas que mantêm as crenças disfuncionais, da esquiva fóbica e melhora das habilidades sociais” (ITO et al, 2008, p.98). Além de trabalhar para o aumento da autoestima desses indivíduos que está alterada em resultado da visão distorcida e negativa que a homossexualidade e o TAS apresentam como característica. Podemos citar como principais ferramentas utilizadas pelo terapeuta Cognitivo-comportamental (ITO et al, 2008; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008; D'EL REY; PACINI, 2006):

- Psicoeducação: utiliza-se esse método para ilustrar conceitos importantes da TCC e da patologia (TAS) para o paciente. No caso da coexistência com a homossexualidade, a psicoeducação sobre sexualidade pode ser incluída no processo. Podem-se

utilizar experiências cotidianas da vida do paciente, vídeos, artigos e filmes para auxiliar o terapeuta nesse método, com intuito de envolver o paciente no processo de aprendizagem.

- Treino de habilidades sociais (THS) e treino de assertividade (TA): O resultado esperado é a ampliação do repertório de comportamentos do paciente, apresentando habilidades sociais mais adaptadas, “diminuindo a passividade e a sensação de impotência ou raiva, considerando as características do paciente e o grupo social em que ele está inserido.” (ITO et al, 2008, p.S98). Essa possibilidade de resultado também é fundamental no processo de aceitação da orientação sexual, deixando de lado sentimentos como raiva e medo, e desenvolvendo comportamentos e cognições mais saudáveis frente à sua sexualidade. As técnicas mais usadas no THS são “a modelagem pelo terapeuta, ensaio comportamental, reforçamento social e o treinamento realizado fora da sessão (tarefas de casa).” (D'EL REY; PACINI, 2006, p.272).
- Reestruturação cognitiva: usa métodos para detecção de pensamentos distorcidos (erros cognitivos), sua posterior racionalização (“quais as evidências eu tenho desse pensamento?” e “se isso realmente acontecer?”) e, por último, a reatribuição desse pensamento (“Por qual pensamento mais racional posso substituí-lo?”). A racionalização dos pensamentos é feita através do questionamento Socrático, em que o sujeito toma distância do seu pensamento, e o questiona. A detecção de pensamentos distorcidos não é tarefa fácil, e para facilitar, pode ser utilizado um caderno para anotar pensamentos, uma Tabela de Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD) que, hoje, já é disponível gratuitamente para Smartphones o aplicativo Cogni (uma forma mais acessível para anotar o Registro de Pensamento, visto que celulares estão na mão de seus usuários todos os dias. Toda vez que o usuário sente alguma emoção marcante, toma nota da situação através do aplicativo, que permite ao usuário relatar emoções, situação, pensamentos e comportamentos, além de poder enviar um relatório semanal para seu terapeuta). Como visto anteriormente, a presença de pensamentos distorcidos é grande no TAS e na homossexualidade, podendo ser utilizada essa técnica em ambas situações.
- Exposição: Usada para romper padrões de evitamento, para reduzir a ansiedade e o comportamento fóbico:

Pode ser feita por meio do confronto das situações ao vivo ou na imaginação. Paciente e terapeuta identificam todas as situações consideradas causadoras de ansiedade. Uma vez listadas, as situações são classificadas hierarquicamente de acordo com o grau de ansiedade que geram, começando com situações que causam menos ansiedade, até as mais temidas de serem enfrentadas. O paciente é orientado, então, a enfrentar as situações que estão no início desta lista e exercitar-se repetidamente, até que sua ansiedade diminua (fenômeno denominado habituação). A exposição a cada uma das situações deve ser sistemática, ou seja, muito frequente, e por tempo prolongado para que a habituação possa ocorrer. (ITO et al, 2008, p. S98)

- O terapeuta precisa ter sensibilidade nesse método para não expor o paciente a situações de risco eminente. Algumas situações podem, de fato, ter característica fóbica, e serem interpretadas pelo sujeito como um perigo que não é justificável racionalmente. Mas expor um homossexual à emissão de demonstração de carinho em qualquer local público, sem nenhuma avaliação anterior, por exemplo, pode gerar riscos a esse.
- Treino Cognitivo de Controle da Raiva e do Stress: treino em que é ofertada ao indivíduo a possibilidade de reconhecer limites, identificar seus estressores e suas raivas, familiarizar com seus pensamentos, emoções e comportamentos que são geradores de estresse e raiva e aumentar o repertório para lidar com suas fontes externas, que sejam geradoras de tensão (trabalho, familiar, ambiental). (LIPP; MALAGRIS, 2010; KLEINHANS, 2010).
- Relaxamento e respiração: são utilizadas com o objetivo de “fazer com que o paciente aprenda a ter maior controle das respostas fisiológicas próprias da ansiedade.” (ITO et al, 2008, p. S98). A técnica mais utilizada é o Relaxamento Progressivo de Jacobson, que orienta o paciente a direcionar a atenção para determinados grupos musculares e, dessa forma, perceber a tensão nos mesmos e, depois, relaxar. Assim, também, aumenta a atenção no próprio corpo e reduz a hipervigilância nas situações externas. Já a respiração, a diafragmática é a mais introduzida pelos terapeutas, pois esta técnica provoca um aproveitamento maior da capacidade do pulmão, fornecendo mais oxigênio ao corpo e ao cérebro, proporcionando assim maior relaxamento, além de melhora no funcionamento cerebral.

Todos esses métodos atuam nos sintomas negativos do TAS e da homossexualidade, mostrando-se que a TCC pode ser eficiente também para esse quadro. Portando-se de forma positiva, com respeito e seguindo as condições essenciais do terapeuta já citados anteriormente, o paciente poderá conquistar um repertório amplo e variado de comportamentos sociais mais adaptados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da pesquisa para o presente artigo, concluiu-se que, como questionado em hipótese, a dificuldade em aceitar a orientação sexual tem impactos sobre o TAS, no que tange comportamentos, emoções e cognições. Pela revisão bibliográfica e características marcantes nas duas situações, o comportamento de fuga/esquiva é aparentemente aumentado, assim como emoções como ansiedade, culpa, medo e raiva, além das distorções cognitivas de interpretação de mundo, de si mesmo e do futuro.

Os autores sugerem a continuação dessa pesquisa a partir da observação da escassez de pesquisas que combinem TCC e homossexualidade, além da dificuldade de encontrar apontamentos da relação entre TAS e orientação sexual no Brasil. A continuação pode aparecer através de investigação direta em campo, através de aplicação de escalas de ansiedade social e entrevistas semiestruturadas em adequação aos objetivos da pesquisa, principalmente com o objetivo de comprovar quais e como as características marcantes do TAS podem ser aumentadas quando em concomitância com a homossexualidade, assim como avaliação de intervenções grupais com pacientes que apresentem as duas condições estudadas.

A produção até aqui realizada fornece base para futuros trabalhos e intervenções, além de chamar a atenção para a necessidade de se ter maior vigilância da homofobia, que resulta em inúmeros efeitos negativos comportamentais, emocionais e cognitivos a quem a sofre. É contribuindo para uma reflexão sobre o preconceito e o desaparecimento de discriminações que o Psicólogo deve guiar seu trabalho, dirigindo-se com respeito e buscando compreensão da dinâmica pessoal e das variáveis sociais que englobam a vida do sujeito.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Grayce Alencar et al. Violência psicológica em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do Ceará, Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 100-111, Jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200100&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Out. 2017.

BORGES, Klecius. **Terapia afirmativa**: uma introdução à psicoterapia dirigida a gays, lésbicas e bissexuais. São Paulo: GLS, 2009.

BRIGNOL, Sandra et al. Fatores associados a infecção por HIV numa amostra respondent-driven sampling de homens que fazem sexo com homens, Salvador. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 256-271, Jun. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000200256&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2017.

CATANIA, A. Charles. **Aprendizagem: Comportamento, Linguagem e Cognição**. 4a. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CASTILLO, Ana Regina GL et al. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 20-23, Dez. 2000.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº. 001/99**. Estabelece normas de atuação para psicólogos em relação à questão da orientação sexual. Brasília, DF, 1999.

COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS PARA A DIVERSIDADE SEXUAL. **Diversidade sexual e cidadania LGBT**. São Paulo: SJDC/SP, 2014.

D'EL REY, Gustavo J. Fonseca; PACINI, Carla Alessandra. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 269-275, Ago. 2006.

FAZZANO, Leandro Herkert. **Análise do fenômeno da homofobia: Identificando contingências envolvidas**. 2014. 130 f. Dissertação (Mestrado) em Análise do Comportamento. Universidade Estadual de Londrina, Programa de Mestrado em Análise do Comportamento, Londrina, 2014.

GRUPO GAY DA BAHIA (GGB). **Assassinatos de LGBT no Brasil: Relatório 2016**. Bahia. 2016. Disponível em <<https://homofobiamata.files.wordpress.com/2017/01/relatc3b3rio-2016-ps.pdf>> . Acesso em 20 out. 2017.

GUSMÃO, Estefanea Élide da Silva et al. Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da fobia social. **Revista brasileira de terapia cognitiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 118-125, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872013000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 out. 2017.

GUSMÃO, Estefanea Élide da Silva et al. Valores Humanos e Atitudes Homofóbicas Flagrante e Sutil. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 21, n. 2, p. 367-380. ago. 2016.

ITO, Lígia M et al. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. s96-s101, Out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 out. 2017.

KLEINHANS, Andréia Cristina dos Santos. O treino cognitivo de controle da raiva: o passo a passo do tratamento. **Revista brasileira de terapia cognitiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 195-202, jun. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 out. 2017.

LEVOUNIS, Petros; DRESCER, Jack; BARBER, Mary E (Orgs.). **O livro de casos clínicos GLBT**. Tradução de Gabriela Wondracek Linck. Porto Alegre: Artmed, 2014.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes; MALAGRIS, Lúcia Emannel Novaes. **O treino cognitivo de controle da raiva: o passo a passo do tratamento**. Rio de Janeiro: Editora Cognitiva, 2010.

NARDI, Henrique Caetano; MACHADO, Paula Sandrine; SILVEIRA, Raquel da Silva (Orgs.). **Diversidade sexual e relações de gênero nas políticas públicas: o que a laicidade tem a ver com isso?** Porto Alegre: Deriva, Abrapso, 2015.

NATARELLI, Taison Regis Penariol et al. O impacto da homofobia na saúde do adolescente. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 664-670, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400664&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE BRASIL (OMS). **Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo**. 2017. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839>. Acesso em 20 out. 2017.

RANGÉ, Bernard (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

Ribeiro, Michela R.; Farias, Ana Karina C. R. (Org.). **Skinner vai ao cinema**, v. 2. Brasília: Instituto Walden4, 2014.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, Jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Mar. 2018.

TODOROV, João Cláudio. Quem tem medo de punição? **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 37-40, abr. 2001. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452001000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2017.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Tradução de Mônica Giglio Armando. Porto Alegre: Artmed, 2008.