

Análise gendrada de queixas clínicas: uma abordagem feminista de gênero

Gendered analysis of clinical complaints: a feminist approach

Letícia de Paula Von Backschat¹, Carolina Laurenti²

[1] Universidade Estadual de Londrina [2] Universidade Estadual de Maringá | **Título abreviado:** Análise gendrada de queixas clínicas | **Endereço para correspondência:** Carolina Laurenti – Avenida Colombo, 5790 – Jardim Universitário – CEP: 87020-900 – Maringá-PR. Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Psicologia (bloco 118, sala 04) | **Email:** clautenti@uem.br | **doi:** doi.org/10.18761/vecc01032023

Resumo: A aproximação da Análise do Comportamento com uma perspectiva feminista tem fomentado discussões sobre a importância de considerar a dimensão sociopolítica na análise de questões relacionadas ao gênero. Pensando nisso, o objetivo desta pesquisa bibliográfica foi investigar se os estudos de caso publicados na Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva (RBTCC) têm contemplado contingências sociais patriarcais na compreensão de queixas clínicas. Foram selecionados artigos, sem restrição de data, com orientação analítico-comportamental que continham ao menos 3 palavras relacionadas ao gênero (e.g., homem, mulher, feminino, masculino). Dos 124 artigos selecionados, 21 eram estudos de caso. Porém, um deles descreveu 4, e outro 2, totalizando assim 25 estudos de caso. Foi possível identificar que as queixas femininas mais recorrentes foram transtornos de ansiedade e problemas em relacionamentos amorosos; já nos homens foi o comportamento agressivo. Todavia, apenas um texto articulou gênero à cultura, relacionando a dupla jornada de trabalho feminino às queixas clínicas. As análises reiteram alertas anteriores sobre a necessidade de ampliar a análise funcional para abranger contingências que permitam aos analistas do comportamento compreender e intervir clinicamente nos comportamentos considerando as especificidades de gênero construídas em uma sociedade sexista.

Palavras-chave: Feminismo, gênero, cultura, Análise do Comportamento.

Abstract: The approach of Behavior Analysis to the feminist perspective has fomented debates about the importance of recognizing the sociopolitical aspect in the analysis of issues related to gender. Because of this, a bibliographic study was carried out to investigate whether the case studies published by the *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* journal contemplated patriarchal social contingencies in understanding clinical complaints. Behavior analytic articles with at least three gender-related words (e.g., male, female, female, male) were selected without date restriction. Of the 124 articles selected, 21 were case studies. One described four, and another described two, thus totaling 25 case studies. The most recurrent female complaints were anxiety disorder and problems related to romantic relationships; among men, the most recurrent complaint was aggressive behavior. Only one article mentioned differential social contingencies between genders related to female double shifts to interpret the complaint of a female patient. The analyzes reiterate previous warnings about the need to expand the functional analysis to encompass contingencies that allow behavior analysts to understand and clinically intervene in behaviors considering gender specificities in a sexist society.

Keywords: Feminism, gender, culture, Behavior Analysis.

Introdução

O feminismo pode ser entendido, do ponto de vista político, como “um programa de ação que busca explicitar, enfrentar e superar práticas culturais opressivas, responsáveis por promover a desigualdade entre gêneros, que se manifesta em prejuízo das mulheres” (Laurenti, 2019, p. 13). A inserção de uma perspectiva feminista na Análise do Comportamento tem enfatizado questões que talvez não ganhassem certo protagonismo se não o fosse pela aproximação com o feminismo, tais como: definição de mulher e de gênero (Silva & Laurenti, 2016); empoderamento (Couto, 2019); patriarcado (Nicolodi & Hunziker, 2021); dominação masculina (Fontana & Laurenti, 2020); cultura do estupro (Morais & Freitas, 2019); interseccionalidade (Mizael, 2019); racismo (Kuratani et al., 2022).

A aproximação entre a Análise do Comportamento e o Feminismo também tem trazido contribuições para atuação de analistas do comportamento no contexto clínico. Essa interlocução tem sido feita por meio do exame de compatibilidades entre valores feministas e modelos e pressupostos da clínica comportamental (Carneiro & Santos, 2021; Fideles & Vandenbergue, 2014; Terry et al., 2010). Carneiro e Santos (2021), por exemplo, debatem a possibilidade de uma clínica comportamental comprometida com valores feministas (e.g., conscientização, enfrentamento, solidariedade, libertação, partilha, poder de fala, amor e igualdade), e que leve em consideração as práticas culturais e suas implicações para homens e mulheres. Orientada por esses valores feministas, a atuação clínica consideraria de que maneira questões socioculturais, como gênero, raça, orientação sexual e classe, impactam a vida dos clientes, visando o questionamento de normas e problematizando papéis pré-estabelecidos quanto aos diferentes gêneros (Narvaz & Koller, 2006). Dessa ótica, terapeutas comportamentais atuam como uma comunidade verbal feminista, auxiliando clientes a descrever como seus marcadores sociais interseccionam-se na modelagem e manutenção de comportamentos que são fonte de sofrimento (Carneiro & Santos, 2021; Kuratani et al., 2022). Além de auxiliar na ampliação desse autoconhecimento, terapeutas compor-

tamentais validariam “comportamentos mais engajados politicamente, a fim de extinguir aqueles que perpetuem a manutenção de contingências de opressão” (Carneiro & Santos, p. 76).

Outros estudos têm mostrado como princípios da terapia feminista podem enriquecer as análises funcionais no âmbito da Terapia Analítico-Funcional (FAP) (Fideles & Vandenbergue, 2014; Kuratani et al., 2022; Terry et al., 2010). De uma perspectiva feminista, a compreensão e validação de determinados relatos de emoções e sentimentos emitidos por clientes mulheres passaria por um exame não só das diferentes contingências sociais ontogenéticas (e.g. relações familiares, amorosas, profissionais), como também de uma cultura de dominação masculina, no âmbito da qual são reproduzidas práticas sexistas, machistas e misóginas com efeitos nocivos sobre as mulheres (Fontana & Laurenti, 2020). Ao analisar esses fatores, cabe ao terapeuta ponderar, igualmente, em que medida o seu próprio comportamento pode estar mantendo estereótipos patriarcais de masculinidade e feminilidade na relação terapêutica (Fideles & Vandenbergue, 2014).

Sendo a análise funcional a base da atividade interpretativa do terapeuta analítico-comportamental, uma orientação feminista levaria a considerar outros tipos de comportamento como parâmetros aferidores de avanços no processo terapêutico. De acordo com Terry et al. (2010), compreender comportamentos clinicamente relevantes (CRBs), como é feito pela FAP, não seria suficiente, sendo necessário a adição de novos termos, denominados Sociopolíticos 1 (SP1) e Sociopolíticos 2 (SP2). O termo SP1 é utilizado para descrever comportamentos emitidos tanto pelo terapeuta quanto pelo cliente durante a sessão que mantêm uma posição de poder e privilégio baseado em grupos sociais. Já a nomenclatura SP2 é empregada para representar comportamentos que vão na direção oposta dos SP1, ou seja, comportamentos que buscam promover acesso a reforçadores importantes para as minorias (Terry et al., 2010).

A inserção de uma perspectiva sociopolítica e feminista na clínica comportamental dá relevo ao terceiro nível de variação e seleção do comportamento, algo que precisa ser mais sistematicamente abordado nas análises funcionais, como destacam

Pinheiro e Oshiro (2019): “As análises precisam incluir a dimensão cultural, de modo a não excluir uma fonte de controle importante do comportamento humano” (p. 233). Ao analisar funcionalmente a demanda do cliente abrangendo questões não só ontogenéticas, mas também culturais, como a construção das relações sociais de gênero, o analista do comportamento permite que o/a cliente entre em contato com variáveis socioculturais que controlam seu comportamento, explicitando de que maneira essas variáveis moldaram suas experiências (Carneiro & Santos, 2021).

Mais do que chamar atenção para a cultura, uma orientação feminista leva a indagar em qual sociedade padrões comportamentais ditos masculinos e femininos são constituídos. Levando em consideração que a sociedade brasileira ainda mantém a ordem patriarcal de gênero (Saffioti, 2004), é necessário compreender o patriarcado como um conjunto de contingências sociais mantido ao longo do tempo, responsável por determinar não apenas a superioridade masculina no acesso a reforçadores sociais importantes, mas também a perda desses reforçadores pelas mulheres, favorecendo, assim, a opressão e exploração feminina (Nicolodi & Hunziker, 2021).

Em uma sociedade que constrói as distinções entre gêneros de maneira binária e hierarquizada, na qual há uma valorização dos homens e do masculino em detrimento das mulheres e do feminino (Cobo et al., 2021; IBGE, 2019; Santos & Diniz, 2018; Zanello, 2018), é importante fazer uma análise funcional gendrada das queixas clínicas. Não se trata de adotar uma perspectiva essencialista, de acordo com a qual haveria, intrinsecamente, problemas psicológicos “de mulheres” e “de homens”. Diferentemente disso, trata-se de considerar que contingências sociais patriarcais, como as mantidas em nossa sociedade, têm efeitos diferentes para homens e mulheres, e essa diferença pode estar na base da incidência diferencial de padrões comportamentais nomeados como “transtornos mentais” ou “transtornos psicológicos”. Sob esse enfoque, determinadas queixas clínicas poderiam ser entendidas não apenas como decorrentes da história de vida de um/a cliente particular, mas também como efeitos de uma cultura caracterizada por práticas de subjugação das mulheres em relação aos ho-

mens, e de desvalorização de tudo o que está associado ao feminino.

Ao estudarem pacientes psiquiatrizados, Zanello e Bukowitz (2012) sistematizaram diferenças de comportamentos de homens e mulheres no hospital psiquiátrico. Nas mulheres, os problemas com maior incidência foram familiares, amorosos e a violência. Já nos homens a prevalência se deu em questões de virilidade, tais como sexo, trabalho, dinheiro e fama (Zanello & Bukowitz, 2012). Outros autores (Fideles & Vandenberghe, 2014) destacam questões de gênero, como, por exemplo, a divisão sexual de responsabilidades, como uma variável relevante no adoecimento psicológico, principalmente da mulher. Para Fideles e Vandenberghe (2014), isso ocorre, pois, a responsabilização pelas atividades domésticas e as exigências sociais relativas à maternidade e ao relacionamento, associadas ao gênero feminino, estão também relacionadas com uma cultura machista e sexista.

Mais do que retomar a relevância da cultura na análise funcional, uma orientação feminista na clínica também chama a atenção para o fato de que o social é também político. Sendo assim, é necessário examinar de uma perspectiva política a relação entre a ontogênese e a cultura, bem como compreender gênero não apenas como uma construção social binária, mas também sexista e patriarcal. Identificar e compreender como determinados comportamentos e condições corporais sentidas podem estar relacionadas a essas contingências patriarcais podem contribuir, no nível ontogenético, para o desenvolvimento de repertório comportamentais (e.g., autoconhecimento, contracontrole, esquiva) relevantes para o/a cliente lidar com seus problemas. Costa (2019) ilustra esse ponto destacando a importância de ter abordado aspectos como agressões físicas e verbais e comportamentos ditos manipuladores para auxiliar a cliente na identificação da dinâmica do relacionamento abusivo e de suas fases. Com essa perspectiva, a paciente passou a reconhecer e a operacionalizar comportamentos opressores do parceiro, vislumbrando formas de sair de um relacionamento permeado por diferentes tipos de violência.

De uma ótica cultural, o trabalho clínico pode colaborar com o aumento da “consciência política” (Fideles & Vandenberghe, 2014, p. 26), fornecendo contingências discriminativas verbais sobre as prá-

ticas culturais presentes na manutenção de determinados projetos de sociedade, proporcionando que o analista do comportamento proponha intervenções que visem a igualdade e a justiça de gênero (Neves & Nogueira, 2003). Não se trata, com isso, de impor valores aos clientes, mas caracterizar o analista do comportamento como um possível agente político, capaz de auxiliar na promoção de “valores cujas consequências supõem serem funcionalmente válidas para sujeito e sociedade” (Carneiro & Santos, 2021, p. 76).

Considerando que o desenvolvimento de padrões comportamentais atrelados à saúde mental é gendrada, i.e. diferencial em relação ao gênero, e que essas diferenças se explicam por uma cultura patriarcal, o objetivo deste artigo é examinar como a Análise do Comportamento tem abordado fatores como gênero no exame de queixas clínicas. Mais especificamente, a proposta deste estudo é investigar se as análises funcionais no contexto terapêutico têm contemplado aspectos culturais compatíveis com uma perspectiva feminista de gênero, observando contingências sociais patriarcais para entender as demandas de clientes, homens e mulheres.

Método

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica cujas fontes foram estudos de caso publicados na Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva (RBTCC). A RBTCC foi escolhida para esta pesquisa pois dentre os periódicos nacionais ativos especializados em Análise do Comportamento, essa revista é a mais antiga, com o início das publicações datando no ano de 1999, o que abarca um período abrangente, permitindo, assim, averiguar eventuais mudanças na abordagem de questões de gênero. Já a escolha pelos estudos de caso se justifica pois é uma modalidade que descreve situações terapêuticas concretas e de que maneira foram conduzidas na clínica, o que permite investigar como a Análise Comportamental Clínica tem compreendido as dimensões de gênero.

Embora a revista publique também artigos baseados na teoria cognitivo-comportamental, este estudo utilizou apenas as publicações de orientação teórica analítico-comportamental. Foi realizado o *download* de todos os volumes e números do pe-

riódico, iniciando pelo volume mais antigo disponibilizado online, de 1999, indo até o último artigo publicado, no período da busca bibliográfica, datada em março de 2021.

Um conjunto de palavras que tivessem relação com a problemática do gênero foi delimitado: macho, machos, fêmea, fêmeas, masculino, feminino, homem, homens, mulher, mulheres, mãe, mães, maternidade, solteira, solteiras, cônjuge, cônjuges, companheira, companheiras, feminismo, feminista, feministas, esposa e esposas. Por meio do mecanismo CTRL+F, esses termos foram buscados no título, resumo, palavras-chave e/ou no corpo do texto. Os artigos que mencionaram ao menos três dessas palavras, repetidas ou não, foram selecionados para leitura preliminar dos trechos que as apresentaram e, posteriormente, submetidos à leitura completa para averiguação de sua relevância como fonte desta pesquisa. Os textos selecionados foram catalogados em uma tabela que abrangia as seguintes informações: (i) referência; (ii) tema/objetivo; (iii) perfil do cliente; (iv) queixa clínica; (v) discussão e encaminhamentos e (vi) menção a gênero e cultura.

A análise das informações obtidas por meio da tabela foi realizada de duas formas: 1) descrição quantitativa dos casos, separando-os por gênero e por queixas clínicas, e 2) análise interpretativa, buscando compreender se e como questões relacionadas ao gênero do/a cliente foram tratadas na prática terapêutica, e se a dimensão cultural foi contemplada nas análises funcionais.

Resultados

Após a realização de todas as etapas mencionadas no método, foram selecionados para análise 21 artigos. Dois textos mencionaram mais de um estudo de caso, sendo eles o de Marçal (2005) com 4 casos, e o de Assaz e Oshiro (2017) com 2 casos. Dessa forma, foram examinados, no total, 25 estudos de caso. A Tabela 1 descreve como os/as autores/as identificaram os pacientes de seus respectivos casos, a idade e o gênero do/a cliente, assim como as queixas principais e associadas descritas nos artigos. A última coluna buscou identificar nos artigos se questões relacionadas a gênero e cultura foram utilizadas para auxiliar na compreensão das queixas apresentadas.

Tabela 1. Sistematização dos casos clínicos em termos de identificação, idade, gênero do/a cliente, queixa principal e associadas e menção à discussão cultural de gênero

Identificação do caso	Idade da(o) cliente	Gênero da(o) cliente	Queixa principal	Queixas associadas	Menção a gênero e cultura
G.	24 anos	Feminino	Tripofobia	-	-
Virgínia	47 anos	Feminino	Transtorno de Pânico	Agorafobia	-
-	5 anos	Feminino	Transtorno Obsessivo-Compulsivo	Preocupação exacerbada, não admite errar	-
Caio	13 anos	Masculino	Problemas de comportamentos agressivos	Problemas de aprendizagem	-
-	12 anos	Feminino	Tricotilomania	Déficit de repertório social	-
Laura	30 anos	Feminino	Relacionamento Conturbado	Transtorno Obsessivo-Compulsivo	-
Eduardo	9 anos	Masculino	Agressividade	Perturbar aulas e não participação	-
Helena	53 anos	Feminino	Transtorno de Pânico	Agorafobia	-
A.	10 anos	Masculino	Déficit de habilidades sociais	Medo e ansiedade em situações de exposição	-
Carlos	24 anos	Masculino	Comportamento de exhibir o pênis ereto	-	-
G.	9 anos	Masculino	Agressividade	Transtorno desafiador opositor	-
O.	-	Feminino	Transtorno de ansiedade obsessivo-compulsivo e transtorno da personalidade obsessivo-compulsivo	Problemas com o marido e ataques de pânico recorrentes	Uma breve menção a como atividades domésticas são designadas a mulheres
FS	29 anos	Feminino	Falta de controle alimentar	-	-
M.A.B	20 anos	Feminino	Pavor de falar em público	-	-
AJK	20 anos	Feminino	Ansiedade e Transtorno de Pânico	-	-
B.M.N	35 anos	Feminino	Dificuldade em relações amorosas e familiares	Vontade de morrer	-
-	20 anos	Feminino	Problemas de relacionamento familiares	Baixa autoestima e preocupação com a virgindade	-
Carlos	35 anos	Masculino	Agressividade	3 tentativas de suicídio	-
Joana	48 anos	Feminino	Dor crônica	Problemas no relacionamento amoroso	-
J.	36 anos	Feminino	Fobia de deglutição	-	-
-	23 anos	Feminino	Depressão	Problemas de relacionamento amoroso	-
A.	8 anos	Feminino	Agressividade	Dificuldade escolar e desobediência	-
-	34 anos	Feminino	Agorafobia	Bulimia	-
Carlos	22 anos	Masculino	Transtorno obsessivo-compulsivo	-	-
Mariana	23 anos	Feminino	Fobia de agulhas	-	-

Dos 25 casos, 18 (72%) envolviam pacientes do gênero feminino, e 7 (28%) do gênero masculino. A média de idade das mulheres foi de 27 anos, enquanto a dos homens foi de 17 anos.

As queixas das mulheres que mais se destacaram foram: transtornos de ansiedade/depressão (33,33%), problemas de relacionamento (16,66%) e fobias (16,66%). Na sequência, têm-se o transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo (11,11%); agressividade, dor crônica, dificuldade de falar em público e transtorno alimentar equivaleram, cada uma, a 5,55% dos casos. Além das queixas iniciais, foram apresentadas também queixas associadas relatadas por clientes mulheres. A queixa associada que apresentou maior incidência foi a de problemas de relacionamento (25%), seguida por transtornos de ansiedade (16,66%); outras queixas, como transtorno alimentar, transtorno obsessivo-compulsivo, vontade de morrer, desobediência, déficit de repertório social, preocupação exacerbada e baixa autoestima tiveram o percentual de 8,33% cada.

Nos pacientes homens, a queixa com maior incidência foi a agressividade (57,14%). Transtorno obsessivo-compulsivo, déficit de habilidades sociais e comportamento exibicionista, corresponderam, cada uma, a 14,28% dos casos relatados. Assim como nos casos femininos, outras queixas foram especificadas. Dos 7 casos, 5 apresentaram queixas associadas, sendo 40% delas relacionadas a problemas escolares, enquanto ansiedade, transtorno desafiador opositor e tentativa de suicídio corresponderam a 20% cada.

Discussão

Embora a consideração de aspectos culturais em uma análise funcional esteja prevista no modelo de seleção pelas consequências, apenas 1, dos 25 estudos de caso examinados, recorreu a eles para elucidar as queixas clínicas apresentadas. A maioria se limitou a um exame de contingências ontogenéticas, indo ao encontro da afirmação de Pinheiro e Oshiro (2019) de que “muitas das análises de casos clínicos focam o nível ontogenético de seleção por consequências, se atendo pouco às variáveis culturais, especialmente as que envolvem desigualdade de gênero” (p. 221).

Embora apenas 1 estudo de caso tenha feito explicitamente essa relação, as questões de gênero se mostram como um fator relevante, na medida em que as mulheres aparecem como responsáveis por trabalhos domésticos, cuidados dos filhos e dos maridos, além de seguir padrões impostos socialmente, como, por exemplo, manter o corpo ‘ideal’ e emitir comportamentos esperados culturalmente, como ser dócil, amável e carinhosa. Por outro lado, questões como virilidade, agressividade, controle, potência sexual, que fazem parte de estereótipos patriarcais de masculinidade, aparecem, de algum modo, relacionadas às queixas dos clientes homens.

O único estudo que descreveu informações que permitiram identificar a consideração de dimensões culturais foi o de Abreu e Prada (2004), ao retratarem o caso de uma mulher que apresentava comportamentos compatíveis ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) associado a ataques de pânico. A paciente queixava-se de problemas conjugais e familiares, com sobrecarga em relação a afazeres domésticos e a ausência de tempo para realizar atividades prazerosas. De acordo com os autores, a privação de reforçadores sociais é frequente em indivíduos com TOC, e, por isso, visaram o aumento de reforçadores sociais na vida da cliente (Abreu & Prada, 2004). Apesar do excesso de atividades domésticas realizadas, a cliente não vinculava seu adoecimento a isso, pois, segundo os autores, “uma dona de casa ‘virtuosa’ que cresce em uma comunidade verbal em que as mulheres são valorizadas por esta sua função, dificilmente atribuirá os problemas que vivencia aos seus comportamentos laborais” (p. 217).

Diante de exigências pré-estabelecidas socialmente, existe a concepção de que mulheres são responsáveis pela limpeza e organização do lar, enquadrando como uma obrigação e não um trabalho (Santos & Diniz, 2018). Com isso em vista, mulheres cumprem duplas jornadas de trabalho, com atividades domésticas sendo somadas às do trabalho fora de casa, ou são classificadas como desempregadas, mesmo que realizem trabalhos dentro de casa (Santos & Diniz, 2018). Práticas culturais determinam o lugar das mulheres, assim como suas funções em sociedade, por exemplo, o ser mãe e o trabalhar em ambiente doméstico. Sobre isso, Narvaz e Koller (2006) dizem que “A prescrição de que as mães bio-

lógicas criem e cuidem dos(as) filhos(as) é apregoada pelo discurso masculino desde Rousseau, para quem a maternidade é a mais bela função cívica das mulheres” (p. 52). Essa visão é compatível com o trabalho de Campos et al. (2017), já que no estudo realizado pelos autores, 58,6% das mulheres declararam trabalhar em ambiente doméstico, e 47,9% relataram possuir pelo menos um filho.

Ainda que tenha sido uma breve menção, os autores (Abreu & Prada, 2004) do referido estudo destacaram como uma comunidade verbal pode ajudar a manter regras sociais associadas a uma cultura patriarcal (espaço e trabalho doméstico são da mulher, uma mulher virtuosa é uma boa dona de casa), pautadas na dualidade e hierarquização de gênero, que incidem no adoecimento de mulheres. As queixas clínicas descritas nos demais estudos de caso serão sistematizadas de forma temática e separada por gênero. Ainda que os 24 estudos de caso restantes não tenham considerado a cultura patriarcal para compreender as queixas clínicas, será indicado, ainda que brevemente, como uma perspectiva sociopolítica de gênero poderia contribuir para o enriquecimento das análises funcionais apresentadas. Primeiramente, serão descritas as principais queixas de pacientes mulheres e depois a dos homens.

Principais queixas clínicas de pacientes mulheres

As queixas mais recorrentes nos casos femininos envolviam problemas de relacionamento, questões corporais e saúde mental.

Relacionamentos amorosos

Dentre os estudos de caso examinados, em 7 deles mulheres relataram algum tipo de problema em seus relacionamentos amorosos (Abreu & Prada, 2004; Dougher & Hackbert, 2003; Marçal, 2005; Scemes, Wielenska, Savoia & Bernik, 2011; Silva & De-Farias, 2013; Sousa, 2003; Sousa & De-Farias, 2014). Em dois casos em que o relacionamento amoroso representava o motivo de queixa, as mulheres exibiam dificuldade em relatar ao parceiro o seu descontentamento quanto à relação: “A despeito de reconhecer seu desconforto e do não preenchimento das expectativas acerca da vida conjugal, J permanecia calada” (Scemes et al., 2011, p. 43) e “A cliente afirmou que nunca teve um bom relacio-

namento com seu marido, não existiam conversas, somente discussões. Joana pensava em separação, porém, não possuía habilidades para tomar essa decisão” (Sousa & De-Farias, 2014, p. 138). Outro caso descrevia uma situação na qual a mulher se submetia a um relacionamento que não a fazia feliz, tinha medo de não conhecer outra pessoa e ficar sozinha (Dougher & Hackbert, 2003). Além disso, Marçal (2005) apresentou o caso clínico de B.M.N, com a queixa inicial de relacionamentos amorosos fracassados, fazendo com que se sentisse desvalorizada.

Em outros dois casos relatados (Britto & Duarte, 2004; Sousa & De-Farias, 2014), a concretização do casamento era uma forma de as mulheres obterem “liberdade” e sair de casa, uma vez que os pais das clientes impunham a elas uma série de proibições e limitavam suas interações sociais. No caso exposto por Sousa e De-Farias (2014) é mencionado que Joana “aos 24 anos, casou-se. Relatou que não estava interessada nele, mas ele insistiu tanto que acabaram iniciando o relacionamento. Joana viu uma oportunidade de sair de casa, sair do controle de sua mãe” (p. 138). Já no caso de Helena foi descrito que ela

se casou aos dezesseis anos para sair de casa, pois até então, não tivera liberdade. Só quando ‘colocou uma aliança no dedo’ pôde sair só com o noivo, e, mesmo assim, com longas admoestações do pai que temia que ‘ela se perdesse na vida.’ (Britto & Duarte, 2004, p. 166)

Por fim, em Silva e De-Farias (2013), o caso de Laura envolvia problemas de relacionamento e transtorno obsessivo-compulsivo. A cliente apresentava conflitos com o namorado em uma relação de “controle, ciúmes, cobranças e punições da parte de Sandro, e grande passividade da parte de Laura” (Silva & De-Farias, 2013, p. 44). Nesse tipo de relacionamento, “ela perdeu o acesso a outros reforçadores sociais, expondo-se a uma operação estabelecida de privação, o que aumentou a relevância afetiva desse relacionamento” (Silva & De-Farias, 2013, p. 52).

Nos casos que abordaram problemas de relacionamentos, diferentes aspectos são ressaltados, como a dificuldade de a mulher expressar seus

pensamentos e vontades, o medo de ficar sozinha, a busca por liberdade, passividade. Todos eles apresentam conteúdo relevante para a realização de uma análise de gênero, buscando identificar os efeitos de uma cultura patriarcal na manutenção de determinados padrões de feminilidade que contribuem para o sofrimento de mulheres. Isso ocorre pois “. . . a comunidade libera consequências diferenciais para respostas equivalentes de acordo com o sexo de quem se comporta, modelando os padrões de feminino e masculino naquela cultura” (Pinheiro & Oshiro, 2019, p. 226).

Nos casos relatados, as queixas femininas podem ser entendidas como descritoras de possíveis efeitos de contingências sociais, que sinalizam a perda de reforçadores sociais importantes para as mulheres caso elas não se comportem conforme determinadas regras patriarcais de gênero. Na nossa sociedade, machista e sexista, ser nomeada como “mulher de verdade” envolve alcançar certos parâmetros (i.e., comportar-se de certas maneiras) para produzir reforçadores sociais: é preciso estar casada, ter filhos, manter um relacionamento, ainda que abusivo, e ser passiva. Por contraste, comportamentos que destoam desses estereótipos de feminilidade, como agir de modo assertivo, romper relacionamento, ficar solteira, pode sinalizar a perda de reforçadores sociais. Além disso, o próprio corpo da mulher não é dela, mas um objeto que é posse dos pais e depois do marido, de modo que em contingências patriarcais não há uma mudança de controle coercitivo (dos pais) para livre (marido), mas apenas uma mudança da fonte de controle, pois, agora, como destaca Rago (2001), a mulher deve obedecer a imposições de seus novos donos, os maridos. Uma mulher sem dono pode se “perder na vida”, como consta no relato do caso (Silva & De-Farias, 2013), pois sendo emotiva, a mulher precisa ser tutelada por aqueles que detêm o controle racional (os homens). Compreender as especificidades das queixas das clientes no âmbito de uma cultura patriarcal poderia enriquecer a compreensão dos relatos de insucesso e fracasso amoroso, elucidando que não são decorrentes de um modo de funcionamento anormal, mas que são comportamentos e condições corporais muito prováveis de surgirem em uma sociedade que valoriza (i. e., reforça) determinados padrões que, não raro,

colocam as mulheres em situações de subjugação e exploração. Além disso, uma análise gendrada das queixas pode também enriquecer as intervenções propostas, pois possibilita a busca por estratégias que auxiliem mulheres não apenas a sair da situação de sofrimento, mas também a reconhecer contingências sociais que reproduzem a cultura patriarcal, para que se evite a reincidência em relacionamentos semelhantes.

Questões corporais

Dos artigos que apresentaram pacientes mulheres, 3 deles mencionaram questões atreladas mais especificamente ao corpo, como dor crônica, transtornos alimentares e valorização da beleza e virgindade. Em um caso no qual uma paciente com dor crônica relatava problemas com o marido e com a família, uma das hipóteses funcionais levantadas foi a de que “A dor era também utilizada para se esquivar de experiências dolorosas, situações aversivas, como sair com marido, realizar atividades obrigatórias e indesejadas, voltar às suas atividades laborais” (Sousa & De-Farias, 2014, p. 141). Já em relação aos transtornos alimentares, o caso clínico 1 abordado por Marçal (2005) retratou FS, que se queixava de falta de controle alimentar e insatisfação com a aparência, assim como da exigência familiar para seu emagrecimento, mesmo sem apresentar obesidade excessiva (Marçal, 2005). Os objetivos clínicos estabelecidos pelo autor foram conhecer as características e processos históricos formadores, a identificação de variáveis motivacionais, bem como a busca por variáveis que contribuíam para o baixo número de reforçadores. Por fim, Costa (2003) apresentou o caso de uma menina de 20 anos, que dentre suas queixas estava a preocupação com a virgindade. A paciente verbalizava sentir angústia em relação a como outras pessoas se comportariam, e relatava: “a mamãe fala muito...perder a virgindade, não vale mais nada; ‘pode pensar que eu sou fácil’” (p. 4). Sendo assim, a autora (Costa, 2003) retrata como um dos objetivos da terapia

Analisar regras e auto-regras sobre virgindade: a cliente havia terminado o relacionamento anterior, alegando, como um dos motivos, o fato de o namorado desejar manter relação sexual. No relacionamento atual, apesar de já ter man-

tido relações sexuais, sentia-se culpada e preocupada com o fato. (p. 4)

No caso exposto por Sousa e De-Farias (2014), o enfoque da hipótese formulada foi na relação entre as dores e os estímulos aversivos, não ponderando a respeito de questões culturais como a possibilidade de divisão desigual do trabalho doméstico em prejuízo das mulheres. A dupla jornada de trabalho feminina foi retratada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua realizada pelo IBGE em 2019, evidenciando que a taxa de realização de afazeres domésticos por parte das mulheres foi de 92,1%, e para os homens 78,6%. Além disso, a média de horas semanais dedicadas a afazeres domésticos e/ou cuidados de pessoas entre as mulheres com vínculo empregatício foi de 18,5, e de 24 para aquelas que não trabalhavam fora de casa. Já nos homens, os que trabalhavam apresentaram uma média de 10,4; e 12,1 quando não relatavam outra atividade (IBGE, 2019).

Ao observar o caso abordado por Marçal (2005), é possível identificar que situações de adoecimento podem decorrer também da valorização da beleza estética imposta socialmente, pautando a noção de beleza em um modelo de magreza (Zanello et al., 2015). Segundo a APA (2014), 90% dos casos de anorexia nervosa e bulimia ocorrem em mulheres e podem estar associados à valorização da magreza em determinada cultura (Pinheiro & Oshiro, 2019). É importante considerar a existência de regras sociais patriarcais de como mulheres devem ser fisicamente, ou seja, qual corpo ideal elas devem atingir, o que pode afetar comportamentos relacionados à alimentação e cuidados com o corpo (Zanello et al., 2015). Quando o comportamento é distinto do esperado socialmente, ele é patologizado, mas caso difira em excesso, também é visto como problema. É o que ocorre em relação ao corpo das mulheres que são classificados em “gordos demais” e “magros demais”. Esse sistema de classificação pode funcionar como estímulos aversivos condicionados sinalizadores de punição às mulheres cujos corpos não se enquadram em determinados padrões estéticos, levando ao sofrimento e, por vezes, ao desenvolvimento de transtornos alimentares como anorexia e bulimia. Em uma relação heterossexual, os homens tendem a reforçar comportamentos de autocuidado das par-

ceiras quando compatíveis com padrões de beleza baseados em ideais reproduzidos em mídias sociais, cada dia mais difíceis de serem atingidos. Isso gera uma situação aversiva na qual emergem sentimentos de insatisfação constante com respeito à própria aparência (Fontana & Laurenti, 2020), e comportamentos de esquiva diante da ameaça de ser preterida e não escolhida por um homem (Zanello et al., 2015).

Já no caso exposto por Costa (2003), a cliente se sentia culpada e preocupada com o fato de não ser mais virgem. A culpa em relação a práticas sexuais presumivelmente surge em contingências sinalizadoras de punição pela violação do ideal de feminilidade patriarcal associado à pureza (entendida como privação sexual) (Pinheiro & Oshiro, 2019). Na ordem patriarcal de gênero, padrões comportamentais associados à virilidade e potência sexual têm mais chances de serem reforçados, ao passo que mulheres que relatam desejos sexuais e a experiência sexual com diferentes parceiros, ou comportam-se de modo sensual, possivelmente serão punidas, sendo preteridas em favor das “puras” e abnegadas. Como exposto por Fávero (2010), “tornar-se mulher numa sociedade patriarcal significa incorporar a feminilidade, isto é, se dissociar das próprias fomes físicas – comida e sexo, por exemplo – e treinar o corpo a mover-se ou não se mover, de modo apropriado às normas” (p. 231).

Saúde mental – Ansiedade e depressão

Um total de 8 artigos mencionou situações de adoecimento feminino, sendo que 3 deles relatavam casos em que as pacientes apresentavam algum tipo de fobia (Marcon & Reolon, 2016; Richartz, Gon & Zazula, 2018; Silveira & Vermes, 2014), e 5 retratavam casos de ansiedade e depressão (Britto & Duarte, 2004; Dougher & Hackbert, 2003; Marçal, 2005; Pezzato, Brandão & Oshiro, 2012; Sousa, 2003). Por serem a maioria dos casos apresentados, as queixas de ansiedade e depressão serão priorizadas. No caso descrito por Britto e Duarte (2004), uma mulher de 53 anos, casada e com 3 filhos, com diagnóstico de transtorno de pânico e agorafobia, teve como intervenção a observação e discriminação de sensações físicas, bem como o aprendizado da redução de respondentes biológicos nos momentos de crises. Já Dougher e Hackbert (2003) apresentaram o caso de uma mulher de 23 anos

com diagnóstico de depressão, que se submetia a relacionamentos abusivos e relatava medo de ficar sozinha. Foram delineados como objetivos terapêuticos a nomeação de metas e valores, além da busca de atividades reforçadoras que enriqueceriam o repertório comportamental da paciente. Marçal (2005) caracterizou AJK como uma cliente que apresentava ataques periódicos de pânico há 9 anos, com insegurança e baixa autoconfiança. O foco da terapia foi a promoção da autoestima da paciente em diferentes contextos, por meio da inserção gradual de contextos favoráveis ao desenvolvimento de autonomia. Em Pezzato et al. (2012), uma mulher de 47 anos, separada, e mãe de 4 filhos, também apresentava ataques de pânico frequentes em locais públicos que a impediam de sair de casa; e, como intervenção, foi proposto procedimentos baseados na FAP, por meio do manejo de comportamentos clinicamente relevantes (CCRs). Por fim, Sousa (2003) relatou o caso de uma cliente de 34 anos com duas filhas, com diagnóstico de agorafobia e tentativas de suicídio. Foram priorizadas técnicas de exposição ao vivo, o relato de sentimentos negativos e técnicas de assertividade e enfrentamento de situações reais (Sousa, 2003).

Zanello et al. (2015) apontam como possível causa para o colapso feminino, viver em uma sociedade machista e patriarcal, na qual a mulher não possui alternativas a não ser tentar se inserir no padrão pré-estabelecido por uma sociedade excludente, limitando suas possibilidades de comportar-se. Ou seja, as realidades sociais em que as mulheres estão inseridas acabam por favorecer o adoecimento psicológico. Santos e Diniz (2018) relatam que a depressão acomete duas mulheres para cada homem, além de apresentarem diagnósticos de Transtornos Mentais Comuns (TMC), como transtornos depressivos, ansiedade e sintomas somáticos, em maior frequência que nos homens. Os dados apresentados pelas autoras vão ao encontro com o exposto no relatório publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que classificou o Brasil como o país mais ansioso do mundo. A incidência da ansiedade, bem como dos transtornos a ela associados (pânico, agorafobia, TOC), é maior em mulheres, somando mais que o dobro

dos casos masculinos (7,7% em mulheres e 3,6%¹ em homens) (OMS, 2017).

Principais queixas clínicas de pacientes homens

Em relação aos homens, as queixas mais recorrentes estavam associadas a problemas com a agressividade e comportamento exibicionista. De modo semelhante ao que foi feito para examinar as queixas clínicas de mulheres, serão descritos separadamente os casos de agressividade e exibicionismo, indicando itinerários interpretativos que poderiam adensar as análises funcionais das queixas clínicas descritas considerando especificidades de gênero.

Agressividade

Dos 7 casos masculinos, 4 deles envolviam comportamentos agressivos (Brandão, 1999; Figueiredo, 2015; Garcia et al., 2017; Gosch & Vandenberghe, 2004). No caso de Caio, um garoto de 13 anos, foi relatado comportamento agressivo e problemas de aprendizagem, como a dificuldade de compreensão de leituras. A intervenção do caso foi voltada aos problemas de aprendizagem, buscando compreender os tipos de respostas que deveriam estar presentes no comportamento de estudar (Garcia et al., 2017).

O caso de G., uma criança de 9 anos, se assemelha ao discorrido anteriormente: além da agressividade, G. exibia dificuldade de aceitação de regras e limites, assim como o comportamento de desafiar figuras de autoridade (Figueiredo, 2015). O psicólogo responsável pelo caso teve como foco buscar alternativas de comportamentos esperados tanto em sala de aula quanto no ambiente familiar, bem como ensinar o cliente a expressar sentimentos e a desenvolver habilidades para lidar com frustrações (Figueiredo, 2015). Outro texto descreveu o caso de Eduardo, uma criança também de 9 anos com mau comportamento, queixas de agressividade, além da não participação das aulas (Gosch & Vandenberghe, 2004). Durante o atendimento de Eduardo, foram propostas atividades em casa para auxiliar a mãe no ensino de como reforçar comportamentos funcionalmente equivalentes aos comportamentos agressivos, além de como reforçar

1 Apenas um caso de ansiedade em clientes homens (um garoto de 10 anos) foi relatado (Branco & Ferreira, 2006); por conta dessa baixa incidência, ele não será examinado neste artigo.

comportamentos denominados pelos autores como adequados (Gosch & Vandenberghe, 2004).

Brandão (1999) examinou o caso de Carlos, de 35 anos, que agredia verbalmente a ex-mulher em razão do novo relacionamento em que ela se encontrava (Brandão, 1999). Além disso, o paciente relatou ter tentado suicídio 3 vezes, ter ódio de si mesmo e da ex-mulher, e a sensação de perder o controle de si mesmo. Durante os atendimentos, os objetivos principais foram a análise do comportamento manipulador, reforçar o relato de emoções durante as sessões, promover a aceitação de frustrações e a auto-observação (Brandão, 1999).

Na ordem patriarcal de gênero, a agressividade, o controle e a dominação são vinculados ao gênero masculino (Fontana & Laurenti, 2020). Para ser considerado “homem de verdade”, portanto, deve-se provar a todo momento que se é, de fato, homem, não podendo demonstrar fraqueza e sofrimento, pois “ser homem é não ser doce, não ser afeminado, não ser submisso” (Zanello et al., 2015, p. 245).

A vinculação de agressividade ao estereótipo patriarcal de masculinidade pode contribuir, por exemplo, para que comportamentos agressivos em homens sejam invisibilizados como parâmetros de diagnóstico precoce, ou tenham menos protagonismo quando associados a outros comportamentos, como problemas de aprendizagem – ao passo que mulheres “agressivas” podem ser hiperdiagnosticadas² (ver Zanello, 2018, p. 23). Ao mesmo tempo, o menor número de casos clínicos de homens (7), sendo 1 caso de adulto, em relação ao de mulheres (18), aqui examinados, pode também ser compreendido pelo fato de que, para um homem, buscar ajuda pode sinalizar fraqueza. Em regras patriarcais, ser classificado como fraco é um estímulo aversivo condicional, que pode servir tanto como punidor de comportamentos de solicitação de auxílio profissional, como também de ocasião para comportamentos de esquivas de marcar ou comparecer a consultas médicas. Sobre esse último ponto, Cobo et al. (2021) analisaram dados que reiteram pesquisas anteriores sobre a diferença de

gênero no acesso e uso de serviços de saúde, em que as mulheres se valem mais desses dispositivos que os homens. Dentre as múltiplas variáveis que podem ser invocadas para elucidar essas diferenças de comportamento, os autores não negligenciam as questões de gênero, ponderando que o “papel universal e histórico conferido às mulheres como responsáveis pelos cuidados dos filhos e de outros membros da família provavelmente determina a maior atenção para as questões de saúde e doença e, portanto, percepção mais aguçada para os próprios problemas” (p. 4024).

Vale retomar que na classificação binária e hierarquizada de gênero, o masculino está do lado da racionalidade e o feminino da emoção; é da natureza do homem se autocontrolar e da mulher se emocionar. Quando um homem “tem a sensação de perda de controle” como relatado por Carlos, no caso examinado por Brandão (1999), isso o colocaria mais próximo do feminino que, na nossa sociedade misógina, tem um valor negativo (Fontana & Laurenti, 2020). Se é suposta e intrinsecamente racional, quando “perde o controle” ou “a razão”, o homem se expõe a uma situação social em que sua “hombridade” pode ser questionada.

Trabalhar com os homens a importância de emitir relatos de sentimentos, assim como a necessidade de aceitá-los, sem que seja visto como um sinal de fraqueza, ajuda a lidar com essas experiências de forma não agressiva em relação a mulheres. Pode também contribuir para que homens passem a procurar auxílio profissional quando se veem incapazes de lidar sozinhos com determinadas dificuldades. Trata-se também de, junto como o cliente, compreender esses comportamentos frequentes (esquiva de consultas, agredir) e infrequentes (relatar sentimentos) recorrendo a contingências sociais mais amplas, típicas de uma cultura patriarcal, que podem ocasionar danos e sofrimento para determinados homens.

Comportamento exibicionista

Fukahori, Silveira e Costa (2005) apresentaram o caso de Carlos, um estudante de 24 anos que relatou uma vontade incontrolável de exhibir o pênis para mulheres desconhecidas, e o sentimento de culpa e fracasso após a emissão do comportamento. É mencionado no artigo que o comportamento decorre de

2 Esse ponto fica evidenciado no caso abordado por Fonseca e Pacheco (2010), quando uma criança do sexo feminino é patologizada por apresentar comportamentos agressivos, frequentemente vistos como normais quando emitidos por homens.

uma situação em que ao ter tido uma ereção à beira de uma piscina com seus amigos, recebeu elogios das garotas e de seus amigos por fazer sucesso entre elas (Fukahori et al., 2005). Os autores apontam que os elogios recebidos funcionaram como reforçadores sociais para manter o comportamento, realizando uma análise ontogenética do caso.

De uma perspectiva cultural, é possível identificar como a potência sexual está associada estereótipos de masculinidade. Ter uma vida sexual ativa como condição para que sejam considerados “homens” contribui para a reprodução de comportamentos machistas e de objetificação das mulheres (Zanello et al., 2015). A virilidade sexual masculina aparece relacionada frequentemente com a posição heterossexual, a não passividade, o bom desempenho sexual, o relato de ter se relacionado sexualmente com diferentes mulheres e o comportamento de se gabar sobre as características físicas e a potência sexual (Zanello et al., 2015). Porém, ter se relacionado com uma ou poucas parceiras e ser passivo na relação sexual aparecem como comportamentos que questionam a virilidade, bem como a própria masculinidade. Tendo em vista esses aspectos, a função presumivelmente reforçadora dos elogios de colegas, contingentes à ereção que o cliente apresentou à beira da piscina, pode ser elucidada não só por aspectos ontogenéticos, mas também aludindo a contingências culturais, no âmbito das quais comportamentos que denotam potência sexual têm mais chances de serem reforçados positivamente, no caso dos homens, em uma cultura machista e sexista.

Conclusão

Este estudo procurou investigar como a Análise Comportamental Clínica tem considerado a dimensão de gênero na compreensão de queixas clínicas. Foram examinados 25 estudos de caso, sendo 18 pacientes do sexo feminino e 7 pacientes do sexo masculino. Desse total, apenas 1 artigo fez menção a questões culturais em sua discussão, ao apresentar o caso de uma mulher que cumpria uma dupla jornada de trabalho, levando ao adoecimento psicológico. Assim, no âmbito desta amostra limitada, as análises funcionais descritas deixaram de explorar como questões culturais relacionadas ao gênero

podem estar relacionadas às queixas clínicas apresentadas por seus clientes. Ainda que as variáveis ontogenéticas sejam importantes para compreender o sofrimento, poderiam ser enriquecidas com o exame de aspectos de uma cultura patriarcal, a qual estabelece desigualdades de gênero, em prejuízo das mulheres.

Em vista disso, o sofrimento também se constitui socialmente, sendo pautado por uma visão binária e hierárquica de gênero. Ao fazer uma análise sociogendrada das queixas abordadas, é possível identificar situações de opressão de gênero que podem modificar as formas de intervenções e condução do atendimento. Pensar que os sujeitos estão inseridos em uma determinada cultura e que seus comportamentos são atravessados por aspectos sociopolíticos, independentemente de qual seja o gênero do indivíduo, permite que se proponha uma clínica comportamental comprometida com os valores feministas (Carneiro & Santos, 2021).

Ao realizar uma análise funcional da demanda do cliente para além de contingências ontogenéticas, abrangendo questões culturais como o gênero, o analista do comportamento permite que o paciente entre em contato com variáveis culturais que controlam seu comportamento, explicitando o processo terapêutico e de que maneira essas variáveis moldaram suas experiências (Carneiro & Santos, 2021). Examinar durante o atendimento clínico questões culturais, não apenas de gênero como também de raça e classe (ver Kuratani et al., 2022), é uma maneira de auxiliar na compreensão das práticas que estão sendo mantidas em nossa sociedade, e de como elas afetam a vida dos/as próprios/as clientes.

Assim, para além da atenuação do sofrimento de um/a cliente particular, a clínica comportamental pode lidar com o comportamento de seus/suas pacientes também como locus de transmissão de práticas culturais. Ainda que uma cultura subsista ao comportamento de um indivíduo, a sua manutenção depende igualmente da reprodução de suas práticas pelo comportamento dos indivíduos (Fontana & Laurenti, 2020). Dessa ótica, o/a terapeuta comportamental pode contribuir para o enfraquecimento de uma cultura de dominação masculina fomentando, em seus clientes, repertórios comportamentais que não deem mais guarida a

práticas patriarcais. O desafio é aliar a qualidade de vida do/a cliente à constituição de uma sociedade mais justa e igualitária.

É importante ressaltar que este artigo apresenta suas limitações, uma vez que o material analisado consistiu em artigos publicados em um único periódico nacional especializado em Análise do Comportamento, não abrangendo outros veículos nacionais ou internacionais, assim como de teses de mestrado e/ou doutorado, livros e capítulos de livros, e anais de congressos. Além disso, apenas o marcador de gênero foi analisado, sendo necessário estudos futuros que abordem outros marcadores sociais de diferença, como raça e classe social.

Referências

- *Abreu, P. R., & Prada, C. G. (2004). Transtorno de ansiedade obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo (TPOC): Um “diagnóstico analítico-comportamental”. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(2), 211-220. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v6i2.58>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- *Assaz, D. A., & Oshiro, C. K. B. (2017). Superando barreiras para exposição por meio da integração de princípios da ACT. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), 124-144. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i3.1059>
- *Branco, C. M., & Ferreira, E. A. P. (2006). Descrição do atendimento de uma criança com déficit em habilidades sociais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8(1), 25-37. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v8i1.17>
- *Brandão, M. Z. S. (1999). Terapia comportamental e análise funcional da relação terapêutica: estratégias clínicas para lidar com comportamento de esquiva. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1(2), 179-187. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v1i2.282>
- *Britto, I. A. G. S., & Duarte, A. M. M. (2004). Transtorno de pânico e agorafobia: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(2), 165-172. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v6i2.55>
- Carneiro, K. S., & Santos, B. C. (2021) Valores feministas na clínica comportamental: reflexões baseadas em Bell Hooks. *Acta Comportamentalia*, 29(2), 61-79. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/79613>
- Cobo, B., Cruz, C., & Dick, P. C. (2021). Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(9), 4021-4032. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>.
- Couto, A. G. (2019). O empoderamento das mulheres sob uma perspectiva analítico-comportamental. In R. Pinheiro & T. Mizael (eds.), *Debates sobre feminismo e Análise do Comportamento* (cap. 6, pp. 140-173). Imagine Publicações.
- Costa, A. I. (2019). Contribuições do feminismo para a compreensão e intervenção em casos de relacionamento abusivo. In R. Pinheiro & T. Mizael (eds.), *Debates sobre feminismo e Análise do Comportamento* (cap. 10, pp. 244-263). Imagine Publicações.
- *Costa, N. (2003). Terapia: sofrimento necessário? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(1), 1-10. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v5i1.85>
- *Dougher, M. J., & Hackbert, L. (2003). Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 167-184.
- Fávero, M. H. (2010). *Psicologia do Gênero: Psicobiografia, sociocultural e transformações*. Editora UFPR.
- Fidelés, M. N. D., & Vandenberghe, L. (2014). Psicoterapia Analítica Funcional feminista: Possibilidades de um encontro. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(3), 18-29. <http://dx.doi.org/10.15348//1980-6906/psicologia.v16n3p18-29>
- *Figueiredo, F. P. (2015). Contribuições dos manuais diagnósticos para a avaliação e o tratamento do transtorno desafiador-opositor na infância: A importância da topografia através de um estudo de caso. *Revista Brasileira de Terapia*

- Comportamental e Cognitiva*, 17(1), 4-10. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v17i1.731>
- Fontana, J., & Laurenti, C. (2020). Práticas de violência simbólica da cultura de dominação masculina: Uma interpretação comportamentalista. *ACTA Comportamental*, 28(4), 499-515. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/77327>
- *Fonseca, R. P., & Pacheco, J. T. B. (2010). Análise funcional do comportamento na avaliação e terapia com crianças. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 12(1/2), 1-19. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v12i1/2.413>
- *Fukahori, L., Silveira, J. M., & Costa, C. E. (2005). Exibicionismo e procedimentos baseados na terapia de aceitação e compromisso (ACT): Um relato de caso. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 67-76. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v7i1.43>
- *Garcia, V. A., Falcão, A. P., & Almeida-Verdu, A. C. M. (2017). O treino de operantes verbais durante o comportamento de estudar: Relato de um caso. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(1), 31-48. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i1.948>
- *Gosch, C. S., & Vandenberghe, L. (2004). Análise do comportamento e a relação terapeuta-criança no tratamento de um padrão desafiador-agressivo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(2), 173-181. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v6i2.52>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. (2019). Outras formas de trabalho 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101722_informativo.pdf
- Kuratani, S. M. de A., Cerqueira, L. M. S. de, Pereira, L. K. dos S., Silva, R. S. M. da, & Mendes, A. C. A. (2022). A ética amorosa de bell hooks e a FAP: Interloções entre feminismo negro e clínica comportamental. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 13(1), 321-341. <https://doi.org/10.18761/VEEM.019.nov21>
- Laurenti, C. (2019). Por que feminismo na Análise do Comportamento? In R. Pinheiro & T. Mizael (eds.), *Debates sobre feminismo e Análise do Comportamento* (Prefácio, pp. 10-15). Imagine Publicações.
- *Marcon, R. M., & Reolon, G. A. (2016). Tripofobia: Um relato de caso do tratamento do medo de buracos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(2), 100-111. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i2.886>
- *Marçal, J. V. S. (2005). Estabelecendo objetivos na prática clínica: Quais caminhos seguir? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(2), 231-245. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v7i2.32>
- Mizael, T. M. (2019). Pontes entre feminismo interseccional e a análise do comportamento. In R. Pinheiro & T. Mizael (eds.), *Debates sobre feminismo e Análise do Comportamento* (cap. 2, pp. 40-62). Imagine Publicações.
- Morais, A. O., & Freitas, J. C. C. (2019). Métodos de investigação sobre cultura do estupro: O que a Análise do Comportamento tem a aprender com as contribuições de outras áreas do conhecimento. In R. Pinheiro & T. Mizael (eds.), *Debates sobre feminismo e Análise do Comportamento* (cap. 4, pp. 84-109). Imagine Publicações.
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2006). Metodologias feministas e estudos de gênero: Articulando pesquisa, clínica e política. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 647-654. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000300021>
- Neves, S., & Nogueira, C. (2003). A psicologia feminista e a violência contra mulheres na intimidade: A (re)construção dos espaços terapêuticos. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 43-64. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822003000200004>
- Nicolodi, L. G., & Hunziker, M. H. L. (2021). O patriarcado sob a ótica analítico-comportamental: Considerações iniciais. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 17(2), 164-175. <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v17i2.11012>
- Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=DB2146C07473A9BBB7475BF201DACECB?sequence=1>> Acesso em: 26 de agosto de 2021.
- *Pezzato, F. P., Brandão, A. S., & Oshiro, C. K. B. (2012). Intervenção baseada na psicoterapia analítica funcional em um caso de transtorno de pânico com agorafobia. *Revista Brasileira de*

- Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14(1), 74-84. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v14i1.495>
- Pinheiro, R.C. S., & Oshiro, C. K. B. (2019). Variáveis de gênero que terapeutas devem estar atentas no atendimento a mulheres. In R. Pinheiro & T. Mizael (eds.), *Debates sobre feminismo e Análise do Comportamento* (cap. 9, pp. 220-243). Imagine Publicações.
- Rago, M. (2001). Feminizar é preciso: Por uma cultura filógena. *São Paulo em Perspectiva*, 15(3), 58-66. <https://doi.org/10.1590/S0102-88392001000300009>
- *Richartz, M., Gon, M. C. C., & Zazula, R. (2018). Avaliação comportamental de um caso de tricotilomania em uma adolescente. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 20(2), 105-119. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v20i2.1017>
- Saffioti, H. B. (2004). *Gênero, patriarcado e violência*. Fundação Perseu Abramo.
- Santos, L. S., & Diniz, G. R. S. (2018). Saúde mental de mulheres donas de casa: Um olhar feminista-fenomenológico-existencial. *Psic. Clin*, 30(1), 37-59. <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n01A02>
- *Scemes, S., Wielenska, R. C., Savoia, M. G., & Bernik, M. (2011). Fobia de deglutição: Discussão analítico-comportamental de seus determinantes e da amplitude da mudança. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(1), 37-51. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v13i1.430>
- *Silva, J. L. N., & De-Farias, A. K. C. R. (2013). Análises funcionais molares associadas à terapia de aceitação e compromisso em um caso de transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 15(3), 37-56. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v15i3.629>
- Silva, E. C., & Laurenti, C. (2016). B. F. Skinner e Simone de Beauvoir: “A mulher” à luz do modelo de seleção pelas consequências. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 7(2), 197-211. <https://doi.org/10.18761/pac.2016.009>
- *Silveira, C. C., & Vermes, J. S. (2014). Relato de um caso de transtorno obsessivo-compulsivo infantil à luz da Análise do Comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(3), 82-92. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i3.714>
- *Sousa, A. C. A. (2003). Transtorno de personalidade borderline sob uma perspectiva analítico-funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 121-137. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v5i2.76>
- *Sousa, D. D., & De-Farias, A. K. C. R. (2014). Dor crônica e terapia de aceitação e compromisso: Um caso clínico. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(2), 125-147. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i2.696>
- Terry, C., Bolling, M. Y., Ruiz, M. R., & Brown, K. (2010). FAP and feminist therapies: Confronting power and privilege in therapy. In J. W. Kanter, M. Tsai & R. J. Kohlenberg (eds.), *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 97-122). Springer.
- Zanello, V., & Bukowitz, B. (2012). Loucura e cultura: Uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. *Revista Labryz Estudos Feministas*, 20-21. Disponível em: <https://www.labrys.net.br/labrys20/brasil/valeska.htm>
- Zanello, V., Fiuza, G., & Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: Facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(3), 238-246. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1483>
- Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação*. Apris.

Histórico do Artigo

Recebido em: 31/08/2022

Aceito em: 01/02/2023

Editor Associado: Táhcita Medrado Mizael