



SUICÍDIO **ENTRE HOMOSSEXUAIS**

Autores

Adolfo José Lima Costa
Psicólogo, pós graduado em Terapia
Cognitiva Comportamental – UNI-
SAL/SP

Carlos Eduardo Peixoto Soares
Psicólogo, pós graduado em Terapia
Cognitiva Comportamental – UNI-
SAL/SP

imagem: Freepik

RESUMO

Este artigo tem como objetivo abordar o porquê de muitos homossexuais buscarem, cada vez mais, o suicídio. Muitos desses casos poderiam ser evitados se fossem abordados com maior frequência, tanto pela sociedade, quanto pela mídia. Muitas pessoas, ao assumir sua homossexualidade, se deparam com atitudes diversas que apontam o julgamento de desaprovação de parte da sociedade, o que é percebido como muito doloroso para quem sofre discriminação. Nesse trabalho, será abordado o tema suicídio como forma de buscar entender por que ocorre; compreender a homossexualidade como opção de escolha sexual e não como patologia, e por que tal escolha acaba por terminar em casos de suicídio. Falaremos sobre o suicídio, a homossexualidade, a terapia cognitiva comportamental e uma breve citação do filme O Jogo da Imitação.

Palavras-chave: Suicídio. Homossexualidade. Agressores. Prevenção. Orientação.

ABSTRACT

This article aims to address the reason why many homosexuals seek, more and more, suicide. Many of these cases could be avoided if they were addressed more frequently by both society and the media. Many people, when assuming their homosexuality, are faced with diverse attitudes that point to the judgment of disapproval of part of the society, which is perceived as very painful for those who suffer discrimination. In this work, the subject will be approached as a way of trying to understand why it occurs; understand homosexuality as an option for sexual choice and not as pathology, and why such a choice ends up in cases of suicide. We'll talk about suicide, homosexuality, cognitive behavioral therapy, and a brief quote from The Imitation Game.

Key-words: Suicide. Homosexuals. Aggressors. Prevention. Guidance.

INTRODUÇÃO

Quando uma pessoa se suicida, frequentemente a sociedade desaprova e atrai a atenção das pessoas, por considerar uma causa obscura e de certa maneira, estigmatizada.

O assunto é considerado como um tabu e, geralmente, não se comenta com os familiares porque se acredita que não fica bem esse tipo de comentário. Até mesmo a própria família evita o assunto por considerar como constrangedor, evitando o tema devido às emoções que provoca (GALIÁS, 2009).

Devido ao conservadorismo da sociedade, a homossexualidade é vista como anormal e os homossexuais são rotulados e discriminados. Ao receberem tratamento hostil por parte da família e da sociedade, muitos deles enxergam o suicídio como única saída para uma vida de sofrimento.

Foi realizada uma pesquisa na Universidade de Colúmbia, nos Estados Unidos, em 2015, com cerca de 32.000 jovens entre 13 e 17 anos, questionando a opção sexual e o suicídio, cujos resultados apontaram os homossexuais com chance cinco vezes de maior probabilidade para praticar o ato, em sua maioria, provocado pelo ambiente e convívio social (REVISTA GALILEU, 2017).

Quando uma família toma conhecimento das tendências homossexuais de algum filho, faz uso de todos os recursos que dispõe para corrigir o que consideram como anormalidade. Esses recursos geralmente se constituem de surras, tratamentos psicológicos, religião, entre vários outros. Dessa maneira, os homossexuais têm a tendência de esconder sua opção sexual, por medo das reações homofóbicas tanto por parte da família, quando da sociedade.

Diante desse embate sobre o conservadorismo que apresenta atitudes preconceituosas, discriminatórias e violentas e as mudanças ocorridas na sociedade que apresenta uma diversidade sexual mais rica, este trabalho vem questionar a ocorrência de tantos suicídios de homossexuais.

METODOLOGIA

Como metodologia, adotou-se a pesquisa bibliográfica. Foi realizada a leitura crítica das obras pertinentes ao enfrentamento do tema. Para Gil (2007 p.55), a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas (em livros, revistas, etc.).

Segundo Severino (2007) é um levantamento da literatura especializada (artigos, revistas, livros, relatórios de pesquisas, monografias, teses, dissertações) para análise do tema escolhido não sendo uma mera repetição do que já foi dito

ou escrito sobre certo assunto, mas propiciando o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem.

A seguir, no desenvolvimento deste trabalho, os seguintes tópicos: Suicídio, Fatores de Risco, Comportamentos Suicidas, Homossexualidade, Padrões de Comportamento Sexual, Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) Para Pacientes Homossexuais, Reestruturação Cognitiva, Resolução de Problemas, Vulnerabilidades Psicológicas, Considerações Finais.

DESENVOLVIMENTO

SUICÍDIO

Desde o início da história já eram registrados casos variados de suicídio, com fatores que divergiam entre os tempos e as crenças culturais. As causas para tal ato e sua regularidade também oscilavam.

O suicídio é uma prática que sempre acompanhou a humanidade no decorrer da história, sendo que o primeiro registro consta na Enciclopédia Delta de História Geral datado em 2.500 a.C, na cidade de Ur, onde 12 pessoas tomaram uma bebida envenenada e fiaram esperando para morrer. Suicidar-se corresponde em latim a se occidere. A expressão provém do verbo transitivo occido-cidi-cisum, que significa, primeiramente, cortar, esmigalhar, dividir em muitas partes, e, conseqüentemente, ferir mortalmente, matar (ROCHA, 2017, p. 12).

Atualmente nos países ocidentais, o suicídio não é encarado com um ato incerto nem como algo sem relevância. É a saída de um conflito, que está gerando um intenso sofrimento.

O martírio do suicida é restrito e indizível, deixando familiares e colegas, para digerir uma perda quase que inexplicável tal como a sensação de culpa. O suicídio traz como resultado um valor de desorganização e destruição que acontece na maioria dos casos.

Suicídio tem origem da palavra latina para “autoassassínio”. Quando bem sucedido, torna-se um ato trágico que representa a necessidade de morrer. Existe uma alternância, entretanto, entre refletir sobre prática suicida ou colocá-la em ação. Muitos indivíduos apresentam predisposição suicida que jamais levaram em frente, algumas arquitetam durante dias, meses ou mesmo anos antes de realizar, existem aqueles que executam o autoextermínio no impulso, sem premeditar o ato (KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 24).

Perdidos na descrição estão rotulações equivocadas da causa da morte, acidentes de causa indefinida e os autodenominados suicídios crônicos, por exemplo, morte por ingestão abusiva de álcool e demais substâncias psicoativas e falta de

administração consciente de medicamentos para vício, obesidade e hipertensão.

FATORES DE RISCO

A população masculina pratica suicídio quatro vezes mais do que as mulheres, um percentual que é fixo em todas as faixas etárias. As mulheres, contudo, apresenta quatro vezes mais possibilidade de tentá-lo.

As porcentagens de suicídio ampliam com a idade e destacam-se a importância da crise da meia idade.

Em meio aos homens, os suicídios chegam ao topo após os 45 anos, nas mulheres o maior número de suicídios concluídos acontece após os 55 anos. Percentuais de 40 por 100 mil acontecem em homens de 65 anos ou mais. Indivíduos mais velhos tentam suicídio com menos regularidade do que os mais juvenis, mas são concluídos da forma mais satisfatória. Conquanto, caracterizem apenas 10% da população total, os indivíduos mais idosos respondem por 25% dos suicídios. A porcentagem para indivíduos com 75 anos ou mais é maior as três vezes a taxa entre pessoas mais jovens. O índice de suicídio para mulheres na mesma classe etária está crescendo de maneira não tão acelerada quanto para os homens. Entre homens de 25 a 34 anos, expandiu em aproximadamente 30% durante a década pregressa (REVISTA GALILEU, 2017, p. 2).

O suicídio, contudo está aumentando ligeiramente entre jovens, em especial entre homens de 15 a 24 anos de idade.

O suicídio encontra-se entre a terceira maior causa de morte na classe etária entre 15 a 24 anos, depois de desastres e assassinatos, e as tentativas de autoextermínio nesse grupo etário estão entre 1 a 2 milhões por ano.

Em cada três suicídios dois são de homens brancos. A reincidência entre brancos tem acontecido quase duas vezes mais daquela entre todos os demais grupos, essas porcentagens, contanto, são agora discutíveis, na proporção em que o percentual de suicido entre negros está ampliando.

“A porcentagem de suicídio para homens brancos (19,6 por 100 mil pessoas) é 1,6 vezes maior do que para homens negros (12,5), quatro vezes maiores do que para mulheres branca (4,8) e 8,2 vezes maior do que para mulheres negras (2,4)” (MOURA, 2014, p. 5).

Em meio aos jovens que vivem no subúrbio e determinados grupos de índios, os percentuais aumentaram de forma considerável em comparação as taxas nacionais. Entre imigrantes, são mais elevadas do que aquelas indicadas para a população oriunda.

Documentadamente, o índice de suicídio entre cidadãos católicos tem sido mais baixo do que as taxas entre judeus, protestantes e as demais religiões. O grau de ortodoxia e inserção pode ser um parâmetro de maior ameaça nessa categoria do que a simples vinculação religiosa corporativa (KAPLAN; SADOCK, 2007).

União conjugal reforçada por filhos aparenta reduzir de forma considerável a ameaça de suicídio. A proporção de suicídio é de 11 por 100 mil para indivíduos casados; os solteiros, que jamais se casaram, apresentam um índice geral quase duas vezes maior.

Pessoas casadas anteriormente, contudo, demonstram taxas bem mais elevadas do que aquelas que jamais se casaram. O suicídio intercorre com mais regularidade do que o habitual entre cidadãos socialmente excluídos e com história familiar de autoextermínio (tentado ou concluído). Indivíduos que cometem os intitulados suicídios de comemoração eliminam suas vidas no aniversário de morte de um ente querido em especial.

Quanto mais elevada a classe social de um indivíduo, maior a ameaça de suicídio, porem uma redução no nível social também intensifica o risco. A atividade laboral geralmente previne contra o suicídio. Entre as categorias de trabalho, profissionais, especialmente médicos, tem sido classificado os de maior ameaça para suicídio.

Estudos apontam que médicos que executam suicídio apresentam uma psicopatologia, entre os quais transtornos de humor e compulsão por substâncias psicoativas são os mais comuns. Geralmente o médico que pratica o suicídio atravessou embaraços laborais, pessoais e familiares. Tanto quanto médicos e médicas efetuam suicídio através da hiperdosagem de substâncias, ao invés de armas de fogo, o fácil acesso às drogas e o respaldo técnico sobre a toxicidade são motivos consideráveis nesse contexto. Alguns indícios apontam que médicas tem uma predisposição na vida para transtornos de humor bastante elevada, que pode ser a causa definitiva para o risco de suicídio (OLIVIER; PEREZ; BEH, 2011, p. 5).

Entre os profissionais de medicina, supõe-se que os psiquiatras apresentam a maior tendência, acompanhados por oftalmologistas e anestesiológicos, mas a predisposição é um equilíbrio entre as demais especialidades.

Pessoas com maior risco são músicos, dentistas, policiais, advogados e agentes de seguro. O suicídio geralmente é mais elevado entre pessoas que não exercem atividades de trabalho do que entre pessoas empregadas. O índice intensifica no decorrer das interrupções e quedas econômicas e em períodos de elevado desemprego, e reduz durante ciclos de alto emprego e em tempos de guerra.

O percentual mais elevado de suicídio bem-sucedido em homens está correlacionado as maneiras aplicadas: armas de fogo, enforcamento o salto de locais altos. As mulheres geralmente ingerem uma dosagem elevada de substâncias psicoativas ou produtos altamente tóxicos. Em países com leis relacionadas ao controle de armas, a utilização de armas de fogo reduz como maneira de suicídio. De forma geral, a maneira mais comum de suicídio é o enforcamento.

A ligação entre saúde física e doença com suicídio é considerável.

A utilização de recurso terapêutico anteriormente demonstra ser um sinal de risco de suicídio: 32% de todas as pessoas que efetuaram usufruíram de recursos médicos seis meses antes. Análises de autópsia evidenciaram que uma patologia está presente em 25% a 75% de todas as vítimas de suicídio, e considera-se que ela seja uma razão da colaboração significativa em 11 a 51% dos casos (OLIVIER; PEREZ; BEH, 2011, p. 7).

Em cada um deles, o percentual eleva com a idade. Sete doenças do sistema nervoso central (SNC) elevam o risco de suicídio: epilepsia, esclerose múltipla, ferimento na cabeça, doença cardiovascular, doença de Huntington, demência e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

Todas essas circunstâncias estão relacionadas a transtornos de humor, e pacientes portadores de epilepsia tem acesso direto com barbitúricos e outras medicações com as quais se matar.

Segundo Ribeiro; Laranjeiras; Cividanes (2015) alguns fatores endócrinos estão relacionados à maior vulnerabilidade de suicídio: doença de Cushing, síndrome de Klinefelter e porfiria. Transtornos de humor similarmente complementam essas patologias. Dois distúrbios gastrintestinais com uma ameaça de suicídio potencializada são úlcera péptica e cirrose, ambos achados entre pessoas viciadas em bebida alcoólica. Alterações urogenitais que comprometem risco elevado de suicídio são hipertrofia prostática tratada com prostatectomia e patologia renal tratada com hemodiálise; oscilações de humor podem existir em ambas as circunstâncias.

Motivos relacionados à patologia e que contribuem para experiências e suicídio concluído são perda de mobilidade, especificadamente quando a atividade física é considerável para a ocupação ou para o entretenimento; desfiguração, especificadamente entre as mulheres, e dor crônica, sem tratamento.

Além das causas diretas da doença, as condições secundárias, por exemplo, ruptura de relacionamentos amorosos e detrimento de status profissional, são causas de prognóstico.

Causas psiquiátricas extremamente consideráveis no suicídio envolvem uso

excessivo de substâncias, transtornos depressivos, esquizofrenia e demais perturbações mentais.

Cerca de 95% no total de indivíduos que efetuam ou pretendem suicidar têm uma perturbação mental diagnosticada. Os problemas depressivos correspondem por 80% dessa margem, esquizofrenia, por 10% e demência ou delírio por 5%. Em meio a todas as pessoas com perturbação mental, 25% também são usuários de bebida alcoólica e apresentam comorbidades. Aquelas pessoas com depressão delirante demonstram ameaça mais elevada de suicídio. Em cidadãos com problemas depressivos, atinge a 15%, e 25% de todos aqueles com histórico de comportamento impulsivo ou atos violentos também possui um elevado índice de suicídio. Internação psiquiátrica pregressa por qualquer motivo eleva a possibilidade de execução do ato (GALIAS, 2009, p. 23).

Em meio de adultos que praticam suicídio, encontram-se distinções consideráveis entre a juventude e velhice tanto para diagnóstico psiquiátrico como para estressores pregressos.

O índice de suicídio envolvendo pacientes psiquiátricos é bem mais elevado do que em indivíduos saudáveis. O nível de risco varia, dependendo da idade, do sexo, e da circunstância de paciente internado ou ambulatorial.

Posteriormente enquadramento por idade, pacientes psiquiátricos do sexo masculino e feminino que, em certo momento estiveram internados têm maior possibilidade de cometer suicídio, respectivamente, do que seus contrapesos na população geral.

Para enfermos ambulatoriais, masculinos e femininos que nunca foram internados em uma unidade psiquiátrica para tratamento os riscos são bem menores. O índice mais elevado para pacientes psiquiátricos que estiveram em algum momento internados representa o fato de que indivíduos com psicopatologias severas propendem a ser hospitalizados (RIBEIRO; LARANJEIRAS; CIVIDANES, 2015, p. 11).

Aqueles indivíduos no contexto geral que cometem suicídio tem uma tendência a ser de meia-idade ou mais velha, mas pesquisas apontam que pacientes psiquiátricos suicidas são cada vez mais juvenis. Um percentual menor, mas significativo, de pacientes psiquiátricos que cometem suicídio realizam o ato quando estão sob regime de internação.

A maior parte deles não executa o suicídio dentro da ala psiquiátrica, mas nos arredores do hospital, durante uma escapada no final de semana ou quando se ausentam sem o consentimento médico.

As proporções de suicídios de pacientes submetido a um regime de interna-

ção não ampliam de maneira semelhante com a idade, como na população geral, na sinceridade, as proporções para pacientes psiquiátricos do sexo feminino reduzem com o aumento da idade, especialmente porque pessoas mais velhas que são suicidas não buscam orientação médica.

Temporadas de rodízio de profissionais, em especial médicos residentes de psiquiatria, são épocas relacionadas a suicídios de pacientes internados. As amplas execuções do ato geralmente estão relacionadas a ciclos de alteração ideológica na enfermagem, desorganização e desmoralização do pessoal. O período após a alta tem uma maior incidência de cometer o ato entre pacientes psiquiátricos ambulatoriais (WAINER et al., 2008, p. 32).

Indivíduos que visitam frequentemente o pronto-socorro, especificadamente aqueles com transtorno de pânico, também sofrem maior risco. Os dois importantes grupos de risco são pacientes com transtornos depressivos, esquizofrenia e abuso de substâncias e aqueles que buscam inúmeras vezes o pronto-socorro.

Consequentemente profissionais da saúde mental que estão lotados em serviço de emergência devem ser bem preparados para elaborar o histórico psiquiátrico dos pacientes, observar as suas condições mentais, medir o risco de suicídio e realizar procedimentos eficientes. Além de tudo, devem ter clareza sobre a necessidade de fazer contatos com pacientes de maior risco que deixam de comparecer adequadamente a consultas de intervenção.

Os transtornos de humor geralmente são os mais associados ao suicídio. Uma vez que o índice de suicídio eleva especialmente quando os pacientes estão em crise depressiva, as evoluções psicofarmacológicas dos últimos anos diminuíram significativamente a ameaça de suicídio entre pacientes depressivos.

A maioria das pessoas depressivas comete suicídio no início da doença, o que quando está mais avançada, a maior parte do sexo masculino realizam, e a expectativa de pessoas deprimidas suicidarem amplia quando são solteiras, separadas, divorciadas, viúvas ou quando estão vivenciando um luto atual. Indivíduos depressivos que realizam suicídio tendem a ser da meia-idade ou mais idosos (WAINER et al., 2008, p. 33).

Poucas análises foram feitas sobre quais pacientes com transtorno de humor tem o perfil suicida mais elevado. Foi mencionado que isolamento social eleva as probabilidades de suicídio entre pacientes deprimidos, esta referência mostra que pessoas com dificuldade de integração social tem maior predisposição a cometer suicídio. Tanto no início quanto no final de um transtorno depressivo existe a probabilidade do suicídio acontecer.

Em pacientes psiquiátricos alguns meses após a alta hospitalar o risco é aumentado. A maior taxa de pacientes deprimidos suicidas apresentava histórico de tratamento psicoterápico e menos da metade estava recebendo tratamento no

período da ocorrência.

A ameaça de suicídio entre pacientes esquizofrênicos é bastante elevada. Geralmente acontece na adolescência ou no final da juventude, e a maior parte que comete suicídio, realiza durante os primeiros anos da doença; contudo, tendem a ser bem juvenis. Fatores depressivos estão relativamente correlacionados ao suicídio.

Os fatores de risco dentro deste grupo são: idade jovem, gênero masculino, estado civil solteiro, uma tentativa de suicídio pregressa, predisposição a sintomas depressivos e alta recente de internação psiquiátrica. Histórico de várias internações prejudica o ajustamento social, laboral e sexual destes pacientes. Em decorrência, as vítimas, mas possíveis geralmente são: do sexo masculino, solteiro, sem emprego e socialmente isolado. Posteriormente a alta de sua última internação vivencia um novo problema ou retomam aos problemas anteriores (VIDAL, 2013, p. 28).

Como consequência, tornam-se desmotivados, passam por sentimentos de desproteção e desilusão, experimenta um quadro depressivo e passam a desenvolver pensamentos com ideação suicida.

COMPORTAMENTOS SUICIDAS

Uma tentativa de suicídio passada é talvez o melhor indicador de que o paciente tenha um maior risco de suicídio no presente. O risco de uma segunda tentativa é mais elevado dentro de três meses da primeira tentativa. Estudos mostram que cerca de 40% das pessoas deprimidas/depressivas que cometem suicídio fizeram uma tentativa anteriormente.

O transtorno depressivo está associado não apenas ao suicídio consumado, mas também, a tentativas graves de cometê-lo. O aspecto clínico associado com mais frequência à gravidade da intenção de morrer é um diagnóstico de um transtorno depressivo. Isso é defendido por estudos que relacionam as características clínicas de pacientes suicidas com varias medidas da gravidade médica, da tentativa ou da intenção de morrer. Além disso, escores de intenção de morrer correlacionam-se de forma significativa com escores de risco de suicídio e com o numero e a gravidade dos sintomas depressivos (CANTÃO; BOTTI, 2016, p. 18).

Os indivíduos que tentam suicídio classificados como tendo alta intenção suicida são, em geral, homens, mais velhos, solteiros, ou separados, que vivem só. Em outras palavras, pacientes deprimidos que tentam suicídio lembram mais estreitamente vítimas de suicídio do que pessoas que tentam suicídio.

Alguns fatores biológicos e genéticos induzem ao suicídio. A redução dos níveis de serotonina central desempenha um papel significativo no comportamento

suicida.

Estudos neuroquímicos de autópsia relataram diminuições modestas na própria serotonina ou no 5-HIAA no tronco cerebral ou no córtex frontal das vítimas. Estudos de autópsia de receptor relataram alterações significativas nos sítios de ligação de serotonina pré-sináptica e pós-sináptica. Esses estudos revelam que a serotonina central esteja associada ao suicídio, e também algumas alterações no sistema noradrenérgico das vítimas (CANTÃO; BOTTI, 2016, p. 19).

Comportamento suicida, como outros transtornos psiquiátricos, tende a ocorrer em famílias. Exemplo disso é o suicídio de Margaux Hemingway, em 1997, foi o quinto entre quatro gerações da família de Ernest Hemingway (GRAMARY, 2015).

Em pacientes psiquiátricos, história família de suicídio aumenta o risco de tentativas e o de suicídio consumado na maioria dos grupos diagnósticos.

Na medicina, a evidência mais forte de envolvimento de fatores genéticos vem de estudos de gêmeos, de adoção da genética molecular.

Parasuicídio é um termo introduzido para descrever pacientes que se ferem mediante automutilação, mas que, em geral, não desejam morrer. Estudos mostram que cerca de 4% de todos os pacientes de hospitais psiquiátricos se cortaram; a proporção mulher para homem é de quase 3 para 1. Estima-se que a incidência de automutilação em pacientes psiquiátricos seja mais de 50 vezes a da população em geral. Os psiquiatras observam que os chamados "cortadores" ferem-se durante anos. A automutilação é encontrada em cerca de 30% de todos os que abusam de substâncias orais, e em 10% de todos os usuários de drogas injetáveis internados em unidades de tratamento de dependência química (SIQUEIRA, 2009, p. 22).

Esses pacientes têm, em média, 20 anos e podem ser solteiros ou casados. A maioria faz cortes superficiais, em segredo, com lamina de barbear, vidro quebrado ou espelho. Pulsos, braços, coxas e pernas são as regiões preferidas; rosto, seios e abdome são cortados com menos frequência. A maioria das pessoas que se cortam alega não sentir dor e dá razões como raiva de si mesma ou de outros, alívio de tensão e desejo de morrer. Grande parte delas classificada como tendo transtornos da personalidade, sendo bem mais introvertidas, neuróticas e hostis.

Abuso de álcool e de outras substâncias é comum e a maioria dos cortadores tentou suicídio. A automutilação tem sido vista como autodestruição localizada, com manejo inadequado de impulsos agressivos causados pelo desejo inconsciente de punir a si ou a um objeto introjetado.

HOMOSSEXUALIDADE

O termo homossexualidade descreve o comportamento explícito de um indivíduo, sua orientação sexual e sua noção de identidade social ou pessoal. Muitos preferem identificar a orientação sexual usando termos como gay e lésbica, em vez de homossexual, que pode sugerir patologia e etiologia, baseada em suas origens como termo médico, referindo-se ao comportamento sexual como uma combinação de identidade autopercebida e identidade social, que tem um rótulo comum.

No ano de 1973, a homossexualidade foi eliminada como categoria diagnóstica pela American Psychiatric Association, e em 1980, foi removida do DSM. A décima revisão do CID (CID-10) afirma: “A orientação sexual por si só não deve ser considerada um transtorno”. Ela reflete a mudança na compreensão da homossexualidade, que agora é considerada uma variante de frequência regular da sexualidade humana, e não mais, um transtorno patológico.

A homofobia é a atividade negativa ou o medo da homossexualidade ou de homossexuais. O heterossexismo é a crença de que a relação heterossexual é preferível a todas as outras e sugere discriminação contra aqueles que apresentam outras formas de sexualidade.

Padrões de Comportamento Sexual

As características comportamentais de gays e lésbicas são tão variadas quanto às de heterossexuais. Ambos praticam as mesmas atividades, com as óbvias diferenças impostas pela anatomia.

Muitos padrões de relacionamento acontecem entre gays e lésbicas. Alguns pares do mesmo sexo vivem juntos em um relacionamento monogâmico ou primário durante décadas, enquanto outros têm contatos sexuais efêmeros. Embora muitos gays formem relações estáveis, os relacionamentos homem-homem parecem menos estáveis e efêmeros do que no caso mulher-mulher (ALMEIDA, 2015).

Casais gays estão sujeitos à discriminação civil e social, e não têm o sistema legal de apoio social do casamento ou a capacidade biológica de ter filhos, que une alguns casais heterossexuais que, de outra forma, seriam incompatíveis. Casais de lésbicas parecem experimentar menos estigma social e ter relações monogâmicas ou primárias mais duradouras.

A orientação sexual de uma pessoa pode ser desenvolvida por vários fatores, que pode ir da questão biológica, relacionamentos dela com outras pessoas, pela cultura onde ela está inserida, entre outros.

Então, pode-se afirmar que nossa sexualidade é condicionada por fatores sociais, culturais e psicológicos, a partir do “ser homem ou ser mulher”, ou atra-

vés de experiências evolutivas com o sexo ao longo da vida de todo o ciclo vital (KAPLAN, SADOCK & GREBB, 1997).

A sexualidade de uma pessoa depende de quatro fatores: identidade sexual, identidade de gênero, orientação sexual e comportamento.

A Identidade Sexual é a percepção de ser homem ou mulher, que cada um tem a seu respeito.

A Identidade de gênero refere-se ao sentido que a pessoa dá sobre a sua masculinidade ou feminilidade, resultante de uma série de experiências com membros da família, professores, amigos, etc.

A Orientação Sexual indica qual o gênero (masculino ou feminino) que a pessoa sente-se atraída física ou emocionalmente. Essa atração pode ser: assexual (nenhuma atração), bissexual (atração por ambos os gêneros), heterossexual (atração pelo gênero oposto) ou homossexual (atração pelo mesmo gênero).

O Comportamento sexual envolve as expressas e manifestas da sexualidade. Explicado isso, perguntas como: "o que faz com que uma pessoa torne-se homossexual?" podem surgir. Essa tentativa de buscar saber como isso ocorre é algo universal.

Estudos dizem que a orientação sexual de alguém não é algo que se escolhe. Questiona-se que a orientação sexual de uma pessoa é determinada pelas primeiras experiências da vida ou por influencias biológicas inata, como genes ou hormônios (MENEZES; BRITO; HENRIQUES, 2010).

A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL (TCC) PARA PACIENTES HOMOSSEXUAIS

Segundo Hodgins; Peden (2016) na TCC (Tratamento Cognitivo-Comportamental), o tratamento com homossexuais consiste em 3 fatores;

A atividade cognitiva influencia o comportamento

- a) A atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada
- b) O comportamento desejado pode ser influenciado mediante mudança cognitiva.

Tudo que se pensa ou se senti são ligados e dirigidos por pensamentos no que diz respeito aos eventos; estes atingem pensamentos de forma direta, direcionando os comportamentos. A TCC foi criada, inicialmente, para tratar casos

de depressão, mas hoje é utilizada para tratar diversos casos e comportamentos.

Não necessariamente, a TCC seja utilizada mudando, primeiramente, o pensamento, para depois mudar o comportamento. Pode-se, também, haver uma mudança de comportamento, inicialmente, para, depois, mudar-se o pensamento. Numa perspectiva comportamental, toda interação entre organismo e ambiente produz comportamentos operantes. Então, a partir daí, ambos se modificam. No caso dos homossexuais, muitos ainda não estão inseridos em uma comunidade de iguais, pois ainda podem estar na fase de escolha de sua sexualidade. Nesse caso, podem ainda estar vivendo com pessoas heterossexuais, mas sentindo-se diferentes, tornando pensamentos e sentimentos inadequados em um círculo vicioso, sendo sempre reforçado pelo ambiente, principalmente se estiverem inseridos num contexto heterossexista (HODGINS; PEDEN, 2016, p. 23).

Mas, quando estiverem se inserindo e nem grupos homossexuais, eles irão se perceber como indivíduos que têm escolha sexual diferente da maioria, e não menos digna; além de começarem a se dar conta de que homossexuais não são pessoas desqualificadas e promíscuas, percebendo de que muitos destes ocupam cargos importantes, são bem sucedidos e com bons relacionamentos amorosos e familiares.

Quando o indivíduo homossexual começa a perceber que ele não é “único”, e que muitos iguais a ele seguem suas vidas normalmente, ele consegue quebrar o vínculo vicioso citado anteriormente. Então, é importante fazer, no trabalho terapêutico, auxiliar esse indivíduo a iniciar sua integração na comunidade gay, ou então, em círculos de pessoas que entendem do assunto.

Reestruturação Cognitiva

Essa reestruturação, nada mais é, do que a identificação e a testagem dos pensamentos automáticos do indivíduo. Uma das ferramentas para fazer isso é o Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD), que é um dos melhores para se fazer um automonitoramento.

Quando o paciente estiver capacitado para identificar e alterar o seu pensamento automático frente a uma situação, o terapeuta pode trabalhar para reforçar o alicerce dessa pessoa. Somente o RPD pode ajudar o terapeuta a ter acesso aos registros de pensamentos, história de vida do paciente e padrões comportamentais.

O processo de reestruturação tem como objetivo modificar as estruturas mais profundas. Para isso, podem ser utilizadas técnicas como a seta descendente e o questionamento socrático, visando ensinar o paciente a reconhecer e desafiar suas percepções irracionais, permitindo-os interromper processos depressivos ou ansiosos do pensamento e aliviar ou impedir tais sintomas.

Existem algumas distorções que são mais características em pacientes homossexuais. Ribeiro (2010, p.31) cita:

- * Foco no julgamento: quando avaliam a si mesmos, aos outros e os eventos em termo de bom/mau (ou superior/inferior), fazendo isso por padrões arbitrários e concluindo que eles e os outros sempre deixam a desejar. Por exemplo: "Se eu contar que sou homossexual a fulano, serei rejeitado", "eles são amados e eu não", "é errado ser homossexual".

- * Incapacidade de refutar: É a rejeição de qualquer evidencia ou argumento que venha contradizer os pensamentos negativos do paciente. É quando ele pensa "Não sou digno de amor, pois nem minha mãe me aceita como sou", rejeitando qualquer evidencia de que alguém possa gostar dele. Então, o pensamento distorcido não é refutado. Existem também outros pensamentos, como "Meu pai disse que nunca vou conseguir um emprego por ser gay".

- * E se...? Isso ocorre quando os pacientes fazem diversas perguntas do tipo. E nunca ficarão satisfeitos com a resposta. Com isso, acaba desenvolvendo pensamentos que não levarão a lugar algum, como por exemplo: "e se ele não falar mais comigo?", "e se meu pai me colocar pra fora de casa por eu contar a ele que sou gay"?

- * Personalização: acontece quando pacientes atribuem a si mesmos culpa desproporcional por eventos negativos e não conseguem ver que certos eventos também são provocados pelos outros. Por exemplo: "minha mãe sofre porque sou gay." Ou "meu pai está em depressão porque eu não sou heterossexual".

- * Tirania dos deveria: Acontece quando pacientes interpretam eventos em como as coisas devem ser, e deixam de dar a devida atenção em como elas são. Acabam tornando-se frustrados por não atingir arbitrários padrões impostos pela própria pessoa ou por fatores externos: "Eu deveria ser heterossexual", ou "para minha mãe, eu deveria me interessar por outras mulheres, e não, por homens".

- * Pensamento dicômico: Caracterizado por visões dos eventos ou pessoas, em termos de tudo ou nada. "ninguém me aceita por ser gay", ou "sou diferente de todos porque sou gay".

- * Leitura mental: acontece quando o paciente acredita saber o que pensam as pessoas, mesmo não tendo evidencias que sustentem esse pensamento. Por exemplo: "Não vou falar sobre isso com o meu irmão porque ele é preconceituoso" ou "não vou dar papo com ele, porque ele só está a fim de transar".

* Catastrofização: aqui, as pessoas creditam que o que aconteceu ou vai acontecer é tão terrível que jamais serão capazes de suportar. Por exemplo: “eu jamais suportarei o fato de ser rejeitado pelos meus pais” ou “seria horrível contar a verdade a meus pais e amigos” ou então “o mundo acaba pra mim se a minha namorada terminar comigo ao saber que gosto de homens”.

Resolução de problemas

As técnicas para detectar problemas são muito úteis, quando o paciente está naquela fase de revelar-se à família e à sociedade (no jargão popular, “sair do armário”. Neste caso, a resolução de problemas pode ser usada para diversas abordagens de conflitos envolvendo outros fatores, como a orientação sexual do indivíduo. O objetivo dessas técnicas é o de estabelecer táticas heurísticas e algorítmicas, estabelecer programas com regras colocadas sob a forma de passo a passo lento e gradual, possibilitando ao paciente a execução delas de forma gradual e organizada.

Piccoloto; Wainer; Piccoloto (2008) relata que essas resoluções podem ser divididas em algumas fases:

- * A primeira fase envolve definir claramente o problema, pois é impossível resolver satisfatoriamente um problema sem antes conhecê-lo bem.
- * Etapa do Brainstorm, que possibilita uma multiplicidade de ideias que sirvam para resolver o problema;
- * Na etapa seguinte, o paciente escolhe uma de suas ideias para colocar em prática, após analisar vantagens e desvantagens dela. Após a fase de avaliação, o paciente escolhe uma das estratégias para planeja-la e execute-la. Em seguida, paciente e terapeuta analisam o grau de efetividade dessa ideia, se precisam de mudanças ou se é preciso escolher outra resolução.

Para Beck (1997) é numa primeira sessão que o terapeuta estabelece uma lista de problemas específicos a partir das queixas relatadas pelo paciente. Esses devem ser traduzidos em metas positivas, as quais serão abordadas seguindo uma ordem de prioridade, estabelecidas entre terapeuta e paciente. Também na primeira sessão, o terapeuta encoraja o paciente para que ele possa colocar na agenda problemas que ocorreram na semana ou que podem vir a ocorrer. Caso o terapeuta julgue relevante a inclusão de algum tópico não trazido pelo paciente, ele pode sugerir sua discussão.

Nessa primeira sessão, é o terapeuta que toma uma atitude mais anunciada na resolução de problemas. Com o passar do tempo, isso fica a cargo do paciente, necessitando cada vez menos da figura do terapeuta.

Essas estratégias de resolução de problemas podem auxiliar bastante o paciente a enfrentar a questão da revelação de sua sexualidade, favorecendo uma ação mais segura e madura.

VULNERABILIDADES PSICOLÓGICAS

O desenvolvimento psicológico e as experiências da vida parecem possuir diversas particularidades quando o assunto é homossexualidade. Pode-se considerar como eventos estressores as constantes avaliações sociais por parte do grupo dos iguais. Experiências traumáticas e vivenciadas continuamente no julgamento dos pares são concomitantes ao desenvolvimento da orientação homossexual, parecendo ser predisponentes a diversas distorções cognitivas na adolescência e vida adulta.

Quando consideramos a formação da personalidade do indivíduo, conforme a os pressupostos da teorização cognitiva, vemos que os esquemas desenvolvidos durante a infância são capazes de guiar a percepção das situações subsequentes ao longo da vida.

Algumas características merecem destaque. Os esquemas são construídos precocemente na vida, partindo de experiências disfuncionais e possuem sua formação na interação das crianças com seus pares e seus pais.

Crianças com comportamentos atípicos parecem sofrer punições constantes ao longo da infância, já que seus comportamentos não correspondem às expectativas dos pais. Esses comportamentos atípicos podem se transformar em comportamentos disfuncionais, tais como Defectividade e Vergonha.

Uma vez estabelecidos, eles podem ser facilmente ativados por situações relevantes a eles, fazendo com que estes indivíduos tenham distorções exageradas de que são pessoas imperfeitas, indesejáveis ou inferiores.

As situações enfrentadas por pacientes homossexuais ao longo de seu desenvolvimento parecem predispor principalmente ao desenvolvimento dos esquemas de domínio de Desconexão e Rejeição, como Abandono e Instabilidade, Desconfiança e Abuso, Privação Emocional, Defectividade e Vergonha, Isolamento Social e Alienação (PICCOLOTO; WAINER; PICCOLOTO 2008, p. 55).

O esquema de desconfiança e abuso refere-se às expectativas de que os outros irão humilhar e abusar do indivíduo de maneira intencional. Uma maneira de verificar que isso está ocorrendo por ser identificado quando uma paciente interpreta que sua amiga desmarca compromissos somente para magoá-la.

O esquema de privação emocional pode ser identificado que o grau normal

de apoio emocional não é atendido pelos outros. Esse sintoma pode ser identificado, por exemplo, em um relacionamento de casal, quando o outro não passa mais o tempo “grudado” nele.

A Defectividade e Vergonha estão no pensamento de que ele será rejeitado por ser imperfeito e indesejável. Pode ser identificado dentro de um relacionamento, por exemplo, onde o paciente está tratando de uma depressão, mas sente que está prejudicando o parceiro, que parece estar contente e feliz, apesar de estar ajudando. O esquema de isolamento social e alienação referem-se ao sentimento de não pertence a grupo algum, e estar isolado do resto do mundo. Isso ocorre quando o indivíduo deixa de frequentar locais e ambientes por acreditar ser diferente das demais pessoas (PICCOLOTO; WAINER; PICCOLOTO 2008, p. 56).

Com isso, sentem-se sozinhos no mundo, restando, em alguns casos, somente o parceiro a quem podem contar. É possível identificar, claramente, no filme O Jogo da Imitação, que conta a vida de Alan Turing.

No filme O Jogo da Imitação (The Imitation Game, no original) Alan Turing, matemático, homossexual, foi criador da chamada “Máquina de Turing” – um dispositivo gigantesco, repleto de fios, cabos e bobinas – responsável por decodificar mensagens criptografadas. Com essa máquina, Turing e um grupo de especialistas da época foram capazes de interceptar as mensagens trocadas pelos alemães em plena 2ª Guerra Mundial.

Com esses códigos em mãos, eles sabiam qual seria o próximo passo dado pelos nazistas, quais cidades ou frotas marítimas seriam bombardeadas, quais eram suas posições e planos. Estima-se que a invenção de Turing tenha reduzido em pelo menos 2 anos a duração da guerra. E salvado milhões de vidas.

Por ser homossexual, Turing precisa esconder sua orientação sexual, pois naquela época, era “proibido” ser homossexual, cabendo penas duras por ser “indecente”.

Até que uma mulher entrou em sua vida. Ela passou em um “processo seletivo” para trabalhar com Turing (foi a única mulher da equipe) e tinha raciocínio lógico muito rápido. Logo, Turing percebeu a importância dela na equipe e passou a ter contatos frequentes com ela. Ele começou a gostar dela.

Durante uma conversa com um integrante da equipe que trabalhava, Turing perguntou a ele sobre “e se eu não me sair bem com ela, durante ‘aquele ato’”. Foi quando o amigo sugeriu que ele jamais contasse a ela sobre ser homossexual, pois esse amigo já suspeitava disso. Mesmo assim, ele a pediu em casamento.

Mas conviver com isso foi bem difícil. Até que um dia, Turing disse que ela

poderia ir embora, que ele era homossexual e que ele não queria mais se casar com ela, que apenas a “usou” para que desenvolvesse sua máquina, por conta de seu raciocínio rápido, mesmo ela aceitando-o como era.

Independentemente disso, ainda atuaram juntos (trabalhando) e foram até o fim do projeto.

Tornaram-se amigos durante a vida, mesmo ela casando com outro homem.

Ela foi uma das pessoas que mais “abriram os olhos” de Turing, mostrando a ele que ser homossexual não o tornava diferente dos outros, que ele poderia ser, até, muito melhor do que muitos, e que graças a Turing, milhares de vidas foram salvas.

Mas Turing tinha muita dificuldade em lidar com sua orientação sexual. Isso foi descoberto, em Cambridge, colégio onde estudava, durante a juventude, pois tinha um amigo (Christopher), que sempre o ajudava e conversavam muito. Por ele ser “diferente”, todos zoavam dele, a não ser esse amigo, que passou a ser sua “referência”. Inclusive durante uma conversa nos jardins do colégio, onde Christopher, lendo um livro sobre criptografia, disse a Turing que aquele livro seria muito útil a ele, pela maneira que pensava.

Até que Christopher saiu por duas semanas de férias e não mais retornou. A notícia de seu não retorno veio um tempo depois, com a família anunciando a sua morte. Isso abalou profundamente Turing, que jamais superou tal perda.

Então, Turing passou a estudar mais sobre criptografia como uma forma de “presentar” Christopher, até mesmo dando o nome dele à sua invenção.

Tempo depois, ao saberem de um furto à residência de Turing, os vizinhos fizeram queixa à polícia, que foi ao local. Mesmo não querendo dar queixa, um detetive resolveu investiga-lo. Foi atrás do passado de Turing e descobriu muitos “segredos”. Por conta dessa descoberta, Turing foi condenado por ser homossexual e teve duas escolhas: ser preso ou fazer a castração química, optando pela segunda. Isso o causou problemas em sua saúde.

Dois anos depois do início do tratamento e de sua condenação, Turing se suicidou.

Por dentro, a vida foi muito dura com Turing, que teve um grande amor “arrancado” de sua vida. A forma com que teve que lidar com isso, sozinho, o tornou uma pessoa solitária, pois seu amigo era o único que o “aceitava” como era. E isso causou uma bagunça muito grande em seus sentimentos, pois quando a mulher surgiu em sua vida, o “gostar dela” nunca foi evidente e com absoluta

certeza. Era alguém com quem conversava, mas que nunca teve qualquer forma de demonstrar sentimentos.

Por não saber lidar com sua orientação sexual e seus sentimentos mais íntimos, guardados por “segredo forçado” e com a perda de seu amigo, Turing acabou se tornado uma pessoa “fria”, por negar qualquer tipo de sentimento das pessoas a ele.

Turing nunca se aceitou no mundo, mesmo tendo conhecimento, por outros, de suas qualidades e da pessoa que era.

Após ter sido julgado como homossexual, ter sua condenação estampada na primeira página de um jornal, isso o isolou ainda mais da sociedade, tornando-o completamente sozinho. Não resistindo a isso, tirou a própria vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ser homossexual não torna ninguém diferente de ninguém. São pessoas com as mesmas capacidades de pensar, de ser, de trabalhar, de estudar, de conviver. Isso não o torna diferente de ninguém.

Mesmo com tantas adversidades no mundo, ser homossexual não é motivo para ser isolado, triste, sozinho, um monstro, alguém que mereça ser separado dos “normais”. Ser homossexual não o torna menos ser humano do que os outros.

Mas a homossexualidade também pode trazer sofrimento, como por exemplo, por influência da sociedade, através da homofobia.

Diante das situações dolorosas, o homossexual pode contar com a ajuda valiosa da Psicologia para que um indivíduo possa se conhecer melhor, a se perceber melhor e a viver melhor e, em casos clínicos com a colaboração da abordagem cognitivo-comportamental.

REFERÊNCIAS

BECK, A.T. 1997. **Terapia cognitiva de las drogasdependências**. Disponível em www.scielo.br/pdf/ptp/v25n4/a20v25n4.pdf. Acesso em 08.jun.2018.

CANTÃO, Luiza Nádia; BOTTIL, Cristiane Lappann. 2015. Comportamento suicida entre dependentes químicos. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0389.pdf>. Acesso em 08.jun.2018.

GALIAS, Iraci. 2009. **Suicídio: o tema temido**. Disponível em https://www.jcnet.com.br/busca/busca_detalhe2009.php?codigo=159880. Acesso em 08.jun.2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2007.

GRAMARY, Adrian. 2015. **Ernest Hemingway: destino, genética e álcool**. Disponível em http://www.saude-mental.net/pdf/vol7_rev4_leituras2.pdf. Acesso em 08.jun.2018.

HODGINS, David C; PEDEN, Nicole. 2015. **Tratamento cognitivo-comportamental para transtornos do controle do impulso**. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s1/art05.pdf>. Acesso em: 09.jun.2018

KAPLAN, B; SADOCK, V. 2007. **Compêndio de Psiquiatria**. Disponível em www.ebah.com.br/content/ABAAAhOVEAE/2017-compendio-psi-quia-ria-kaplan. Acesso em 08.jun.2018.

MENEZES, Aline Beckmann; BRITO, Regina Célia Souza; HENRIQUES, Alda Loureiro 2010. **Relação entre gênero e orientação sexual a partir da perspectiva evolucionista**. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000200006. Acesso em: 09.jun.2018

MOURA, Erly Catarina de. 2014. **Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil**. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00779.pdf

OLIVIER, Marilene; PEREZ, Cristiani Storch; BEH, Simone da Costa Fernandes. 2011. **Trabalhadores afastados por transtornos mentais e de comportamento: o retorno ao ambiente de trabalho e suas consequências na vida laboral e pessoal**. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552011000600003. Acesso em 08.jun.2018.

PORTAL da educação. 2017. **Homossexualidade como Categoria Diagnóstica**. Disponível em <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/psicologia/homossexualidade-como-categoria-diagnostics/28108>. Acesso em: 09.jun.2018.

REDAÇÃO GALILEU. 2017. **Jovens homossexuais têm mais tendência ao suicídio**. Disponível em <http://revistagalileu.globo.com/Revista/Common/0,,EMI226806-17770,00-JOVENS+HOMOSSEXUAIS+TEM+MAIS+-TENDENCIA+AO+SUICIDIO+DIZ+ESTUDO.html>. Acesso em 08.jun.2018.

_____. 2017. **Número de suicídios aumentou 12% no Brasil, mostra Ministério da Saúde**. Disponível em <https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/Saude/noticia/2017/09/numero-de-suicidios-aumentou-12-no-brasil-mostra-ministerio-da-saude.html>. Acesso em 08.jun.2018.

RIBEIRO, Leonídio. 2010, **Ciência, homossexualismo e endocrinologia**. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000300009. Acesso em: 09.jun.2018

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo; CIVIDANES, Giuliana. 2015. **Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas Bipolar**. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24416.pdf>. Acesso em: 09.jun.2018

ROCHA, Luciana Fernandes. 2017. **Luto materno pelo filho suicida**. Disponível em <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/18540/2/Luciana%20Fernandes%20Rocha.pdf>. Acesso em: 09.jun.2018

SEVERINO, A. J. **Teoria e Prática Científica**. Metodologia do Trabalho Científico. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SIQUEIRA, Leandro Alberto Paiva de. 2009. **O indivíduo compulsivo: uma genealogia entre a disciplina e o controle**. Disponível em <https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/4118/1/Leandro%20Alberto%20de%20Paiva%20Siqueira.pdf>

VIDAL, C.EL. 2013 **Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso** Disponível em www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/20.pdf. Acesso em: 09.jun.2018

WAINER, Ricardo; PICCOLOTO, Mauricio; PICCOLOTO, Luciane Piccoloto, Neri, et al. 2008.**Tópicos especiais em Terapia Cognitiva Comportamental**. Dispo-

nível em <https://books.google.com.br/books?id=VAuw2147qtAC&pg=PA123&dq=%EF>. Acesso em: 09.jun.2018