

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



Fernanda de Oliveira Paveltchuk

**Estresse de Minorias e Desfechos de Saúde Mental em
Pessoas LGB**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Juliane Callegaro Borsa

Rio de Janeiro
Março de 2018



Fernanda de Oliveira Paveltchuk

**Estresse de minorias e saúde mental em
pessoas LGB**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Profa. Juliane Callegaro Borsa

Orientadora
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof. Bruno Figueiredo Damásio

Instituto de Psicologia - UFRJ

Profa. Clarissa Pinto Pizarro de Freitas

UFRGS

Profa. Monah Winograd

Coordenadora Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 09 de março de 2018.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Fernanda de Oliveira Paveltchuk

Graduou-se em Psicologia (2015) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). É responsável pela Equipe de Estudos em Estresse de Minorias em Pessoas LGB do APlab Pessoas & Contextos coordenado pela Profa. Juliane Callegaro Borsa na PUC-Rio.

Ficha Catalográfica

Paveltchuk, Fernanda de Oliveira

Estresse de minorias e saúde mental em pessoas LGB / Fernanda de Oliveira Paveltchuk ; orientadora: Juliane Callegaro Borsa. – 2018.
99 f. : il. color. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2018.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Estresse de minorias. 3. LGB. 4. Saúde mental. 5. Vulnerabilidade social. 6. Avaliação psicológica. I. Borsa, Juliane Callegaro. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Para aqueles que fazem este trabalho ter
sentido, na esperança de que um dia não
sejamos mais minoria.

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Juliane Callegaro Borsa, por todos os incentivos, oportunidades e disponibilidade. Obrigada por cada experiência!

À CAPES e à PUC-Rio, pelo apoio informacional e material que tornou este trabalho possível.

Ao professor Bruno Damásio, pela enorme ajuda e parceria de sempre, e à professora Marcele Carvalho, pelos reforços positivos. Obrigada por terem acreditado em mim, anos atrás, e por ainda acreditarem agora. Acho que nunca vou parar de agradecê-los.

Aos membros da Equipe de Estudos sobre Estresse de Minorias e Pessoas LGB, pelo movimento de resistência que é fazer ciência com responsabilidade social. Nós somos a ciência!

Aos colegas do APlab Pessoas & Contextos, por serem esse time incrível do qual eu orgulhosamente fiz parte. Vou morrer de saudade!

Aos colegas da Orquestra, que fizeram a experiência do final de mestrado ser mais lúdica, e aos de supervisão, que são cúmplices de ansiedades, frustrações e emoções enormes agora já há anos: dá pra acreditar no quanto a gente cresceu?

Aos meus queridos amigos: Bheatrix, Bruna Sidro, Bruna Alves, Leo, Elias, Lívia, Bárbara, Clarisse, Lari, Hélio, Ana Elisa, Ilana, Sibebe, Felipe, Vitor, José, Amanda, Gab, Aline, Déia. Obrigada, queridos, pelo apoio, pelos risos, pelas músicas, pelas tardes de trabalho lado a lado.

À minha família, pelo apoio, e à minha mãe, Shirley, pelos sacrifícios e estímulos, e por nunca ter me feito sentir como uma minoria em casa.

Resumo

Paveltchuk, Fernanda de Oliveira; Borsa, Juliane Callegaro. **Estresse de Minorias em Pessoas LGB e Desfechos de Saúde Mental**. Rio de Janeiro, 2018. 99p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O estigma associado a identidades lésbicas, gays e bissexuais (LGB) é o que expõe essas pessoas à condição de vulnerabilidade psicossocial. A teoria do Estresse de Minorias defende que minorias sociais vivenciam estressores específicos adicionais aos estressores cotidianos, que independem de uma posição de vulnerabilidade social. Fatores individuais e do contexto podem funcionar como fatores de risco e/ou de proteção no comprometimento da saúde mental de pessoas LGB. Os objetivos desta dissertação são: 1) apresentar a teoria do Estresse de Minorias em indivíduos LGB por meio de uma revisão da literatura nacional e internacional; 2) verificar o impacto da orientação sexual nos três estressores de minorias (experiências de vitimização, homofobia internalizada e ocultação da orientação sexual); 3) testar o papel moderador do suporte social e do suporte familiar na relação entre as variáveis orientação sexual, experiências de vitimização, homofobia internalizada e ocultação da orientação sexual. e; 4) verificar os possíveis efeitos moderadores da conectividade comunitária na relação entre a homofobia internalizada e desfechos negativos de saúde mental. Não foram encontradas relações entre as variáveis acima citadas. Compreende-se que isto pode ter acontecido devido às características sociodemográficas da amostra (majoritariamente branca, com ensino superior incompleto ou completo, assumida, de classe média), avanços nas políticas públicas destinadas a pessoas LGB no Brasil nos últimos anos e a limitações dos estudos, cujas coletas foram conduzidas virtualmente, o que pode ter levado a um viés de resposta.

Palavras-chave

Estresse de Minorias; LGB; Vulnerabilidade social; Saúde mental; Avaliação psicológica.

Abstract

Paveltchuk, Fernanda de Oliveira; Borsa, Juliane Callegaro (Advisor). **Minority stress and mental health in LGB people.** Rio de Janeiro, 2018. 99p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The stigma associated with LGB identities is what puts the group in a condition of social vulnerability. The minority stress theory advocates the idea that social minorities have contact with specific stressors in addition to everyday stressors, which do not depend on a position of social vulnerability. Individual and environmental factors may act as risk and / or protective factors in impairing the mental health of LGB individuals. The objectives of this thesis are: 1) to present the Minority Stress theory in LGB individuals through a review of the national and international literature; 2) to verify the impact of sexual orientation on the three minority stressors (experiences of victimization, internalized homophobia and concealment of sexual orientation); 3) to test the moderating role of social support and family support in the relationship between the variables sexual orientation, victimization experiences, internalized homophobia and concealment of sexual orientation, and 4) to verify the possible moderating effects of community connectivity on the relationship between internalized homophobia and negative mental health outcomes. No relationship was found between the variables mentioned above. It is understood that this may have happened due to sociodemographic characteristics of the sample, advances in public policies aimed at LGB individuals in Brazil in the last years and limitations of the studies, which were conducted virtually, which may have led to a response bias.

Keywords

Minority stress; LGB; Social vulnerability; Mental health; Psychological evaluation.

Sumário

1. Introdução	12
2. Artigo Teórico: Estresse de Minorias: teoria e implicações práticas	16
2.1 O Estresse de Minorias em Pessoas LGB	16
2.2 Fatores de risco e proteção ao Estresse de Minorias	20
2.3 Implicações da teoria do Estresse de Minorias para o campo da psicologia brasileira	23
2.4 Considerações Finais	25
3. Artigo Empírico: Impacto da orientação sexual, do suporte familiar e social no Estresse de Minorias em pessoas LGB	26
3.1 Introdução	26
3.2 Método	30
3.3 Resultados	33
3.4 Discussão	36
3.5 Considerações Finais	40
4. Artigo Empírico: Impacto da homofobia internalizada e da conectividade comunitária nos desfechos negativos de saúde mental de pessoas LGB	42
4.1 Introdução	42
4.2 Método	46

4.3. Resultados	48
4.4. Discussão	50
4.5. Considerações Finais	56
5. Conclusões da Dissertação	57
6. Referências bibliográficas	59
7. Anexos	76
7.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	77
7.2 Questionário sociodemográfico	83
7.3 Mental Health Index	89
7.4 Inventário de Percepção de Suporte Familiar	90
7.5 Experiências com Vitimização	92
7.6 Sentimentos sobre homossexualidade/bissexualidade	94
7.7 “Sair do Armário”: Assumindo a Sexualidade	96
7.8 Escala de Percepção de Suporte Social	98

Lista de figuras

Figura 1: Modelo de path analysis das relações entre orientação sexual, homofobia internalizada, experiências de vitimização e ocultação da orientação sexual, moderados por suporte social e suporte familiar	36
Figura 2: Impacto da homofobia internalizada e da moderação da conectividade comunitária nos desfechos negativos de saúde mental de pessoas LGB	50

Lista de Tabelas

Tabela 1: Estatísticas descritivas	33
Tabela 2: Correlações entre as variáveis	35
Tabela 3: Testes post-hoc de comparação de médias de homofobia internalizada, conectividade comunitária e desfechos negativos de saúde mental entre lésbicas, gays e bissexuais	49

1

Introdução

O estigma associado às identidades não-heterossexuais parece impactar a saúde mental de pessoas não-heterossexuais, colocando o grupo em condição de vulnerabilidade social (VALDISERRI et al., 2018). A vulnerabilidade social é uma decorrência da condição de minoria social sexual: pessoas LGB são consideradas minorias sexuais pois a sociedade encara a heterossexualidade como a norma (SKINTA & CURTIS, 2016). Neste sentido, entende-se por minoria todo grupo social que, ao ser comparado a um grupo privilegiado, apresenta prejuízos associados a processos de estigmatização (STUBER, MEYER, & LINK, 2008). Dentre os muitos prejuízos, pessoas LGB apresentam maiores níveis de psicopatologias como ansiedade e depressão, por exemplo, quando comparadas a pessoas heterossexuais (BRÄNSTRÖM, HATZENBUEHLER, & PACHANKIS, 2016).

O estresse crônico, que pode ser entendido como a reação duradoura do organismo frente a eventos estressores, está relacionado a desfechos negativos de saúde mental, como depressão e ansiedade (LIPP, 2000). O estresse pode estar associado ao desenvolvimento de diversos tipos de patologias de ordem física e mental, tais como depressão, ansiedade e doenças como hipertensão arterial e diabetes, além de poder impactar relações interpessoais e o trabalho do indivíduo afetado (SADIR, BIGNOTTO, & LIPP, 2010). O estresse crônico impacta a cognição e aumenta a vulnerabilidade do indivíduo a transtornos e problemáticas de ordem psicológica (MARIN et al., 2011). A cronicidade do estresse ocorre a partir da persistência dos estressores num longo período de tempo (MARIN et al., 2011). Diversos fatores, individuais e do meio, podem moderar a relação do estresse com o desenvolvimento de patologias, como gênero, ambiente escolar e outros fatores socioculturais (CALAIS, ANDRADE, & LIPP, 2003). Ao longo da vida de uma pessoa, fatores de risco e proteção se acumulam, e impactam as percepções individuais do que pode se configurar como estressor e a suscetibilidade ao desenvolvimento de patologias (MARIN et al., 2011).

Fatores biológicos, como genética e hormônios sexuais, também podem ser considerados moderadores da relação entre estresse e patologias (CALAIS, ANDRADE, & LIPP, 2003; MARIN et al., 2011). O eixo pituitária-hipotálamo-adrenal (HPA) está fortemente relacionado ao mecanismo de estresse e aos

resultados negativos do estresse crônico na saúde (JURUENA, CLEAREA, & PARIANTEA, 2004). Uma vez que o hipotálamo secreta HLC e vasopressina, ocorre a ativação do hormônio adrenocorticotrópico pela glândula pituitária, o que leva à secreção de glicocorticóides pelo córtex adrenal (JURUENA, CLEAREA, & PARIANTEA, 2004). Os glicocorticóides possuem efeitos anti-inflamatórios e de regulação do sistema imunológico (JURUENA, CLEAREA, & PARIANTEA, 2004). Ocorre uma hiperativação do eixo HPA em indivíduos que apresentam quadro de depressão maior (JURUENA, CLEAREA, & PARIANTEA, 2004). Ademais, o estresse crônico pode resultar em um quadro de resistência a receptores de glicocorticóides, o que pode levar, portanto, a um comprometimento do sistema imunológico e facilitar processos inflamatórios (COHEN et al., 2012). Cohen et al. (2012) encontraram evidências de que indivíduos com estressores crônicos demonstraram resistência aos receptores de glicocorticóides e apresentaram riscos mais altos de desenvolver um resfriado; além disso, altos índices de resistência a glicocorticóides predisseram a produção de citocinas inflamatórias, impactando a regulação adequada da inflamação. O estresse também pode estar associado a alterações em neurotransmissores que modulam os circuitos neurais envolvidos na regulação de recompensas, no condicionamento do medo e em comportamentos sociais (OZBAY et al., 2008).

Define-se por estressor o agente ou fator que provoca a reação de estresse (SZABO, TACHE, & SOMOGYI, 2012). É a intensidade da necessidade de adaptação o que configura um estressor (SELYE, 1973). Por isso, o estresse não é entendido como algum tipo de tensão ou consequência de eventos danosos, mas como uma reação adaptativa e necessária à vida: “ausência completa de estresse só pode ser encontrada na morte” (SELYE, 1973, p. 693). Um indivíduo não pode fugir ou evitar tal reação, uma vez que ela é parte da experiência humana. O que transforma o estresse em um problema é sua cronificação (LIPP, 2000).

Segundo a abordagem cognitiva do estresse, o processo reativo acontece quando ocorre a compreensão de que os recursos são menores do que o evento estressor (LAZARUS, 1995). Se destacam dois processos no entendimento de um acontecimento como estressor: a avaliação cognitiva e as estratégias de *coping* do indivíduo no manejo das demandas quando exposto ao estressor (MACHADO et al., 2014). Porém, vale destacar que o estresse não é inerente às condições externas: ele pode ser uma reação proveniente das diferenças entre tais condições

externas e características individuais (ANESHENSEL, 1992). Assim, o evento varia em magnitude, mas essa magnitude também pode variar de acordo com a avaliação do indivíduo (DOHRENWEND et al., 1978). Ou seja, a reação de estresse pode ocorrer a partir de um estímulo social cuja gravidade é interpretada pelo indivíduo que a sente. Lazarus e Folkman (1984) destacam o conceito de vulnerabilidade como um fator relevante na abordagem cognitiva do estresse. Para os autores, a vulnerabilidade acontece quando os recursos são inferiores às demandas, impedindo o funcionamento adequado do indivíduo. Para pessoas cujo funcionamento não é inteiramente afetado, a baixa de recursos se configura em vulnerabilidade apenas quando diz respeito a algo importante (LAZARUS & FOLKMAN, 1984). Deste modo, experiências de discriminação sofrida significarão vulnerabilidade na medida em que a identidade estigmatizada for importante para o indivíduo.

A teoria do estresse social se diferencia de abordagens mais individualistas do estresse ao propor a relação entre condições sociais, origens e consequências de eventos estressores na vida de um indivíduo (ANESHENSEL, 1992). Esta área defende que não apenas eventos pessoais são fontes de estresse: condições sociais (como baixo apoio social, atos de preconceito, violência sofrida etc.) também podem levar a efeitos negativos na saúde física e mental (MEYER, 2003). Deste modo, a teoria do estresse social explica o estresse proveniente de eventos sociais como mediador da relação entre a estrutura social e os desfechos negativos de saúde mental (MEYER, SCHWARTZ, & FROST, 2008). Assim, a estratificação social, por si só, pode ser considerada um estressor (MEYER, SCHWARTZ, & FROST, 2008). Isto acontece pois o modelo do estresse social compreende que o status social dos indivíduos é um fator determinante no estresse que obterão (ANESHENSEL, 1992). Isto significa que é esperado que indivíduos pertencentes a grupos minoritários, quando comparados a grupos privilegiados, estejam mais vulneráveis a impactos negativos em sua saúde mental (MEYER, DIETRICH, & SCHWARTZ, 2008). Por isso, fatores como gênero, raça/etnia e classe social podem levar a diferentes níveis de exposição a estressores (THOITS, 2010). Supõe-se que estressores sociais tenham um impacto forte nas vidas de indivíduos pertencentes a grupos estigmatizados, tais como minorias étnicas, de gênero ou sexuais (MEYER, 2015). É neste contexto que surge a teoria do EM: grupos estigmatizados apresentam, ao menos em tese, estressores específicos, adicionais

aos estressores cotidianos (MEYER, 2003).

A teoria do EM afirma que minorias sociais apresentam estressores específicos adicionais aos estressores com os quais todas as pessoas têm contato (MEYER, 2003), e foi desenvolvida especificamente para descrever as experiências de pessoas LGB e os estressores específicos de minorias sexuais (i. e., experiências de vitimização, homofobia internalizada, expectativas de rejeição e ocultação da orientação sexual; DUNN et al., 2013).

Assim, o presente trabalho tem como objetivo geral explorar a teoria do EM em contexto nacional. Sua estrutura se divide em três estudos: o primeiro, “Estresse de Minorias: teoria e suas implicações práticas”, é uma revisão da literatura nacional e internacional que objetivou explorar a teoria do EM e discutir suas implicações práticas no Brasil.

O estudo empírico intitulado “Impacto da orientação sexual, do suporte familiar e social no Estresse de Minorias em pessoas LGB” verificou o impacto da orientação sexual nos níveis dos estressores de minorias da amostra, além de testar o papel moderador de suporte social e suporte familiar na relação destacada acima. A hipótese inicial era de que a orientação sexual impactaria nos índices dos estressores de minorias, uma vez que bissexuais parecem apresentar maiores índices de prejuízo na saúde mental quando comparados a gays e lésbicas (SHILO & SAVAYA, 2011). Além disso, também se esperava encontrar moderação de suporte social e suporte familiar na relação entre as variáveis destacadas acima, uma vez que esses tipos de suporte parecem estar associados a menores níveis de EM (FEINSTEIN et al., 2014; FROST, MEYER, & SCHWARTZ, 2016).

Por fim, o terceiro estudo, “Impacto da homofobia internalizada e da conectividade comunitária nos desfechos negativos de saúde mental de pessoas LGB”, também empírico, buscou entender o impacto da homofobia internalizada nos desfechos negativos de saúde mental de pessoas LGB, testando a conectividade comunitária (ou seja, quão conectado à comunidade LGB alguém se percebe) como moderadora desta relação. A hipótese inicial era a de que a homofobia internalizada impactaria os níveis de depressão e ansiedade da amostra (PACHANKIS et al., 2015). Neste sentido, supunha-se que a conectividade à comunidade LGB moderaria essa relação (FROST & MEYER, 2012).

2

Artigo Teórico: Estresse de Minorias: teoria e implicações

2.1 O Estresse de Minorias em pessoas LGB

Apesar das mudanças ocorridas na sociedade e da própria despatologização da homossexualidade, pessoas LGB apresentam maiores índices de comprometimento da saúde mental quando comparados a pessoas heterossexuais (BRÄNSTRÖM, HATZENBUEHLER, & PACHANKIS, 2016). Atualmente entende-se que isto se deve, em boa parte, ao estigma social relacionado às orientações não-heterossexuais, e não à orientação não-heterossexual em si (VALDISERRI et al., 2018). Ou seja, o estigma associado a identidades lésbicas, gays e bissexuais (LGB) é o que põe o grupo em condição de vulnerabilidade social.

Pessoas LGB são consideradas minorias sexuais, uma vez que a sociedade entende a heterossexualidade como a norma (SKINTA & CURTIS, 2016). Uma minoria é um grupo que, quando comparado a um grupo privilegiado, apresenta uma série de prejuízos em decorrência do estigma que lhe é associado (STUBER, MEYER, & LINK, 2008). Assim, pessoas LGB apresentam uma série de prejuízos sociais, como discriminação e rejeição, podendo ter diversas áreas da vida comprometidas por sua condição de minoria: profissional, familiar, social, saúde, entre outras (MEYER, 2003). Em relação à saúde mental, sabe-se que pessoas LGB podem apresentar altos níveis de depressão e ideação suicida, por exemplo (VALDISERRI et al., 2018). Além disso, jovens LGB reportam altos índices de problemas na escola e familiares, como bullying, rejeição familiar e expulsão de casa (ESPELAGE, MERRIN, & HATCHEL, 2016; RICHTER, LINDAHL, & MALIK, 2017).

Minorias sociais estão expostas a alguns estressores específicos adicionais aos estressores cotidianos que independem de uma posição de vulnerabilidade social (MEYER, 2003). Entende-se por estressores cotidianos todo evento que tire o organismo do equilíbrio e que independa de sua condição de minoria (MEYER, 2015). Já os estressores específicos desse grupo minoritário são aqueles relacionados às experiências de vitimização e às dificuldades das pessoas LGB lidarem com sua própria orientação sexual, levando à homofobia internalizada e à ocultação da orientação sexual (MEYER, 2003).

Devido a este contato com estressores específicos aos grupos minoritários, pessoas LGB apresentam maior propensão ao comprometimento do seu bem-estar e ao desenvolvimento de psicopatologias como depressão e ansiedade (MEYER, 2015). Entretanto, não parece haver evidências científicas suficientes demonstrando que o maior risco a problemas clínicos e psicológicos de pessoas LGB se deva à sua orientação sexual (DUNN et al., 2013). O estresse relacionado à homofobia é considerado a variável preditora mais importante para a ocorrência de dificuldades em pessoas LGB, como problemas familiares, ansiedade e depressão (DUNN et al., 2013). Pessoas estigmatizadas precisam se adaptar em maior nível às situações cotidianas do que os não-estigmatizados pois, conforme já referido, têm contato com estressores específicos ao grupo minoritário ao qual pertencem e que se somam aos estressores cotidianos comuns a todas as pessoas (DUNN et al., 2013). Por exemplo, a relação com familiares e amigos é comprometida pelo status de minoria, assim como a busca por empregos, exigindo um maior esforço por parte de pessoas LGB para se adaptar a este tipo de situação (PACHANKIS et al., 2015). Neste sentido, o Estresse de Minorias funciona como um estresse adicional aos estressores do cotidiano, com os quais todos os tipos de pessoa convivem: todos podem se casar, se divorciar, ser admitidos em um emprego ou demitidos, mas apenas pessoas LGB experienciam estes eventos a partir de seu status de minoria.

O conceito de Estresse de Minorias funciona como uma importante ferramenta para a compreensão das condições internas e externas vividas por indivíduos LGB, tais como expectativas de rejeição, discriminação, ocultação da sexualidade versus saída do armário, construção de uma identidade LGB, homofobia internalizada, entre outros (MEYER, 2003). A Teoria do Estresse de Minorias foi desenvolvida por Meyer (2003), nos Estados Unidos, no início dos anos 2000, com o objetivo de sistematizar as condições específicas vividas por pessoas LGB, e explicar de que modo tais condições impactariam em desfechos positivos e negativos de saúde mental neste grupo. A Teoria do EM propõe três tipos de estressores: 1) experiências de vitimização, caracterizada pelo preconceito, violência, rejeição e agressão relacionadas à orientação sexual; 2) homofobia internalizada, relacionada a ideias aversivas de uma pessoa LGB acerca de sua própria sexualidade); e 3) ocultação da orientação sexual, quando esconde sua identidade LGB de si e/ou de outros (MEYER, 2003). Trata-se de um

dos modelos teóricos mais utilizados para explicar de que forma os processos de estigmatização podem estar relacionados aos desfechos negativos proeminentes na saúde mental de pessoas LGB (PACHANKIS et al., 2015).

A EM é interseccional, pois defende que quanto mais status de minoria se acumularem (por exemplo, raça/etnia, classe social e orientação sexual), mais prejuízos na saúde mental a pessoa terá (PACHANKIS et al., 2015). No entanto, cabe destacar que a teoria do EM foi desenvolvida especificamente para pessoas LGB, tendo sido adaptada recentemente para outros grupos minoritários como a população transgênero (HENDRICKS & TESTA, 2012; TEBBE & MORABI, 2016) e pessoas LGB não-brancas (HAYES et al., 2011). Essa adaptação é necessária pois os estressores serão diferentes e específicos para cada tipo de minoria (MEYER, 2003).

Lea, de Wit e Reynolds (2014) realizaram um estudo com o objetivo de testar relações entre o EM e estresse psicológico, suicídio e abuso de substâncias em pessoas LGB da Austrália. Os pesquisadores encontraram evidências de que estar exposto a estressores crônicos em decorrência de ser uma minoria está associado a níveis mais baixos de saúde mental, embora não tenham encontrado relação direta do EM com especificamente abuso de substâncias. Velez, Moradi e Brewster (2013) testaram a teoria do EM em contexto organizacional, verificando se existia associação entre o EM, estresse psicológico e menores níveis de relação entre o trabalho: os resultados indicaram que as variáveis estão relacionadas. Dunn et al. (2013) testaram o modelo teórico do EM numa amostra de homens gays e bissexuais brasileiros. O estudo buscou verificar se o EM poderia prever sintomas depressivos, e qual seria o impacto da resiliência na relação entre o EM e a depressão. Os resultados mostraram que experiências de vitimização e homofobia internalizada predisseram sintomas depressivos, mas a ocultação da orientação sexual não apresentou o mesmo impacto. A resiliência, neste estudo, funcionou como moderadora da relação entre ocultação da orientação sexual e sintomas depressivos em homens gays e bissexuais.

O conceito de EM também permite investigar a maneira com que essas condições estão associadas à saúde mental de indivíduos LGB. Burton et al. (2013) verificaram em um estudo longitudinal com aplicações de questionários em um intervalo de seis meses que experiências de vitimização estão associadas a sintomas depressivos e ideação suicida em jovens LGB. Estes resultados estão de

acordo com os achados de Parra et al. (2016), que apontou associação entre EM, níveis elevados de cortisol diurno e maiores índices de depressão. Neste contexto, é válido também compreender de que maneira os componentes do EM (experiências de vitimização, homofobia internalizada e ocultação da orientação sexual) se comportam individualmente com as demais variáveis do modelo teórico.

Estar em contato com experiências de vitimização, de ordem verbal ou física, pode afetar a saúde mental de um grupo estigmatizado (MEYER, SCHWARTZ, & FROST, 2008). A vitimização pode estar associada a altos níveis de ansiedade e depressão (BIRKETT, ESPELAGE, & KOENIG, 2009). E experiências de discriminação em contexto escolar, por sua vez, estão associadas a prejuízos na saúde mental em pessoas LGB, assim como a ideação suicida em jovens gays e bissexuais (RUSSELL et al., 2011). Esta associação entre vitimização e saúde mental pode ser explicada a partir do constante estado de alerta a que uma pessoa LGB está submetida, treinada a esperar reações hostis de todas as pessoas (LEVOUNIS, DRESCHER, & BARBER, 2014). A expectativa de rejeição faz sentido, uma vez que a violência contra pessoas LGB pode ser proveniente dos mais diversos meios: familiar, escolar ou profissional, de amigos e de desconhecidos (BORRILLO, 2010). Além disso, a posição de minoria funciona como um fator de vulnerabilidade, uma vez que a pessoa LGB está constantemente exposta a situações de violência (DUNN et al., 2013). Assim, pessoas LGB estão submetidas ao estresse gerado não apenas pela hostilidade em si, mas também pela antecipação de violências que possam vir a ocorrer cotidianamente (PACHANKIS & GOLDFRIED, 2006).

Outro componente do EM é a homofobia internalizada (HI). A HI pode culminar na rejeição da sexualidade e se caracteriza por um constante conflito entre ser LGB e o desejo de não o ser (HEREK, GILLIS, & COGAN, 2015). Assim, pessoas LGB com HI reconhecem a atração sexual por pessoas do mesmo gênero, mas podem experimentar emoções negativas ao senti-la e até mesmo buscar suprimi-la (DUNN et al., 2013).

Fatores socioambientais têm papel decisivo na formação das crenças de pessoas LGB a respeito de sua orientação sexual (BALSAM, MARTELL, & SAFREN, 2006). Indivíduos que fazem parte deste grupo por vezes crescem e vivem em ambientes altamente estressores, podendo haver discriminação e

estigma mesmo no núcleo intrafamiliar, o que não acontece com minorias étnicas, por exemplo (PACHANKIS et al., 2015). Além disso, a vivência do estresse pelo estigma social ajuda a fortalecer o filtro que tende a identificar mais depressa as situações ruins (STUBER, MEYER, & LINK, 2008). No processo do desenvolvimento da identidade LGB, é possível que as pessoas experienciem a HI e terminem por superá-la, mas em alguns casos esse processo de elaboração da identidade sexual pode não acontecer (FROST & MEYER, 2009). A homofobia internalizada pode ter impacto negativo no autoconceito de pessoas LGB de forma geral, chegando a afetar a saúde mental e o bem-estar dessas pessoas (HERRICK et al., 2013).

Por fim, o terceiro componente do EM, ocultação da orientação sexual, também pode funcionar como fonte de estresse para pessoas LGB (LEVOUNIS, DRESCHER, & BARBER, 2014). A sensação de não estar vivendo uma vida autêntica pode gerar desconfortos que podem culminar em quadros depressivos ou ansiosos (PACHANKIS, COCHRAN, & MAYS, 2015). Isto acontece pois, além de não poder se expressar livremente, a pessoa LGB que oculta sua orientação sexual se mantém em um constante estado de atenção autofocada a fim de manter uma postura que não revele sua verdadeira orientação sexual (LEVOUNIS, DRESCHER, & BARBER, 2014). Neste sentido, parece haver uma relação entre a ocultação da sexualidade e o desenvolvimento de psicopatologias, como o transtorno de ansiedade social, por exemplo: a ansiedade social está associada à antecipação de eventos negativos de cunho discriminatório, bastante comuns entre pessoas LGB que ocultem sua orientação sexual (PACHANKIS & GOLDFRIED 2006). Porém, nem sempre a revelação da orientação sexual é garantia de eliminação de estresse: assumindo a sexualidade, a pessoa LGB está mais exposta a riscos de vitimização (DUNN et al., 2013). Neste sentido, ao se desassociar de um estressor, é possível acabar tendo mais contato com outro, a depender do contexto no qual a pessoa esteja inserida (PACHANKIS et al., 2015).

2.2 Fatores de risco e proteção ao Estresse de Minorias

Além dos componentes estressores acima discutidos, o modelo teórico do EM sugere alguns fatores moderadores na ocorrência do estresse vivenciado por indivíduos não-heterossexuais. Tais fatores exerceriam influência nas respostas de gays, lésbicas e bissexuais às vivências de estigmatização e discriminação,

afetando sua saúde mental (DUNN et al., 2013). Assim, os desfechos de saúde mental de pessoas LGB dependeriam não apenas dos níveis de EM apresentados, mas também de fatores individuais e sociais que poderiam atenuar ou agravar a experiência de existir como minoria (MEYER, 2003).

As relações interpessoais e o modo como os pares dos indivíduos LGB lidam com a homo ou bissexualidade têm sido estudados como fatores moderadores da relação entre o EM e a saúde mental das pessoas LGB (DOTY et al., 2010). A interação com os pares é um fator importante no contexto da pessoa LGB, uma vez que o suporte social está relacionado a uma redução do impacto negativo das experiências ligadas ao EM (WONG et al., 2014). Além disso, cabe destacar que o suporte social relacionado à orientação sexual e à condição de minoria pode ser algo mais difícil de ser encontrado entre pares heterossexuais de pessoas LGB (DOTY et al., 2010). Ou seja, pessoas heterossexuais podem prestar níveis similares de apoio, seja ele informativo, afetivo ou material, mas podem diminuir o nível de apoio quando a orientação sexual da pessoa LGB for o foco da demanda (por exemplo, os familiares de uma adolescente lésbica podem continuar a prover apoio material, como gerir os gastos ou cuidar dela em caso de doença, mas podem não querer falar sobre sua sexualidade, invisibilizando-a).

Neste contexto, o suporte social tem se mostrado um fator de proteção, diminuindo riscos de depressão e outros tipos de sofrimentos psíquicos (FREDRIKSEN-GOLDSSEN et al., 2013). Doty et al. (2010) avaliaram a relação do suporte social associado à orientação sexual aos índices de saúde mental de jovens LGB: os resultados revelaram associação entre altos níveis de suporte social à orientação sexual e menores índices de estresse psicológico e estresse derivado da condição de minoria de orientação sexual. Ainda, o suporte social se destacou como fator de risco ou proteção na relação entre estresse e saúde, associando-se a maior remissão de sintomas de depressão em pacientes diagnosticados (OZBAY et al., 2008) e a desfechos positivos de saúde mental (DOTY et al., 2010; OZBAY et al., 2008).

A qualidade da relação familiar pode contribuir, também, para a produção de saúde e doença mental nesses grupos (SOUZA, BAPTISTA, & ALVES, 2008), já que a aceitação familiar está relacionada a maiores níveis de autoestima e suporte social, além de estar negativamente relacionada à depressão, abuso de substâncias e ideação suicida entre pessoas LGB (RYAN et al., 2010). Donahue et

al. (2017), comparando gêmeos heterossexuais e não-heterossexuais, perceberam maior relação de fatores estressores familiares (genéticos e socioambientais) impactando mais a saúde mental dos respondentes não-heterossexuais do que seus irmãos heterossexuais. Ryan et al. (2008) encontraram maiores índices de suicídio, depressão e abuso de substâncias entre LGBs que também reportaram maior rejeição familiar quando comparados às pessoas LGB que apresentaram índices menores do mesmo tipo de rejeição (RYAN et al., 2008). Por outro lado, a aceitação familiar está associada a maior autoaceitação da orientação sexual e índices mais altos de revelação da orientação sexual (SHILO & SAVAYA, 2011), e a maiores níveis de bem-estar (SHILO & SAVAYA, 2011). Em jovens LGB, a aceitação dos pais parece estar associada ao desenvolvimento de identidades saudáveis (KATZ-WISE, ROSARIO, & TSAPPIS, 2016). Ademais, parece haver diferença entre os índices de suporte social associado à orientação sexual provenientes de família e amigos heterossexuais quando comparados a amigos não-heterossexuais (DOTY et al., 2010).

Além de suporte social geral e suporte familiar, o apoio da comunidade de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) também pode funcionar como fator protetivo ao estresse (FROST & MEYER, 2012). A conectividade comunitária é definida como a percepção de laços sociais recíprocos que um indivíduo estabelece com um grupo do qual faça parte (WHITLOCK, 2007). Este sentimento de proximidade a um grupo está associado a níveis mais altos de bem-estar, menores prejuízos na saúde mental (LEE, DEAN, & JUNG, 2008) e níveis mais baixos de homofobia internalizada, especialmente em áreas urbanas (MORANDINI et al., 2015; PUCKETT et al., 2015). A conectividade comunitária é entendida como uma estratégia de enfrentamento coletiva e está associada à compreensão de identidade, identidade coletiva e desfechos de saúde mental (KERTZNER, MEYER, & STIRRATT, 2009). Assim, o suporte familiar, a construção de uma nova rede de apoio social (muitas vezes chamada de segunda família ou nova família pelas pessoas LGB) e a identificação com outras pessoas LGB são elementos importantes no bem-estar de quem faz parte deste grupo (MEYER, 2013).

Pode-se destacar também os fatores protetivos de ordem individual (MEYER, 2003). As características da identidade de minoria, tais como valência e importância da orientação sexual, podem funcionar como fatores de risco ou

proteção no comprometimento da saúde mental de indivíduos LGB (MEYER, 2003). Neste sentido, os níveis de identidade social podem moderar a relação entre o EM e os desfechos de saúde mental. Uma identidade social fortalecida está associada a índices mais altos de autoestima e de autoestima grupal (MEYER, 2003; SENOS, 1997). Outro fator individual que pode funcionar como proteção no desenvolvimento de psicopatologias é a autoestima (ROSENBERG et al., 1995). A autoestima está associada a maiores índices de bem-estar e de satisfação com a vida (FREIRE & TAVARES, 2011), e ao desenvolvimento de estratégias de coping para situações específicas (ANTONIAZZI, SOUZA, & HUTZ, 2009).

As relações estabelecidas entre indivíduo e contexto interferem no desenvolvimento do autoconceito positivo (SCHULTHEISZ & APRILE, 2015). Em indivíduos LGB, a autoestima está associada a menores índices de homofobia internalizada e de experiências de vitimização (BLAIS, GERVAIS, & HÉBERT, 2014). Características individuais como a personalidade também podem impactar a relação entre o EM e os desfechos de saúde mental (MEYER, 2003). Estudos baseados no modelo dos cinco grandes fatores de personalidade (Big Five Model, CATTELL, 1965) sugerem que pessoas LGB com altos níveis de EM apresentam maiores índices de neuroticismo e menores índices de extroversão, sociabilidade, abertura e conscienciosidade quando comparados a pessoas LGB com menores índices de EM (LIVINGSTON et al., 2015). Além disso, os fatores extroversão e conscienciosidade podem impactar positiva e negativamente, respectivamente, os níveis de abuso de substâncias (LIVINGSTON et al., 2015) em indivíduos LGB.

2.3 Implicações da teoria do Estresse de Minorias para o campo da psicologia brasileira

No Brasil, ainda existe um forte discurso estigmatizador quanto à orientação não-heterossexual (SOUSA, 2017). Este discurso, como compreendido pela teoria do EM, tem implicações práticas na saúde mental de pessoas LGB (MEYER, 2003). A partir disso, em 1999, o Conselho Federal de Psicologia estabeleceu, por meio da Resolução nº 001/99, que os psicólogos não podem se engajar em fazeres que considerem a homossexualidade uma doença a ser curada ou uma problemática a ser revertida (CFP, 1999). Em 2017, um grupo de psicólogos recorreu à justiça contra a Resolução nº 001/99 (CFP, 1999), buscando

respaldo para que pudessem pesquisar e realizar terapias de conversão sexual (popularmente conhecida como cura gay; FLENTJE, HECK, & COCHRAN, 2014), isto é, conversão à heterossexualidade, caso assim fosse da vontade do cliente a buscar o serviço (SOUSA, 2017). Infelizmente, a justiça entendeu, por meio de liminar (LIMINAR Nº 2828091, 2017) que a autonomia e vontade do cliente são o fator primordial no estudo e implementação de práticas de reorientação sexual. Tal sentença abriu precedentes para o não impedimento de pesquisas sobre métodos de reversão da orientação sexual. Tal visão ignora os mecanismos do Estresse de Minorias que explicariam tal vontade, como a presença de homofobia internalizada, experiências de discriminação sofridas ao longo da vida e as próprias expectativas de rejeição social (MEYER, 2015). Para a população LGB, práticas desse tipo podem funcionar como reforçadoras do estigma contra orientações não-heterossexuais, que pode comprometer sua saúde mental, suas relações interpessoais e sua visão de si (PACHANKIS et al., 2015).

Enquanto profissionais de Psicologia, é imprescindível perceber as razões que levam pessoas LGB a buscarem uma possível reorientação sexual. Uma pessoa que experiencie altos índices de vitimização e homofobia internalizada, por exemplo, pode ter suas expectativas de rejeição ampliadas e buscar esse tipo de tratamento a fim de ser aceita. Além disso, a rejeição familiar também pode ser um fator que leva pessoas LGB a buscarem terapias de reorientação sexual (FLENTJE, HECK, & COCHRAN, 2014). Assim, é fundamental que as práticas profissionais dos psicólogos frente à população LGB sejam baseadas em evidências científicas e respaldadas eticamente (PACHANKIS et al., 2015). Sabe-se que as práticas de reorientação sexual, além de serem reflexo do preconceito e do estigma presentes na sociedade, parecem gerar ônus naqueles que são submetidos ou se submetem a elas, levando-os a maior homofobia internalizada, ansiedade e depressão (FLENTJE, HECK, & COCHRAN, 2014).

Em decorrência da heteronormatividade, as práticas psicológicas ainda estão em processo de atualização e têm um caminho largo a progredir: muitas vezes, ao considerar a heterossexualidade como norma, invisibiliza-se a homo e a bissexualidade. Isto pode variar desde o oferecimento de tratamentos de reorientação sexual a pessoas LGB até a construção de instrumentos psicológicos com itens como “fico nervoso na presença de pessoas do sexo oposto” (MARTELL, SAFREN, & PRINCE, 2004). Até o DSM - IV (APA, 1994), sentir

ansiedade ao interagir com o sexo oposto era um sintoma de ansiedade social; portanto, instrumentos que avaliassem o transtorno poderiam apresentar itens relacionados ao tópico, assumindo que a sexualidade de todos é a heterossexual. Isto pode levar a vieses no processo de avaliação psicológica e na construção do instrumento em si, já que um item como este, por exemplo, não atinge homens gays e mulheres lésbicas, e possivelmente não mede ansiedade social em pessoas bissexuais. Assim, vale utilizar a teoria do EM na revisão de tais concepções com vistas à atualização dos diagnósticos e intervenções, de forma que não se perpetuem práticas psicológicas baseadas em modelos já ultrapassados de compreensão do mundo e das relações humanas, sejam elas em pesquisa ou na atuação clínica. Exemplos de como a teoria do EM pode auxiliar no planejamento de intervenções são o protocolo em terapia cognitivo-comportamental (TCC) desenvolvido por Pachankis et al. (2015), com o objetivo de promover o bem-estar em homens gays e bissexuais com altos índices de EM, e o estudo comparativo entre protocolos de TCC tradicional e terapia focada em compaixão em um grupo de pessoas LGB com sintomatologia depressiva (PEPPING et al., 2017). Estes protocolos podem auxiliar na dissolução e/ou reestruturação de crenças distorcidas que pessoas LGB tenham a respeito de si, dos outros e do mundo, tal como auxiliar a quebra de padrões comportamentais disfuncionais em pessoas deste grupo. Além disto, intervenções com pais e familiares próximos de pessoas LGB podem ser uma prática afirmativa que utiliza a teoria do Estresse de Minorias como base, agindo em um dos fatores moderadores do EM com os desfechos de saúde mental: o suporte familiar (DONAHUE et al., 2017). A proposta deste tipo de intervenção é orientar pais e familiares a respeito de a homo ou bissexualidade ser uma expressão natural da sexualidade humana, e alertá-los a respeito dos mecanismos de EM a que pessoas LGB são submetidas, de forma que munidos destas informações possam mudar comportamentos e ideias. No Brasil, pode ser interessante o desenvolvimento de protocolos e propostas interventivas que façam sentido quanto a demandas específicas de pessoas LGB do país.

2.4 Considerações finais

O EM pode ser entendido como um estresse decorrente da condição de minoria social de alguns grupos (MEYER, 2003). Neste estudo, explorou-se o EM referente a minorias sexuais, ou seja, o estresse experienciado por aqueles

indivíduos que se entendem como não-heterossexuais. Conforme exposto, a teoria do EM é interseccional, ou seja, quanto mais status de minorias um indivíduo possuir, maiores serão as chances de que ele tenha sua saúde mental comprometida. Assim, no presente trabalho foram destacados alguns estressores de minorias e fatores de risco e proteção, como suporte familiar, autoestima, conectividade comunitária, entre outros. Obviamente, tendo sido uma revisão teórica não-sistemática, não se pôde objetivar mais do que uma breve exposição do tema. Porém, mesmo com limitações, o presente artigo apresentou o modelo teórico do EM em indivíduos LGB, já que se trata de um tema ainda pouco conhecido no contexto brasileiro. O EM pode ser útil no desenvolvimento de pesquisas de caráter transversal, como avaliações de saúde mental e fatores protetivos e de risco de pessoas LGB, a fim de se construir uma compreensão mais ampla das condições de vida deste grupo no Brasil. Ademais, compreender de que forma esta teoria explica os desfechos de saúde mental comprometidos de pessoas LGB pode auxiliar na elaboração de planos interventivos, de ordem clínica ou social, com o objetivo de minimizar os efeitos do preconceito naqueles que já estão submetidos a ele.

3

Artigo Empírico: Impacto da orientação sexual, do suporte familiar e social no Estresse de Minorias em pessoas LGB

3.1 Introdução

A teoria do Estresse de Minorias (EM) defende que grupos minoritários estão em posição de vulnerabilidade psicossocial por estarem expostos a estressores crônicos específicos, derivados de sua condição de minoria (MEYER, 2003). Isto significa que pessoas que fazem parte de grupos estigmatizados podem apresentar menores índices de bem-estar e maior ansiedade e depressão, por exemplo, do que pessoas com as mesmas características sociodemográficas que não sofram estigmatização. O estresse pode ser entendido como uma reação de adaptação do organismo frente a algum evento que o tenha tirado da estabilidade (SELYE, 1973). O estresse, quando crônico, está associado ao desenvolvimento de psicopatologias tais como ansiedade e depressão (McEWEN, 2006). Lésbicas, gays e bissexuais (LGB) podem apresentar maiores níveis de comprometimento da saúde mental quando comparados a pessoas heterossexuais (CARR & PEZZELA, 2017). O estigma estrutural parece estar associado a prejuízos na saúde mental de jovens LGB (HATZENBUEHLER, 2016). Assim, minorias sexuais podem apresentar demandas particulares a partir de sua experiência. O modelo teórico do EM defende a existência de estressores distais e proximais para pessoas LGB, sendo eles: experiências de vitimização, homofobia internalizada e ocultação da orientação sexual (MEYER, 2003). Experiências de vitimização são o estressor distal da teoria, e se referem a toda experiência de violência e discriminação sofrida, seja verbal ou física; os estressores proximais são homofobia internalizada e ocultação da orientação sexual (DUNN et al., 2013).

Experiências com vitimização parecem estar associadas ao desenvolvimento de sintomas tais como ansiedade e depressão (BIRKETT, ESPELAGE, & KOENIG, 2009). A vitimização verbal, como a repetição de apelidos negativos, parece estar associada a estresse psicológico e abuso de substâncias em adolescentes LGB (TUCKER et al., 2016). De acordo com um estudo longitudinal norteamericano desenvolvido entre os anos de 1995 e 2015, houve diminuição das experiências de vitimização de pessoas LGB em ambiente

escolar no período de tempo observado, mas os índices seguiram maiores do que os de pessoas heterossexuais (OLSEN et al., 2017) A discriminação em contexto escolar está ligada a ônus na saúde mental e ideação suicida em jovens LGB (RUSSELL et al., 2011). Pessoas LGB parecem apresentar maiores índices de assédio sexual no trabalho e menor recebimento de apoio da instituição quando comparadas a pessoas heterossexuais, além de reportarem maiores níveis de estresse pós-traumático e depressão e menores níveis de autoestima coletiva (SMITH, CUNNINGHAM, & FREYD, 2016). As experiências de vitimização variam de acordo com as características de minoria de cada indivíduo (MEYER, 2003). Em um estudo comparativo entre pessoas LGB brancas e hispânicas, por exemplo, descobriu-se que mulheres brancas apresentaram menores índices de discriminação ao longo da vida (KIM & FREDRICKSEN-GOLDSSEN, 2016).

A revelação da orientação sexual (ou “sair do armário”) está associada a níveis mais altos de bem-estar (LEGATE, RYAN, & ROGGE, 2017). Isto pode acontecer pois, embora ao ocultar a orientação sexual a pessoa LGB possa evitar contato com eventos de discriminação, escondê-la pode ter efeitos igualmente negativos (QUINN, 2017). Ocultar a orientação sexual está associado ao desenvolvimento de quadros de depressão e ansiedade (PACHANKIS, COCHRAN, & MAYS, 2015), além de estar associada a expectativas de rejeição e ao desenvolvimento de patologias, como o transtorno de ansiedade social (PACHANKIS & GOLDFRIED, 2006). Estar no armário também parece estar associado ao desenvolvimento de condições crônicas de saúde física (HOY-ELLIS & FREDRICKSEN-GOLDSSEN, 2017). A autenticidade frente à orientação sexual parece impactar no bem-estar de pessoas LGB (RIGGLE et al., 2017).

O estigma pode ocorrer em diferentes níveis (HATZENBUEHLER, 2017). A homofobia internalizada (HI) (ou estigma internalizado) é a hostilidade da pessoa LGB em relação à sua própria orientação sexual (FROST & MEYER, 2009). O estresse decorrente da condição de minoria pode estar associado ao fortalecimento de filtros interpretativos negativos relacionados à condição de minoria (STUBER, MEYER, & LINK, 2008). Por impactar a imagem que as pessoas LGB têm de si, a HI pode afetar negativamente a saúde mental e o bem-estar deste grupo (HERRICK et al., 2013).

A teoria do EM considera fatores comunitários e individuais que podem

funcionar como moderadores da relação entre os estressores de minorias e os desfechos de saúde mental (MEYER, 2003). Alguns destes fatores são o suporte social e o suporte familiar. Suporte social, sendo definido como a percepção de um indivíduo de ser parte de um grupo que o estima e apóia, tem sido indicado como um importante moderador do estresse (COBB, 1976; MEYER, 2003; WATSON, GROSSMAN, & RUSSELL, 2016). Já o suporte social está associado ao bem-estar subjetivo de pessoas LGB (DETRIE & LEASE, 2008). A ausência de suporte social parece estar associada a desfechos negativos de saúde mental em pessoas LGB quando comparadas aos heterossexuais (BRÄNSTRÖM, HATZENBUEHLER, & PACHANKIS, 2016). O suporte social está associado a menores índices de conflito interpessoal para pessoas LGB (WINDERMAN, MARTIN, & SMITH, 2017). No estudo de Frost, Meyer e Schwartz (2016), comparações entre pessoas de diferentes orientações sexuais indicaram que, embora heterossexuais e LGBs tendam a recorrer mais a amigos com orientação sexual similar à deles próprios do que à família, quando se trata de maiores níveis de suporte, homens gays e bissexuais tendem a buscar apoio em pares, enquanto mulheres lésbicas tendem a recorrer à família de origem. Em pessoas bissexuais, o suporte social pode funcionar como preditor de bem-estar e depressão, enquanto o suporte social especificamente relacionado à sexualidade esteja negativamente associado à internalização de atitudes negativas frente à bissexualidade (SHEETS & MOHR, 2009).

O suporte familiar, especificamente, também parece estar relacionado aos desfechos de saúde mental, como maiores níveis de bem-estar e maior resiliência frente ao estresse (BUCHANAN & McCONNELL, 2016). A composição familiar (família de origem, família por escolha ou mescla das duas) parece estar associada a sintomas de depressão e ansiedade em homens gays e bissexuais (SOLER et al., 2017). No estudo de Feinstein et al. (2014), o suporte familiar funcionou como fator protetivo contra o desenvolvimento de homofobia internalizada em lésbicas e homens gays. Em homens bissexuais, o apoio dos pais está associado a menores índices de estresse derivado da revelação da orientação sexual para os demais membros da família (POLLITT et al., 2017). A rejeição familiar está associada a menores índices de saúde mental em pessoas LGB (RYAN et al., 2009), a maiores índices de estresse psicológico e a menores índices de bem-estar (SHILO & SAVAYA, 2011). Em homens gays e bissexuais jamaicanos, a rejeição familiar

também parece ser preditora de maiores níveis de depressão (WHITE et al., 2016). A idade, por outro lado, parece funcionar como um moderador das fontes de suporte social para pessoas LGB que também são parte de minorias étnicas: quanto mais velhos, menos os integrantes deste grupo parecem buscar respaldo familiar, sugerindo maior isolamento da família de origem (WISE et al., 2017). O suporte familiar parece funcionar como um fator protetivo frente ao desenvolvimento de psicopatologias em jovens LGB portugueses (FREITAS et al., 2015).

Compreende-se que pessoas bissexuais apresentam maiores índices de comprometimento na saúde mental quando comparadas a lésbicas e gays (POLLITT et al., 2017). Isto parece estar associado à dificuldade de bissexuais serem aceitos por seus pares monossexuais, sejam eles heterossexuais ou gays e lésbicas (ROSS, DOBINSON, & EADY, 2010). Assim, o presente estudo objetivou verificar o impacto da orientação sexual nos níveis de três estressores de minorias, sendo eles: experiências de vitimização, homofobia internalizada e ocultação da orientação sexual. Além disso, buscou-se verificar o papel moderador de suporte social e suporte familiar na relação entre as variáveis supracitadas.

3.2 Método

Participantes

Participaram deste estudo 715 pessoas LGB, das quais 29,1% afirmaram ser lésbicas ($n = 208$), 32,2% gays ($n = 230$) e 38,8% bissexuais ($n = 277$). Suas idades variaram de 18 a 70 anos ($M = 24,14$; $DP = 7,18$). Quanto à identidade de gênero, 35,8% eram homens ($n = 256$), 60,9% mulheres ($n = 436$) e 3,2% se auto-declararam pessoas trans não-binárias ($n = 23$). Quanto ao local de moradia, 85% ($n = 608$) dos respondentes declarou viver em capitais, 88,4% afirmou ser assumido ($n = 632$) e 69,4% disse ser branco ($n = 496$). Foram coletados dados de todas as regiões do país, sendo 75,4% dos respondentes da região Sudeste ($n = 539$).

Instrumentos

Questionário sociodemográfico: Desenvolvido para o presente estudo, buscou coletar informações sociodemográficas, como: orientação sexual,

identidade de gênero, sexo, religião, idade, estado civil, renda, nível de instrução, região de moradia etc.

Experiências com Vitimização (versão brasileira adaptada por DUNN et al., 2013): O instrumento consiste em sete itens referentes a experiências de violência física ou verbal decorrentes da homofobia. O indivíduo marca um “x” na opção que melhor descreva com que frequência uma situação acontece ou tenha acontecido em sua vida. No presente estudo, a fidedignidade foi medida pelo alfa de Cronbach (0,69) e a estrutura fatorial sugerida pela análise fatorial foi unifatorial (método Hull; KMO = 0,796; $X^2 [21] = 897,5$; $p < 0,001$).

Sentimentos frente à homossexualidade/bissexualidade (versão brasileira adaptada por DUNN et al., 2013): Este instrumento consiste em sete itens sobre os sentimentos do respondente a respeito de sua própria orientação sexual. As opções de resposta variam em uma escala de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Quanto menor o escore, maior será sua homofobia internalizada. No presente estudo, a fidedignidade foi medida pelo alfa de Cronbach (0,69) e a estrutura fatorial sugerida pela análise fatorial exploratória foi unifatorial (método Hull; KMO = 0,692; $X^2 [21] = 722,9$; $p < 0,001$).

"Sair do Armário": Assumindo a Sexualidade (versão brasileira adaptada por DUNN et al., 2013): O instrumento consiste em quatro itens: família, amigos heterossexuais, amigos LGBT e colegas de trabalho. O indivíduo deve marcar se é assumido para ninguém, poucos, muitos, todos, ou se o item não se aplica. No presente estudo, a fidedignidade foi medida pelo alfa de Cronbach (0,71) e a estrutura fatorial sugerida pela análise fatorial exploratória foi unifatorial (método Hull; KMO = 0,668; $X^2 [6] = 693,5$; $p < 0,001$).

Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS; SIQUEIRA, 2008): O instrumento consiste em vinte e nove itens a respeito da percepção de suporte social do respondente. A escala de resposta varia de 1 a 4, onde 1 = nunca e 4 = sempre. O respondente deve pontuar a frequência com que obtém suporte emocional e prático de seus pares. No presente estudo, a fidedignidade foi medida pelo alfa de Cronbach (0,96) e a estrutura fatorial sugerida pela análise fatorial exploratória foi unifatorial (método Hull; KMO = 0,964; $X^2 [378] = 14495,9$; $p < 0,001$).

Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF; BAPTISTA, 2005): O instrumento consiste em quarenta e dois itens a respeito da percepção de

suporte familiar do respondente. A escala de resposta é tipo Likert, com três pontos: quase nunca ou nunca, às vezes e quase sempre ou sempre. No presente estudo, a fidedignidade foi medida pelo alfa de Cronbach (0,67) e a estrutura fatorial sugerida pela análise fatorial exploratória foi trifatorial (método Hull; KMO = 0,960; $X^2 [861] = 15674,2$; $p < 0,001$).

Procedimentos de coleta de dados

Os participantes foram recrutados em grupos de militância e ativismo de redes sociais a partir da técnica da bola de neve (PATTON, 1990), em que os participantes indicaram a pesquisa a seus pares. Foram incluídos todos os que se identificassem como lésbicas, gays e bissexuais, com idade superior a 18 anos. Os dados foram coletados virtualmente entre os meses de março e julho de 2017.

Procedimentos de análise de dados

Estatísticas descritivas (média, desvio padrão, frequência e porcentagem) foram conduzidas com o objetivo de avaliar a distribuição dos dados na amostra do presente estudo, tais como idade, identidade de gênero, orientação sexual, região de moradia, escolaridade e raça/etnia. Correlações de Pearson foram conduzidas com o objetivo de verificar as relações entre as variáveis. Uma *path analysis*, subtipo de modelagem por equações estruturais, com efeitos de moderação foi conduzida para testar as interações entre a orientação sexual e os estressores de minorias, além de testar o papel moderador do suporte familiar e do suporte social na relação entre as variáveis anteriormente citadas e o modelo teórico proposto (EM; Figura 1). O ajuste dos modelos foi avaliado a partir dos índices CFI, TLI e RMSEA. Os valores de CFI e TLI devem estar acima de 0,90. Valores de RMSEA devem estar abaixo de 0,08 (BROWN, 2006).

Procedimentos éticos

Este estudo seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Sua condução foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CAAE: 66479617.1.0000.5582). Na primeira página do questionário online, constava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Apenas os participantes que consentiam a participação tinham acesso ao conteúdo da pesquisa. Aqueles

que não consentissem eram redirecionados para o fim do questionário. Os participantes foram informados a respeito dos riscos e dos benefícios de responder ao estudo, além da garantia de que poderiam retirar seu consentimento, sem prejuízo, a qualquer momento.

3.3 Resultados

Inicialmente, foram realizadas estatísticas descritivas e de frequência das variáveis (Tabela 1). Pode-se perceber que os índices dos estressores de minorias apresentados estão abaixo da média, enquanto os níveis de suporte social e suporte familiar parecem estar em nível médio. A maioria dos participantes, portanto, relatou apresentar baixos níveis de vitimização, homofobia internalizada e ocultação da orientação sexual, e médios de suporte social e familiar.

Tabela 1. Estatísticas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Orientação sexual	715	1,00	3,00	2,06	0,84
Suporte social	715	31	116	75,80	18,17
Suporte familiar	715	46	124	86,26	17,31
Homofobia internalizada	715	7,00	43,00	17,01	6,32
Vitimização	715	7,00	24,00	10,23	3,18
Ocultação da orientação sexual	715	4,00	20,00	15,11	3,21

Para avaliar as diferenças de média de vitimização, homofobia internalizada, ocultação da orientação sexual, suporte familiar e suporte social entre lésbicas, gays e bissexuais, foram realizadas análises multivariadas de variância (MANOVAs), implementadas a partir de procedimentos de re-amostragem (*bootstrapping* de 1000 re-amostragens, com intervalo de confiança de 99%). O procedimento de re-amostragem foi utilizado com o objetivo de assegurar mais confiabilidade aos resultados, e sanar possíveis desvios de distribuição de normalidade dos dados, incompatibilidade nos tamanhos dos grupos (HAUKOOS & LEWIS, 2005).

Foram encontradas diferenças entre os grupos quanto a: vitimização ($F(2, 714) = 38,85; p < 0,001; d = 0,098$); homofobia internalizada ($F(2,714) = 8,29; p < 0,001; d = 0,023$); ocultação da orientação sexual ($F(2,714) = 40,95; p < 0,001; d = 0,103$); suporte familiar ($F(2,714) = 6,91; p < 0,01; d = 0,018$); e suporte

social ($F(2,714) = 6,52; p < 0,01; d = 0,019$). As diferenças grupo a grupo foram verificadas a partir de testes post-hoc (Tabela 2).

Tabela 2. Testes post-hoc de comparação entre grupos de gays, lésbicas e bissexuais

Variável dependente	Orientação sexual	Diferença de médias	Erro padrão	p	Intervalo de confiança de 99%		
					Lower Bound	Upper Bound	
Homofobia internalizada	Gay	Lésbica	1,370	0,598	0,067	-0,393	3,134
		Bissexual	-0,968	0,558	0,250	-2,612	0,676
Vitimização	Lésbica	Bissexual	-2,339*	0,574	0,000	-4,030	-0,647
		Lésbica	0,830	0,289	0,013	-0,021	1,682
Ocultação da orientação sexual	Gay	Bissexual	2,327*	0,269	0,000	1,534	3,122
		Lésbica	1,497*	0,277	0,000	0,681	2,314
Suporte familiar	Gay	Lésbica	0,747	0,291	0,031	-0,110	1,605
		Bissexual	2,382*	0,271	0,000	1,582	3,181
Suporte social	Lésbica	Bissexual	1,634*	0,279	0,000	0,812	2,457
		Lésbica	5,883*	1,642	0,001	1,05	10,72
Suporte social	Gay	Bissexual	1,416	1,531	1,000	-3,09	5,93
		Lésbica	-4,466	1,575	0,014	-9,10	0,17
Suporte social	Gay	Lésbica	-1,986	1,725	0,750	-7,07	3,10
		Bissexual	-5,684*	1,609	0,001	-10,42	-0,95
Suporte social	Lésbica	Bissexual	-3,698	1,654	0,077	-8,57	1,17

*F(1, 161) = 161,2306/CA

PUC-Rio - Certificação Digital N° 1612306/CA

A fim de analisar mais profundamente as relações entre as variáveis, foi realizada uma *path analysis*, subtipo de modelagem por equações estruturais, utilizando todos os indicadores acima descritos. O objetivo desta análise foi verificar o impacto da orientação sexual nos indicadores de EM. Inseriu-se como variáveis moderadoras os índices de suporte social e familiar. Para utilizar a variável orientação sexual como variável independente, construiu-se duas variáveis “dummy”, ORIENT1 (gay = 1; lésbica e bissexual = 0) e ORIENT2 (lésbica = 1; gay e bissexual = 0). Uma variável “dummy” é criada quando o objetivo é transformar uma variável categórica em variável numérica binária (em zeros e um; Field, 2009). Desta forma, foram realizadas duas *path analysis*, de modo que o valor a ser subtraído da relação entre ORIENT1 e ORIENT2 fosse inteligível como o impacto da bissexualidade nos indicadores do EM (HI, VIT e

OOS). Os índices de ajuste da *path analysis* com multimoderação de ORIENT1 foram: $\chi^2 = 390,030$; $df = 12$; RMSEA (90% IC) = 0,000; CFI = 1,000; TLI = 1,000]. Os índices de ajuste da *path analysis* com multimoderação de ORIENT2 foram: $\chi^2 = 325,995$; $df = 12$; RMSEA (90% IC) = 0,000; CFI = 1,000; TLI = 1,000] (Figura 1).

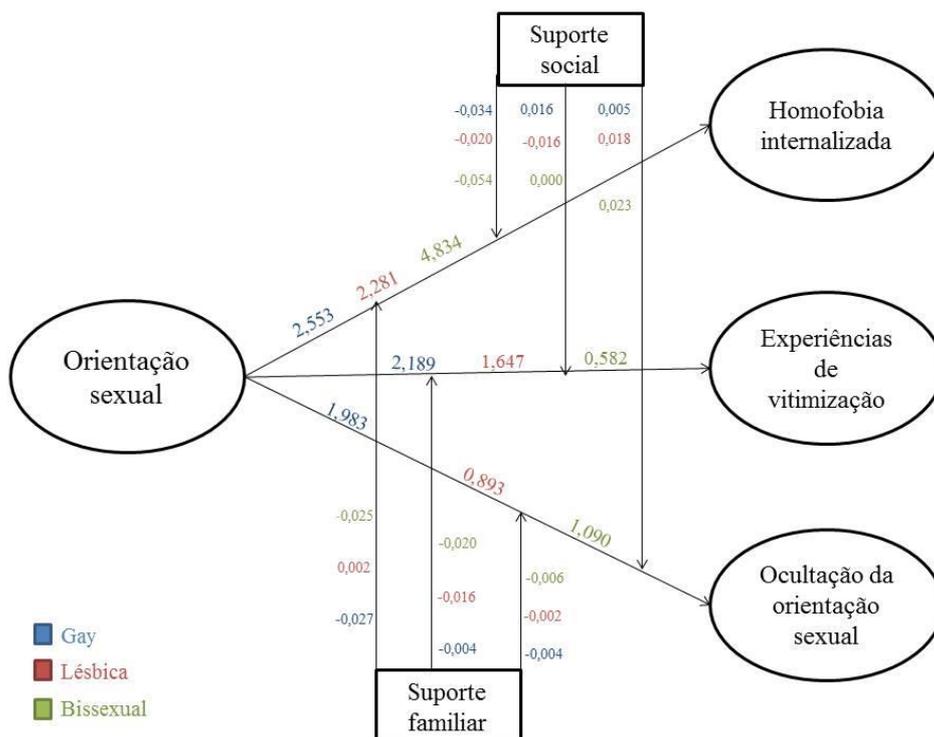


Figura 1. Modelo de *path analysis* das relações estatisticamente não significativas entre ORIENT, HI, VIT e OOS, moderados por SS e SF, com $*p > 0,05$.

Conforme ilustra a figura 1, nenhuma variável apresentou impacto significativo nas demais ($p > 0,05$). Portanto, a orientação sexual dos respondentes não parece impactar diferencialmente em seus níveis de HI, VIT e OOS ($p > 0,05$). Ademais, SS e FAM parecem não ter moderado a relação entre as variáveis já citadas ($p > 0,05$).

3.4 Discussão

Neste estudo, buscou-se investigar como a orientação sexual poderia impactar nos níveis de homofobia internalizada, experiências de vitimização e ocultação da orientação sexual em uma amostra de homens e mulheres gays, lésbicas e bissexuais. Os resultados da *path analysis* demonstraram que a

orientação sexual não apresentou impacto significativo nos níveis dos estressores de minorias. Ou seja, a hipótese inicial de que as diferentes orientações sexuais da amostra impactariam de formas diferentes em seus níveis de homofobia internalizada, experiências de vitimização e ocultação da orientação sexual foi refutada. Os resultados não estão de acordo com a literatura, considerando que pessoas bissexuais parecem apresentar índices mais altos de Estresse de Minorias e comprometimento da saúde mental quando comparadas a gays e lésbicas (KATZ-WISE, MEREISH, & WOULFE, 2016). Mulheres bissexuais, por exemplo, parecem ter índices mais altos de transtornos alimentares e abuso de substâncias quando apresentam altos níveis de Estresse de Minorias (EM; MOLINA et al., 2015; WATSON et al., 2016).

Uma possível razão para tais resultados pode ser o baixo nível de estressores de minorias da amostra participantes do presente estudo. Como já mencionado, os respondentes relataram baixos níveis de experiências de vitimização, homofobia internalizada e ocultação da orientação sexual. Em um grupo com índices baixos de estressores de minorias, pode ser que a orientação sexual realmente não impacte nestes desfechos. Como a própria teoria do EM afirma, quanto mais integrada for a identidade de minoria, menores serão os índices de estresse e o comprometimento da saúde mental (MEYER, 2003). Pessoas LGB com alta integração da identidade provavelmente não terão sua orientação sexual como variável-chave para os desfechos de baixa homofobia internalizada, baixa ocultação da orientação sexual e pouca experiência de vitimização (MEYER, 2003). Assim, a partir dos resultados encontrados, compreende-se que para uma amostra com níveis baixos de EM, não faz diferença ser gay, lésbica ou bissexual. Ao compreender saúde não apenas como ausência de patologias, mas como ausência de patologias somada a níveis elevados de bem-estar (OMS, 1946), fica mais claro como uma teoria que trabalha com conceitos negativos como estresse, identidade de minoria e comprometimento de saúde mental não se aplica a um recorte de pessoas LGB que não apresenta as condições tradicionais de grupos minoritários.

Com uma identidade integrada e um contexto não-aversivo, pode ser que os respondentes tenham encontrado recursos individuais e coletivos para que sua condição de minoria não fosse um fator determinante em seus desfechos de saúde mental. O conceito de empoderamento pode ajudar na compreensão desta lógica:

empoderamento pode ser compreendido como um processo ou mecanismo que permite que indivíduos tenham domínio sobre suas vidas (RAPPAPORT, 1984). Iniciativas mais recentes de terapia LGB-afirmativa, como o estudo de Pachankis et al. (2015) de um tratamento transdiagnóstico para EM em Terapia Cognitivo-Comportamental, propõem o empoderamento como uma estratégia de enfrentamento útil para pessoas que fazem parte de minorias. No estudo citado acima, a proposta de intervenção, chamada ESTEEM (sigla para *Effective Skills to Empower Effective Men*, ou “Habilidades eficazes para empoderar homens eficientes”), destaca estratégias para o empoderamento de homens gays e bissexuais com altos índices de EM (PACHANKIS et al., 2015). Portanto, o empoderamento parece ser uma ferramenta fundamental para desfechos positivos de saúde mental em pessoas LGB. Em uma amostra empoderada como a do presente estudo, faz sentido que a orientação sexual não impacte os índices de EM.

Neste sentido, pode ser imprescindível compreender quais são as características dos participantes do presente estudo: a amostra foi composta majoritariamente por mulheres (60,7%) jovens ($M = 24,4$ anos; $DP = 7,18$ anos), brancas (69,4%), sexualmente assumidas (88,4%), universitárias ou com ensino superior completo (69,8%), de classe média (69,5%), moradoras da área urbana (85%). Assim, o conceito de empoderamento parece fazer ainda mais sentido para os resultados encontrados. Sabe-se que mulheres com altos níveis de bem-estar tendem a ter maior engajamento ao responder pesquisas sobre saúde mental do que homens, o que aumenta as chances de a maioria das respostas completas neste questionário ter sido de mulheres (DAMÁSIO, GOLART, & KOLLER, 2015). Embora mulheres lésbicas e bissexuais sejam tidas como parte de duas minorias (isto é, de gênero e de orientação sexual; MEYER, 2003), possivelmente seus índices de bem-estar e integração da identidade sexual foram superiores aos de seus pares do gênero masculino, o que pode tê-las levado a ser maioria de respondentes na presente amostra. Além disto, pode-se destacar o fato de a maioria da amostra ser universitária ou possuir ensino superior completo. Altos níveis de instrução estão associados a menores índices de preconceito (MAYKOVITCH, 1975), o que pode ter contribuído para os baixos níveis de EM dos respondentes. Ademais, a renda também pode funcionar como um fator protetivo frente ao EM, já que altos níveis de renda estão associados a atitudes

mais positivas em relação a pessoas LGB (CORRALES, 2015). Como a maioria dos respondentes afirmou ser de classe média, é possível que esta seja mais uma das condições para índices tão positivos de EM na amostra. A região de moradia dos participantes também deve ser destacada: a maioria relatou viver em área urbana, o que parece estar associado a menores níveis de homofobia e conservadorismo (BAREFOOT et al., 2015). Portanto, é possível assumir que os níveis de EM de pessoas LGB que morem nesta área sejam menores, facilitando a compreensão dos resultados encontrados neste estudo.

Os índices de suporte social (SS) e suporte familiar (SF) reportados pela amostra apresentaram nível médio nas escalas de respostas utilizadas. Sob a ótica da teoria do EM (MEYER, 2003), estes resultados são melhores do que o esperado para uma amostra de minoria sexual, sugerindo que a amostra possui recursos coletivos e contextuais de enfrentamento e uma rede de apoio razoável, não diferentes da população heterossexual, dada o nível médio dos índices de suporte social e familiar no presente estudo. O SS parece estar associado a desfechos positivos de saúde mental em geral (DETRIE & LEASE, 2008). Isto se aplica especialmente a pessoas que fazem parte de minorias sociais, uma vez que estes grupos muitas vezes, são vítimas de preconceito por parte da sociedade (MEYER, 2003). A ausência de SS está associado a maiores índices de dependência de substâncias em homens gays e bissexuais mais velhos (BRYAN, KIM, & FREDRIKSEN-GOLDSSEN, 2017). Níveis mais altos de renda parecem estar associados a maiores índices de SS e SF para pessoas LGB (McCONNELL, BIRKETT, & MUSTANSKI, 2015). Como a presente amostra reportou ser majoritariamente de classe média, os níveis de SS reportados, também médios, parecem condizentes com este dado. Assim, diversas condições do contexto podem ter contribuído para o empoderamento dos respondentes.

O SF, por sua vez, também parece estar associado a índices maiores de saúde mental e resiliência em grupos minoritários (BUCHANAN & McCONNELL, 2016). Em pessoas LGB, muitas vezes, este tipo específico de suporte não é encontrado, ao contrário do que acontece em minorias étnicas, por exemplo: ao se descobrir fora da norma da heterossexualidade, o indivíduo que faz parte de uma minoria sexual pode não contar com o apoio dos familiares (SOLER et al., 2017). Níveis mais altos de SF parecem estar associados a maior bem-estar entre pessoas LGB (SNAPP et al., 2015). A ausência de SF parece estar

associada a maior estresse na adolescência para LGBs (MCCONNELL, BIRKETT, & MUSTANSKI, 2016), e a níveis mais altos de sintomatologia depressiva e homofobia internalizada em gays e lésbicas (FEINSTEIN et al., 2014). Neste estudo, foram reportados níveis médios de SF pelos respondentes. Isto pode significar que a amostra parece possuir tanto SF quanto pessoas que não fazem parte de minorias sociais, encontrando respaldo em membros da família em proporções similares às de pessoas heterossexuais, por exemplo. Portanto, se as vivências dos respondentes em nada diferem de vivências de pessoas que não fazem parte de minorias, se pode concluir que seus níveis de EM também não serão afetados por ditas vivências. Se não há diferenças entre os níveis de SS e SF entre pessoas LGB e pessoas heterossexuais, dados os níveis de SS e SF reportados nesta pesquisa, de fato não se pode concluir que elas funcionem como moderadoras da relação entre orientação sexual e EM.

Além das razões supracitadas, é possível que a ausência de relações entre as variáveis tenha ocorrido por limitações do estudo. Os dados foram coletados por uma plataforma online, e a amostra se constituiu de respondentes não-clínicos com baixos níveis de HI, VIT e OOS, além de médios níveis de suporte social e familiar. A divulgação da pesquisa aconteceu por meio de grupos e coletivos LGBT em redes sociais, o que pode explicar o maior acesso daqueles com menores índices de EM, já que provavelmente são um grupo mais empoderado. Além disto, também é possível que as medidas usadas neste estudo não acessem a totalidade da experiência de ser parte de um grupo vulnerável socialmente. As medidas de HI, VIT e OOS não diferenciam os estressores de gays e lésbicas e os de pessoas bissexuais especificamente. Por isso, é fundamental que novos estudos sejam realizados, atentando para particularidades de cada um destes grupos. Neste sentido, a adaptação e construção de novos instrumentos, além da proposta de novas pesquisas, ambos mais específicos, podem ser iniciativas interessantes e potentes na compreensão do que é ser minoria sexual no Brasil, e quais são os fatores que podem funcionar como proteção ou risco no desenvolvimento de uma experiência de vida mais plena para pessoas LGB.

3.5 Considerações finais

O presente estudo buscou verificar o impacto da orientação sexual nos níveis de três estressores de minorias: homofobia internalizada (HI), vitimização

(VIT) e ocultação da orientação sexual (OOS) em lésbicas, gays e bissexuais (LGB) brasileiros. Além disso, também se objetivou avaliar a moderação de suporte social (SS) e suporte familiar (SF) na relação entre orientação sexual e estressores de minorias. A teoria do Estresse de Minorias (EM) afirma que pessoas que fazem parte de minorias sociais podem ter sua saúde mental comprometida em decorrência de estressores crônicos específicos, tais como HI, VIT e OOS (MEYER, 2003). Pessoas bissexuais parecem apresentar maior comprometimento da saúde mental quando comparadas a lésbicas e gays (POLLITT et al., 2017). Pode ser que isto se deva à dificuldade de bissexuais serem aceitos tanto por heterossexuais quanto por gays e lésbicas (ROSS, DOBINSON, & EADY, 2010). Neste estudo, não foram encontradas relações entre as variáveis. Isto pode ter ocorrido devido a características sociodemográficas dos respondentes. Pessoas LGB jovens, com altos índices de renda e instrução, moradoras de áreas urbanas parecem apresentar maiores níveis de suporte social e menor EM. Outra possível explicação para os resultados encontrados é o empoderamento da presente amostra: como os níveis de homofobia internalizada, vitimização e ocultação da orientação sexual foram baixos e os de suporte social e suporte familiar foram médios, pode-se concluir que as condições a que os respondentes estão submetidos diferem das clássicas condições de grupos minoritários. Por fim, destaca-se a possibilidade de os resultados encontrados estarem associados a um viés de resposta, podendo os dados ser superestimados devido a maiores taxas de respostas completas em questionários online tenderem a ser de pessoas com maiores níveis de bem-estar. O estudo também pode ter atingido pessoas com características sociodemográficas que funcionaram como fatores de proteção por ter sido divulgado por meio de plataforma online, o que certamente restringe a diversidade de respostas. Ressalta-se a importância de que mais pesquisas sobre o tema sejam feitas, por vias que diminuam os vieses destacados, para que a realidade diversa do país seja refletida nos dados, uma vez que a de áreas urbanas do Sudeste brasileiro parece refletir condições e recursos que provavelmente não são replicáveis em outros contextos.

Artigo Empírico: Impacto da homofobia internalizada e da conectividade comunitária nos desfechos negativos de saúde mental de pessoas LGB

4.1 Introdução

Estudos apontam que lésbicas, gays e bissexuais (LGB) apresentam níveis mais altos de depressão, ansiedade, abuso de substâncias e suicídio do que seus pares heterossexuais (JOHNS et al., 2013; PAKULA et al., 2016; PLÖDERL & FARTACER, 2005; SMITH et al., 2015). O estresse social vivenciado por esse grupo configura-se como um importante fator preditor de problemas de saúde mental (MEYER, 2013). Especificamente, o modelo do Estresse de Minorias (EM; MEYER, 2003) oferece uma importante base teórica para a compreender os níveis elevados de psicopatologias neste grupo. Este modelo defende a ideia de que pessoas que são parte de grupos estigmatizados possuem estressores específicos, que são adicionais aos estressores cotidianos os quais a população geral tem contato (DUNN et al., 2013). De acordo com Meyer (2003), os estressores, quando combinados com fatores individuais e de grupo, como apoio social, características de identidade LGB, conectividade comunitária e estratégias de coping, podem ter um impacto nos desfechos de saúde mental de pessoas LGB.

Um ambiente social hostil parece promover efeitos negativos na saúde mental de membros de grupos marginalizados (MEYER & DEAN, 1998). Uma das formas disto acontecer é por meio da internalização do estigma por pessoas LGB, provocando o que se entende por homofobia internalizada (HI; MEYER, 2003). A HI pode ser definida como o preconceito anti-LGB que foi internalizado por aquelas pessoas que são parte deste grupo minoritário (WILLIAMSON, 2000). Ou seja, HI é caracterizada como a atitude negativa e hostil apresentada por uma pessoa LGB em relação a si mesma e/ou a sua sexualidade (MEYER & DEAN, 1998). A HI tem sido associada a baixos níveis de bem-estar, enquanto sua diminuição se relaciona a uma melhora na saúde mental e nos níveis de resiliência em LGBs (HERRICK et al., 2013). Por viverem uma sociedade onde o estigma a respeito da não-heterossexualidade tem se espalhado por décadas, é possível supor que dito estigma é absorvido por suas próprias vítimas, afetando o modo com que estas pessoas se percebem (PACHANKIS et al., 2015). HI pode

ser considerada um estressor, uma vez que crenças negativas a respeito de si estão associadas a desfechos negativos de saúde mental (GOLDIN et al., 2013).

A teoria do EM, como dito anteriormente, também postula que existem alguns fatores de risco e de proteção que moderam a relação entre os processos do EM e os desfechos de saúde mental (MEYER, 2003). A conectividade comunitária pode ser um destes fatores, e refere-se à percepção de reciprocidade nos laços sociais que uma pessoa estabelece com um grupo específico do qual faça parte (WHITLOCK, 2007). A conectividade à comunidade LGB (lésbicas, gays e bissexuais) pode estar relacionada à compreensão de identidade, identidade coletiva e desfechos de saúde (MEYER, 2003). A importância da conectividade comunitária como um fator protetivo se dá pois o sentimento de pertencimento a uma comunidade possibilita pessoas LGB a fazer comparações sociais positivas intragrupo, o que pode auxiliar na diminuição da homofobia internalizada (FROST & MEYER, 2012).

A conectividade à comunidade LGB tem se mostrado como preditora de saúde mental de pessoas LGB, aumentando seu senso de identidade sexual (KERTZNER et al., 2009). Isto acontece pois a conectividade comunitária é compreendida como uma estratégia de coping coletiva (MEYER, 2003). No entanto, pessoas LGB vivendo em áreas rurais podem apresentar menores níveis de conectividade à comunidade LGB, quando comparadas àquelas que vivem em áreas metropolitanas (MORANDINI et al., 2015). Isso pode estar relacionado ao fato de que as primeiras também apresentam índices mais altos de ocultação da orientação sexual (MORANDINI et al., 2015). Além disto, a comunidade LGB de uma área urbana também pode diferir da rural, por exemplo (MORANDINI et al., 2015). No estudo de Puckett, Levitt, Horne e Hayes-Skelton (2015), a conectividade à comunidade LGB tem moderado a relação entre HI e estresse psicológico. Na pesquisa citada, verificou-se que a falta de conectividade explicou parcialmente a relação entre HI e estresse: ou seja, quanto menor a conectividade comunitária, maior a relação entre HI e estresse. Este resultado está de acordo com a teoria proposta por Meyer (2003) e com o estudo de validação de uma escala de conectividade à comunidade LGB de Nova Iorque, de Frost e Meyer (2012).

A teoria do EM (MEYER, 2003) pressupõe que a sobreposição de status de desvantagem social pode agravar os desfechos negativos de saúde mental:

quanto mais grupos minoritários a pessoa pertence, maior o estresse sofrido. Deste modo, o oposto também é válido: quanto menos grupos minoritários a pessoa pertence, provavelmente menor será o estresse sofrido e menores serão os impactos da desvantagem social nos desfechos de saúde mental da pessoa. Esta lógica também pode ser aplicada às pessoas LGB: pessoas bissexuais tendem a apresentar maior comprometimento da saúde mental e menor índice de conectividade comunitária quando comparadas a lésbicas e gays (BALSAM & MOHR, 2007). Isto pode se justificar pelo fato de bissexuais apresentarem maior dificuldade de encontrar apoio social, uma vez que podem sofrer rejeição tanto de heterossexuais quanto de lésbicas e gays (FROST & MEYER, 2011). Além disso, cabe destacar que a comunidade LGB varia de acordo com os indivíduos e grupos: as experiências de conectividade comunitária de um homem gay branco serão diferentes das de uma mulher lésbica negra, por exemplo (FROST & MEYER, 2011). Além disso, pode-se destacar a relação proporcional entre renda e conectividade comunitária: quanto menor a renda, menor a conectividade (BARRETT & POLLACK, 2005).

A América do Sul, especificamente, tem apresentado uma agenda progressista em relação aos direitos de minorias LGBT (BARRIENTOS, 2016). Com o aumento de governos de esquerda e liberais no início do século XXI, avanços para essa população vêm acontecendo nas últimas duas décadas, como o direito ao casamento e a criminalização da homofobia. Na Argentina, o casamento igualitário entrou em voga em 2010, garantindo ao país o posto de primeiro da América do Sul a legalizar a união (MECCIA, 2015). No Chile, em 2015, o casamento entre pessoas do mesmo sexo foi regulamentado, tendo a proteção frente à homofobia garantida e a adoção de crianças permitida (BARRIENTOS, 2016). No Uruguai, o casamento igualitário é regulamentado desde 2013 (AROCENA & AGUIAR, 2017). O país é considerado o mais amigável da América do Sul no que diz respeito à população LGBT. Os países sul-americanos que ainda não reconhecem casais não-heterossexuais são Bolívia, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname e Venezuela (CORRALES, 2015).

O Brasil tem vivenciado uma maior discussão sobre minorias sexuais desde o aumento do investimento em políticas públicas destinadas à população LGBT, como a criação do programa Brasil Sem Homofobia, em 2004 (BRASIL, 2004; COSTA, BANDEIRA, & NARDI, 2012). Em 2007, foi implementado pelo

Ministério da Educação o curso de extensão Gênero e Diversidade Sexual na Escola, voltado para professores de ensino básico, fundamental e médio, com o objetivo de discutir o tema e promover direitos humanos para minorias sexuais e de gênero (BORTOLINI, 2008; BRASIL, 2007). A discussão a respeito de orientações não-heterossexuais tem estado mais presente na sociedade brasileira desde a implementação destas políticas. O IBGE levantou dados a respeito de casais não-heterossexuais pela primeira vez em seu Censo de 2010 (BRASIL, 2010). Além disso, desde 2013, o casamento entre pessoas do mesmo sexo é legalizado, o que garante a casais homoafetivos os mesmos direitos e deveres de casais heterossexuais (CAULFIELD, 2016). Em 2012, foi divulgado o primeiro Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil, contendo todos os registros de discriminação referente à orientações não-heterossexuais coletados a partir do Disque Direitos Humanos, iniciado um ano antes (CARRARA, 2012). Isto sugere uma maior atenção do governo em relação a este tipo de violência, e uma tentativa de proteção de garantia de direitos a pessoas LGBT.

Embora tais políticas públicas estejam em voga, o país ainda apresenta altos índices de violência homofóbica e assassinatos de pessoas LGB (CORRALES, 2015). Compreende-se que embora o conservadorismo siga tendo voz, o país apresenta progresso nas últimas duas décadas, o que pode também funcionar como fator contextual promotor de desenvolvimento de identidade positiva e autoestima coletiva em pessoas LGB (MEYER, 2003). A conectividade comunitária, porém, não vem sendo explorada, sendo este possivelmente o primeiro estudo da América do Sul a analisar o papel desse construto na saúde mental de LGBs.

O presente estudo objetivou comparar os níveis de conectividade comunitária, homofobia internalizada e saúde mental entre estes grupos. Buscou-se verificar as relações entre conectividade comunitária, homofobia internalizada e saúde mental. Por fim, procurou-se avaliar o papel da conectividade comunitária como moderadora da relação entre homofobia internalizada e desfechos negativos de saúde mental em pessoas lésbicas, gays e bissexuais (LGB) brasileiras.

4.2 Método

Participantes

Participaram deste estudo 715 pessoas LGB, sendo 29,1% lésbicas ($n = 208$), 32,2% gays ($n = 230$) e 38,8% bissexuais ($n = 277$), com idades entre 18 e 70 anos ($M = 24,14$; $DP = 7,18$). Destes, 35,8% eram homens ($n = 256$), 60,9% mulheres ($n = 436$) e 3,2% se auto-declararam pessoas trans não-binárias ($n = 23$). Quanto ao local de moradia, 85% ($n = 608$) dos respondentes declarou viver em capitais, 88,4% afirmou ser assumido ($n = 632$) e 69,4% disse ser branco ($n = 496$). Foram coletados dados de todas as regiões do país, sendo 75,4% dos respondentes da região Sudeste ($n = 539$).

Instrumentos

Questionário sociodemográfico: Este instrumento, desenvolvido para o presente estudo, buscou coletar informações sociodemográficas, tais como: orientação sexual, identidade de gênero, religião, estado civil, renda, escolaridade, região de moradia etc.

Mental Health Index – versão brasileira (MHI-5; McHORNEY & WARE, 1995, adaptado por DAMÁSIO, BORSA, & KOLLER, 2014): O instrumento consiste em cinco itens sobre a saúde mental, mais especificamente indicadores de depressão e ansiedade, sendo dois para avaliar níveis de depressão e três para avaliar níveis de ansiedade, conforme percebido nas últimas quatro semanas (exemplo “Quão frequentemente você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?”). As opções de respostas variam em uma escala de 1 (todo o tempo) a 5 (nunca). No presente estudo, a fidedignidade foi medida pelo alfa de Cronbach (0,88) e a estrutura unifatorial se manteve (método Hull; $KMO = 0,834$; $X^2 [10] = 1886,9$, $p < 0,001$).

Sentimentos frente à homossexualidade/ bissexualidade – versão brasileira (DUNN et al., 2013): Este instrumento consiste em sete itens sobre os sentimentos do respondente a respeito de sua própria orientação sexual. As opções de resposta variam em uma escala de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Quanto menor o escore, maior será sua homofobia internalizada. No presente estudo, a fidedignidade foi medida pelo alfa de Cronbach (0,66) e a estrutura fatorial sugerida pela análise fatorial exploratória foi unifatorial (método Hull; $KMO = 0,692$; $X^2 [21] = 722,9$; $p < 0,001$).

Conectividade à comunidade LGBT: Este construto foi medido por uma pergunta: “Quão conectado(a) você se sente à comunidade LGBT?”. Participantes poderiam responder em uma escala de 1 (Nada conectado[a]) a 5 (Completamente conectado[a]). Este modelo de avaliação da conectividade comunitária foi utilizado anteriormente por Balsam e Mohr (2007).

Procedimentos de coleta de dados

Os participantes foram recrutados em grupos de militância e ativismo de redes sociais a partir da técnica da bola de neve (PATTON, 1990), onde os participantes indicaram a pesquisa a seus pares. Foram incluídos todos os que se identificassem como lésbicas, gays e bissexuais, com idade superior a 18 anos. Os dados foram coletados virtualmente por via da plataforma online SurveyMonkey entre os meses de março e julho de 2017.

Este estudo seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Sua condução foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CAAE: 66479617.1.0000.5582). Na primeira página do questionário online, constava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Apenas os participantes que clicavam que consentiam a participação tinham acesso ao conteúdo da pesquisa. Aqueles que não consentissem eram redirecionados para o fim do questionário, em uma página de agradecimento. Os participantes receberam e assinalaram os termos de assentimento e consentimento, nos quais eles puderam encontrar informações a respeito dos riscos e dos benefícios de responder ao estudo, além da garantia de que poderiam retirar seu consentimento, sem prejuízo, a qualquer momento.

Procedimentos de análise de dados

Estatísticas descritivas (média, desvio padrão, frequência e porcentagem) foram conduzidas com o objetivo de avaliar a distribuição dos dados na amostra do presente estudo, tais como idade, identidade de gênero, orientação sexual, região de moradia, escolaridade, raça/etnia e ocultação da orientação sexual. Análises Multivariadas de Variância (MANOVAs) foram utilizadas para avaliar as diferenças de média entre os grupos de lésbicas, gays e bissexuais. Correlações de Pearson foram utilizadas para avaliar a relação entre as variáveis HI,

conectividade comunitária e desfechos negativos de saúde mental (depressão e ansiedade). Finalmente, modelagens por equações estruturais com efeitos de moderação foram conduzidas para testar as interações entre as variáveis HI e desfechos negativos de saúde mental, além de testar o papel moderador da conectividade comunitária na relação entre as duas variáveis anteriormente citadas e o modelo teórico proposto (EM). O ajuste dos modelos foi avaliado a partir dos índices CFI, TLI e RMSEA. Os valores de CFI e TLI devem estar acima de 0,90. Valores de RMSEA devem estar abaixo de 0,08 (BROWN, 2006).

4.3 Resultados

Primeiramente, estatísticas descritivas foram realizadas com o objetivo de investigar os níveis de HI e conectividade comunitária na amostra. Para avaliar as diferenças de média de conectividade comunitária, homofobia internalizada e saúde mental (ansiedade e depressão) entre lésbicas, gays e bissexuais, foram realizadas análises multivariadas de variância (MANOVAs), implementadas a partir de procedimentos de re-amostragem (*bootstrapping* de 1000 re-amostragens, com intervalo de confiança de 99%). O procedimento de re-amostragem foi utilizado com o objetivo de assegurar mais confiabilidade aos resultados, e sanar possíveis desvios de distribuição de normalidade dos dados, incompatibilidade nos tamanhos dos grupos (HAUKOOS & LEWIS, 2005).

Em relação à conectividade comunitária, os resultados mostraram que existem diferenças entre os grupos ($F(2, 714) = 14,11; p < 0,001; d = 0,038$). Especificamente, análises post-hoc com intervalo de confiança de 99% mostraram que bissexuais reportaram os menores índices de conectividade comunitária quando comparados a lésbicas e gays. Quanto à homofobia internalizada, também foi encontrada diferença entre os grupos ($F(2,714) = 8,29; p < 0,001; d = 0,023$). Análises post-hoc sugeriram haver diferença significativa apenas entre lésbicas e bissexuais, com nível de 99% de confiabilidade (Tabela 2). Quanto aos níveis de depressão e ansiedade da amostra, foram encontradas diferenças entre os grupos ($F(2,714) = 4,512; p < 0,001; d = 0,013$), especificamente entre gays e lésbicas e gays e bissexuais, tendo lésbicas e bissexuais maiores índices de depressão e ansiedade do que gays (Tabela 3).

Tabela 3. Testes post-hoc de comparação de médias de homofobia internalizada, conectividade comunitária e desfechos negativos de saúde mental entre lésbicas, gays e bissexuais.

Variável dependente	Orientação sexual		Diferença de médias (I-J)	de Erro padrão	p	Intervalo de confiança de 99%	
						Limite inferior	Limite superior
Homofobia internalizada	Gay	Lésbica	1,371	0,599	0,067	-0,393	3,134
		Bissexual	-0,968	0,559	0,250	-2,612	0,676
	Lésbica	Bissexual	-2,339**	0,574	0,000	-4,030	-0,648
Desfechos negativos de saúde mental (depressão/ansiedade)	Gay	Lésbica	-0,986*	0,403	0,044	-2,174	0,201
		Bissexual	-1,032*	0,376	0,019	-2,139	0,075
	Lésbica	Bissexual	-0,046	0,386	1,000	-1,184	1,093
Conectividade comunitária	Gay	Lésbica	-0,251*	0,099	0,036	-0,545	0,042
		Bissexual	0,255*	0,093	0,019	-0,019	0,528
	Lésbica	Bissexual	0,506**	0,095	0,000	0,224	0,787

**p <0,01; *p <0,05.

Foi realizada uma análise de correlação de Pearson entre as variáveis conectividade comunitária, homofobia internalizada e índices de ansiedade e depressão. Foi encontrada correlação negativa e estatisticamente significativa entre conectividade comunitária e homofobia internalizada ($r = -0,337$; $p < 0,01$), sugerindo que quanto maior a conectividade, menor a homofobia internalizada. Homofobia internalizada e desfechos negativos de saúde mental apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa ($r = 0,134$; $p < 0,01$), sugerindo haver baixo impacto da homofobia internalizada na saúde mental da amostra. Tais correlações, porém, foram baixas. Foram realizadas análises de correlação subgrupo a subgrupo (isto é, apenas com as respondentes lésbicas, por exemplo), mas os resultados obtidos foram muito similares. Por isso, optou-se por manter a análise com a amostra total.

Para testar o modelo teórico proposto, foi conduzida uma modelagem por equações estruturais (SEM) pelo software Mplus, utilizando o estimador mL. Foi realizado o procedimento de *bootstrapping* com 1000 reamostragens a fim de corrigir a distribuição de normalidade (intervalo de confiança de 99%). A homofobia internalizada não impactou no desfecho de saúde mental ($p > 0,05$).

Tampouco houve moderação da conectividade comunitária na relação entre as variáveis supracitadas ($p > 0,05$). Os índices de ajuste da modelagem por equações estruturais com moderação foram: $\chi^2 = 0,000$; RMSEA (99% IC) = 0.000; CFI = 1,000; TLI = 1,000.

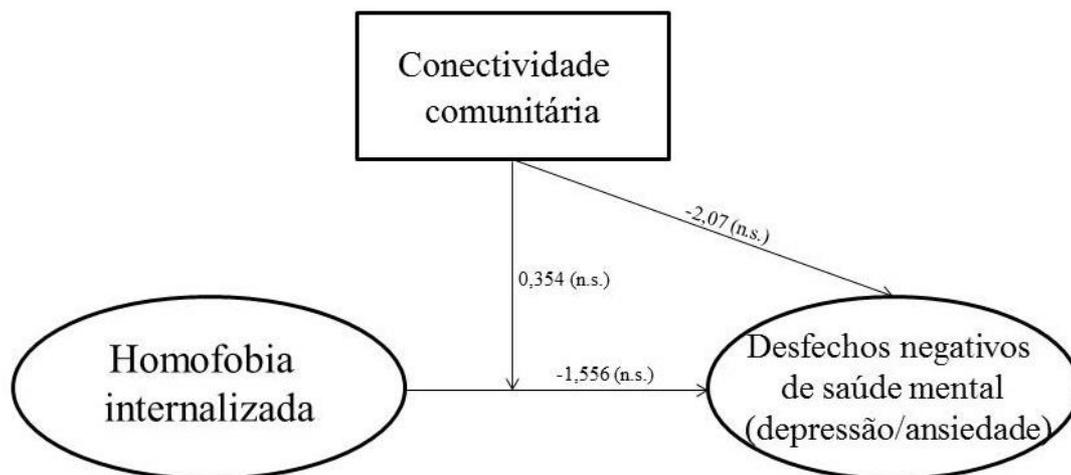


Figura 2. Impacto da homofobia internalizada e da moderação da conectividade comunitária nos desfechos negativos de saúde mental de pessoas LGB.

4.4 Discussão

A amostra deste estudo não apresentou altos níveis de homofobia internalizada, sugerindo baixos níveis de rejeição à própria homo ou bissexualidade. Existem muitas possíveis explicações para tal resultado. Primeiro, tais índices podem ser reflexo do aumento da discussão do tema da orientação sexual no Brasil nas duas últimas décadas, principalmente devido à implementação de políticas públicas como o programa Brasil Sem Homofobia (BSH), a criação de um projeto de lei apoiando a criminalização da homofobia e a inclusão da diversidade sexual como tópico de discussão do currículo escolar. Além disso, destacam-se a legalização do casamento entre pessoas do mesmo sexo em 2013 (COSTA, BANDEIRA, & NARDI, 2012). Como referido, a América Latina tem registrado um aumento nos direitos de pessoas LGB, incluindo o casamento civil e permitem a adoção de crianças por casais LGB (CORRALES, 2015). Assim, com a garantia de alguns direitos assegurada pelo Estado e um aumento geral da atitude positiva em relação à homossexualidade, as

peças LGB participantes do presente estudo podem ter apresentado menores níveis de HI. A mídia e a publicidade também têm explorado mais o tópico: no Brasil, têm havido avanços em relação à representação de pessoas e casais LGB: empresas têm investido em LGBs como um sinal de modernidade (BAGGIO, 2013; MECCIA, 2015). Deste modo, a ideia de inclusão parece sugerir uma atitude positiva em relação a pessoas LGB. Com a grande mídia apresentando esta ideia, pode ser mais fácil o desenvolvimento de atitude positiva frente à própria identidade por pessoas LGB.

Considerando tais variáveis do contexto brasileiro em que a presente pesquisa foi conduzida, os baixos níveis de HI encontrados nesta amostra não parecem ser um caso isolado. No estudo de Meccia (2015), desenvolvido na Argentina, pode-se perceber uma mudança de atitude de homens gays mais velhos a partir da implementação de políticas públicas tais como o casamento igualitário no país, em 2010. Do mesmo modo, no Equador, verifica-se a melhora no bem-estar de pessoas LGB a partir da existência de uma rede formal de apoio social para estas pessoas. Estes resultados estão de acordo com a literatura: Hatzenbuehler e colaboradores (2012), em um estudo quase-experimental, encontraram diminuição no comprometimento de saúde física e mental de homens não-heterossexuais no período de doze meses após a legalização do casamento entre pessoas do mesmo sexo em Massachusetts. Por outro lado, em 2015, na Colômbia, país onde o casamento entre pessoas do mesmo sexo ainda não era regularizado (o que ocorreu apenas em 2016), a HI se mostrou impactando a saúde mental de homens gays e bissexuais (PINEDA ROA, 2015). Isto poderia explicar os baixos níveis de HI na amostra deste estudo, além da relação não significativa da HI com o desenvolvimento de psicopatologias como depressão e ansiedade.

Outra possível explicação para os presentes resultados são as características sociodemográficas da amostra. Em sua maioria (60,7%), as respondentes foram mulheres, com ensino superior completo ou incompleto (69,8%), vivendo em área urbana (85%). A literatura indica que mulheres lésbicas tendem a apresentar menores índices de bem-estar quando comparadas a homens gays (FROST & MEYER, 2011). Porém, estes não foram os resultados encontrados neste estudo. É possível que isto tenha ocorrido por duas razões: a primeira delas, os resultados podem ser um reflexo do machismo presente na

América Latina, tornando homens gays e bissexuais com alta não-conformidade de gênero a sofrer mais discriminação por parte de homens heterossexuais e da sociedade em geral (BARRIENTOS, 2016). Uma segunda possibilidade é que tenha havido um viés de resposta. Mulheres com altos níveis de bem-estar tendem a se engajar mais em responder pesquisas sobre o tópico, enquanto homens tendem a declinar a atividade (DAMÁSIO, GOLART, & KOLLER, 2015). Assim, é possível que as respondentes do sexo feminino tenham maiores níveis de bem-estar e atitude mais favorável frente à própria orientação sexual do que os homens, tornando-as mais propícias a finalizar o preenchimento do questionário.

A atitude positiva frente a pessoas LGB está associada a índices mais altos de renda (CORRALES, 2015). Além disso, a renda está associada a índices mais altos de felicidade em geral (BARRINGER & GAY, 2017). Assim, quanto maior o nível socioeconômico, menor tende a ser a homofobia internalizada entre as próprias pessoas LGB. Nesta pesquisa, os respondentes afirmaram ser majoritariamente de classe média, o que pode ter associação com seus níveis mais baixos de homofobia internalizada. Outra característica destacável é a região de moradia dos respondentes. A maioria (85%) reportou viver em área urbana. A região de moradia parece impactar os níveis de saúde mental e homofobia internalizada de pessoas LGB, já que a cultura rural está mais fortemente associada ao conservadorismo, religiosidade, sexismo e atitudes negativas frente a pessoas LGB (BAREFOOT et al., 2015). Isto pode levar a LGBs moradores de áreas urbanas a apresentarem menor HI e menos prejuízo na saúde mental, quando comparados aos de áreas rurais. Áreas rurais tendem a receber menos investimento em políticas públicas referentes aos Direitos Humanos em geral, além de haver maior influência religiosa (BAREFOOT et al., 2015). Pessoas com alto nível de instrução tendem a apresentar menores índices de preconceito (MAYKOVITCH, 1975). Por isso, pessoas LGB que já sejam graduadas ou estejam cursando o ensino superior podem estar em um ambiente mais propício para a discussão de temas referentes a preconceito, além de ter contato com coletivos LGBT dentro das universidades. Assim, tendem a desenvolver menores índices de HI e menores prejuízos na saúde mental (MEYER, 2003). Como no presente estudo, a maioria dos respondentes (69,8%) declarou possuir ensino superior completo ou incompleto, compreende-se que este pode ter sido mais um fator definidor dos resultados encontrados. Ao comparar os grupos de lésbicas,

gays e bissexuais no que concerne aos níveis de HI observou-se que bissexuais apresentaram o maior nível entre os grupos. Estes resultados estão de acordo com a literatura: bissexuais reportam maior comprometimento da saúde mental e maior atitude negativa frente à própria sexualidade quando comparados a gays e lésbicas (FARMER et al., 2016). Importante ressaltar que o tamanho de efeito destas diferenças foi baixo. Isto significa que o impacto desta diferença na realidade é muito pequeno, sugerindo que mesmo existindo diferença estatística significativa entre estes grupos, tal diferença não parece ser tão relevante.

A HI tem sido associada a níveis mais altos de comprometimento na saúde mental (HERRICK et al., 2013). Neste estudo, porém, não foi encontrado impacto significativo da HI nos desfechos negativos de saúde mental (i.e., depressão e ansiedade). Isto pode ter acontecido pois, de maneira geral, os índices de depressão e ansiedade e os de HI foram medianos e baixos, respectivamente. Isto sugere um perfil de respondentes sem grande comprometimento da saúde mental e com atitude positiva frente à própria sexualidade. Possivelmente, outras variáveis não computadas devido à amplitude do modelo teórico do EM podem mediar esta relação, tais como características individuais e do meio. Além disso, também é possível que o modelo teórico proposto não funcione no contexto brasileiro, havendo peculiaridades culturais que podem fazer com que as variáveis interajam de outras maneiras que não as propostas inicialmente por Meyer (2003).

A conectividade à comunidade LGBT não moderou a relação entre HI e saúde mental nesta amostra. Isto pode ter acontecido pois a relação entre HI e os desfechos negativos de saúde mental não foi significativa. Estes resultados não convergem com os dados encontrados na literatura. Por exemplo, Detrie e Lease (2008) encontraram relação significativa entre apoio social e conectividade social e bem-estar psicológico em LGBs jovens. Durso e Meyer (2013) encontraram relação entre baixos níveis de HI e maior conectividade comunitária com maior revelação da orientação sexual e maior bem-estar.

É importante também levar em conta que não foi especificada de que comunidade LGBT se referia a pergunta, sugerindo existir uma comunidade LGBT geral, o que se sabe não ser necessariamente real (FROST & MEYER, 2011). Por se supor falar de uma comunidade LGBT geral, as respostas podem ter se mantido na média como um viés. Entende-se que lésbicas podem se sentir mais conectadas à comunidade lésbica, gays podem se sentir mais conectados à

comunidade gay e bissexuais podem se sentir mais conectados à comunidade bissexual, uma vez que quanto maior for a semelhança com um grupo maior, provavelmente, será seu apelo de identificação (MEYER, 2003). A comunidade LGBT como um todo pode representar um nicho moderadamente atrativo, uma vez que é um espaço mais generalizado de semelhanças, mas também de diferenças. Além disto, como o impacto da HI nos índices negativos de saúde mental não foi significativo, não se poderia esperar efeito de moderação da variável de conectividade comunitária. Ademais, mesmo dentro da comunidade LGBT os subgrupos podem estar bastante distantes uns dos outros. Quando compararam-se os níveis de conectividade comunitária nesta amostra, verificou-se que lésbicas reportaram os maiores níveis de conectividade, quando comparadas a gays e bissexuais, nesta ordem. Isto pode ter acontecido pois lésbicas também podem ter contato com a comunidade feminista, enquanto homens gays usualmente estão presos em uma lógica de grupo que hipervaloriza padrões de beleza e traços masculinos (BARRIENTOS et al., 2016; PARKER, 2002). Bissexuais, por outro lado, muitas vezes se sentem invisibilizados por seus pares monossexuais, sejam eles gays/lésbicas ou heterossexuais. Isto acontece pois a bissexualidade é frequentemente tida como uma fase ou algum tipo de indecisão. Logo, não é surpreendente que os níveis de conectividade neste grupo sejam os mais baixos entre LGBs (BALSAM & MOHR, 2007). Bissexuais tendem a relatar rejeição por parte da comunidade de gays/lésbicas e da comunidade heterossexual (FROST, MEYER, & SCHWARTZ, 2016). Assim, é esperado e justificável que seus níveis de conectividade comunitária sejam os mais baixos neste estudo também. Mulheres lésbicas e bissexuais (maioria das respondentes) tendem a depender menos de seus pares LGB e mais de seus familiares quando comparadas a homens gays e bissexuais (FROST, MEYER, & SCHWARTZ, 2016). Também é sabido que pessoas LGB moradoras de áreas rurais apresentam índices menores de conectividade comparadas a pessoas LGB moradoras de áreas urbanas, assim como ocorrem em relação à HI (MORANDINI et al., 2015).

Como a amostra majoritariamente reportou se sentir moderadamente conectada à comunidade LGBT, é possível hipotetizar que esta não é uma variável crucial na dinâmica de ser parte de um grupo minoritário e esta vulnerabilidade impactar a saúde mental. A conectividade à comunidade LGBT apresenta resultados mistos na literatura. Frost & Meyer (2011) não encontraram predição

de depressão, mas uma correlação com bem-estar psicológico e social, especialmente entre homens e mulheres brancos e mulheres latinas. Além disto, diferentes tipos de suporte social parecem apresentar diferentes efeitos no organismo. Enquanto o suporte familiar parece estar relacionado à redução de cortisol em LGBs, o suporte de pares não parece apresentar relação com a diminuição do estresse (BURTON, BONANNO, & HATZENBUEHLER, 2014). Por fim, destaca-se o fato de que o Brasil, sendo um país latino-americano, apresenta níveis mais altos de bem-estar quando comparados a países anglo-americanos e europeus (DIENER, OISHI, & LUCAS, 2003). Isto pode dificultar o impacto da HI e da conectividade no desenvolvimento de ansiedade e depressão nas pessoas LGB do país. Em outros contextos culturais, como Austrália (MORANDINI et al., 2015), Itália (BAIOCCO, D'ALESSIO, & LAGHI, 2010), Estados Unidos da América e Porto Rico (HARRIS & BATTLE, 2013) e Israel (SHILO & SAVAYA, 2012) encontraram relação da conectividade com baixa HI, menor uso de álcool, maior envolvimento sociopolítico e maior bem-estar psicológico.

Os presentes dados não confirmaram o modelo proposto neste estudo. Além das razões apontadas acima, é possível que isto tenha ocorrido por limitações do próprio estudo. Os dados foram coletados por uma plataforma online, acessando uma amostra de participantes não-clínicos, com baixos índices de HI e moderada conectividade. A divulgação foi feita por email e por grupos e coletivos LGBT em redes sociais. O questionário provavelmente foi mais acessado por aqueles que possuem acesso à internet e aqueles que apresentam atitudes mais positivas em relação à própria sexualidade. Sabe-se que as redes sociais são usadas por jovens LGB para desenvolvimento da identidade com maior intensidade do que por jovens heterossexuais, e que este uso está associado a índices mais altos de saúde mental (CEGLAREK & WARD, 2016). Este viés pode sinalizar o fato de que há mais em um indivíduo do que sua orientação sexual, e que pessoas são vistas além de sua posição de minoria (ao menos as com melhores condições socioeconômicas, como é o caso desta amostra). Além disto, também é possível que as medidas usadas neste estudo não acessem a totalidade da experiência de ser parte de um grupo vulnerável socialmente. Assim, sugere-se a produção de novos estudos que explorem outras variáveis da teoria do EM e suas interações, como experiências de vitimização, apoio social e familiar,

identidade social, entre outras. Compreender estas interações pode ser crucial para a construção de um panorama das condições de vida de pessoas LGB no Brasil.

4.5 Considerações finais

O presente estudo buscou verificar a moderação da conectividade à comunidade LGBT na relação entre homofobia internalizada e desfechos negativos de saúde mental em lésbicas, gays e bissexuais (LGB) brasileiros. A homofobia internalizada e a conectividade comunitária podem funcionar como fatores de risco e proteção, respectivamente, para indivíduos que fazem parte de grupos socialmente vulneráveis (MEYER, 2003). Neste estudo, não foram encontradas relações entre as variáveis. Isto pode ter ocorrido devido a características da amostra, já que estudos indicam que pessoas LGB jovens, residentes em áreas urbanas, com alto nível de instrução e renda tendem a apresentar menores índices de homofobia internalizada, maior conectividade comunitária e maiores níveis de bem-estar. Além disto, os resultados podem estar associados a um viés de resposta, uma vez que o questionário foi divulgado por plataforma para coleta de dados online, e estudos sugerem que o engajamento nas respostas muitas vezes se dá por aqueles que possuem maiores índices de bem-estar, sendo os dados superestimados. Outra possibilidade é o cenário atual de políticas públicas referentes à população LGBT não apenas no Brasil, mas em toda a América Latina: desde o início do século XXI, não apenas mais direitos civis foram conquistados, como a regulamentação do casamento igualitário e a adoção de crianças por casais de pessoas do mesmo sexo, mas também cresceu a mobilização da mídia frente ao tópico, possivelmente como um reflexo do aumento de discussões sobre direitos sexuais nas redes sociais. Compreende-se a necessidade de mais pesquisas sobre o tema, especialmente evitando os vieses citados, para resultados mais próximos da realidade diversa do país.

5

Considerações finais da Dissertação

Lésbicas, gays e bissexuais (LGB) são considerados minorias sexuais, uma vez que sua identidade sexual é estigmatizada pela sociedade, levando a uma estratificação social que prejudica a este grupo em benefício de um grupo heterossexual privilegiado (MEYER, 2003). Ademais, pessoas LGB apresentam maior comprometimento da saúde mental quando comparadas a pessoas heterossexuais com características sociodemográficas similares (PACHANKIS et al., 2015). Supõe-se que isto se deva à sua condição de minoria social e ao estresse derivado desta vulnerabilidade (DUNN et al., 2013). A teoria do Estresse de Minorias (EM) defende a ideia de haver estressores específicos para minorias sexuais, a saber: experiências de vitimização; homofobia internalizada; e ocultação da orientação sexual. Tais estressores, adicionais aos estressores cotidianos, impactariam a saúde mental de pessoas LGB, sendo moderados por fatores de risco ou proteção individuais e coletivos, tais como autoestima, integração da identidade de minoria, conectividade comunitária, suporte social, suporte familiar, entre outros (MEYER, 2003).

Nesta dissertação, buscou-se explorar o conceito e a teoria do EM e testar dois modelos inferenciais, sendo eles: 1) o impacto da orientação sexual nos estressores de minorias, moderados por suporte social e familiar; 2) o impacto da homofobia internalizada, moderada pela conectividade comunitária, em desfechos de depressão e ansiedade em pessoas LGB. Esperava-se encontrar as relações que foram testadas, i.e., acreditava-se que a orientação sexual impactaria de formas diferentes os níveis de experiências de vitimização, homofobia internalizada e ocultação da orientação sexual, e que este impacto seria moderado por suporte social e suporte social. Ademais, esperava-se encontrar impacto da homofobia internalizada nos desfechos de depressão e ansiedade da amostra, e verificar moderação da conectividade comunitária nessa relação. Os resultados indicaram que nenhum dos dois modelos inferenciais propostos foi sustentado, uma vez que não parece haver relações entre as variáveis nas pessoas LGB respondentes destes estudos. A hipótese para a ausência de relações entre as variáveis dos dois estudos empíricos é de que a amostra do estudo, acessada por meio de divulgação online em redes sociais e grupos de militância, é caracterizada por menores índices de

estressores de minorias e maior suporte social, comunitário e familiar relatados. Do mesmo modo, o Brasil vivencia importantes avanços socioculturais e nas políticas públicas de assistência, o que pode diminuir a vulnerabilidade social daqueles que, dentro do grupo LGB, estejam inseridos em contextos menos nocivos. Por exemplo, com os avanços socioculturais, grupos LGB compostos por universitários de classe média residentes em áreas urbanas, que tenham mais acesso a oportunidades diversas, provavelmente apresentarão menores índices de EM, uma vez que sua experiência enquanto minoria não será a mesma de pessoas LGB com menores níveis de instrução, baixa renda e residência em áreas rurais. Assim, neste contexto, compreende-se que, de fato, com a melhora das condições experienciadas por pessoas LGB, melhores serão seus desfechos de saúde mental. Portanto, sugere-se que sejam realizados estudos futuros no âmbito da avaliação psicológica, com amostras mais diversas, e no âmbito da clínica estrita e ampliada, que visem intervir e modificar tais condições, de forma que não apenas pessoas LGB inseridas em contextos privilegiados possam apresentar benefícios em sua qualidade de vida.

Referências bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Washington: **American Psychiatric Association**, 1994.

ANESHENSEL, C. S. Social stress: Theory and research. **Annual review of sociology**, vol. 18, n. 1, p. 15-38, 1992. Doi: 10.1146/annurev.so.18.080192.000311

ANTONIAZZI, A. S.; SOUZA, L. K. D.; HUTZ, C. S. Coping em situações específicas, bem-estar subjetivo e autoestima em adolescentes. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, vol. 2, n. 1, p. 34-42, 2009.

AROCENA, F.; AGUIAR, S. Tres leyes innovadoras en Uruguay: Aborto, matrimonio homosexual y regulación de la marihuana. **Revista de Ciencias Sociales**, v. 30, n. 40, p. 43-62, 2017.

BAGGIO, A. T. A temática homossexual na publicidade de massa para público gay e não-gay: conflito entre representação e estereótipos. **Revista UNINTER de Comunicação**, vol. 1, n. 1, p. 100-117, 2013.

BAIOCCO, R.; D'ALESSIO, M.; LAGHI, F. Binge drinking among gay, and lesbian youths: The role of internalized sexual stigma, self-disclosure, and individuals' sense of connectedness to the gay community. **Addictive behaviors**, vol. 35, n. 10, p. 896-899, 2010. Doi: 10.1016/j.addbeh.2010.06.004

BALSAM, K. F.; MARTELL, C. R.; SAFREN, S. A. Lesbian, gay, and bisexual affirmative cognitive-behavioral therapy. In: Hays, P. A. & Iwamasa, G. Y. (Orgs.). *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy: Assessment, practice, and supervision*. Washington: **American Psychological Association Press**, p. 223-243, 2006.

BALSAM, K. F.; MOHR, J. J. Adaptation to sexual orientation stigma: a comparison of bisexual and lesbian/gay adults. **Journal of Counseling Psychology**, vol. 54, n. 3, p. 306-319, 2007. Doi: 10.1037/0022-0167.54.3.306

BAPTISTA, M. N. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte

- Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. **Psico-USF**, vol. 10, n. 1, p. 11-19, 2005.
- BAREFOOT, K. N.; RICKARD, A.; SMALLEY, K. B.; WARREN, J. C. Rural lesbians: Unique challenges and implications for mental health providers. **Journal of Rural Mental Health**, vol. 39, n. 1, p. 22-33, 2015. Doi: 10.1037/rmh0000014
- BARRETT, D. C.; POLLACK, L. M. Whose gay community? Social class, sexual self-expression, and gay community involvement. **The Sociological Quarterly**, vol. 46, n. 3, p. 437-456, 2005. Doi: 10.1111/j.1533-8525.2005.00021.x
- BARRIENTOS, J. E.; VEGA, A.; GUTIERREZ, K.; ZAFFIRRI, I.; RAMIREZ, P. Identidad sexual en jóvenes gay del norte de Chile. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, vol. 23, p. 118-139, 2016. Doi: 10.1590/1984-6487.sess.2016.23.05.a
- BARRIENTOS, J. Situación social y legal de gays, lesbianas y personas transgénero y la discriminación contra estas poblaciones en América Latina. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, vol. 22, p. 331-354, 2016. Doi: 10.1590/1984-6487.sess.2016.22.15.a
- BARRINGER, M. N.; GAY, D. A. Happily Religious: The Surprising Sources of Happiness Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adults. **Sociological Inquiry**, vol. 87, n. 1, p. 75-96, 2017. Doi: 10.1111/soin.12154
- BIRKETT, M.; ESPELAGE, D. L.; KOENIG, B. LGB and questioning students in schools: The moderating effects of homophobic bullying and school climate on negative outcomes. **Journal of youth and adolescence**, vol. 38, n. 7, p. 989-1000, 2009. Doi: 10.1007/s10964-008-9389-1
- BLAIS, M.; GERVAIS, J.; HÉBERT, M. Internalized homophobia as a partial mediator between homophobic bullying and self-esteem among youths of sexual minorities in Quebec (Canada). **Ciencia & saude coletiva**, vol. 19, n. 3, p. 727-735, 2014. Doi: 10.1590/1413-81232014193.16082013
- BORRILLO, D. Homofobia: História e Critica de um Preconceito. Rio de Janeiro: **Autêntica**, 2010
- BORTOLINI, A. Diversidade sexual na escola. **Rio de Janeiro: Pró-reitoria de extensão/UFRJ**, 2008.

- BRÄNSTRÖM, R.; HATZENBUEHLER, M. L.; PACHANKIS, J. E. Sexual orientation disparities in mental health: the moderating and mediating role of sociodemographic and minority stress factors. **European Journal of Public Health**, vol. 26, n. 1, p. 224, 2016. Doi: 10.1093/eurpub/ckw170.047
- BRASIL. Brasil Sem Homofobia. Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual. **Ministério da Saúde**, 2004. Recuperado em 20 de julho de 2017, de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf> Acesso em 20/07/17
- _____. Censo, **I. B. G. E.** 2010. Recuperado em 20 de julho de 2017, de <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>.
- _____. Gênero e diversidade na escola: reconhecer diferenças e superar preconceitos. Ministério da Educação. **Cadernos SECAD**, vol. 4, 2007.
- BROWN, T. A. Confirmatory factor analysis for applied research. Nova York, EUA: **The Guilford Press**, 2006.
- BRYAN, A. E.; KIM, H. J.; FREDRIKSEN-GOLDSSEN, K. I. Factors Associated With High-Risk Alcohol Consumption Among LGB Older Adults: The Roles of Gender, Social Support, Perceived Stress, Discrimination, and Stigma. **The Gerontologist**, vol. 57, n. suppl_1, p. 95-104, 2017. Doi: 10.1093/geront/gnw100
- BUCHANAN, T. M.; McCONNELL, A. R. (2017). Family as a source of support under stress: Benefits of greater breadth of family inclusion. **Self and Identity**, vol. 16, n. 1, p. 97-122, 2017. Doi: 10.1080/15298868.2016.1226194
- BURTON, C. L.; BONANNO, G. A.; HATZENBUEHLER, M. L. Familial social support predicts a reduced cortisol response to stress in sexual minority young adults. **Psychoneuroendocrinology**, vol. 47, p. 241-245, 2014. Doi: 10.1016/j.psyneuen.2014.05.013
- BURTON, C. M.; MARSHAL, M. P.; CHISOLM, D. J.; SUCATO, G. S.; FRIEDMAN, M. S. Sexual minority-related victimization as a mediator of mental health disparities in sexual minority youth: A longitudinal analysis. **Journal of youth and adolescence**, vol. 42, n. 3, p. 394-402, 2013. Doi: 10.1007/s10964-012-9901-5

- CALABRESE, S. K.; MEYER, I. H.; OVERSTREET, N. M.; HAILE, R.; HANSEN, N. B. Exploring discrimination and mental health disparities faced by Black sexual minority women using a minority stress framework. **Psychology of women quarterly**, vol. 39, n. 3, p. 287-304, 2015. Doi: 10.1177/0361684314560730
- CALAIS, S. L.; ANDRADE, L. M. B. D.; LIPP, M. E. N. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. **Psicologia: Reflexão e crítica**, vol. 16, n. 2, p. 257-263, 2003.
- CARR, S.; PEZZELLA, A. Sickness, “sin” and discrimination: Examining a challenge for UK mental health nursing practice with lesbian, gay and bisexual people. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, vol. 24, p. 553-560, 2017. Doi: 10.1111/jpm.12402
- CARRARA, S. Políticas e direitos sexuais no Brasil contemporâneo. **Bagoas- Estudos gays: gêneros e sexualidades**, vol. 4, n. 5, 2012. Recuperado em 20 de julho de 2017, de <<https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2316>>.
- CATTELL, R. B. The scientific analysis of personality. Londres: **Penguin**, 1965.
- CAULFIELD, S. A dignidade humana, o direito de família e o casamento homoafetivo no Brasil, 1988-2013. **Acervo**, vol. 30, n. 1, p. 179-194, 2017.
- CEGLAREK, P. J.; WARD, L. M. A tool for help or harm? How associations between social networking use, social support, and mental health differ for sexual minority and heterosexual youth. **Computers in Human Behavior**, vol. 65, p. 201-209, 2016. Doi: 10.1016/j.chb.2016.07.051
- COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic medicine**, vol. 38, n. 5, p. 300-314, 1976.
- COHEN, S.; JANICKI-DEVERTS, D.; DOYLE, W. J.; MILLER, G. E.; FRANK, E.; RABIN, B. S.; TURNER, R. B. Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, 109(16), 5995-5999, 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução 001/99: Normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. Brasília, DF: **Conselho Federal de Psicologia**, 1999.

- CORRALES, J. The Politics of LGBT Rights in Latin America and the Caribbean: Research Agendas. **Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe**, vol. 100, n. 53, 2015.
- COSTA, A. B.; BANDEIRA, D. R.; NARDI, H. C. Avaliação do preconceito contra diversidade sexual e de gênero: construção de um instrumento. **Estudos de Psicologia. Campinas**, vol. 32, n. 2, p. 163-172, 2015.
- DAMÁSIO, B. F.; GOLART, J. B.; KOLLER, S. H. Attrition rates in a Brazilian longitudinal survey on positive psychology: Empirical and methodological considerations. **Psico-USF**, vol. 20, n. 2, p. 219-228, 2015. Doi: 10.1590/1413-82712015200203
- DETRIE, P. M.; LEASE, S. H. The relation of social support, connectedness, and collective self-esteem to the psychological well-being of lesbian, gay, and bisexual youth. **Journal of Homosexuality**, vol. 53, n. 4, 173-199, 2008. Doi: 10.1080/00918360802103449
- DIENER, E.; OISHI, S.; LUCAS, R. E. Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, vol. 54, n. 1, p. 403-425, 2003. Doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145056
- DONAHUE, K.; LANGSTRÖM, N.; LUNDSTRÖM, S.; LICHTENSTEIN, P.; Forsman, M. Familial Factors, Victimization, and Psychological Health Among Sexual Minority Adolescents in Sweden. **American journal of public health**, vol. 107, n. 2, p. 322-328, 2017. Doi: 10.2105/AJPH.2016.303573
- DOTY, N. D.; WILLOUGHBY, B. L.; LINDAHL, K. M.; MALIK, N. M. Sexuality related social support among lesbian, gay, and bisexual youth. **Journal of Youth and Adolescence**, vol. 39, n. 10, p. 1134-1147, 2010. Doi: 10.1007/s10964-010-9566-x
- DRAGOWSKI, E. A.; HALTIKIS, P. N.; GROSSMAN, A. H.; D'AUGELLI, A. R. Sexual orientation victimization and posttraumatic stress symptoms among lesbian, gay, and bisexual youth. **Journal of Gay & Lesbian Social Services**, vol. 23, n. 2, p. 226-249, 2011. Doi: 10.1080/10538720.2010.541028
- DUNN, T. L.; GONZALEZ, C. A.; COSTA, A. B.; NARDI, H. C.; IANTAFFI, A. Does the minority stress model generalize to a non-US sample? An

- examination of minority stress and resilience on depressive symptomatology among sexual minority men in two urban areas of Brazil. **Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity**, vol. 1, n. 2, p. 117-131, 2013. Doi: 10.1037/sgd0000032
- DURSO, L. E.; MEYER, I. H. Patterns and predictors of disclosure of sexual orientation to healthcare providers among lesbians, gay men, and bisexuals. **Sexuality Research and Social Policy**, vol. 10, p. 1, p. 35-42, 2013. Doi: 10.1007/s13178-012-0105-2
- ESPELAGE, D. L.; MERRIN, G. J.; HATCHEL, T. Peer Victimization and Dating Violence Among LGBTQ Youth: The Impact of School Violence and Crime on Mental Health Outcomes. **Youth Violence and Juvenile Justice**, p. 1-18, 2016. Doi: 10.1177/1541204016680408
- FARMER, G. W.; BLOSNIICH, J. R.; JABSON, J. M.; MATTHEWS, D. D. Gay acres: sexual orientation differences in health indicators among rural and nonrural individuals. **The Journal of Rural Health**, vol. 32, n. 3, p. 321-331, 2016. Doi: 10.1111/jrh.12161
- FEINSTEIN, B. A.; WADSWORTH, L. P.; DAVILA, J.; GOLDFRIED, M. R. Do parental acceptance and family support moderate associations between dimensions of minority stress and depressive symptoms among lesbians and gay men?. *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 45, n. 4, p. 239-246, 2014. Doi: 10.1037/a0035393
- FIELD, A. Discovering statistics using SPSS. Nova Iorque: **Sage publications**, 2009.
- FLENTJE, A.; HECK, N. C.; COCHRAN, B. N. Experiences of ex-ex-gay individuals in sexual reorientation therapy: Reasons for seeking treatment, perceived helpfulness and harmfulness of treatment, and post-treatment identification. **Journal of homosexuality**, vol. 61, n. 9, p. 1242-1268, 2014. Doi: 10.1080/00918369.2014.926763
- FREIRE, T.; TAVARES, D. Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. **Revista de Psiquiatria Clínica**, vol. 38, n. 5, p. 184-188, 2011. Doi: 10.1590/S0101-60832011000500003
- FREITAS, D. F., D'AUGELLI, A. R.; COIMBRA, S.; FONTAINE, A. M. Discrimination and mental health among gay, lesbian, and bisexual youths

- in Portugal: The moderating role of family relationships and optimism. **Journal of GLBT Family Studies**, vol. 12, n. 1, p. 68-90, 2016. Doi: 10.1080/1550428X.2015.1070704
- FROST, D. M.; MEYER, I. H. Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals. **Journal of counseling psychology**, vol. 56, n. 1, p. 97-109, 2009. Doi: 10.1037/a0012844
- _____. Measuring community connectedness among diverse sexual minority populations. **Journal of Sex Research**, vol. 49, n. 1, p. 36-49, 2012. Doi: 10.1080/00224499.2011.565427
- FROST, D. M.; MEYER, I. H.; SCHWARTZ, S. Social support networks among diverse sexual minority populations. **American Journal of Orthopsychiatry**, vol. 86, n. 1, p. 91-102, 2016. Doi: 10.1037/ort0000117
- GOLDIN, P. R.; ZIV, M.; JAZAIERI, H.; HAHN, K.; HEIMBERG, R.; GROSS, J. J. Impact of cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder on the neural dynamics of cognitive reappraisal of negative self-beliefs: randomized clinical trial. **JAMA psychiatry**, vol. 70, n. 10, p. 1048-1056, 2013. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.234
- GÓMEZ, G. P. A.; GRANJA, E. J. G. *Percepción del bienestar psicológico de las personas LGBT a partir de la integración a una red de apoyo social formal*. Quito: **Universidad de las Américas**, 2017.
- HARRIS, A.; BATTLE, J. Unpacking civic engagement: the sociopolitical involvement of same-gender loving Black women. **Journal of lesbian studies**, vol. 17, n. 2, p. 195-207, 2013. Doi: 10.1080/10894160.2012.711679
- HATZENBUEHLER, M. L. Advancing research on structural stigma and sexual orientation disparities in mental health among youth. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, vol. 46, n. 3, p. 463-475, 2017. Doi: 10.1080/15374416.2016.1247360
- _____. The influence of state laws on the mental health of sexual minority youth. **JAMA pediatrics**, vol. 171, n. 4), p. 322-324, 2017. Doi: 10.1001/jamapediatrics.2016.4732
- HATZENBUEHLER, M. L.; O'CLEIRIGH, C.; GRASSO, C.; MAYER, K.; SAFREN, S.; BRADFORD, J. Effect of same-sex marriage laws on health

- care use and expenditures in sexual minority men: a quasi-natural experiment. **American journal of public health**, vol. 102, n. 2, p. 285-291, 2012. Doi: 10.2105/AJPH.2011.300382
- HAUKOOS, J. S.; LEWIS, R. J. Advanced statistics: Bootstrapping confidence intervals for statistics with "difficult" distributions. **Academic Emergency Medicine**, vol. 12, n. 4, p. 360-365, 2005. doi:10.1197/j.aem.2004.11.018
- HAYES, J. A.; CHUN-KENNEDY, C.; EDENS, A.; LOCKE, B. D. Do double minority students face double jeopardy? Testing minority stress theory. **Journal of College Counseling**, vol. 14, n. 2, p. 117-126, 2011. Doi: 10.1002/j.2161-1882.2011.tb00267.x
- HENDRICKS, M. L.; TESTA, R. J. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. **Professional Psychology: Research and Practice**, vol. 43, n. 5, p. 460-467, 2012. Doi: 10.1037/a0029597
- HEREK, G. M.; GILLIS, J. R.; COGAN, J. C. Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. **Stigma and Health**, vol. 1, p. 18-34, 2015. doi: 10.1037/2376-6972.1.S.18
- HERRICK, A. L.; STALL, R.; CHMIEL, J. S.; GUADAMUZ, T. E.; PENNIMAN, T.; SHOPTAW, S.; PLANKEY, M. W. It gets better: resolution of internalized homophobia over time and associations with positive health outcomes among MSM. **AIDS and Behavior**, vol. 17, n. 4, p. 1423-1430, 2013. Doi: 10.1007/s10461-012-0392-x
- HERRICK, A. L.; STALL, R.; GOLDHAMMER, H.; EGAN, J. E.; MAYER, K. H. Resilience as a research framework and as a cornerstone of prevention research for gay and bisexual men: Theory and evidence. **AIDS and Behavior**, vol. 18, n. 1, p. 1-9, 2013. Doi: 10.1007/S10461-012-0384-X
- HOGAN, D. J.; MARANDOLA, E. Towards an interdisciplinary conceptualisation of vulnerability. **Population, Space and Place**, vol. 11, n. 6, p. 455-471, 2005. Doi: 10.1002/psp.401
- HOY-ELLIS, C. P.; FREDRIKSEN-GOLDSSEN, K. I. Lesbian, gay, & bisexual older adults: linking internal minority stressors, chronic health conditions, and depression. **Aging & mental health**, vol. 20, n. 11, p. 1119-1130, 2016. Doi: 10.1080/13607863.2016.1168362
- HUTZ, C. S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da

- escala de autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, vol. 10, n. 1, p. 41-49, 2011.
- JOHNS, M. M.; PINGEL, E. S.; YOUATT, E. J.; SOLER, J. H.; McCLELLAND, S. I.; & BAUERMEISTER, J. A. LGBT community, social network characteristics, and smoking behaviors in young sexual minority women. **American journal of community psychology**, vol. 52, n. 1-2, p. 141-154, 2013. Doi: 10.1007/s10464-013-9584-4
- JURUENA, M. F., CLEARE, A. J., PARIANTE, C. M. The hypothalamic pituitary adrenal axis, glucocorticoid receptor function and relevance to depression. *Revista brasileira de psiquiatria*, 26(3), 189-201, **2004**. Doi: 10.1590/S1516-44462004000300009
- KATZ-WISE, S. L.; ROSARIO, M.; TSAPPIS, M. LGBT Youth and Family Acceptance. **Pediatric clinics of North America**, vol. 63, n. 6, p. 1011-1025, 2016. Doi: 10.1016/j.pcl.2016.07.005
- KATZ-WISE, S. L.; MEREISH, E. H.; WOULFE, J. Associations of Bisexual-Specific Minority Stress and Health Among Cisgender and Transgender Adults with Bisexual Orientation. **The Journal of Sex Research**, p. 1-12, 2016. Doi: 10.1080/00224499.2016.1236181
- KERTZNER, R. M.; MEYER, I. H.; FROST, D. M.; STIRRATT, M. J. Social and Psychological Well-Being in Lesbians, Gay Men, and Bisexuals: The Effects of Race, Gender, Age, and Sexual Identity. **American Journal of Orthopsychiatry**, vol. 79, n. 4, p. 500-510, 2009. Doi: 10.1037/a0016848
- KIM, H. J.; FREDRIKSEN-GOLDSSEN, K. I. Disparities in mental health quality of life between Hispanic and non-Hispanic White LGB midlife and older adults and the influence of lifetime discrimination, social connectedness, socioeconomic status, and perceived stress. **Research on aging**, vol. 9, p. 991-1012, 2016. Doi: 10.1177/0164027516650003
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Coping and adaptation. **The handbook of behavioral medicine**, p. 282-325, 1984. Nova Iorque: The Guilford Press.
- LEA, T.; DE WIT, J.; REYNOLDS, R. (2014). Minority stress in lesbian, gay, and bisexual young adults in Australia: Associations with psychological distress, suicidality, and substance use. **Archives of sexual behavior**, vol.

- 43, n. 8, p. 1571-1578, 2014. Doi: 10.1007/s10508-014-0266-6
- LEE, R. M.; DEAN, B. L.; JUNG, K. R. Social connectedness, extraversion, and subjective well-being: Testing a mediation model. **Personality and Individual Differences**, vol. 45, n. 5, p. 414-419, 2008. Doi: 10.1016/j.paid.2008.05.01
- LEGATE, N.; RYAN, R. M.; ROGGE, R. D. Daily Autonomy Support and Sexual Identity Disclosure Predicts Daily Mental and Physical Health Outcomes. **Personality and Social Psychology Bulletin**, vol. 43, n. 6, p. 860-873, 2017. Doi: 10.1177/0146167217700399
- LEVOUNIS, P.; DRESCHER, J.; BARBER, M. E. *O Livro de Casos Clínicos GLBT*. Porto Alegre: **Artmed**, 2014.
- LIMINAR DE AÇÃO POPULAR Nº 2828091 de 15 de setembro de 2017 do Poder Judiciário.
- LIPP, M. E. N. Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 76, 2000.
- LIVINGSTON, N. A.; HECK, N. C.; FLENTJE, A.; GLEASON, H.; OOST, K. M.; COCHRAN, B. N. Sexual minority stress and suicide risk: Identifying resilience through personality profile analysis. **Psychology of sexual orientation and gender diversity**, vol. 2, n. 3, p. 321, 2015. Doi: 10.1037/sgd0000116
- LIVINGSTON, N. A.; OOST, K. M.; HECK, N. C.; COCHRAN, B. N. The role of personality in predicting drug and alcohol use among sexual minorities. **Psychology of Addictive Behaviors**, vol. 29, n. 2, p. 414-419, 2015. Doi: 10.1037/adb0000034
- MACHADO, W. D. L.; DAMÁSIO, B. F.; BORSA, J. C.; SILVA, J. P. D. Dimensionality of the Perceived Stress Scale (PSS-10) for school teachers. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol. 27, n. 1, p. 38-43, 2014. Doi: 10.1590/S0102-79722014000100005
- MARIN, M. F.; LORD, C.; ANDREWS, J.; JUSTER, R. P.; SINDI, S.; ARSENAULT-LAPIERRE, G., ... LUPIEN, S. J. Chronic stress, cognitive functioning and mental health. **Neurobiology of learning and memory**, vol. 96, n. 4, p. 583-595, 2011. Doi: 10.1016/j.nlm.2011.02.016
- MARSHAL, M. P.; DIETZ, L. J.; FRIEDMAN, M. S.; STALL, R.; SMITH, H. A.; MCGINLEY, J.; ... BRENT, D. A. Suicidality and depression

- disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. **Journal of Adolescent Health**, vol. 49, n. 2, p. 115-123, 2011. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.02.005
- MARTELL, C. R.; SAFREN, S. A.; PRINCE, S. E. Cognitive-behavioral therapies with lesbian, gay, and bisexual clients. Nova Iorque: **The Guilford Press**, 2004.
- MARTOS, A. J.; WILSON, P. A.; MEYER, I. H. Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health services in the United States: Origins, evolution, and contemporary landscape. **PloS one**, vol. 12, n. 7, e0180544, 2017. Doi: 10.1371/journal.pone.0180544
- MAYKOVICH, M. K. Correlates of racial prejudice. **Journal of Personality and Social Psychology**, vol. 32, n. 6, p. 1014-1020, 1975. Doi: 10.1037/0022-3514.32.6.1014
- McCONNELL, E. A. Families matter: social support and mental health trajectories among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. **Journal of Adolescent Health**, vol. 59, n. 6, p. 674-680, 2016. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.07.026
- McCONNELL, E. A.; BIRKETT, M. A.; MUSTANSKI, B. Typologies of social support and associations with mental health outcomes among LGBT youth. **LGBT health**, vol. 2, n. 1, p. 55-61, 2015. Doi: 10.1089/lgbt.2014.0051
- McEWEN, B. S. Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. **Dialogues in clinical neuroscience**, vol. 8, n. 4, 367-381, 2006.
- MECCIA, E. Cambio y narración. Las transformaciones de la homosexualidad en Buenos Aires según los relatos de homosexuales mayores. **Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana**, vol. 19, p. 11-43, 2015.
- MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. **Psychological bulletin**, vol. 129, n. 5, p. 674-697, 2003. Doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- _____. Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. **Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity**, vol. 2, n. 3, p. 209-213, 2015. Doi: 10.1037/sgd0000132

- _____. Why lesbian, gay, bisexual, and transgender public health?. *American Journal of Public Health*, vol. 91, n. 6, p. 856-859, 2001.
- MEYER, I. H.; DEAN, L. Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. **Psychological perspectives on lesbian and gay issues**, vol. 4, p. 160-186, 1998.
- MEYER, I. H.; DIETRICH, J.; SCHWARTZ, S. Lifetime prevalence of mental disorders and suicide attempts in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. **American Journal of Public Health**, vol. 98, n. 6, p. 1004-1006, 2008. Doi: 10.2105/AJPH.2006.096826
- MEYER, I. H.; SCHWARTZ, S.; FROST, D. M. Social patterning of stress and coping: Does disadvantaged social statuses confer more stress and fewer coping resources? **Social science & medicine**, vol. 67, n. 3, p. 368-379, 2008. Doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.012
- MILLER, B.; IRVIN, J. Invisible scars: comparing the mental health of LGB and heterosexual intimate partner violence survivors. **Journal of homosexuality**, vol. 64, n. 9, p. 1180-1195, 2017. Doi: 10.1080/00918369.2016.1242334
- MOLINA, Y.; MARQUEZ, J. H.; LOGAN, D. E.; LEESON, C. J.; BALSAM, K. F.; KAYSEN, D. L. Current intimate relationship status, depression, and alcohol use among bisexual women: the mediating roles of bisexual-specific minority stressors. **Sex roles**, vol. 73, n. 1-2, p. 43-57, 2015. Doi: 10.1007/s11199-015-0483-z
- MORANDINI, J. S.; BLASZCZYNSKI, A.; DAR-NIMROD, I.; ROSS, M. W. Minority stress and community connectedness among gay, lesbian and bisexual Australians: a comparison of rural and metropolitan localities. **Australian and New Zealand journal of public health**, vol. 39, n. 3, p. 260-266, 2015. Doi: 10.1111/1753-6405.12364
- O'MALLEY, E. O.; VIVOLO-KANTOR, A. M.; KANN, L.; MILLIGAN, C. N. Trends in School-Related Victimization of Lesbian, Gay, and Bisexual Youths—Massachusetts. **American Journal of Public Health**, vol. 0, p. 1995–2015, 2017. . Doi: 10.2105/AJPH.2017.303761
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**, 1946.
- PACHANKIS, J. E.; COCHRAN, S. D.; MAYS, M. The mental health of sexual

- minority adults in and out of the closet: A population-based study. **Journal of consulting and clinical psychology**, vol. 83, n. 5, p. 890-901, 2015. Doi: 10.1037/ccp0000047
- PACHANKIS, J. E.; GOLDFRIED, M. R. Social anxiety in young gay men. **Journal of anxiety disorders**, vol. 20, n. 8, p. 996-1015, 2006. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.01.001
- PACHANKIS, J. E.; HATZENBUEHLER, M. L.; RENDINA, H. J.; SAFREN, S. A.; PARSONS, J. T. LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, vol. 83, n. 5, p. 875-889, 2015. Doi: 10.1037/ccp0000037
- PAKULA, B.; SHOVELLER, J.; RATNER, P. A.; CARPIANO, R. Prevalence and co-occurrence of heavy drinking and anxiety and mood disorders among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual Canadians. **American journal of public health**, vol. 106, n. 6, p. 1042-1048, 2016. Doi: 10.2105/AJPH.2016.303083
- PARKER, R. Abaixo do Equador: culturas do desejo, homossexualidade masculina e comunidade gay no Brasil. Rio de Janeiro: **Record**, 2002.
- PARRA, L. A.; BENIBGUI, M.; HELM, J. L.; HASTINGS, P. D. Minority Stress Predicts Depression in Lesbian, Gay, and Bisexual Emerging Adults via Elevated Diurnal Cortisol. **Emerging Adulthood**, vol. 4, n. 5, p. 365-372, 2016. Doi: 10.1177/2167696815626822
- PATTON, M. Q. Qualitative Evaluation and Research Methods. Newbury Park, EUA: **Sage Publications, Inc**, 1990.
- PEPPING, C. A.; LYONS, A.; McNAIR, R.; KIRBY, J. N.; PETROCCHI, N.; GILBERT, P. A tailored compassion-focused therapy program for sexual minority young adults with depressive symptomatology: study protocol for a randomized controlled trial. **BMC psychology**, vol. 5, n. 1, 2017. Doi: 10.1186/s40359-017-0175-2.
- PINEDA ROA, C. A. Propiedades psicométricas de una prueba de homonegatividad internalizada en varones homosexuales y bisexuales colombianos. **Psicología desde el Caribe**, vol. 33, n. 1, 2016.
- PLÖDERL, M.; FARTACEK, R. Suicidality and associated risk factors among

- lesbian, gay, and bisexual compared to heterosexual Austrian adults. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, vol. 35, n. 6, p. 661-670, 2005. Doi: 10.1521/suli.2005.35.6.661
- POLLITT, A. M.; MURACO, J. A.; GROSSMAN, A. H.; RUSSELL, S. T. Disclosure Stress, Social Support, and Depressive Symptoms Among Cisgender Bisexual Youth. **Journal of Marriage and Family**, vol. 79 n. 5, p. 1278-1294, 2017. Doi: 10.1111/jomf.12418
- PUCKETT, J. A.; LEVITT, H. M.; HORNE, S. G.; HAYES-SKELTON, S. A. Internalized heterosexism and psychological distress: The mediating roles of self-criticism and community connectedness. **Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity**, vol. 2, n. 4, 2015. Doi: 10.1037/sgd0000123
- QUINN, D. M. Issue Introduction: Identity Concealment: Multilevel Predictors, Moderators, and Consequences. **Journal of Social Issues**, vol. 73, n. 2, p. 230-239, 2017. Doi: 10.1111/josi.12213
- RAPPAPORT, J. Studies in empowerment: Introduction to the issue. In: Hess, R.E. (Org.). *Studies in empowerment: Steps toward understanding and action*. Nova Iorque: **Routledge**, 1-8, 1984.
- RICHTER, B. E.; LINDAHL, K. M.; MALIK, N. M. Examining ethnic differences in parental rejection of LGB youth sexual identity. **Journal of Family Psychology**, vol. 31, n. 2, 2017 Doi: 10.1037/fam0000235
- RIGGLE, E. D.; ROSTOSKY, S. S.; BLACK, W. W.; ROSENKRANTZ, D. E. Outness, concealment, and authenticity: Associations with LGB individuals' psychological distress and well-being. **Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity**, vol. 4, n. 1, p. 54-62, 2017. Doi: 10.1037/sgd0000202
- ROSENBERG, M.; SCHOOLER, C.; SCHOENBACH, C.; ROSENBERG, F. Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. **American sociological review**, p. 141-156, 1995. Recuperado em 20 de dezembro de 2017, de http://www.jstor.org/stable/2096350?seq=1#page_scan_tab_contents
- ROSS, L. E.; DOBINSON, C.; EADY, A. Perceived determinants of mental health for bisexual people: A qualitative examination. **American journal of public health**, vol. 100, n. 3, p. 496-502, 2010. Doi:

10.2105/AJPH.2008.156307

- RUSSELL, S. T.; RYAN, C.; TOOMEY, R. B.; DIAZ, R. M.; SANCHEZ, J. Lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescent school victimization: Implications for young adult health and adjustment. **Journal of School Health**, vol. 81, n. 5, p. 223-230, 2011. Doi: 10.1111/j.1746-1561.2011.00583.x
- RYAN, C.; HUEBNER, D.; DIAZ, R. M.; SANCHEZ, J. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. **Pediatrics**, vol. 123, n. 1, p. 346-352, 2009. Doi: 10.1542/peds.2007-3524
- RYAN, C.; RUSSELL, S. T.; HUEBNER, D.; DÍAZ, R.; SANCHEZ, J. Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, vol. 23, n. 4, p. 205-213, 2010. Doi: 10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x
- SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; LIPP, M. E. N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paideia**, 20(45), 73-81, 2010.
- SCHULTHEISZ, T. S. D. V.; Aprile, M. R. Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, vol. 5, n.1, p. 36-48, 2015. Doi: 10.17921/2176-9524.2013v5n1p%25p
- SELYE, H. The Evolution of the Stress Concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatonic hormones. **American scientist**, vol. 61, n. 6, p. 692-699, 1973. Retirado em 09 de dezembro de 2017, de <http://www.jstor.org/stable/27844072>
- SENOS, J. Identidade social, auto-estima e resultados escolares. **Análise Psicológica**, vol. 15, n. 1, p. 123-137, 1997. Recuperado em 02 de novembro de 2017, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0870-82311997000100010&script=sci_arttext&tlng=en
- SEVERSON, N.; MUÑOZ-LABOY, M.; KAUFMAN, R. 'At times, I feel like I'm sinning': the paradoxical role of non-lesbian, gay, bisexual and transgender-affirming religion in the lives of behaviourally-bisexual Latino men. **Culture, health & sexuality**, vol. 16, n. 2, p. 136-148, 2014. Doi: 10.1080/13691058.2013.843722
- SHEETS, R. L.; MOHR, J. J. Perceived social support from friends and family

- and psychosocial functioning in bisexual young adult college students. **Journal of Counseling Psychology**, vol. 56, n. 1, p. 152-163, 2009. Doi: 10.1037/0022-0167.56.1.152
- SHILO, G.; SAVAYA, R. Mental health of lesbian, gay, and bisexual youth and young adults: Differential effects of age, gender, religiosity, and sexual orientation. **Journal of Research on Adolescence**, vol. 22, n. 2, p. 310-325, 2012. Doi: 10.1111/j.1532-7795.2011.00772.x
- SIQUEIRA, M. M. M. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. **Psicologia em estudo**, vol. 13, n. 2, p. 381-388, 2008.
- SKINTA, M.; CURTIS, A. *Mindfulness and Acceptance for Gender and Sexual Minorities: A Clinician's Guide to Fostering Compassion, Connection, and Equality Using Contextual Strategies*. Oakland, Califórnia: **New Harbinger Publications**, 2016.
- SMITH, B. C.; ARMELIE, A. P.; BOARTS, J. M.; BRAZIL, M.; DELAHANTY, D. L. PTSD, depression, and substance use in relation to suicidality risk among traumatized minority lesbian, gay, and bisexual youth. **Archives of suicide research**, vol. 20, n. 1, p. 80-93, 2016. Doi: 10.1080/13811118.2015.1004484
- SMITH, C. P.; CUNNINGHAM, S. A.; FREYD, J. J. Sexual violence, institutional betrayal, and psychological outcomes for LGB college students. **Translational Issues in Psychological Science**, vol. 2, n. 4, p. 351-360, 2016. doi: 10.1037/tps0000094
- SNAPP, S. D.; WATSON, R. J.; RUSSELL, S. T.; DIAZ, R. M.; RYAN, C. Social support networks for LGBT young adults: Low cost strategies for positive adjustment. **Family Relations**, vol. 64, n. 3, p. 420-430, 2015. Doi: 10.1111/fare.12124
- SOLER, J. H.; CALDWELL, C. H.; CÓRDOVA, D.; HARPER, G.; BAUERMEISTER, J. A. Who Counts as Family? Family Typologies, Family Support, and Family Undermining Among Young Adult Gay and Bisexual Men. **Sexuality Research and Social Policy**, p. 1-16, 2017. Doi: 10.1007/s13178-017-0288-7
- SOUSA, F. H. F. de. A cura gay: uma decisão judicial que afronta os direitos humanos no Brasil? **Revista Eletrônica de Direito da Faculdade Estácio do Pará**, vol. 4, n. 6, p. 1-18, 2017.

- SOUZA, M. S. De; BAPTISTA, M. N.; ALVES, G. A da S. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. **Aletheia**, vol. 28, p. 32-44, 2008.
- STEWART, C. The Greenwood encyclopedia of LGBT issues worldwide (Vol. 1). **ABC-CLIO**, 2009.
- STUBER, J., MEYER, I., & LINK, B. Stigma, prejudice, discrimination and health. **Social science & medicine** (1982), vol. 67, n. 3, p. 351-357, 2008. Doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.023
- THOITS, P. A. Stress and health major findings and policy implications. **Journal of health and social behavior**, vol. 51, n. 1 suppl, p. S41-S53, 2010. Doi: 10.1177/0022146510383499
- TUCKER, J. S.; EWING, B. A.; ESPELAGE, D. L.; GREEN, H. D.; DE LA HAYE, K.; POLLARD, M. S. Longitudinal associations of homophobic name-calling victimization with psychological distress and alcohol use during adolescence. **Journal of Adolescent Health**, vol. 59, n. 1, p. 110-115, 2016. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.03.018
- VALDISERRI, R. O.; HOLTGRAVE, D. R.; POTEAT, T. C.; BEYRER, C. Unraveling Health Disparities among Sexual and Gender Minorities: A Commentary on the Persistent Impact of Stigma. **Journal of homosexuality**, 2018. Doi: 10.1080/00918369.2017.1422944
- VELEZ, B. L.; MORADI, B.; BREWSTER, M. E. Testing the tenets of minority stress theory in workplace contexts. **Journal of counseling psychology**, vol. 60, n. 4, p. 532-542, 2013. Doi: 10.1037/a0033346
- WATSON, L. B.; VELEZ, B. L.; BROWNFIEL, J.; FLORES, M. J. Minority stress and bisexual women's disordered eating: The role of maladaptive coping. **The Counseling Psychologist**, vol. 44, n. 8, p. 1158-1186, 2006. Doi: 10.1177/0011000016669233
- WATSON, R. J.; GROSSMAN, A. H.; RUSSELL, S. T. Sources of social support and mental health among LGB youth. **Youth & Society**, 1-19, 2016. Doi: 10.1177/0044118X16660110
- WHITE, Y.; SANDFORT, T.; MORGAN, K.; CARPENTER, K.; PIERRE, R. Family relationships and sexual orientation disclosure to family by gay and bisexual men in Jamaica. **International Journal of Sexual Health**, vol. 28, n. 4, p. 306-317, 2016. Doi:

10.1080/19317611.2016.1227015

- WHITLOCK, J. The role of adults, public space, and power in adolescent community connectedness. **Journal of community psychology**, vol. 35, n. 4, p. 499-518, 2007. Doi: 10.1002/jcop.20161
- WILLIAMSON, I. R. Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. **Health education research**, vol. 15, n. 1, p. 97-107, 2000. Doi: 10.1093/her/15.1.97
- WINDERMAN, K.; MARTIN, C. E.; SMITH, N. G. Career Indecision among LGB College Students: The Role of Minority Stress, Perceived Social Support, and Community Affiliation. **Journal of Career Development**, 1-15, 2017. Doi: 10.1177/0894845317722860
- WISE, A. E.; SMITH, B. C.; ARMELIE, A. P.; BOARTS, J. M.; DELAHANTY, D. L. Age moderates the relationship between source of social support and mental health in racial minority lesbian, gay, and bisexual youth. **Journal of Health Psychology**, 1-10, 2017. Doi: 10.1177/1359105316686667
- WONG, C. F.; SCHRAGER, S. M.; HOLLOWAY, I. W.; MEYER, I. H.; KIPKE, M. D. Minority stress experiences and psychological well-being: The impact of support from and connection to social networks within the Los Angeles house and ball communities. **Prevention Science**, vol. 15, n. 1, p. 44-55, 2014. Doi: 10.1007/s11121-012-0348-4
- ZANON, C.; HUTZ, C. S. Relações entre bem-estar subjetivo, neuroticismo, ruminação, reflexão e sexo. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, vol. 2, n. 2, p. 118-127, 2009.

7

Anexos

7.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PRESENCIAL

Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde
RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

INFORMAÇÕES AOS PARTICIPANTES

1 – Título do protocolo do estudo:

Estresse de minorias em lésbicas, gays e bissexuais e desfechos de saúde mental.

2 – Convite:

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Estresse de minorias em lésbicas, gays e bissexuais e desfechos de saúde mental”. Antes de decidir se participará, é importante que você entenda porque o estudo está sendo feito e o que ele envolverá. Reserve um tempo para ler cuidadosamente as informações a seguir e faça perguntas se algo não estiver claro ou se quiser mais informações. Não tenha pressa de decidir se deseja ou não participar desta pesquisa.

3 – O que é o projeto?

O projeto consiste na aplicação de um questionário sociodemográfico e questionários padronizados para avaliar as seguintes variáveis: saúde mental, estresse de minorias e características pessoais e do meio, como suporte familiar, suporte social, personalidade, autoestima e identificação com LGBs. O projeto se **justifica** na medida em que se entende a homofobia como impactante na saúde mental de pessoas lésbicas, gays e bissexuais e na baixa quantidade de estudos a esse respeito no Brasil.

4 – Qual é o objetivo do estudo?

O estudo visa avaliar os níveis de saúde mental e estresse de minorias em lésbicas, gays e bissexuais. Busca-se verificar possíveis relações entre percepção de suporte familiar e suporte social e os níveis de saúde mental, além de verificar possíveis relações entre fatores como personalidade, autoestima e identidade social LGB e estresse de minorias em lésbicas, gays e bissexuais.

5 – Por que você foi escolhido?

Você foi escolhido a participar do estudo porque você faz parte dos critérios de inclusão do estudo, que são ser lésbica, gay ou bissexual e ser maior de 18 anos.

6 – Eu tenho que participar?

Você é quem decide se gostaria de participar ou não deste estudo. Se decidir participar, você receberá esta folha de informações para guardar e deverá assinar um destes termos de consentimento, que ficará conosco. Mesmo se você decidir participar, você ainda tem a liberdade para desistir da pesquisa a qualquer momento e sem dar justificativas, não havendo qualquer punição ou prejuízo.

7 – O que acontecerá comigo se eu participar? O que eu tenho que fazer?

Se você der sua autorização para participar da pesquisa, você irá preencher alguns questionários que tem por objetivo investigar o estresse de minorias e a saúde mental de lésbicas, gays e bissexuais e outras características pessoais e contextuais, que podem impactar o nível de saúde mental. A resposta aos instrumentos deve durar cerca de 30 minutos.

8 – O que é exigido de mim nesse estudo além da prática de rotina?

Somente o desejo de participar.

9 – Quais são os efeitos colaterais ou riscos ao participar do estudo?

As tarefas a serem realizadas oferecem pequenos riscos para os participantes. É possível que você se sinta cansado(a) com o preenchimento dos questionários. Além disso, você pode se sentir ansioso(a) ou experimentar qualquer tipo de desconforto emocional por ter de lidar com seus próprios sentimentos e comportamentos do dia-a-dia. Entretanto, é importante salientar que você estará participando de uma pesquisa simples, conduzida por profissionais de Psicologia que poderão lhe acolher caso você tenha algum desconforto. Caso você sinta algum desconforto ou descontentamento maior, salientamos novamente que você pode desistir do estudo, sem qualquer prejuízo.

10 – Quais são os possíveis benefícios de participar?

Os potenciais benefícios desta pesquisa se darão indiretamente, para a comunidade. Com os resultados deste estudo, iremos investigar possíveis relações entre o estresse de minorias e a saúde mental de lésbicas, gays e bissexuais.

11 – O que acontece quando o estudo termina?

A equipe de pesquisa fará uma devolutiva aos participantes sobre os resultados obtidos. Além disso, os resultados vão compor o acervo de pesquisas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, no Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, ficando disponíveis para consulta.

12 – E se algo der errado?

Só trabalharemos com o consentimento dos envolvidos. Haverá um risco mínimo na participação desta pesquisa, visto que entrevistas e intervenções psicológicas podem causar desconfortos. Como sua participação trata-se somente de responder a alguns questionários, não se acredita na possibilidade de danos decorrentes dessa participação. Não há no projeto nada previsto para forçar nem expor aos participantes a algum outro risco. No entanto, se essa participação puder causar qualquer dano à sua pessoa, será oferecido, como indenização, acompanhamento psicológico, realizado por profissional não relacionado à pesquisa, gratuito, desde que o dano seja comprovado por profissional da área e que não seja participante da pesquisa.

13 – Minha participação neste estudo será mantida em sigilo?

Sim. A pesquisa é totalmente anônima, de modo que você não precisa se identificar em momento algum. As informações coletadas serão mantidas em lugar seguro, codificadas e a identificação só poderá ser realizada pelo pessoal envolvido diretamente com o projeto. Os dados serão guardados em armários chaveados, por no mínimo cinco anos. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes que possam vir a identificá-lo.

14 – Remunerações financeiras:

Nenhum incentivo ou recompensa financeira está previsto pela sua participação nesta pesquisa. Você não terá nenhuma despesa ao participar da pesquisa, mas caso haja algum gasto comprovadamente referente à participação no estudo, o ressarcimento será garantido.

15 – Contato para informações adicionais:

Em qualquer momento do estudo você poderá obter mais informações com a Prof. Dra. Juliane Callegaro Borsa, que estará apta a solucionar suas dúvidas, pelo telefone (021) 3527-2074. Você poderá solicitar quais informações acerca deste projeto.

Pesquisadora Responsável: Juliane Callegaro Borsa

Professora/Pesquisadora do Departamento de Psicologia da PUC-Rio

R. Marquês de São Vicente, 225, Edifício Cardeal Leme, 2º andar - Gávea, Rio de Janeiro - RJ,
22430-060

Email: juliborsa@gmail.com

Pesquisadora Executante: Fernanda de Oliveira Paveltchuk

Telefone: (21) 97474-3158

Email: paveltchuk@gmail.com

Caso haja dificuldade de contato com o pesquisador e o orientador, fazer contato com o Comitê de Ética em pesquisa da UFRJ no endereço: Av. Pasteur, 250 - Urca, Rio de Janeiro - RJ, 22290-

240

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “Estresse de minorias e desfechos de saúde mental em lésbicas, gays e bissexuais”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ONLINE

Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde

RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

INFORMAÇÕES AOS PARTICIPANTES**1 – Título do protocolo do estudo:**

Estresse de minorias em lésbicas, gays e bissexuais e desfechos de saúde mental.

2 – Convite:

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Estresse de minorias em lésbicas, gays e bissexuais e desfechos de saúde mental”. Antes de decidir se participará, é importante que você entenda porque o estudo está sendo feito e o que ele envolverá. Reserve um tempo para ler cuidadosamente as informações a seguir e faça perguntas se algo não estiver claro ou se quiser mais informações. Não tenha pressa de decidir se deseja ou não participar desta pesquisa.

3 – O que é o projeto?

O projeto consiste na aplicação de um questionário sociodemográfico e questionários padronizados para avaliar as seguintes variáveis: saúde mental, estresse de minorias e características pessoais e do meio, como suporte familiar, suporte social, personalidade, autoestima e identificação com LGBs. O projeto se justifica na medida em que se entende a homofobia como impactante na saúde mental de pessoas lésbicas, gays e bissexuais e na baixa quantidade de estudos a esse respeito no Brasil.

4 – Qual é o objetivo do estudo?

O estudo visa avaliar os níveis de saúde mental e estresse de minorias em lésbicas, gays e bissexuais. Busca-se verificar possíveis relações entre percepção de suporte familiar e suporte social e os níveis de saúde mental, além de verificar possíveis relações entre fatores como personalidade, autoestima e identidade social LGB e estresse de minorias em lésbicas, gays e bissexuais.

5 – Por que você foi escolhido?

Você foi escolhido a participar do estudo porque você faz parte dos critérios de inclusão do estudo, que são ser lésbica, gay ou bissexual e ser maior de 18 anos.

6 – Eu tenho que participar?

Você é quem decide se gostaria de participar ou não deste estudo. Se decidir participar, você receberá esta folha de informações para guardar e deverá assinar um destes termos de consentimento, que ficará conosco. Mesmo se você decidir participar, você ainda tem a liberdade para desistir da pesquisa a qualquer momento e sem dar justificativas, não havendo qualquer punição ou prejuízo.

7 – O que acontecerá comigo se eu participar? O que eu tenho que fazer?

Se você der sua autorização para participar da pesquisa, você irá preencher uma série de questionários e instrumentos que tem por objetivo investigar o estresse de minorias e a saúde mental de lésbicas, gays e bissexuais e outras características pessoais e contextuais, que podem impactar o nível de saúde mental. A resposta aos instrumentos deve durar cerca de 30 minutos.

8 – O que é exigido de mim nesse estudo além da prática de rotina?

Somente o desejo de participar.

9 – Quais são os efeitos colaterais ou riscos ao participar do estudo?

As tarefas a serem realizadas oferecem pequenos riscos para os participantes. É possível que você se sinta cansado(a) com o preenchimento dos questionários. Além disso, você pode se sentir ansioso(a) ou experienciar qualquer tipo de desconforto emocional por ter de lidar com seus próprios sentimentos e comportamentos no dia-a-dia. Entretanto, é importante salientar que você estará participando de uma pesquisa simples, conduzida por profissionais de Psicologia que poderão lhe acolher caso você tenha algum desconforto. Caso você sinta algum desconforto ou descontentamento maior, salientamos novamente que você pode desistir do estudo, sem qualquer prejuízo.

10 – Quais são os possíveis benefícios de participar?

Os potenciais benefícios desta pesquisa se darão indiretamente, para a comunidade. Com os resultados deste estudo, iremos investigar possíveis relações entre o estresse de minorias e a saúde mental de lésbicas, gays e bissexuais.

11 – O que acontece quando o estudo termina?

A equipe de pesquisa fará uma devolutiva aos participantes sobre os resultados obtidos. Além disso, os resultados vão compor o acervo de pesquisas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, no Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, ficando disponíveis para consulta.

12 – E se algo der errado?

Só trabalharemos com o consentimento dos envolvidos. Haverá um risco mínimo na participação desta pesquisa, visto que entrevistas e intervenções psicológicas podem causar desconfortos. Como sua participação trata-se somente de responder a alguns questionários, não se acredita na possibilidade de danos decorrentes dessa participação. Não há no projeto nada previsto para forçar nem expor aos participantes a algum outro risco. No entanto, se essa participação puder causar qualquer dano à sua pessoa, será oferecido, como indenização, acompanhamento psicológico, realizado por profissional não relacionado à pesquisa, gratuito, desde que o dano seja comprovado por profissional da área e que não seja participante da pesquisa.

13 – Minha participação neste estudo será mantida em sigilo?

Sim. A pesquisa é totalmente anônima, de modo que você não precisa se identificar em momento algum. As informações coletadas serão mantidas em lugar seguro, codificadas e a identificação só poderá ser realizada pelo pessoal envolvido diretamente com o projeto. Os dados serão guardados em armários chaveados, por no mínimo cinco anos. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes que possam vir a identificá-lo.

14 – Remunerações financeiras:

Nenhum incentivo ou recompensa financeira está previsto pela sua participação nesta pesquisa. Você não terá nenhuma despesa ao participar da pesquisa, mas caso haja algum gasto comprovadamente referente à participação no estudo, o ressarcimento será garantido.

15 – Contato para informações adicionais:

Em qualquer momento do estudo você poderá obter mais informações com a Prof. Dra. Juliane Callegaro Borsa, que estará apta a solucionar suas dúvidas, pelo telefone (021) 3527-2074. Você poderá solicitar quais informações acerca deste projeto.

Pesquisadora Responsável: Juliane Callegaro Borsa

Professora/Pesquisadora do Departamento de Psicologia da PUC-Rio

R. Marquês de São Vicente, 225, Edifício Cardeal Leme, 2º andar - Gávea, Rio de Janeiro - RJ,
22430-060

Email: juliborsa@gmail.com

Fernanda de Oliveira Paveltchuk

Telefone: (21) 97474-3158

Email: paveltchuk@gmail.com

Caso haja dificuldade de contato com o pesquisador e o orientador, fazer contato com o Comitê de Ética em pesquisa da UFRJ no endereço: Av. Pasteur, 250 - Urca, Rio de Janeiro - RJ, 22290-

240

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “Estresse de minorias e desfechos de saúde mental em lésbicas, gays e bissexuais”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas.

- Concordo voluntariamente na minha participação, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.
- Não concordo em participar do estudo.

7.2 Questionário Sociodemográfico

1. Qual é a sua idade? _____
2. Qual é o sexo que lhe foi designado ao nascimento?
 - Masculino
 - Feminino
3. Qual é a sua identidade de gênero atual?
 - Homem
 - Mulher
 - Homem trans
 - Mulher trans
 - Travesti
 - Outro
4. Com relação a sua sexualidade, com qual você mais se identifica?
 - Gay
 - Lésbica
 - Bissexual
 - Outro: _____
5. Qual a sua **cor ou raça** na seguinte classificação do IBGE?
 - Branca
 - Preta
 - Parda
 - Amarela/asiática
 - Indígena
6. Em que estado você **foi criado(a)**?
 - Acre
 - Alagoas

- Amapá
- Amazonas
- Bahia
- Ceará
- Distrito Federal
- Espírito Santo
- Goiás
- Maranhão
- Mato Grosso
- Mato Grosso do Sul
- Minas Gerais
- Pará
- Paraíba
- Paraná
- Pernambuco
- Rio de Janeiro
- Rio Grande do Norte
- Rio Grande do Sul
- Rondônia
- Roraima
- Santa Catarina
- São Paulo
- Sergipe
- Tocantins

7. **Atualmente**, onde você reside?

- Acre
- Alagoas
- Amapá

- Amazonas
- Bahia
- Ceará
- Distrito Federal
- Espírito Santo
- Goiás
- Maranhão
- Mato Grosso
- Mato Grosso do Sul
- Minas Gerais
- Pará
- Paraíba
- Paraná
- Pernambuco
- Rio de Janeiro
- Rio Grande do Norte
- Rio Grande do Sul
- Rondônia
- Roraima
- Santa Catarina
- São Paulo
- Sergipe
- Tocantins

8. Em que religião você **foi criado(a)**?

- Católica
- Evangélica/protestante
- Espírita/kardecista

- Uma religião afro-brasileira (umbanda, candomblé, etc.)
- Ateu
- Nenhuma
- Outra. Qual?: _____
- Prefiro não responder

9. **Atualmente**, qual a religião ou culto que você frequenta?

- Católica
- Evangélica/protestante
- Espírita/kardecista
- Uma religião afro-brasileira (umbanda, candomblé, etc.)
- Ateu
- Nenhuma
- Outra. Qual?: _____

10. Qual é o seu nível de instrução?

- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior Completo
- Pós-graduação Incompleta
- Pós-graduação completa

11. Atualmente, você mora em:

- Capital
- Região metropolitana

- Cidade interiorana
- Área rural.

12. Qual é a sua renda familiar mensal?

- De 0 a 2 salários mínimos (até R\$ 1760,00)
- De 3 a 5 salários mínimos (R\$ 2640,00 a R\$ 4400,00)
- De 5 a 7 salários mínimos (R\$ 4400,00 a R\$ 6160,00)
- De 7 a 10 salários mínimos (R\$ 6160,00 a R\$ 8800,00)
- Mais de 10 salários mínimos (mais de R\$ 8800,00)

12. Qual é o seu estado civil?

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

13. Você está num relacionamento amoroso?

- Sim
- Não

14. Como você classificaria seu relacionamento?

- Namoro
- União estável
- Casamento

15. O seu relacionamento é:

- Monogâmico
- Não-monogâmico

16. Há quanto tempo o relacionamento dura?

- Menos de 1 ano
- De 1 a 2 anos
- De 2 a 3 anos
- De 3 a 5 anos
- De 5 a 10 anos
- Mais de 10 anos

17. O seu relacionamento é com uma pessoa do mesmo gênero que o seu?

- Sim
- Não

18. Você tem filhos?

- Sim
- Não

19. Se sim, quantos? ____

20. Qual a idade de seus filhos? _____

7.3 Mental Health Index (MHI-5; McHorney & Ware, 1995, adaptada por Damásio, Borsa, & Koller, 2014)

Instruções: Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.

1 = Todo o tempo, 2 = A maior parte do tempo, 3 = Alguma parte do tempo, 4 = Uma pequena parte do tempo, 5 = Nunca

Em relação às últimas quatro semanas:

a. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5
b. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido(a) que nada possa animá-lo(a)?	1	2	3	4	5
c. Quanto tempo você tem se sentido calmo(a) ou tranquilo(a)?	1	2	3	4	5
d. Quanto tempo você tem se sentido desanimado(a) e abatido(a)?	1	2	3	4	5
e. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5

7.4 Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF; Baptista, 2005)

Nº	AFIRMAÇÕES	Quase nunca ou nunca	Às vezes	Quase sempre ou sempre
01	Acredito que minha família tenha mais problemas emocionais do que as outras famílias			
02	As pessoas na minha família seguem as regras estabelecidas entre eles.			
03	Há regras sobre diversas situações na minha família			
04	Meus familiares me elogiam			
05	Cada um em minha família tem deveres e responsabilidades específicas			
06	Meus familiares só mostram interesse uns pelos outros quando podem ter vantagens			
07	Eu sinto raiva da minha família			
08	Em minha família brigamos e gritamos uns com os outros			
09	Os membros da minha família expressam claramente pensamentos e noções uns com os outros			
10	Minha família permite que eu me vista do jeito que eu quero			
11	Minha família discute seus medos e preocupações			
12	Minha família me faz sentir que posso cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho (a)			
13	Eu me sinto como um estranho na minha família			
14	Meus familiares me deixam sair o tanto quanto quero			
15	As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas			
16	Meus familiares geralmente culpam alguém da família quando as coisas não estão indo bem			
17	Minha família discute junto antes de tomar uma decisão importante			
18	Em minha família tem privacidade			
19	Minha família permite que eu seja do jeito que eu quero ser			
20	Há ódio em minha família			
21	Eu sinto que minha família não me compreende			
22	Na solução de problemas, a opinião de todos na família é levado em consideração			
23	As pessoas da minha família sabem quando alguma coisa ruim aconteceu comigo, mesmo eu não falando			
24	Os membros da minha família se tocam e se abraçam			
25	Minha família me proporciona muito conforto emocional			
26	Minha família me faz sentir melhor quando eu estou aborrecido (a)			
27	Viver com minha família é desagradável			
28	Em minha família opinamos o que é certo/errado buscando o bem estar de cada um			
29	Em minha família as tarefas são distribuídas adequadamente			
30	Em minha família há uma coerência entre as palavras e os comportamentos			
31	Minha família sabe o que fazer quando surge uma emergência			

32	Em minha família há competitividade entre os membros			
33	Eu sinto vergonha da minha família			
34	Em minha família é permitido que eu faça as coisas que gosto de fazer			
35	Em minha família demonstramos carinho através das palavras			
36	Minha família me irrita			
37	Os membros da minha família expressam interesse e carinho uns com os outros			
38	Minha família me dá tanta liberdade quanto quero			
39	Eu me sinto excluído da família			
40	Meus familiares me permitem decidir coisas sobre mim			
41	Meus familiares servem como bons modelos em minha vida			
42	As pessoas da minha família se sentem próximas umas das outras			

7.5 Experiências com Vitimização (Dunn et al, 2013)

VERSÃO FEMININA

Para todas as seguintes perguntas, tente lembrar quantas vezes esses casos aconteceram desde a idade de 18 anos. **Somente responda as perguntas abaixo se a vitimização ocorreu porque alguém percebeu que você era gay ou bissexual.**

Marque com um **X**.

	Nunca	Uma Vez	Duas Vezes	Três ou mais vezes.
1. Alguém tentou roubá-la, você apanhou, foi espancada, agredida fisicamente ou sexualmente porque alguém percebeu que você era lésbica ou bissexual.				
2. A sua residência foi invadida, vandalizada, ou propositalmente danificada porque alguém percebeu que você era lésbica ou bissexual.				
3. Você já foi ameaçada com violência por alguém, porque perceberam que você era lésbica ou bissexual.				
4. Você já foi verbalmente insultada por alguém, porque perceberam que você era lésbica ou bissexual.				
5. Alguém já jogou um objeto em você, porque perceberam que você era lésbica ou bissexual.				
6. Você foi demitida de seu emprego ou negada um emprego ou promoção, porque perceberam que você era lésbica ou bissexual.				
7. Você foi impedida de mudar para uma casa ou apartamento por um locador ou corretor de imóveis, porque perceberam que você era lésbica ou bissexual.				

VERSÃO MASCULINA

Para todas as seguintes perguntas, tente lembrar quantas vezes esses casos

aconteceram desde a idade de 18 anos. **Somente responda as perguntas abaixo**

se a vitimização ocorreu porque alguém percebeu que você era gay ou bissexual.

Marque com um **X**.

	Nunca	Uma Vez	Duas Vezes	Três ou mais vezes.
1. Alguém tentou roubá-lo, você apanhou, foi espancado, agredido fisicamente ou sexualmente porque alguém percebeu que você era gay ou bissexual.				
2. A sua residência foi invadida, vandalizada, ou propositalmente danificada porque alguém percebeu que você era gay ou bissexual.				
3. Você já foi ameaçado com violência por alguém, porque perceberam que você era gay ou bissexual.				
4. Você já foi verbalmente insultado por alguém, porque perceberam que você era gay ou bissexual.				
5. Alguém já jogou um objeto em você, porque perceberam que você era gay ou bissexual.				
6. Você foi demitido de seu emprego ou negado um emprego ou promoção, porque perceberam que você era gay ou bissexual.				
7. Você foi impedido de mudar para uma casa ou apartamento por um locador ou corretor de imóveis, porque perceberam que você era gay ou bissexual.				

7.6 Sentimentos sobre homossexualidade/bissexualidade (Dunn et al, 2013)

VERSÃO FEMININA

Avalie o seguinte em uma escala de 7 pontos. 1 = Discordo totalmente e 7 = Concordo Totalmente. Marque com um **X**.

	1: Discordo totalment e	2: Discordo muito	3: Discordo pouco	4: Nem discordo, nem concordo	5: Concord o pouco	6: Concord o muito	7: Concord o totalment e
1. Mesmo se eu pudesse mudar minha orientação sexual, eu não faria.							
2. Eu me sinto confortável em ser uma mulher lésbica/bissexual.							
3. A homossexualidade / bissexualidade é tão natural quanto a heterossexualidade.							
4. Eu me sinto confortável em espaços de socialização LGBT.							
5. Situações sociais com pessoas LGB me fazem sentir							

desconfortável							
6. Eu me sinto à vontade para discutir a homossexualidade / bissexualidade em uma situação pública.							
7. Eu me sinto confortável sendo visto em público com uma pessoa obviamente lésbica ou bissexual.							

VERSÃO MASCULINA

Avalie o seguinte em uma escala de 7 pontos. 1 = Discordo totalmente e 7 = Concordo Totalmente. Marque com um **X**.

	1: Discordo totalment e	2: Discordo muito	3: Discordo pouco	4: Nem discordo, nem concordo	5: Concord o pouco	6: Concord o muito	7: Concord o totalment e
1. Mesmo se eu pudesse mudar minha orientação sexual, eu não faria.							
2. Eu me sinto confortável em ser um homem gay/ bissexual.							
3. A homossexualida							

de / bissexualidade é tão natural quanto a heterossexualida de.							
4. Eu me sinto confortável em espaços de socialização LGBT.							
5. Situações sociais com pessoas LGB me fazem sentir desconfortável							
6. Eu me sinto à vontade para discutir a homossexualida de / bissexualidade em uma situação pública.							
7. Eu me sinto confortável sendo visto em público com uma pessoa obviamente gay ou bissexual.							

7.7 "Sair do Armário": Assumindo a Sexualidade (Dunn et al, 2013)

Descreva qual é o seu nível de conforto para demonstrar que "saiu do armário" (assumiu sua homossexualidade / bissexualidade). Marque com um **X**.

	Não se aplica	Para ninguém	Para poucos/alguns	Para muitos	Para todos
Família					
Amigos heterossexuais					
Amigos gays/amigos LGBT					
Colegas de trabalho					

7.8 Escala de Percepção de Suporte Social (Siqueira, 2008)

Com que frequência eu tenho alguém que...

	1 – Nunca	2 – Poucas vezes	3 – Muitas vezes	4 – Sempre
Dá sugestões sobre viagens que quero fazer.				
Empresta-me algo de que preciso.				
Dá sugestões sobre oportunidades de emprego para mim.				
Dá sugestões sobre profissionais para ajudar-me.				
Dá sugestões sobre algo que quero comprar.				
Ajuda-me na execução de tarefas.				
Empresta-me dinheiro.				
Dá sugestões sobre meu futuro.				
Orienta minhas decisões.				
Sugere fontes para eu me atualizar.				
Substitui-me em tarefas que não posso realizar no momento.				
Dá sugestões sobre lugares para eu me divertir.				
Toma conta de minha casa em minha ausência.				
Fornece-me alimentação quando preciso.				
Leva-me a algum lugar aonde eu preciso ir.				
Ajuda-me com minha medicação se estou doente. Esclarece minhas dúvidas.				
Ajuda-me a resolver um problema prático.				
Dá sugestões sobre cuidados com a minha saúde.				
Consola-me se estou triste.				
Dá atenção às minhas crises emocionais.				
Ouve com atenção meus problemas pessoais.				
Compreende minhas dificuldades.				
Está ao meu lado em qualquer situação.				

Comemora comigo minhas alegrias e realizações.				
Faz-me sentir valorizado como pessoa.				
Preocupa-se comigo.				
Conversa comigo sobre meus relacionamentos afetivos.				
Demonstra carinho por mim.				