

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Doutorado em Psicologia

Linha de Pesquisa: Estados Psicopatológicos e Abordagens Psicoterápicas

Icaro Bonamigo Gaspodini

Bolsista Taxa – CAPES/PROSUC

**Estresse de Minoria, Sintomas Emocionais e Violência entre Parceiros Íntimos em
Pessoas LGBT no Contexto Brasileiro**

Orientadora:

Profa. Dra. Denise Falcke

São Leopoldo, março de 2021

ICARO BONAMIGO GASPODINI

**Estresse de Minoria, Sintomas Emocionais e Violência entre Parceiros Íntimos em
Pessoas LGBT no Contexto Brasileiro**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia, Área de Concentração Psicologia Clínica, da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, como requisito
parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientadora:

Profa. Dra. Denise Falcke

São Leopoldo, março de 2021

G249e Gaspodini, Icaro Bonamigo.

Estresse de minoria, sintomas emocionais e violência entre parceiros íntimos em pessoas LGBT no contexto brasileiro / Icaro Bonamigo Gaspodini. – 2021.

143 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2021.

“Orientadora: Profa. Dra. Denise Falcke.”

1. Saúde das minorias. 2. Minorias sexuais e de gênero. 3. Violência por parceiro íntimo. 4. Preconceito. 5. Interseccionalidade I.
Título.

CDU 159.9

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Bibliotecária: Amanda Schuster – CRB 10/2517)

ATA Nº 1/2021 de Defesa de Tese

Aos dezenove dias do mês de fevereiro, do ano de 2021, com início às dez horas, reuniu-se em formato *online* para atender às recomendações da OMS e Ministério da Saúde com relação ao Covid-19, a Banca Examinadora da 29ª Sessão de Avaliação de Tese de Doutorado em Psicologia, integrada pelos professores: Dra. Denise Falcke, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Presidente da Banca); Dr. Elder Cerqueira-Santos, Universidade Federal de Sergipe, Dra. Adriana Wagner, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Dr. Angelo Brandelli Costa, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Dra. Clarisse Pereira Mosmann, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos para o exame público da tese intitulada “**Estresse de Minoria, Sintomas Emocionais e Violência entre Parceiros Íntimos em Pessoas LGBT no Brasil**”, desenvolvida por Ícaro Bonamigo Gaspodini, sob orientação da Profa. Dra. Denise Falcke, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia. A Presidente deu início aos trabalhos, apresentando os integrantes da Banca e convidando o doutorando para a apresentação de sua tese. Em seguida, a Banca realizou a arguição, sendo a Sessão suspensa às 12h15min, por quinze minutos, para que os membros da banca procedessem ao julgamento e atribuição da nota: Prof. Dr. Elder Cerqueira-Santos 10,0 (DEZ), Profa. Dra. Adriana Wagner, 10,0 (DEZ), Prof. Dr. Angelo Brandelli Costa, 10,0 (DEZ) e Profa. Dra. Clarisse Pereira Mosmann, 10,0 (DEZ). A banca emitiu classificação final de APROVADO. A sessão foi encerrada às 12h30min, e, para constar, eu Caroline B. e Brum, secretariei esta sessão e redigi a presente ata que dato e assino juntamente com os membros da Banca Examinadora.

A emissão do Diploma está condicionada a entrega da versão final da Tese no prazo de 30 (trinta) dias após a defesa.

Houve alteração de título: Não () Sim (X) Novo Título: **Estresse de Minoria, Sintomas Emocionais e Violência entre Parceiros Íntimos em Pessoas LGBT no contexto brasileiro**

São Leopoldo, 19 de fevereiro de 2021

Profa. Dra. Denise Falcke

Prof. Dr. Elder Cerqueira-Santos

Profa. Dra. Adriana Wagner

Prof. Dr. Angelo Brandelli Costa

Profa. Dra. Clarisse Pereira Mosmann

Icaro Bonamigo Gaspodini

Caroline Berwanger e Brum



Participação por web conferência

Participação por web conferência

Participação por web conferência

Participação por web conferência

Apresentação por web conferência

Dedicatória

Para Diva Páscoa Bortoluzzi,
por sua força e dedicação ao trabalho,
por sua coragem de enfrentar o preconceito,
por seu carinho de vó,
por sua vida.

Para João W. Nery
(*in memoriam*),
professor fora da sala de aula,
por ter me ensinado,
a viver sem pedir licença.

Agradecimentos

De formas muito diversas,
carinhosas, ferozes, criativas, práticas,
sensíveis, técnicas, amorosas, indignadas,
próximas ou distantes,
estas pessoas colaboraram
para que esta tese fosse possível.

Ronald Canabarro e Mariana Machado,
por me acompanharem de perto, pela amizade eterna.

Minha família,
pelo amor, apoio e admiração.

Denise Falcke,
pela acolhida desde a primeira vez.

Eduarda L. de Oliveira e Leticia Neis,
pelo carinho das melhores memórias e mais altas gargalhadas.

Brustoleides, A Minha Mãe Deixa, ABNT Joint, Festa da Perseverança,
os melhores grupos do Whasapp
e as melhores amizades.

Lui Nornberg, Claudia Cenci, Clarisse Mosmann,
Silvia Benetti, Caroline Stumpf Buaes
pelas melhores aulas, pelas profundas inspirações.

Participantes da pesquisa, integrantes dos comitês de avaliação,
pessoas que auxiliaram na divulgação,
por terem tornado a tese possível.

Professores da banca de defesa,
por serem inspiração.

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISINOS,
por ter sido meu espaço de crescimento na última década.

PROSUC/CAPES,
pela possibilidade de ser doutor.

Epígrafe

De fato, jamais deixei de me espantar diante do que poderíamos chamar de *paradoxo da doxa*: o fato de que a ordem do mundo tal como está [...] seja, grosso modo, respeitada; que não haja um maior número de transgressões ou subversões, delitos e “loucuras” [...] ou, o que é ainda mais surpreendente, que ordem estabelecida, com suas relações de dominação, seus direitos e suas imunidades, seus privilégios e suas injustiças, salvo uns poucos acidentes históricos, perpetue-se depois de tudo tão facilmente, e que condições de existência das mais intoleráveis possam permanentemente ser vistas como aceitáveis ou até mesmo como naturais.

Pierre Bourdieu¹

¹ Bourdieu, P. (2014). *A dominação masculina*. (M. H. Kühner, Trad.). Rio de Janeiro, RS: BestBolso.

Sumário

Lista de Tabelas e Figuras.....	10
Resumo.....	12
Abstract.....	14
Introdução da Tese.....	16
Artigo I.....	33
Resumo.....	33
Abstract.....	34
Introdução.....	35
Método.....	39
Resultados.....	45
Discussão.....	51
Conclusão.....	57
Artigo II.....	59
Resumo.....	59
Abstract.....	60
Introdução.....	61
Método.....	63
Resultados.....	71
Discussão.....	77
Conclusão.....	80
Artigo III.....	82
Resumo.....	82
Abstract.....	83
Introdução.....	84
Método.....	87
Resultados.....	94
Discussão.....	107
Conclusão.....	111
Conclusão da Tese.....	114
Referências.....	123
Apêndice A – Parecer Consubstanciado do CEP.....	141
Apêndice B – Revised Conflict Tactics Scales (CTS2).....	142
Apêndice C – Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21).....	143

Lista de Tabelas e Figuras

Tabelas

Tabela 1. Características Sociodemográficas da Amostra (N = 315)	38
Tabela 2. Duração dos Relacionamentos Íntimos da Amostra	40
Tabela 3. Sequência do Questionário de Autoaplicação	41
Tabela 4. Frequência dos tipos de Violência entre Parceiros Íntimos – VPI (N = 315)	45
Tabela 5. Questões Acrescidas às CTS2 com Base em Balsam e Szymanski (2005) (N = 315).....	46
Tabela 6. Comparações de Tipos de VPI que Apresentaram Diferenças Significativas por Grupos Sociodemográficos	47
Tabela 7. Médias dos Sintomas Emocionais (N = 315)	48
Tabela 8. Comparações de Sintomas Emocionais que Apresentaram Diferenças Significativas por Grupos Sociodemográficos	49
Tabela 9. Correlações entre Condições Socioeconômicas e Sintomas Emocionais.....	50
Tabela 10. Estado de Residência	63
Tabela 11. Características de Participantes	64
Tabela 12. Fatores e Itens da Versão Reduzida da Escala de Estresse de Minoria LGBT...72	
Tabela 13. Índices de Ajuste da Escala de Estresse de Minoria LGBT	73
Tabela 14. Validade de Critério da Escala de Estresse de Minoria LGBT	75
Tabela 15. Médias da Amostra em Cada Fator em Ordem Decrescente (N = 448)	76
Tabela 16. Estressores de Minoria Propostos com Base em Outland (2016) e Meyer (2003).....	84
Tabela 17. Características Sociodemográficas da Amostra (N = 315)	88
Tabela 18. Sequência do Questionário de Autoaplicação.....	89
Tabela 19. Correlações entre Tipos de VPI com Estresse de Minoria e Sintomas Emocionais (N= 315)	93
Tabela 20. Correlações entre Tipos de VPI e Estressores de Minoria (N = 315)	94
Tabela 21. Correlações entre Tipos de VPI e Sintomas Emocionais (N = 315)	95
Tabela 22. Médias, Desvios Padrão e Intercorrelações entre Sintomas de Depressão e Variáveis Predictoras (N = 315)	98

Tabela 23. Resumo da Regressão Múltipla Backward Prevendo Sintomas de Depressão com Estressores de Minoria (N = 315)	99
Tabela 24. Médias, Desvios Padrão e Intercorrelações entre Sintomas de Ansiedade e Variáveis Predictoras (N = 315)	100
Tabela 25. Resumo da Regressão Múltipla Backward Prevendo Sintomas de Ansiedade com Estressores de Minoria (N = 315)	101
Tabela 26. Médias, Desvios Padrão e Intercorrelações entre Sintomas de Estresse e Variáveis Predictoras (N = 315)	102
Tabela 27. Resumo da Regressão Múltipla Backward Prevendo Sintomas de Estresse com Estressores de Minoria (N = 315)	103
Tabela 28. Médias, Desvios Padrão e Intercorrelações entre a Média Geral da DASS-21 e Variáveis Predictoras (N = 309)	105
Tabela 29. Resumo da Regressão Múltipla Backward Prevendo A Média da DASS-21 com Estressores de Minoria e Variáveis Sociodemográficas (N = 309)	106

Figuras

Figura 1. Tradução do modelo de Meyer (2003, p. 679)	24
Figura 2. Diagrama da análise fatorial confirmatória. Produzido no IBM® SPSS® Amos.....	74
Figura 3. Gráfico de dispersão com sintomas de depressão como variável dependente.....	97
Figura 4. Gráfico de dispersão com sintomas de ansiedade como variável dependente.....	97
Figura 5. Gráfico de dispersão com sintomas de estresse como variável dependente.....	97
Figura 6. Gráfico de dispersão com a média geral da DASS-21 como variável dependente.....	104

Estresse de Minoria, Sintomas Emocionais e Violência entre Parceiros Íntimos em Pessoas LGBT no Contexto Brasileiro

Resumo

Nas últimas décadas, há um crescente interesse de psicólogos/as em estudar os efeitos de um ambiente discriminatório na saúde mental e na qualidade dos relacionamentos de minorias sexuais e de gênero. Nesta tese, o objetivo geral foi investigar como o estresse de minoria se relaciona com sintomas de depressão, ansiedade, estresse e violência entre parceiros íntimos (VPI) em pessoas LGBT no Brasil. Três estudos foram realizados. No Artigo I, comparou-se tipos de VPI e sintomas emocionais entre pessoas LGBT e investigou-se relações com variáveis sociodemográficas em 315 participantes de 18 a 62 anos de idade ($M = 28,46$; $DP = 8,31$). Os instrumentos foram questões sociodemográficas e sobre relacionamentos íntimos, além da *Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)* e a *Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21)*. Os tipos de VPI mais frequentes foram a psicológica cometida (72,1%) e sofrida (71,4%) e a física sofrida (24,8%). O sintoma emocional mais prevalente foi o de estresse. Diferenças de grupos mostram desigualdades relacionadas a marcadores sociais e características socioeconômicas. No Artigo II, realizou-se a tradução, adaptação e evidências de validade da *The LGBT Stress Measure* (Outland, 2016), resultando na Escala de Estresse de Minoria LGBT (EEM-LGBT), com 24 itens, capaz de discriminar estressores distais e proximais de minoria: (1) eventos de discriminação; (2) eventos de vitimização; (3) microagressões; (4) ocultação da identidade; (5) expectativa de rejeição; (6) estigma internalizado; (7) conexão com a comunidade. Uma análise fatorial realizada com 448 participantes apresentou bons índices de ajuste para o modelo de sete fatores ($\chi^2/df = 2,21$; CFI = 0,92; RMSEA [90% IC] = 0,05; GFI = 0,91; AGFI = 0,88; TLI = 0,91; SRMR = 0,06). A validade de critério da escala foi confirmada por correlações estatisticamente significativas com as medidas do Protocolo de

Avaliação de Estresse de Minoria (PEM-LGB-BR; Costa et al., 2020) e o índice de confiabilidade da escala foi considerado bom ($\alpha = 0,83$). No Artigo III, avaliou-se a melhor combinação de estressores de minoria para explicar a ocorrência de VPI e sintomas emocionais. Os instrumentos utilizados foram a EEM-LGBT, a CTS2 e a DASS-21. Embora as correlações significativas tenham apresentado efeitos muito baixos e não tenha sido possível traçar modelos explicativos com tipos de VPI como desfecho, foi possível identificar as variáveis que melhor explicaram a ocorrência dos sintomas emocionais. O modelo com maior poder de predição indica a combinação de um estressor distal (experiências de vitimização), dois estressores proximais (estigma internalizado e expectativa de rejeição), menor conexão com a comunidade LGBT, menor renda e menor escolaridade. É plausível concluir que um ambiente discriminatório seja responsável por desfechos negativos na saúde das pessoas LGBT e de seus relacionamentos por meio da interrelação entre estressores de minoria e marcadores sociais da diferença. Os estressores distais, motivados pelo status de inferioridade conferido a um indivíduo, gera os estressores proximais, que são processos motivados pela identidade de minoria. Os marcadores sociais interseccionados podem representar diferentes configurações de apoio social, principalmente a conexão com a própria comunidade LGBT. Impedir, prevenir e intervir contra a produção de estressores distais e proximais pode ser uma saída para melhorar os determinantes sociais de saúde das pessoas LGBT, bem como a qualidade dos relacionamentos íntimos dessa população.

Palavras-chave: saúde das minorias; minorias sexuais e de gênero; violência por parceiro íntimo; preconceito; interseccionalidade.

Minority Stress, Emotional Symptoms, and Intimate Partner Violence in LGBT People in Brazilian Context

Abstract

In the last decades, psychologists have been progressively interested in studying the effects of a discriminatory environment on mental health and relationship quality of sexual and gender minorities. The objective of this thesis was to investigate how minority stress is related to symptoms of depression, anxiety, and stress, and intimate partner violence (IPV) in Brazil. In Article I, we compared types of IPV and emotional symptoms among LGBT people and investigated relations with sociodemographic variables in 315 participants ranging from 18 to 62 years old ($M = 28,46$; $SP = 8,31$). Instruments were sociodemographic and intimate relationship questions, as well the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) and the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21). The most frequent IPV type was psychological both when suffered (72,1%) and perpetrated (71,4%), followed by physical (24,8%). The most prevalent symptom was stress. Group differences show inequalities related to social markers and socioeconomic characteristics. In Article II, we translated and adapted The LGBT Stress Measure (Outland, 2016) for the Brazilian context. The resulting instrument was called *Escala de Estresse de Minoria LGBT* (EEM-LGBT) and it is composed of 24 items distributed into seven dimensions, as the original scale: (1) discrimination events; (2) victimization events; (3) microaggressions; (4) identity concealment; (5) rejection anticipation; (6) internalized stigma; (7) community connectedness. A factor analysis with the answers of 448 participants ranging from 18 to 62 years old ($M = 27,3$; $SD = 7,9$; $Mdn = 25$) showed good fit indexes for the model of seven factors ($\chi^2/df = 2,21$; $CFI = 0,92$; $RMSEA [90\% CI] = 0,05$; $GFI = 0,91$; $AGFI = 0,88$; $TLI = 0,91$; $SRMR = 0,06$). Criterion validity was established with correlations with measures from *Protocolo de Avaliação de Estresse de Minoria* (PEM-LGB-BR; Costa et al., 2020). In

Article III, the objective was to investigate the best combination of minority stressors to explain the occurrence of intimate partner violence (IPV) and depression, anxiety, and stress symptoms. Instruments were: EEM-LGBT, CTS2, and DASS-21. Although significant correlations were considered too low and we were not able to attend statistical requirements to predict IPV as outcome, it was possible to identify the combination of variables that best explained the occurrence of emotional symptoms: internalized stigma, rejection anticipation, victimization experiences, low community connectedness, income and schooling. We conclude that proximal minority stressors, caused by distal stressors, intertwine with social markers of difference to explain different mental health outcomes in this population.

Keywords: minority health; sexual and gender minorities; intimate partner violence; prejudice; intersectionality.

Introdução da Tese

Compreender os efeitos de um ambiente discriminatório sobre a qualidade de vida de minorias sociais tem sido uma questão de interesse para diversas áreas da Psicologia. Embora os estudos sobre preconceito, discriminação, atitudes, conflitos, estigma, entre outros, estejam majoritariamente ligados à área da Psicologia Social (Jesus & Galinkin, 2015; Lago, Toneli, Beiras, Vavassori, & Müller, 2008; L. C. dos Santos, Carvalho, Amaral, Borges, & Mayorga, 2016), no âmbito da psicologia clínica, novos conhecimentos têm sido gerados para melhor atender indivíduos pertencentes às minorias sexuais e de gênero, ou como nos referiremos ao longo deste texto, pessoas LGBT.

Essa população inclui qualquer pessoa estigmatizada por sua orientação sexual e/ou por sua identidade/expressão de gênero, o que faz com que suas experiências relacionadas à sexualidade e ao gênero sejam vividas, salvo exceções, em ambientes de preconceito e discriminação (Gaspodini & Jesus, 2020). Inicialmente, considera-se importante elucidar termos relacionados à diversidade sexual e de gênero, bem como explicar a opção pelo uso de determinada nomenclatura quando há diversas formas de conceituação disponíveis na literatura. Isso se deve a, pelo menos, dois fatores. Primeiro, embora a Psicologia venha apresentando novos conhecimentos há algumas décadas, muitos/as psicólogos/as ainda se sentem despreparados ou ainda desconsideram os desenvolvimentos nessa área (Gaspodini & Falcke, 2018). Conhecer o vocabulário acerca da diversidade sexual e de gênero denota respeito por uma população historicamente desrespeitada e que vem, nos últimos anos, questionando terminologias médico-psiquiátricas que não condizem com suas vivências e subjetividades individuais e sociais (Matza, Sloan, & Kauth, 2015). Além disso, a escolha por uma palavra sempre desconsiderará as possibilidades discursivas (e transformativas) dos termos preteridos. Neste trabalho, considero a explicação pela opção do termo “pessoas LGBT” como a mais urgente.

Frequentemente, utiliza-se o marco histórico ocorrido nos Estados Unidos, no bar *Stonewall Inn* (Nova York), em 1969 como o início do movimento LGBT (Canabarro, 2013; Green, Caetano, Fernandes, & Quinalha, 2018). A resistência dos frequentadores do bar à violência policial deu início ao que se chamou de “Movimento Gay”, originando mais tarde a sigla de cunho comercial “GLS” (Gays, Lésbicas e Simpatizantes). No Brasil, a organização popular se intensificou no final da década 1970, em torno do chamado Movimento Homossexual Brasileiro (MHB) – o termo “lésbica” só passa a fazer parte do nome do movimento a partir do encontro de 1995 e os termos “bissexual” e “transexual” somente no encontro de 2005 (Canabarro & Meyrer, 2020; Simões & Facchini, 2009)

Desde a primeira tentativa de incluir termos identitários que representassem um grande grupo de pessoas, essa discussão sempre perpassa por uma disputa política de identidades. As pessoas trans foram as primeiras a reivindicar representação política numa nova sigla que incluía também as pessoas bissexuais (GLBT – Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais). As mulheres lésbicas transformaram a sigla para LGBT na tentativa de denunciar as estruturas sexistas dentro do próprio movimento, e, no Brasil, esse termo passou a ser largamente utilizado após 1ª Conferência Nacional GLBT, realizada em Brasília/DF, em junho de 2008 (Canabarro, 2013; Green et al., 2018). Já o uso do termo LGBTIQ+ é recomendado por uma recente declaração intitulada “*IPsyNet Statement on LGBTIQ+ Concerns*”, um acordo assinado em 2017 por 24 associações de Psicologia de 16 países, contendo oito órgãos brasileiros, entre eles o Conselho Federal de Psicologia e a Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (American Psychological Association, 2017). Essa sigla se refere, mas não se limita, a pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgênero, intersexo, *queer* ou qualquer outra denominação de sexualidade ou gênero. O sinal (+) indica essa variabilidade de nomenclaturas e posições não identitárias que não podem ser reduzidas a uma sigla ou que venham a ser criadas futuramente.

Neste trabalho, optou-se pelo termo “pessoas LGBT”, não apenas para simplificar a escrita e a leitura, mas por respeito aos movimentos que levaram a sua adoção em 2008. A década seguinte seria marcada, ao mesmo tempo, por um avanço na organização dos movimentos e formação de redes de pessoas LGBT e um assustador retrocesso no que concerne aos direitos humanos no cenário internacional. A escolha desse termo também se trata de um incômodo pessoal com a perda de foco na busca por representação identitária e personalizada dentro do próprio grupo em detrimento de uma organização ampla que faça frente aos ataques contra minorias sociais em geral. O movimento LGBT precisa representar todas as identidades de minoria, sejam elas relacionadas à cor/raça, classe, capacidade física ou mental, idade, religião, entre outras, mas também as vidas que acontecem fora da determinação identitária. A nomeação de identidades, num tempo pós-moderno, parece-me um atraso quando se poderia aprender com a fluidez das pessoas que não assumem qualquer identidade sexual ou de gênero. Obviamente, não existe uma “pessoa LGBT”, mas o termo será usado para provocar um “por que não?”. No momento de usar um termo que inclua todas as pessoas estigmatizadas por suas orientações sexuais e/ou identidades/expressões de gênero, as letras da sigla parecem ter menos importância do que a necessidade de um sentimento de grupo que faça frente ao retrocesso generalizado.

Em recente conversa, Yuval N. Harari e Audrey Tang explicitam como os algoritmos de buscadores e redes sociais têm definido a realidade por meio da influência nas escolhas de um indivíduo. O próprio código de linguagem usado para criar categorias de resposta acaba por alterar a realidade, na medida em que um sujeito que responde a um questionário *online* – diferentemente da possibilidade criativa do papel – só pode escolher uma dentre as “alternativas de realidade” propostas por aquele questionário. Assim, a própria linguagem que coleta os dados acaba por alterá-los (Harari & Tang, 2020). Isso é fundamental para compreender não apenas a escolha pelo termo “pessoas LGBT”, como também os achados desta tese. É mais

fácil fazer a linguagem de programação eliminar o preconceito do que um ser humano, mas em ambas as esferas, a construção da realidade será limitada pela escolha da representação lexical. O que há em comum em cada letra da sigla, seja ela qual for, é o fato de que a sexualidade dos indivíduos está sob policiamento de um sistema cultural que determina qual orientação sexual e/ou identidade/expressão de gênero é aceitável, ideal, esperada e desejada. A definição desses termos é estabelecida desde a declaração dos Princípios de Yogyakarta (Yogyakarta Principles, 2007) sendo recomendada na *IPsyNet Statement on LGBTIQ+ Concerns*:

***Sexual orientation** is understood to refer to each person's capacity for profound emotional, affectional, and sexual attraction to, and intimate and sexual relations with, individuals of a different gender or the same gender or more than one gender. **Gender identity** is understood to refer to each person's deeply felt internal and individual experience of gender, which may or may not correspond with the sex assigned at birth, including the personal sense of the body (which may involve, if freely chosen, modification of bodily appearance or function by medical, surgical, or other means) and other expressions of gender, including dress, speech, and mannerisms² (Yogyakarta Principles, 2007, p. 6, grifo meu).*

Após essa definição abrangente de orientação sexual e identidade de gênero, consta, no acordo, uma explicação dos termos mais comuns utilizados ao longo do documento, os quais

² Entende-se que a orientação sexual se refere à capacidade de cada pessoa para uma profunda aptidão emocional, afetiva e sexual, bem como relações íntimas e sexuais com indivíduos de um gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero. Entende-se que a identidade de gênero se refere à experiência profundamente sentida e individual do gênero, o que pode ou não corresponder ao sexo designado no nascimento, incluindo o sentido pessoal do corpo (o que pode envolver, se escolhidas livremente, modificações na aparência ou funcionamento corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros) e outras expressões de gênero, incluindo vestimentas, falas e maneirismos (Yogyakarta Principles, 2007, p. 6, tradução livre).

também serão utilizados no presente estudo (American Psychological Association, 2017). Eles foram organizados e comentados na lista a seguir:

- *Lésbica* se refere a uma mulher cuja principal atração romântica ou sexual é dirigida a outra mulher. Embora não esteja mencionado no acordo, chama-se a atenção para o fato de que essa mulher pode ser tanto cisgênero quanto transgênero. Essa ressalva se justifica porque observa-se, cotidianamente, certa dificuldade de compreender as orientações sexuais de pessoas cis como iguais às daquelas de pessoas trans. Outros termos comuns em substituição a “lésbica” podem incluir “mulher homossexual” e “mulher homoafetiva”.
- *Gay* se refere a um homem cuja principal atração romântica ou sexual é dirigida a outro homem. Outros termos utilizados na literatura incluem “homem homossexual” e “homem homoafetivo”.
- *Bissexual* se refere a uma pessoa que se atrai, romântica e sexualmente, por pessoas do gênero masculino e do gênero feminino.
- *Transgênero* é um termo utilizado para se referir a uma pessoa cuja identidade/expressão de gênero não corresponde ao sexo que lhe foi designado no nascimento, incluindo, mas não limitado, a pessoas transgênero, transexuais, travestis, pessoas não binárias ou identidades de gênero fluidas. No Brasil, é mais comum a utilização dos termos “transexual” e “travesti”. É importante fazer uma distinção entre pessoas trans binárias e não binárias. Um homem trans ou uma mulher trans viverá uma experiência de gênero binária (masculino ou feminino) da mesma forma que as pessoas cis. As pessoas não binárias evitam ou não se importam com uma identidade/expressão de gênero específica, podendo vivenciar suas vidas em dois gêneros ao mesmo tempo ou em nenhuma das expressões binárias de gênero.

- *Queer* é um termo multifacetado que tem significados diferentes dependendo da pessoa ou do contexto. Para fins do presente estudo, opta-se pelo entendimento do termo “*queer*” não como uma definição, mas antes, uma postura crítica que se apresenta contrária aos processos de formação de identidade (Louro, 2001). Essa palavra também representa a vivência não binária do gênero, embora seja conceitualmente errôneo referir-se a uma “pessoa *queer*” ou dizer que alguém “é” *queer*.
- Para o termo *intersexo*, o acordo adota a definição da European Union Agency for Fundamental Rights (2015). Trata-se de um termo abrangente que se refere a diversas variações em características corporais que não estejam estritamente de acordo com definições médicas de macho e fêmea. Essas características podem ser cromossômicas, hormonais e/ou anatômicas e podem ser manifestadas em diferentes níveis. Segundo a Intersex Society of North America (n.d.), a vergonha, o segredo e as cirurgias genitais não desejadas são os principais problemas que envolvem as pessoas intersexo e suas famílias.

Pode-se dizer que, até a década de 1990, parte considerável do conhecimento psicológico sobre sexualidade permanecia assentado no modelo heterossexual e cisgênero, isto é, partia-se de um referencial de normalidade para a orientação sexual (a heterossexualidade) e outro para a identidade/expressão de gênero (a cisgeneridade). Nessa época, vinte anos haviam decorrido da remoção do termo “homossexualismo” do DSM-II³, em 1973 (Drescher, 2015), no entanto, ainda havia resistência por parte de profissionais da saúde (Meyer, 2003a). Essa década ficou marcada mundialmente pela retirada do termo “homossexualismo” da CID-10⁴ e nacionalmente por uma resolução do Conselho Federal de Psicologia (1999), que proibia a oferta de cura por psicólogos/as para homossexuais. Além disso, uma resolução do Conselho

³ Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

⁴ Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.

Federal de Medicina (1997, Art. 1º), ainda que sob um viés patologizante, autorizava pela primeira vez, “a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização [...] como tratamento dos casos de transexualismo (sic)”.

Foi também na década de 1990 que o epidemiologista norte-americano Ilan H. Meyer investigava razões para a maior prevalência de transtornos mentais e comportamentais em pessoas homossexuais, quando comparadas a heterossexuais. De fato, diversos estudos mostram que, em comparação à população geral, minorias sexuais e de gênero apresentam taxas mais elevadas de sintomas emocionais, como depressão, ansiedade, estresse, comportamento suicida, abuso de substâncias, comportamentos de risco e violência em relacionamentos íntimos e familiares (Bostwick, Boyd, Hughes, & McCabe, 2010; Buller, Devries, Howard, & Bacchus, 2014; Cerqueira-Santos, Azevedo, & Ramos, 2020; Francisco, Barros, Pacheco, Nardi, & Alves, 2020; Grella, Greenwell, Mays, & Cochran, 2009; Haas et al., 2011; King et al., 2008; B. Miller & Irvin, 2016; Nowinski & Bowen, 2012). Naquela época, Meyer (1995, 2003) buscava contrapor a ideia de que a homossexualidade seria a causa dos transtornos, propondo então o conceito de “estresse de minoria” (*minority stress*). Partiu-se da teoria social do estresse, na qual eventos estressores, causados por circunstâncias ambientais, afetam todas as pessoas e fazem com que elas lancem mão de estratégias adaptativas, o que pode, dependendo dos recursos de enfrentamento (internos e externos), estar associado tanto a benefícios como malefícios para a saúde (Pearlin, Menaghan, Lieberman, & Mullan, 1981). Quando se trata da população LGBT, há um risco maior para que eventos estressores ocorram, pois são motivados pelo preconceito e discriminação (Meyer, 2003). Pode-se considerar que o estresse de minoria seja uma medida de preconceito sentido pelo sujeito, figurando entre as poucas existentes na literatura. Há inúmeras medidas que indicam como as pessoas expressam preconceito, mas raras avaliam a percepção ou os efeitos do preconceito sentido (Gaspodini & Falcke, 2019).

No início de 1980, um artigo publicado por Pearlin et al. (1981) mudou radicalmente a forma como se compreendia a saúde mental, trocando o foco do transtorno psiquiátrico para a estrutura social, analisando os impactos do último na ocorrência de estresse e de sofrimento psicológico (Avison, Aneshensel, Schieman, & Wheaton, 2010). Pearlin et al. (1981) propuseram o modelo do estresse social, no qual circunstâncias ambientais agem como estressores, os quais, moderados por recursos de enfrentamento (principalmente o *coping*⁵ e o suporte social), geram consequências negativas para a saúde. Esse seria um processo geral, pelo qual passam todas as pessoas. No entanto, quando se trata de minorias sociais, o estresse excedente advém de circunstâncias ambientais relacionadas ao preconceito (Meyer, 1995, 2003a). Se há um risco maior para ocorrência de eventos estressores, há um risco maior para ocorrência de consequências negativas para a saúde. Meyer (2013) utiliza uma comparação para fins didáticos: da mesma forma que fumantes têm um risco acentuado para a ocorrência de câncer no pulmão, indivíduos pertencentes a minorias sociais apresentam risco acentuado para estressores ambientais.

Os estressores de minoria foram teorizados como três possíveis manifestações⁶: a) a experiência direta de discriminação e violência motivada pelo preconceito; b) a expectativa da pessoa de que será discriminada ou não será aceita; c) o preconceito internalizado (ou autoestigma), que seria a consideração negativa de seu *status* de minoria (Meyer, 1995, 2003a). São eventos considerados “menores” pela maioria das pessoas, pois podem parecer “tolos” demais, no entanto, estão relacionados a algo muito íntimo do indivíduo, que é central para a sua existência (Meyer, 2013). Esses eventos se manifestam por agressões e episódios de discriminação diários, as chamadas “microagressões”, e geram um excedente de estresse causado pela expectativa de ser discriminado/a. A expectativa de preconceito envolve esperar

⁵ Para uma revisão teórica do conceito de *coping*, ver Antoniazzi, Dell’Aglia e Bandeira (1998).

⁶ Foi Gordon Allport (1954) quem primeiramente sugeriu que os efeitos do preconceito no indivíduo tomam forma de comportamentos compensatórios, com traços persecutórios, como excessiva preocupação sobre si mesmo, negação de sua identidade como parte de uma minoria e a internalização de estigmas sobre si mesmo.

que eventos da vida sejam frustrados, a desigualdade de oportunidades por motivos estruturais, o baixo senso de pertencimento ao ambiente social e o baixo bem-estar social. Assim, os estressores ambientais de minoria podem explicar, por funcionarem como variáveis mediadoras, as consequências negativas em saúde mental para as minorias sexuais e de gênero.

O modelo do estresse de minoria, conforme proposto por Meyer (2003), foi traduzido do inglês e mostrado na Figura 1. A ideia principal é que as consequências para saúde de um indivíduo (caixa i) são efeitos de eventos estressores das circunstâncias ambientais (caixas c, d e f), mediados pelos recursos de enfrentamento disponíveis (caixa h).

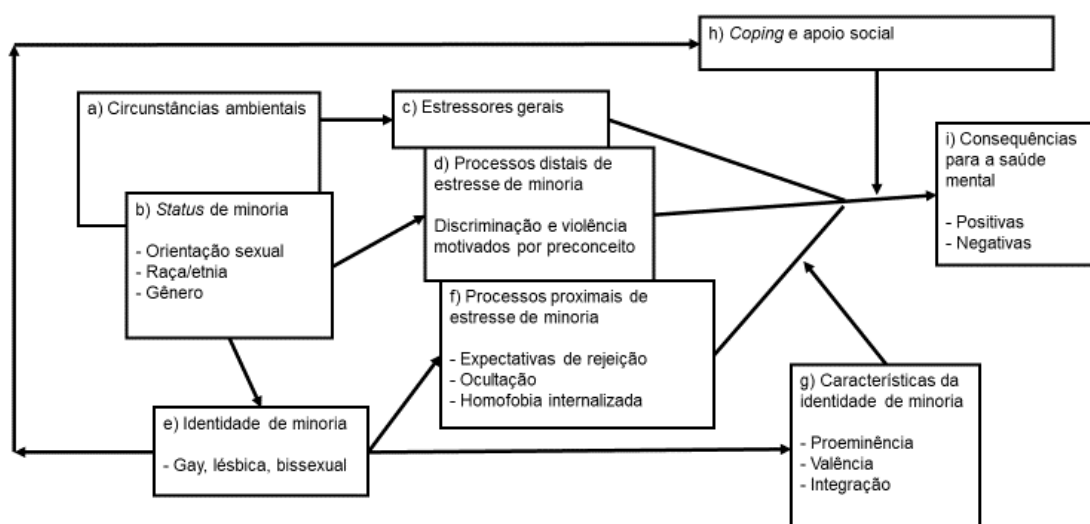


Figura 1. Tradução do modelo de Meyer (2003, p. 679).

O autor explica que, nesse modelo, o estresse de minoria se situa dentro das circunstâncias ambientais (caixa a) que diferem para cada indivíduo, pois estão relacionadas a vantagens ou desvantagens ambientais (p. ex., *status* socioeconômico). O *status* de minoria do indivíduo (caixa b) são os marcadores sociais da diferença que criam as identidades de minoria (p. ex., gay, lésbica, transexual). Meyer (2003) representa graficamente essa caixa de forma sobreposta às circunstâncias ambientais, pois indicam um forte relacionamento com outras

circunstâncias no ambiente. Por exemplo, estressores de minoria para um homem homossexual de classe baixa estariam indubitavelmente relacionados à sua pobreza; quando combinadas, essas características determinam sua exposição a eventos estressores e à disponibilidade de recursos para enfrentá-los (Díaz, Ayala, Bein, Henne, & Marin, 2001). Circunstâncias no ambiente levam à exposição a estressores, incluindo os estressores gerais, tais como a perda de um emprego ou a morte de um ente querido (caixa c), mas também os estressores de minoria, que são particulares aos membros de grupos minoritários, tais como discriminação no ambiente de trabalho (caixa d). Semelhantemente às circunstâncias causadoras de estresse, os estressores (gerais e de minoria) são mostrados em caixas sobrepostas, representando sua interdependência (Pearlin et al., 1981). Por exemplo, o fato de ter sido vítima de um ato discriminatório (caixa d) provavelmente aumentará a vigilância e a expectativa de rejeição (caixa f). Geralmente, o indivíduo se identifica com o *status* de minoria que lhe é socialmente designado – sua identidade de minoria (caixa e). Por sua vez, a identidade de minoria leva a estressores adicionais relacionados à percepção do indivíduo do seu *self* como uma minoria estigmatizada e desvalorizada (C. Miller & Major, 2000). Em razão de envolverem autopercepções e avaliações, esses processos de estresse de minoria são mais próximos ao indivíduo, incluindo expectativas de ser rejeitado, ocultação de sua identidade (o contrário de exposição pública da identidade) e internalização do estigma (caixa f). É claro que a identidade de minoria não é somente uma fonte de estresse, mas também um importante modificador de efeito no processo de estresse (caixa g). Por exemplo, estressores de minoria podem apresentar um impacto maior nas consequências para a saúde quando a identidade de minoria do indivíduo é mais proeminente e importante para si do que quando é secundária para a sua autoidentificação (Thoits, 1999). Ainda, a identidade de minoria também pode ser uma fonte de força (caixa h), quando associada a oportunidades de afiliação, suporte social e recursos de enfrentamento que

podem amenizar os impactos do estresse (Branscombe, Schmitt, & Harvey, 1999; C. Miller & Major, 2000).

No estudo das diversas consequências negativas que o estresse de minoria ocasiona na saúde dos indivíduos, recentemente, pesquisadores/as têm se interessado pela investigação do papel do estresse de minoria na ocorrência de violência entre parceiros íntimos (VPI). Embora se esteja ainda nos primórdios dessa temática de estudo (Longobardi & Badenes-Ribera, 2017), diversas pesquisas trazem dados sobre o impacto de dimensões do estresse de minoria nas diferentes formas de VPI (Balsam & Szymanski, 2005; Carvalho, Lewis, Derlega, Winstead, & Viggiano, 2011; Chong, Mak, & Kwong, 2013; Edwards & Sylaska, 2013, 2015; Kelley et al., 2014; Lewis, Milletich, Derlega, & Padilla, 2014; Longobardi & Badenes-Ribera, 2017; McKenry, Serovich, Mason, & Mosack, 2006; Milletich, Gumienny, Kelley, & D’Lima, 2014; Pepper & Sand, 2015).

É possível que, para a maioria das pessoas, a palavra “casal” evoque a imagem de um homem e de uma mulher. É também provável que a imagem evocada não seja a de um homem ou mulher transgênero. Não somente no senso comum, mas também na produção científica, por muito tempo, tomou-se o modelo cisgênero-heterossexual como parâmetro para compreensão da conjugalidade. Foucault (2011) mostrou que, a partir da época vitoriana, a sexualidade considerada socialmente legítima foi aquela encerrada no quarto do casal marital, monogâmico e heterossexual. Assim, dado o contexto discriminatório, o próprio relacionamento íntimo nas minorias sexuais e de gênero não possui o mesmo *status* de legitimidade que relacionamentos íntimos entre pessoas cisgênero e heterossexuais. O estigma negativo atinge tanto o indivíduo como seu relacionamento, formando uma espécie de justaposição de preconceitos e discriminações.

Segundo Miskolci (2007), a luta por legitimidade dos relacionamentos LGBT foi travada contra a disseminação de pânicos morais cujo objetivo último seria o controle social,

pois se configuram em mecanismos que culpabilizam os grupos estigmatizados com o objetivo de melhor exercer esse controle. Nesse sentido, os casais mais “melhor adaptados” seriam aqueles que mais se assemelham à lógica heterossexual, monogâmica e marital. No Brasil, a união estável entre pessoas do mesmo sexo foi reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal no ano de 2011, o que já ilustra como um contexto desigual posiciona a legitimidade de relacionamentos íntimos LGBT. Mesmo assim, desde então, se observa “uma forte tendência a uma sorte de assimilacionismo familista e à normalização de sujeitos, afetos e sexualidades segundo padrões heteronormativos, revelando assim uma ambiguidade risco/potência presente no processo de reconhecimento, pelo Judiciário brasileiro, dos denominados direitos sexuais” (Coacci, 2015, p. 54).

Na literatura internacional, VPI (ou IPV, do inglês “*intimate partner violence*”) designa um tipo de violência que inclui abuso físico, sexual, emocional e psicológico, além de comportamentos controladores ou coercitivos perpetrados por um parceiro íntimo (World Health Organization, 2012). Essa é a definição da Organização Mundial da Saúde, que, de certa forma, está em consonância com uma perspectiva unidirecional da VPI. Isso significa que, quando se pensa em VPI, o olhar dicotômico é mais comum que o complexo, pois tende-se a enxergar uma dentre duas posições, a do agressor e a da vítima. Uma perspectiva sistêmica da VPI, por outro lado, consegue superar a dicotomia dos papéis, fornecendo a compreensão de que a VPI está intrinsecamente relacionada ao contrato que se estabelece entre os parceiros, “o qual é redigido a partir das histórias de vida de ambos, da construção dos vínculos afetivos deles e da própria interação estabelecida” (Falcke, Oliveira, Rosa, & Bentancur, 2009, p. 87).

Levando em conta a violência física e o comportamento controlador observados em cada um dos membros de um relacionamento íntimo, Johnson (2006) ofereceu uma tipologia de quatro dimensões da VPI. O *terrorismo íntimo* acontece quando um dos indivíduos usa violência física e alto nível de controle enquanto o outro não usa violência, independentemente

do nível de controle. O *controle violento mútuo* representa o uso de violência e alto controle de ambos. A *resistência violenta* é definida como o uso de violência e baixo controle entendida como reação de defesa contra o perpetrador. A *violência situacional mútua* ocorre quando um indivíduo usa violência e baixo controle enquanto o outro faz o mesmo ou não usa violência, independentemente do nível de controle. Essa tipologia foi ampliada por Messinger, Fry, Rickert, Catalozzi e Davidson (2014), a partir de uma amostra de adolescentes. Foi possível observar cinco tipos de dinâmicas de VPI: 1) controle violento + resistência violenta; 2) controle violento unilateral; 3) controle violento mútuo; 4) violência situacional mútua; 5) violência situacional unilateral.

Tanto a tipologia de Johnson (2006) quanto a de Messinger et al. (2014) foram elaboradas a partir de amostras de pessoas cisgênero e heterossexuais. Da mesma forma, os dados disponíveis na literatura científica sobre VPI concernem, majoritariamente, à vitimização de mulheres cisgênero por seus parceiros homens cisgêneros, em relacionamentos heterossexuais. A escassez de estudos sobre VPI em minorias sexuais e de gênero pode ser explicada pela consideração de um ideal superior referente à orientação sexual (heterocentrismo) e à identidade/expressão de gênero (ciscentrismo), o que é tradicionalmente adotado para compreensão da sexualidade humana (Gaspodini & Jesus, 2020). Essa noção de superioridade e conseqüente consideração negativa de determinada orientação sexual e/ou identidade/expressão de gênero influencia na construção de instrumentos de investigação que tendem a incluir somente a população heterossexual e cisgênero.

Nos 42 estudos revisados por T. Brown & Herman (2015) sobre VPI em minorias sexuais e de gênero, publicados entre 1989 e 2015, encontrou-se frequente dificuldade para buscar ajuda e baixa qualidade da assistência disponível para esse público. Isso, segundo Calton, Cattaneo e Gebhard (2016), é um efeito do limitado entendimento do problema por parte de profissionais, do estigma social e das desigualdades na oferta de serviços de saúde. No

entanto, também pode ser explicado pela expectativa de discriminação, um dos motivos que fazem com que minorias sexuais e de gênero evitem a busca por serviços de saúde, pois a evitação funciona como uma forma de enfrentamento (Sugano, Nemoto, & Operario, 2006). A expectativa de preconceito ou despreparo de profissionais pode impedir que pessoas LGBT que sofrem VPI em seus relacionamentos busquem ajuda em serviços de assistência social e saúde (Balsam & Szymanski, 2005; T. Brown & Herman, 2015; Calton, Cattaneo, & Gebhard, 2016; Campo & Tayton, 2015; Guadalupe-Diaz & Jasinski, 2016; Jacobson, Daire, & Abel, 2015; Jacobson, Daire, Abel, & Lambie, 2015; Meyer, 2003; Meyer, Schwartz, & Frost, 2008; Otero, Fernández, Fernández, & Castro, 2015; Sorenson & Thomas, 2009; Sugano et al., 2006). Saber que o serviço de saúde está preparado para as demandas desse público específico poderia se configurar como um tipo de recurso de enfrentamento disponível, o suporte social. Por outro lado, o despreparo desses serviços acaba produzindo estressores ambientais motivados por preconceito.

Buscas foram realizadas no Portal de Periódicos da CAPES, na EBSCO-Host, na SciELO, na LILACS, na PePSIC e na BVS-Psi, por meio da seguinte cadeia de palavras e sinais: *“intimate partner violence” AND (“LGBT” OR “homosexual” OR “lesbian” OR “bisexual” OR “transgender”)*. Até o momento, não se encontrou qualquer estudo que informe dados de prevalência de VPI em minorias sexuais e de gênero no Brasil em comparação à população geral. Existem investigações qualitativas que contribuem na compreensão do fenômeno, como entre mulheres lésbicas em Niterói (N. C. R. dos Santos, Freitas, & Ceara-Silva, 2019), ou levantamentos bibliográficos (Luz & Gonçalves, 2014), geralmente acerca da literatura internacional (Cezario, Fonseca, Lopes, & Lourenço, 2015).

No entanto, em alguns países, tais como Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Japão e México, as pesquisas indicam que as taxas de VPI nessa população são iguais ou superiores às do público heterossexual e cisgênero (Barrett & Sheridan, 2016; Distefano, 2009; Hester &

Donovan, 2009; Langenderfer-Magruder, Walls, Whitfiel, Brown, & Barrett, 2016; Meza-de-Luna, Cantera-Espinosa, Westendarp-Palacios, & Palacios-Sierra, 2015; Siemieniuk et al., 2012). Mesmo nos estudos que investigam minorias sexuais e de gênero, são raros os dados sobre VPI em pessoas transgênero (Barrett & Sheridan, 2016; Guadalupe-Diaz & Jasinski, 2016; Stephenson et al., 2017). Os profissionais pouco ou nada sabem sobre as especificidades desse público (Tesch & Bekerian, 2016), o que acarreta em um tratamento desigual para pessoas transgênero vítimas de VPI (Seelman, 2015).

Uma das principais especificidades da VPI no público LGBT é sua relação com o estresse de minoria. De acordo com a mais recente revisão sistemática sobre o tema, as pesquisas sobre o papel do estresse de minoria na VPI são bastante recentes (Longobardi & Badenes-Ribera, 2017). Ainda assim, os estudos revisados trazem evidências de que o estresse de minoria tem papel importante na ocorrência de VPI. Mostram que a internalização do estigma (autoestigma), a ocultação da identidade de minoria, a expectativa de discriminação e a experiência direta de ter sido discriminado estão todas associadas com a ocorrência de VPI em minorias sexuais e de gênero. Pode-se pensar, portanto, que, se as especificidades da VPI nessa população estão relacionadas ao preconceito contra diversidade sexual e de gênero, então o estresse de minoria deve ser levado em consideração para a compreensão desse fenômeno. Nesse raciocínio, pode-se posicionar a VPI como uma consequência negativa para a saúde dos indivíduos, a qual foi resultante de eventos estressores motivados por preconceito, mas mediados por recursos de enfrentamento, conforme o modelo de Meyer (2003).

Embora esses estudos tragam evidências de associação entre dimensões do estresse de minoria e VPI, há diversas lacunas que exigem maior esclarecimento. A principal delas se deve ao fato de nenhum estudo sobre esse tema ter sido encontrado no Brasil até o momento. As amostras da maioria dos estudos provêm de populações norte-americanas ou europeias, brancas, de classe média e estudantes universitários/as. Isso significa que o que se sabe sobre

o papel do estresse de minoria na VPI em minorias sexuais e de gênero não pode ser diretamente aplicado à população brasileira. Se já são raros os estudos brasileiros sobre VPI na comunidade LGBT, mais ainda sobre o papel do estresse de minoria na VPI nessa população. Outra lacuna refere-se à operacionalização da internalização do estigma. Na maioria dos estudos, são utilizados instrumentos que medem a “homofobia internalizada”, ou seja, o estigma que pessoas cisgênero internalizam sobre sua orientação sexual homossexual, o que não inclui o estigma das demais orientações sexuais, muito menos o das pessoas transgênero. Ademais, embora os níveis de VPI sejam consideravelmente preocupantes na população transgênera, as pesquisas com esse público são escassas em todo o mundo (Guadalupe-Díaz & Jasinski, 2016; Langenderfer-Magruder et al., 2016; Stephenson et al., 2017).

Ainda, há discordância dos estudos no que se refere a quais dimensões do estresse de minoria estariam associadas às dimensões de VPI (Longobardi & Badenes-Ribera, 2017). Variáveis mediadoras e moderadoras também intervêm nessas associações e precisam ser melhor estudadas (Edwards & Sylaska, 2013). Faz-se necessário, portanto, avaliar o papel dos estressores de minoria em cada tipo de VPI nas minorias sexuais e de gênero do Brasil, além de suas intersecções com outros marcadores sociais da diferença, tais como raça/etnia, *status* socioeconômico, entre outros.

Assim, o objetivo da presente tese é investigar como o estresse de minoria se relaciona com sintomas de depressão, ansiedade, estresse e violência entre parceiros íntimos em pessoas LGBT no Brasil. Especificamente, objetiva-se: Obter uma medida de estresse de minoria que discrimine estressores distais e proximais e seja válida para pessoas LGBT no Brasil; Verificar estressores de minoria distais e proximais em uma amostra de pessoas LGBT; Verificar formas de VPI (agressão física, agressão psicológica, coerção sexual e lesão corporal) em uma amostra de pessoas LGBT; Verificar formas específicas de VPI (ameaça de *outing* e ocultação do relacionamento) em uma amostra de pessoas LGBT; Verificar sintomas de depressão,

ansiedade e estresse em uma amostra de pessoas LGBT; Explorar relações entre estressores de minoria distais e proximais, VPI e sintomas de depressão, ansiedade e estresse; Avaliar o impacto de estressores de minoria na ocorrência de VPI e sintomas de depressão, ansiedade e estresse; Explorar a combinação mais parcimoniosa entre estressores de minoria para a ocorrência de VPI; Explorar a combinação mais parcimoniosa entre estressores de minoria e características sociodemográficas para explicar a ocorrência de sintomas de depressão, ansiedade e estresse.

Esta tese foi apresentada no formato de três artigos empíricos, além de uma introdução geral e uma conclusão da tese como um todo. Para facilitar a leitura da banca, as referências de cada artigo foram inseridas em uma única lista de referências, ao final da tese, na página 121.

Os artigos que compõem a tese são:

- Artigo I – Violência entre Parceiros Íntimos e Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Pessoas LGBT no Brasil (*Intimate Partner Violence and Depression, Anxiety, and Stress Symptoms in LGBT People in Brazil*)
- Artigo II – Escala de Estresse de Minoria LGBT (EEM-LGBT): Versão Brasileira (*LGBT Minority Stress Scale (EEM-LGBT): Brazilian Version*)
- Artigo III – Estresse de Minoria LGBT: Impactos na Violência entre Parceiros Íntimos e em Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse (*LGBT Minority Stress: Impacts on Intimate Partner Violence and on Depressive, Anxiety, and Stress Symptoms*)

Artigo I

Violência entre Parceiros Íntimos e Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Pessoas LGBT no Brasil

Resumo

O objetivo deste estudo foi comparar violência entre parceiros íntimos (VPI) e sintomas emocionais (depressão, ansiedade e estresse) entre pessoas LGBT e investigar relações com variáveis sociodemográficas. De forma *online*, 315 pessoas autodeclaradas LGBT responderam a questões sociodemográficas e sobre relacionamentos íntimos, além das *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) e da *Depression, Anxiety, and Stress Scale* (DASS-21). O tipo de VPI mais prevalente foi a psicológica sofrida (72,1%) e cometida (71,4%), seguido de VPI física (24,8%). O sintoma emocional com maior índice foi o de estresse. Entre os/as participantes, sendo a maioria cisgênero (96%), homossexual (74%) e branca (73%), homens cometeram mais VPI psicológica e apresentaram menores índices de sintomas emocionais do que mulheres e pessoas não binárias. Pessoas trans mostraram mais sintomas de depressão do que as cis. Pansexuais e bissexuais apresentaram mais sintomas emocionais do que homossexuais e bissexuais sofreram mais VPI específica a relacionamentos LGBT do que homossexuais. Esses resultados indicam a intersecção de opressões e desigualdades nos desfechos de saúde mental entre as próprias minorias sexuais e de gênero. Os resultados também indicam que o fenômeno da VPI está presente entre pessoas LGBT com aspectos semelhantes à população geral, mas apresentam especificidades relacionadas a diferentes identidades e marcadores sociais de diferença.

Palavras-chave: saúde das minorias; minorias sexuais e de gênero; violência por parceiro íntimo; preconceito; interseccionalidade.

Intimate Partner Violence and Depression, Anxiety, and Stress Symptoms in LGBT People in Brazil

Abstract

The objective of this study was to compare intimate partner violence (IPV) and emotional symptoms (depression, anxiety, and stress) among LGBT people and investigate relations with sociodemographic variables. An online survey with 315 LGBT self-declared people provided answers through sociodemographic and intimate relationships questions and two scales: Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) and Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21). The most frequent IPV form was psychological both when suffered (72,1%) and perpetrated (71,4%), followed by physical (24,8%). The highest indices of emotional symptoms were on stress. Among the participants, largely cisgender (96%), homosexual (74%), and white (73%), males perpetrated more psychological IPV and presented the lowest scores on emotional symptoms than females and non-binary people. Transgenders showed more depression symptoms than cisgenders. Pansexuals and bisexuals presented more emotional symptoms than homosexuals. These results indicate the intersection of oppressions and inequalities in mental health outcomes among sexual and gender minorities. Results also show IPV is present in LGBT people showing similar aspects to general public, but has specificities related to different identities and social markers of difference.

Keywords: minority health; sexual and gender minorities; intimate partner violence; prejudice; intersectionality.

Introdução

A população LGBT é formada por diversas identidades relacionadas a orientações sexuais e/ou identidades/expressões de gênero as quais não estão de acordo com as normas de determinado espaço social (Green et al., 2018). Inclui, mas não se limita a, pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgênero, transexuais, travestis, intersexo ou qualquer outra denominação de sexualidade ou gênero (American Psychological Association, 2017). Nas últimas décadas, inúmeros avanços protagonizados por organizações civis de pessoas LGBT foram responsáveis pela visibilidade dos determinantes sociais de saúde que afetam esse público (Bostwick et al., 2010; Drescher, 2015). O principal deles se refere aos efeitos de um ambiente discriminatório nos desfechos em saúde.

No âmbito da Psicologia, até a década de 1990, era comum entre profissionais associar sintomas emocionais com uma orientação sexual não heterossexual ou uma identidade/expressão de gênero não cisgênero. A visão frequente era de uma correlação entre psicopatologias, como se sintomas emocionais fossem comorbidades de “estados psicopatológicos” da prática sexual e do gênero anormal (Drescher, 2015). Com o avanço dos movimentos sociais, das organizações científicas e profissionais progressistas, dos movimentos feministas e as novas teorias de gênero, novos modelos de explicação têm surgido, levando em conta a forma como as pessoas alocam recursos para o enfrentamento de estressores ao longo da vida (Lago et al., 2008; Meyer, 2003b). Hoje, a mais visão mais comum leva em conta a probabilidade maior para ocorrência de estressores ambientais relacionados a preconceito e discriminação (Meyer, 2003a).

A literatura internacional apresenta diversos estudos que mostram a desigualdade de condições de saúde da população LGBT quando comparada à população geral. Os principais problemas envolvem sintomas emocionais, como ansiedade, depressão e estresse (Bostwick et al., 2010; Grella et al., 2009; B. Miller & Irvin, 2016), além de suicídio (Haas et al., 2011),

abuso de substâncias (Grella et al., 2009) e comportamentos autodestrutivos (King et al., 2008). No Brasil, embora existam poucos estudos comparando a população LGBT com a população geral, também existem evidências de que há mais desigualdade de condições de saúde na população LGBT (Cerqueira-Santos et al., 2020; Chinazzo et al., 2020; Francisco et al., 2020; Lawrenz, 2017), principalmente devido ao contexto de vulnerabilidade no qual estão inseridos (Cardoso & Ferro, 2012).

Um estudo recente mostrou que estudantes universitários não heterossexuais no Nordeste do Brasil apresentaram mais sintomas de depressão, ansiedade e estresse quando comparados aos heterossexuais (Cerqueira-Santos et al., 2020). O mesmo estudo também mostrou que, independentemente da orientação sexual, os níveis de preconceito contra pessoas LGBT foi semelhante entre os grupos, o que corrobora a visão do preconceito como um fenômeno interseccional. Por exemplo, os fatores que aumentam a ocorrência de estressores ambientais para uma mulher lésbica negra são mais numerosos do que para um homem gay branco, pois levam em conta os marcadores sociais da diferença que se enfeixam para produzir um fenômeno diferente da mera justaposição de preconceito racial ou sexual (Crenshaw, 1989; Díaz et al., 2001). Os diferentes marcadores sociais existem para sustentar a noção de um centro, de um neutro, de onde partiriam as diferenças. Questionar a suposta naturalidade daquilo que não é marcado (p. ex., gênero masculino, cor branca, heterossexualidade) faz parte do conjunto de ferramentas que promovem a despatologização de experiências humanas.

Um aspecto fundamental da saúde mental está relacionado à qualidade dos relacionamentos íntimos. No público LGBT, observa-se que o próprio relacionamento íntimo nas minorias sexuais e de gênero não possui o mesmo *status* de legitimidade que entre pessoas heterossexuais e cisgênero. O estigma negativo atinge tanto o indivíduo como seu relacionamento, formando uma espécie de justaposição de preconceitos e discriminações. Além disso, há evidências do papel da violência entre parceiros íntimos (VPI) na ocorrência de

sintomas emocionais, principalmente depressivos. Uma metanálise mostrou índices bastante variados, mas uma prevalência de sintomas de depressão em 5,7% até 79,4% das pessoas que haviam vivenciado a VPI (Azuelo et al., 2020). VPI (ou IPV, do inglês “*intimate partner violence*”) designa um tipo de violência que inclui abuso físico, sexual, emocional e psicológico, além de comportamentos controladores ou coercitivos perpetrados por um parceiro íntimo (World Health Organization, 2012). Em alguns países como Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Japão e México, as pesquisas indicam que as taxas de VPI nessa população são iguais ou superiores às do público heterossexual e cisgênero (Barrett & Sheridan, 2016; Distefano, 2009; Hester & Donovan, 2009; Langenderfer-Magruder et al., 2016; Meza-de-Luna et al., 2015; Siemieniuk et al., 2012). No entanto, mesmo nos estudos que investigam minorias sexuais e de gênero, são raros os dados sobre VPI em pessoas trans (Barrett & Sheridan, 2016; Guadalupe-Diaz & Jasinski, 2016; Stephenson et al., 2017). Os profissionais pouco ou nada sabem sobre as especificidades desse público (Tesch & Bekerian, 2016), o que acarreta um tratamento desigual para pessoas trans vítimas de VPI (Seelman, 2015). Embora a literatura internacional mostre que as taxas de VPI entre a população LGBT são iguais ou maiores que a população geral, no Brasil, até o momento, não foram encontrados estudos que apresentem esses dados. Ainda assim, existem investigações qualitativas que contribuem na compreensão do fenômeno, como entre mulheres lésbicas em Niterói (N. C. R. dos Santos et al., 2019), ou levantamentos bibliográficos (Luz & Gonçalves, 2014), geralmente acerca da literatura internacional (Cezario, Fonseca, et al., 2015).

Na população geral, entre as variáveis associadas à ocorrência de VPI em minorias sexuais e de gênero, estão o abuso de álcool e drogas, conflitos relacionados a papéis de gênero e desigualdades na díade conjugal, por exemplo, renda e idade (C. Brown, 2008; Goldenberg, Stephenson, Freeland, Finneran, & Hadley, 2016; Kelly, Izienicki, Bimbi, & Parsons, 2011). Essas variáveis, no entanto, se assemelham aos fatores associados à VPI em relacionamentos

de pessoas heterossexuais e cisgênero. O que se sabe, no entanto, é que existem especificidades da VPI na população LGBT que não estão presentes na população em geral, por serem relacionadas ao preconceito contra diversidade sexual e de gênero (Balsam & Szymanski, 2005; Bartholomew, Regan, Oram, & White, 2008; Edwards & Sylaska, 2013; Longobardi & Badenes-Ribera, 2017). Por exemplo, diferenças na forma como o indivíduo “assume” sua sexualidade ou seu relacionamento estão associadas à VPI nessa população (Goldenberg et al., 2016). Um tipo de VPI específica a relacionamentos no público LGBT é a prática ou a ameaça de *outing* (Calton et al., 2016; Campo & Tayton, 2015; Distefano, 2009; Tesch & Bekerian, 2016). Expor a orientação sexual ou a identidade/expressão de gênero de um/a parceiro/a sem consentimento pode acarretar prejuízos relacionados ao medo da perda de emprego ou laços familiares, por exemplo. Expor ou ameaçar expor o diagnóstico de HIV também pode ser um tipo *outing* (Calton et al., 2016). Diferenças entre grupos também constam como uma das especificidades importantes da VPI nesse público (Outland, 2016).

Assim, considera-se fundamental obter dados descritivos relacionados à VPI e aos sintomas emocionais em pessoas LGBT, mesmo que tais dados não sejam comparados à população geral. Tendo em vista que não se trata de uma identidade pessoal, mas um grupo muito variado de indivíduos, é possível que as diferenças entre grupos dentro da própria comunidade LGBT estejam relacionadas a marcadores sociais e características sociodemográficas. Além disso, quanto mais visibilidade puder ser conferida a dados historicamente negligenciados, melhor será o entendimento dos mecanismos de reprodução de violência gerada por preconceito. Assim, o objetivo deste estudo é comparar tipos de VPI e sintomas emocionais (depressão, ansiedade e estresse) entre pessoas LGBT e investigar relações com variáveis sociodemográficas. Especificamente, objetiva-se comparar VPI física, psicológica, sexual, lesão corporal, VPI específica a relacionamentos LGBT entre grupos por

gênero, orientação sexual, cor/raça e religião, bem como investigar relações entre VPI e sintomas emocionais com idade, renda e escolaridade.

Método

Trata-se de um estudo quantitativo, de caráter exploratório-descritivo e corte transversal.

Participantes

Participaram 315 pessoas autodeclaradas membros da população LGBT, com idades entre 18 e 62 ($M = 28,46$; $Mdn = 26$; $DP = 8,31$), residentes de 23 estados brasileiros. Quase 83% da amostra residia no Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Santa Catarina, São Paulo, Minas Gerais, Distrito Federal e Paraná, mas a maior parte era do Rio Grande do Sul (43,8%). A distribuição de participantes por estado e demais características sociodemográficas da amostra estão na Tabela 1. Pode-se caracterizá-la como majoritariamente cisgênero (96%), homossexual (74%) e branca (73%), sendo mais da metade do gênero masculino (54%). A maioria tinha renda familiar entre dois até dez salários-mínimos (86%), pelo menos ensino superior incompleto (90%) e alguma participação em organização, associação ou movimento social LGBT (64%). Pouco mais da metade não tinha religião (53%), sendo as religiões mais frequentes a católica e a espírita (49%). As características sociodemográficas da amostra também estão na Tabela 1.

Tabela 1
Características Sociodemográficas da Amostra (N = 315)

Variável	Categoria	n	% válida
Estado	Rio Grande do Sul	137	43,8
	Rio de Janeiro	27	8,6
	Santa Catarina	27	8,6
	São Paulo	23	7,3
	Minas Gerais	19	6,1
	Distrito Federal	15	4,8
	Paraná	11	3,5
	Pernambuco	10	3,2
	Ceará	9	2,9
	Alagoas	8	2,6
	Bahia	5	1,6
	Pará	5	1,6
	Goiás	3	1,0
	Maranhão	3	1,0
	Paraíba	2	0,6
	Rio Grande do Norte	2	0,6
	Amazonas	1	0,3
	Espírito Santo	1	0,3
	Mato Grosso	1	0,3
	Piauí	1	0,3
Rondônia	1	0,3	
Sergipe	1	0,3	
Mato Grosso do Sul	1	0,3	
Gênero	Masculino	171	54,3
	Feminino	136	43,2
	Não binário	8	2,5
É pessoa trans?	Não	304	96,5
	Sim	11	3,5
Orientação sexual	Homossexual/Gay/Lésbica	234	74,3
	Bissexual	69	21,9
	Pansexual	11	3,5
	Assexual	1	0,3
Cor/raça	Branca	229	73,4
	Parda	57	18,3
	Preta	19	6,1
	Não desejo declarar	4	1,3
	Amarela	2	0,6
	Indígena	1	0,3
Renda familiar mensal	De R\$ 4.000 a R\$ 10.000	111	35,2
	De R\$ 2.000 a R\$ 4.000	95	30,2
	Até R\$ 2.000	64	20,3
	De R\$ 10.000 a R\$ 20.000	30	9,5
	Acima de R\$ 20.000	15	4,8
Escolaridade	Ensino Superior incompleto	108	34,3
	Ensino Superior completo	76	24,1
	Pós-Graduação completa	71	22,5
	Pós-Graduação incompleta	28	8,9
	Ensino Médio completo	25	7,9

	Ensino Médio incompleto	5	1,6
	Ensino Fundamental incompleto	1	0,3
	Ensino Fundamental completo	1	0,3
Tem religião?	Não	165	52,7
	Sim	148	47,3
Se sim, qual?	Católica apostólica romana	46	30,9
	Espírita	27	18,1
	Umbanda e/ou Candomblé	26	17,4
	Cristã	17	11,4
	Espiritualista	11	7,4
	Outra	11	7,4
	Evangélico/a	6	4,0
	Budista	2	1,3
	Católica ortodoxa	2	1,3
	Hinduista	1	0,7

Para responder às CTS2, o/a participante deveria pensar no atual ou último relacionamento íntimo com duração mínima de seis meses. Dos 315 respondentes, 63,2% estava num relacionamento no momento da pesquisa. Majoritariamente, a amostra descreveu seu relacionamento como namoro (62,5%; $n = 197$). O restante foi dividido em casamento (23,8%; $n = 75$), noivado (6%; $n = 19$) e outros (6%; $n = 19$). No geral, os relacionamentos tinham duração de até dois anos para 50,6% da amostra e não passou de cinco anos para 83,4% (ver o tempo dos relacionamentos na Tabela 2). Quando perguntados se o relacionamento era aberto, a maioria respondeu “Não, definitivamente” (72,3%; $n = 227$), seguido de “Sim, em partes” (19,4%; $n = 61$) e “Sim, totalmente” (8,3%; $n = 26$).

Tabela 2
Duração dos Relacionamentos Íntimos da Amostra

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Até 1 ano	86	27,3	27,5	27,5
	De 1 a 2 anos	73	23,2	23,3	50,8
	De 2 a 3 anos	66	21,0	21,1	71,9
	Mais de 5 anos	52	16,5	16,6	88,5
	De 4 a 5 anos	36	11,4	11,5	100,0
	Total	313	99,4	100,0	
Omisso	Sistema	2	0,6		
Total		315	100,0		

Instrumentos

Um questionário de autoaplicação *online* foi construído com a ferramenta Google Formulários. As questões foram distribuídas conforme as variáveis de interesse na Tabela 3, que também indica a forma de mensuração.

Tabela 3

Sequência do Questionário de Autoaplicação

Dados sociodemográficos	Idade; Estado; Gênero; Pessoa trans ou cis; Orientação sexual; Cor/Raça; Renda; Escolaridade; Religião	Elaboradas para o estudo
Dados sobre o relacionamento íntimo	Situação atual; Tipo; Duração; Nível de abertura	
Violência entre parceiros íntimos (VPI)	Violência entre parceiros íntimos (VPI): Coerção sexual; Violência física; Lesão corporal; Agressão psicológica	<i>Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)</i>
VPI específica ao público LGBT	Ocultação do relacionamento; Prática ou ameaça de <i>outing</i>	Elaboradas com base em Balsam e Szymanski (2005)
Saúde mental	Sintomas de depressão; Sintomas de ansiedade; Sintomas de estresse	<i>Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21)</i>

Violência entre parceiros íntimos (VPI)

A escolha pela *Revised Conflict Tactics Scales* – CTS2 (Apêndice B) se deu em razão de ter sido utilizada para definir operacionalmente a VPI em nove dos dez estudos revisados por Longobardi e Badenes-Ribera (2017). A escala original foi criada por Straus, Hamby, Boney-McCoy e Sugarman (1996) e foi validada para o português por Moraes, Hasselmann e Reichenheim (2002). Embora apresente táticas de resolução de conflitos, é capaz de mensurar a ocorrência de tipos de VPI. A escala apresenta a seguinte distribuição fatorial: negociação, coerção sexual (grave e menor), violência física (grave e menor), lesão corporal (grave e menor) e agressão psicológica (grave e menor). A versão brasileira é composta por 78 itens, sendo 39 sobre o/a participante e 39 sobre o/a parceiro/a íntimo. As opções de resposta de 1 a 6 se referem ao número de vezes que a situação ocorreu no último ano, e esses valores são substituídos pelo ponto médio de cada categoria: 1 vez (1); 2 vezes (2); 3 a 5 vezes (4); 6 a 10 vezes (8); 11 a 20 vezes (15); mais de 20 vezes (25). A opção 7 (“Aconteceu antes do ano

passado”) foi substituída pelo valor 1 e opção 8 (Nunca aconteceu) foi substituída pelo valor 0. O escore de cada fator foi obtido pelo somatório dos itens correspondentes a cada escala. No presente estudo, a CTS2 apresentou um alfa de Cronbach de 0,84.

Na pesquisa de Edwards e Sylaska (2015), apenas um em cada 10 respondentes norte-americanos indicaram sentir algum desconforto com as questões sobre VPI, sendo que 75% dos/as participantes reportaram terem se beneficiado de alguma forma. Na presente pesquisa, diversos comentários deixados por participantes no final do questionário traziam dois elementos em comum: a reflexão sobre o estado atual de seus relacionamentos e possíveis mudanças na percepção do que seria violência, possivelmente indicado pelo preenchimento das escalas de violência psicológica.

VPI específica ao público LGBT

Foram traduzidas quatro questões encontradas no estudo de Balsam e Szymanski (2005) sobre ocultação do relacionamento e prática ou ameaça de exposição do/a parceiro/a (*outing*). Elas foram inseridas sequencialmente à CTS2, utilizando a mesma escala de pontos, com a questão repetida para que o/a respondente indicasse a mesma coisa sobre o/a parceiro/a. O mesmo procedimento foi realizado para calcular o escore. Quando o alfa da CTS2 foi calculado juntamente com esses itens, não apresentou mudança de valor. No entanto, o alfa referente apenas aos itens da escala de violência específica ao público LGBT foi de 0,29.

Sintomas de depressão, ansiedade e estresse

Optou-se pela *Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form – DASS-21* (Apêndice C) pelo tamanho reduzido e pelos altos índices de confiabilidade geralmente apresentados em seu uso. Criada por Lovibond e Lovibond (1995), consegue diferenciar sintomas em um modelo com três fatores: depressão, ansiedade e estresse. Para cada um dos

21 itens, há uma escala de 4 pontos: 1) “Não se aplicou de maneira alguma”; 2) “Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo”; 3) “Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo”; 4) “Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo”. Neste estudo, os valores de alfa de Cronbach foram todos considerados altos (escala total: 0,95; sintomas de depressão: 0,91; sintomas de ansiedade: 0,89; sintomas de estresse: 0,89).

Procedimentos

Os/As participantes deste estudo foram recrutados pela internet, por meio de diferentes formas de divulgação. Utilizou-se uma estratégia não probabilística com o método bola de neve, impulsionado por e-mail, redes sociais e aplicativos de mensagens para indivíduos e grupos relacionados à temática de relacionamentos LGBT. Um vídeo foi gravado para recrutar participantes e disponibilizado no YouTube⁷, sendo compartilhado em redes sociais e aplicativos de mensagens. O questionário esteve disponível na internet durante 33 semanas (231 dias), entre setembro de 2019 e maio de 2020.

Ao acessar o questionário, a pessoa deveria ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para prosseguir. O texto informava os dados da pesquisa, objetivo, benefícios e riscos da participação, preservação da identidade, possibilidade de desistência e contatos do pesquisador. Para garantir o consentimento, o participante deveria marcar a única questão obrigatória do questionário: “Não coletaremos sua assinatura porque esta coleta de dados é realizada de forma anônima. Clicando no botão ‘Sim, eu li e compreendi o TCLE e aceito participar desta pesquisa’, você nos confere consentimento para o uso das respostas do seu questionário para os fins descritos acima”.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) sob parecer número 3.110.171 (Apêndice A). A pesquisa foi

⁷ Disponível em <https://youtu.be/0SUQVb16eao>

realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISINOS, no Núcleo de Estudos de Família e Violência e seguiu as diretrizes éticas das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Análise dos dados

Os dados referentes às respostas dos 315 participantes foram tabulados, organizados e conferidos no IBM® SPSS® Statistics – Versão 25 (SPSS). Inicialmente, procedeu-se uma análise dos valores ausentes de cada instrumento. Para as respostas à DASS-21, a análise confirmou a presença de *missings* completamente aleatórios ($\chi^2 = 124,232$; $gl = 139$; $p = 0,810$), portanto, utilizou-se o método *Expected Maximization*. Para a CTS2, optou-se por substituição pela média da série para aumentar o poder da amostra e manter a média dos postos médios. Análises descritivas de todas as escalas e testes de normalidade foram realizados. Dada a distribuição assimétrica das variáveis, foram realizados testes não paramétricos de correlação entre resultados das CTS2 e da DASS-21 com idade, renda e escolaridade. A comparação dos escores dessas escalas por grupos sociodemográficos foi realizada com os testes *H* de Kruskal-Wallis e *U* de Mann-Whitney devido aos índices de assimetria e curtose das variáveis do estudo.

Resultados

Os resultados estão apresentados conforme a organização seguinte: (1) dados descritivos das CTS2; (2) comparações por grupos; (3) correlações com dados sociodemográficos; (4) dados descritivos da DASS-21; (5) comparações por grupos; (6) correlações com dados sociodemográficos.

Violência entre parceiros íntimos (VPI)

A Tabela 4 mostra a presença ou ausência de VPI no último ano para cada tipo de VPI nesta amostra, em ordem decrescente. As maiores frequências envolvem VPI psicológica, física e formas específicas de VPI em relacionamentos LGBT.

Tabela 4
Frequência dos Tipos de Violência entre Parceiros Íntimos – VPI (N = 315)

Tipo de VPI	n	%
Violência psicológica menor cometida	227	72,1
Violência psicológica menor sofrida	225	71,4
Violência física menor sofrida	78	24,8
VPI específica sofrida	74	23,5
Violência física menor cometida	63	20
Violência psicológica grave sofrida	62	19,7
VPI específica cometida	60	19
Violência sexual menor sofrida	57	18,1
Violência psicológica grave cometida	47	14,9
Violência sexual menor cometida	45	14,3
Violência física grave sofrida	33	10,5
Lesão corporal menor cometida	30	9,5
Violência física grave cometida	20	6,3
Lesão corporal menor sofrida	19	6
Lesão corporal grave cometida	15	4,8
Violência sexual grave sofrida	13	4,1
Lesão corporal grave sofrida	10	3,2
Violência sexual grave cometida	4	1,3

Calculou-se também a presença ou ausência de VPI no último ano para cada item das questões que foram acrescidas às CTS2 para medir VPI específica a relacionamentos LGBT. Os resultados foram apresentados na Tabela 5.

Tabela 5
Questões Acrescidas às CTS2 com Base em Balsam e Szymanski (2005) (N = 315)

Item	<i>n</i>	% válida
Você ameaçou contar sobre a orientação sexual ou identidade de gênero dessa pessoa no trabalho dela ou para a família dela? Essa pessoa fez isso com você?	9	2,9
Você forçou essa pessoa a demonstrar afeto em público, mesmo quando ela não queria? Essa pessoa fez isso com você?	34	10,9
Você usou a idade, raça, classe ou religião dessa pessoa contra ela? Essa pessoa fez isso com você?	28	8,9
Você disse que essa pessoa mereceu o que aconteceu com ela por ser LGBT? Essa pessoa disse que você mereceu o que aconteceu com você por ser LGBT?	38	12,1
	0	0
	3	1,9

As médias dos tipos de VPI foram comparadas com base em grupos (cor/raça, gênero, orientação sexual, pessoa trans ou cis e religião). Não houve diferenças significativas entre pessoas trans ou cis. Quando comparadas as orientações sexuais, houve diferença apenas quando os grupos determinados foram homossexuais e bissexuais. Os resultados das comparações por grupo estatisticamente significativas estão apresentados na Tabela 6.

As médias dos tipos de VPI foram correlacionadas com dados sociodemográficos (idade, renda e escolaridade). Não houve correlação significativa entre os tipos de VPI e as variáveis idade e escolaridade. A renda esteve positivamente correlacionada com *violência sexual menor cometida* ($\rho = 0,116$; $p = 0,040$) e correlação negativa com *lesão corporal menor cometida* ($\rho = -0,131$; $p = 0,02$).

Tabela 6
Comparações de Tipos de VPI que Apresentaram Diferenças Significativas por Grupos Sociodemográficos

Variável de grupo	Tipo de VPI	Valor do teste / significância	Grupo	Posto médio	<i>n</i>
Gênero	Violência psicológica grave cometida	$H(2) = 6,38^*$	Masculino	165,01	171
			Feminino	150,57	136
			Não binário	134,50	8
	Violência psicológica grave sofrida	$H(2) = 6,67^*$	Não binário	181,56	8
			Masculino	164,95	171
			Feminino	147,88	136
Orientação sexual	Violência específica sofrida	$U = 6.905,50^*$	Bissexual	168,92	69
			Homossexual	147,01	234
Cor/raça	Violência específica cometida	$H(4) = 12,02^*$	Indígena	293,00	1
			Parda	171,97	57
			Preta	156,11	19
			Branca	149,66	229
			Amarela	126,00	2
Branços x não brancos	Violência sexual menor cometida	$U = 8.327,50^*$	Branços	158,64	229
			Não brancos	144,59	80
	Violência sexual menor sofrida	$U = 8.194,50^*$	Branços	159,22	229
			Não brancos	142,93	80
	Violência específica cometida	$U = 7.937,50^*$	Não brancos	168,53	229
			Branços	149,66	79
Religião	Violência física menor cometida	$U = 10.977^*$	Sim	165,33	148
			Não	149,53	165
	Violência psicológica grave cometida	$U = 11.093^*$	Sim	164,55	148
			Não	150,23	165
	Violência psicológica grave sofrida	$U = 10.426,50^{**}$	Sim	169,05	148
			Não	146,19	165
	Lesão corporal menor sofrida	$U = 11.275,50^{**}$	Sim	163,31	148
			Não	151,34	165

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. *H* de Kruskal-Wallis. *U* de Mann-Whitney.

Sintomas de depressão, ansiedade e estresse

A Tabela 7 mostra as médias da DASS-21 geral e para cada subescala. Em média, a amostra pontuou mais em sintomas de estresse quando comparados aos outros sintomas e ao escore geral.

Tabela 7
Médias dos Sintomas Emocionais (N = 315)

	Média geral	Sintomas de estresse	Sintomas de depressão	Sintomas de ansiedade
<i>M</i>	2,07	2,31	2,06	1,84
Mediana	2,00	2,28	2,00	1,71
<i>DP</i>	0,72	0,78	0,82	0,78
Intervalo	2,95	3,00	3,00	3,03
Mínimo	1,00	1,00	1,00	0,97
Máximo	3,95	4,00	4,00	4,00

As médias das subescalas da DASS-21 foram comparadas com base em grupos sociodemográficos. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à cor/raça ou religião. As comparações significativas estão na Tabela 8.

Tabela 8
Comparações de Sintomas Emocionais que Apresentaram Diferenças Significativas por Grupos Sociodemográficos

Variável de grupo	Tipo de VPI	Valor do teste / significância	Grupo	Posto médio	n
Gênero	Sintomas de depressão	$H(2) = 22,97^{***}$	Não binário	210,69	8
			Feminino	182,78	136
			Masculino	135,83	171
	Sintomas de ansiedade	$H(2) = 18,25^{***}$	Feminino	182,99	136
			Não binário	148,56	8
			Masculino	138,57	171
	Sintomas de estresse	$H(2) = 15,61^{**}$	Feminino	181,13	136
			Não binário	151,94	8
			Masculino	139,89	171
Cis ou Trans	Sintomas de depressão	$U = 991,50^*$	Pessoa trans	219,86	11
			Pessoa cis	155,76	304
Orientação sexual	Sintomas de depressão	$H(2) = 22,38^{***}$	Pansexual	228,14	11
			Bissexual	192,62	69
			Homossexual	143,82	234
	Sintomas de ansiedade	$H(2) = 16,59^{***}$	Pansexual	200,32	11
			Bissexual	191,78	69
			Homossexual	145,38	234
	Sintomas de estresse	$H(2) = 13,42^{**}$	Pansexual	207,68	11
			Bissexual	185,91	69
			Homossexual	146,76	234

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. H de Kruskal-Wallis. U de Mann-Whitney.

As quatro medidas fornecidas pela DASS-21 foram correlacionadas com as variáveis idade, renda e escolaridade. Os resultados estão apresentados na Tabela 9.

Tabela 9
Correlações entre Condições Socioeconômicas e Sintomas Emocionais

		Média geral	Sintomas de estresse	Sintomas de ansiedade	Sintomas de depressão
Idade	ρ	-0,236***	-0,232***	-0,207***	-0,199***
	N	309	309	309	309
Renda	ρ	-0,157**	-0,138*	-0,146*	-0,140*
	N	315	315	315	315
Escolaridade	ρ	-0,254***	-0,199***	-0,229***	-0,252***
	N	315	315	315	315

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. ρ = ρ de Spearman.

Discussão

Ao investigar aspectos de saúde mental e relacional de minorias sexuais e de gênero, pode-se abordar diferenças e semelhanças em relação à população geral ou buscar as especificidades dos determinantes sociais de saúde que afetam o manejo de recursos de enfrentamento nessa população. Os relacionamentos íntimos podem ser considerados recursos externos quando fornecem ao indivíduo formas de apoio social. Tendo em vista que um ambiente discriminatório prejudica justamente esse aspecto dos recursos de enfrentamento (Meyer, 2003a), a violência entre parceiros íntimos (VPI) pode acarretar efeitos bastante prejudiciais em minorias sexuais e de gênero.

Neste estudo, o tipo de VPI mais frequente foi a psicológica menor, tanto de forma cometida (72,1%) quanto sofrida (71,4%). Essa forma de violência envolve insultar, xingar, gritar, ofender, ameaçar e virar as costas em meio a uma briga (Moraes et al., 2002). Embora com uma prevalência mais baixa nesta amostra, a VPI física menor sofrida pelo/a participante foi o terceiro tipo mais frequente. Esse tipo de VPI envolve empurrar, agarrar, dar tapa, jogar objeto, torcer o braço e puxar o cabelo (Moraes et al., 2002). Esses resultados se assemelham aos tipos de VPI mais comuns na população geral em estudos brasileiros (Cezario, Carvalho,

Lopes, & Lourenço, 2015; Cezario, Fonseca, et al., 2015; Falcke, Boeckel, & Wagner, 2017; Garcia & Silva, 2018; Silva & Azeredo, 2019). A violência psicológica foi o tipo de VPI mais frequente entre pessoas LGBT em Portugal em um estudo que identificou os índices de 66,7% de forma cometida e 97,6% de forma sofrida (Osório, Sani, & Soeiro, 2020). Longobardi e Badenes-Ribera (2017) revisaram 10 estudos recentes sobre VPI em minorias sexuais e de gênero e calcularam taxas de prevalência. Quanto à perpetração de VPI, encontraram os seguintes valores: 39% (homens homossexuais), 38% (homens bissexuais), 35% (mulheres homossexuais), 25,4% (mulheres bissexuais) e 19,9% (minorias sexuais e de gênero em geral). Quanto à vitimização por violência física, as taxas variaram de 20% para as mulheres (Pepper & Sand, 2015) até 44% para os homens (Bartholomew et al., 2008). Além disso, 95% dos homens (Bartholomew et al., 2008) e 67,5% das mulheres (Pepper & Sand, 2015) foram vítimas de violência psicológica perpetrada por parceiro/a. Além disso, observou-se que todas as formas de VPI sofridas pelos/as participantes foram mais pontuadas do que aquelas cometidas. Balsam e Szymanski (2005) encontraram que 31% dos participantes reportaram terem experienciado a perpetração e a vitimização de VPI em suas vidas, enquanto 10% relataram terem somente sido vítimas de violência e 7% somente terem perpetrado a violência. Em outra pesquisa, quase todos os perpetradores de VPI também relataram terem sido vítimas (Carvalho et al., 2011).

As especificidades da VPI em relacionamentos de pessoas LGBT envolvem aspectos que não estão presentes na população geral como expor ou ameaçar expor a orientação sexual e/ou identidade/expressão de gênero do/a parceiro/a sem consentimento, ou prática de *outing* (Calton et al., 2016; Campo & Tayton, 2015). Forçar o/a parceiro/a a demonstrar afeto em público também pode ser considerada como um aspecto de *outing*, mas também está relacionado a uma questão de segurança pessoal. Nesta amostra, a segunda maior pontuação de VPI específica a relacionamentos LGBT foi quando o parceiro forçou o participante a

demonstrar afeto em público (ver Tabela 5). Quando comparados os grupos entre as pessoas LGBT, seja na comparação entre as cinco cores/raças investigadas, seja comparando brancos com não brancos, as pessoas não brancas pontuaram mais em violência específica cometida. Mais especificamente, as pessoas brancas nesta amostra praticam mais atos de *outing* ou de ocultação do relacionamento, a primeira relacionada com possíveis prejuízos da exposição pública da identidade sexual ou de gênero e a segunda com efeitos negativos sobre a autoestima (Calton et al., 2016; Campo & Tayton, 2015; Tesch & Bekerian, 2016).

Na comparação por gênero, apenas um tipo de VPI mostrou diferença: a violência psicológica grave. Nesta amostra, ela foi mais cometida por pessoas do gênero masculino e sofrida por pessoas não binárias. Já na comparação por orientação sexual, o tipo de VPI que mostrou diferença foi novamente a específica a relacionamentos LGBT, sendo mais sofrida por pessoas bissexuais, ou seja, apresentam mais risco para sofrer práticas ou ameaças de *outing* e a ocultação do relacionamento.

Um dado interessante apareceu quando comparadas as pessoas que tinham ou não religião. Os/As participantes com alguma religião – sendo as mais frequentes católica apostólica romana, espírita, umbanda e/ou candomblé e cristã, nesta ordem – cometeram mais VPI física menor, cometeram e sofreram mais VPI psicológica grave e sofreram mais lesões corporais. É possível que a visão sobre diversidade sexual e de gênero historicamente estigmatizada nas religiões, principalmente as judaico-cristãs, devido ao seu papel regulador nas relações sociais (Machado, Barros, & Piccolo, 2010), esteja presente na dinâmica de VPI. No entanto, o caráter quantitativo deste estudo, bem como os baixos tamanhos de efeito encontrados ainda deixam muitas lacunas.

Quando investigadas as relações entre os tipos de VPI com idade, renda e escolaridade, foi possível confirmar como a dinâmica de VPI é permeada por condições socioeconômicas. Nesta amostra, não houve correlação significativa entre as formas de VPI com idade e

escolaridade, mas encontrou-se uma relação de baixo efeito entre a renda e duas formas de VPI cometidas: violência sexual menor e lesão corporal menor. O status socioeconômico está presente na dinâmica de VPI em qualquer público (Goldenberg et al., 2016). De forma interessante, esse resultado pode ser comparado com o que foi encontrado por Razera, Cenci, e Falcke (2015) em uma amostra de pessoas não LGBT. Ao investigar o manejo do dinheiro nos casais, encontraram correlação com a coerção sexual menor, mais presente nos casos em que um dos cônjuges controla o dinheiro. De fato, a relação entre “sexo, dinheiro e poder [...] compartilha propriedades comuns com uma ampla variedade de relações interpessoais que envolvem atividades econômicas (Zelizer, 2009, p. 154). O dinheiro e o sexo, neste caso, a coerção sexual, podem ser entendidos como formas de expressão de poder sobre o outro.

Dentre os sintomas emocionais investigados neste estudo, os de estresse foram os mais pontuados. Embora os sintomas de depressão, ansiedade e estresse sejam conceituados distintamente, as manifestações clínicas desses estados apresentam sobreposições e intersecções que desafiam as práticas clínicas e as pesquisas (Lovibond & Lovibond, 1995). No entanto, esse resultado confirma a hipótese de que pessoas LGBT estão mais propensas a estressores específicos devido ao ambiente discriminatório em que vivem (Meyer, 2003a). Os estressores de minoria são acontecimentos externos e internos relacionados ao *status* e à identidade de minoria, respectivamente – ver modelo de Meyer (2003). A discriminação está associada a condições adversas de saúde mental, especialmente no que se refere a problemas com substâncias e sintomas de depressão (Goto, Couto, & Bastos, 2013). De qualquer forma, nenhum escore médio desta amostra esteve além do considerado normal (< 2,34) por Lovibond e Lovibond (1995). A mesma desigualdade de sintomas emocionais existente entre a população geral e a LGBT pode ser observada dentro desta própria população. Neste estudo, os sintomas de depressão, ansiedade e estresse foram pontuados em pessoas trans mais do que pessoas cis,

em pessoas não binárias e do gênero feminino mais do que do gênero masculino e em pessoas pansexuais e bissexuais mais do que homossexuais.

Para todos os sintomas emocionais, encontrou-se diferenças de grupos relacionadas ao gênero (masculino, feminino e não binário). É interessante perceber como apresentam a mesma ordem quando classificadas pelos pontos médios mais altos. Tanto na média geral da escala quanto em cada sintoma separado, pessoas de gênero não binário pontuaram mais, seguidas por pessoas do gênero feminino e, por fim, masculino. Na verdade, essa desigualdade vem sendo apontada desde os primeiros questionamentos de estruturas sexistas do movimento LGBT, por exemplo, na constante mudança das siglas que intencionam representatividade política – MHB (Movimento Homossexual Brasileiro), GLBT, LGBT, etc. (Canabarro & Meyrer, 2020; Green et al., 2018). No marcador social de gênero, o masculino ocupa uma posição axial, da qual são referidos os “outros”, seja o oposto binário “feminino” ou a noção de um gênero não binário (Bourdieu, 2014). O gênero masculino não passa por práticas cotidianas de estigmatização e invisibilização (Gaspodini & Jesus, 2020), o que pode se refletir em melhores indicadores de saúde mental.

Quando comparadas pessoas cis e pessoas trans, encontrou-se diferença significativa na média geral da escala e nos sintomas de depressão, sendo maiores entre pessoas trans. Embora, nesta amostra, o índice dos sintomas seja considerado normal (Lovibond & Lovibond, 1995), esse dado corrobora diversos estudos que indicam altos índices de Sintomas de depressão na população trans (Chinazzo et al., 2020). Isso pode ser explicado pelo contexto de vulnerabilidade programática, social e individual em que estão inseridas, o que inclusive aumenta suas chances para a infecção por HIV (Costa, 2015). Na revisão de estudos brasileiros publicada por Chinazzo et al. (2020), os Sintomas de depressão estiveram presentes em 67% das pessoas trans, além de ideação suicida (68%) e tentativa de suicídio e (43%). Demais

análises mostraram o impacto do baixo apoio social, do estigma internalizado e da expectativa de rejeição para a ocorrência desses desfechos.

Quando comparadas as orientações sexuais, as pessoas pansexuais e bissexuais pontuaram mais do que as pessoas homossexuais em todos os sintomas emocionais. Isso faz sentido quando se pensa na sobreposição de identidades de minoria dentro dos próprios grupos minoritários. Um conceito que auxilia nesse entendimento é o de “apagamento da bissexualidade”, em inglês, “*bisexual erasure*” (Yoshino, 2000). Na noção proposta por Yoshino (2000), as pessoas heterossexuais e homossexuais mantêm um “contrato epistêmico” para o apagamento da bissexualidade porque ambos têm interesses em comum nesse processo de invisibilização. Esses interesses envolveriam a manutenção de uma estabilidade nas categorias sexuais, a noção de sexo como um eixo central nessas categorizações e a proteção das normas da monogamia. Considerando as características desta amostra, na maioria branca, masculina, com acesso a curso superior, pode-se pensar que essa necessidade de uma segurança identitária ou o não questionamento dela seja parte do processo.

Embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas quando comparados por cor/raça, sabe-se que este marcador social tem impacto na diferença de acesso à saúde devido às desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional (Batista & Barros, 2017; Ferreira & Bonan, 2020). Ainda, ressalta-se a probabilidade de que esses dados mudem conforme a região do país, quando outros marcadores sociais se enfeixam no fenômeno da interseccionalidade. Os participantes deste estudo foram recrutados por conveniência e podem estar relacionados à rede pessoal do pesquisador. Isso impede que diversas realidades apareçam neste estudo, o que reforça a necessidade de um estudo em nível nacional, interinstitucional e com caráter censitário.

Conclusão

Neste artigo, o objetivo foi comparar tipos de VPI e sintomas emocionais (depressão, ansiedade e estresse) entre pessoas LGBT e investigar relações com variáveis sociodemográficas. Nesta amostra, majoritariamente cisgênero (96%), homossexual (74%), branca (73%), do gênero masculino (54%), observou-se que o tipo de VPI mais frequente na foi a psicológica e o sintoma emocional mais pontuado foi o de estresse. Diferenças de VPI e sintomas emocionais entre grupos mostraram como diferentes marcadores sociais podem estar interseccionados para produzir desfechos diferentes na saúde mental de minorias sexuais e de gênero.

Entre os/as participantes, pessoas do gênero masculino cometeram mais VPI psicológica e apresentaram menores índices de sintomas de depressão, ansiedade e estresse do que pessoas do gênero feminino e pessoas não binárias. Pessoas trans apresentaram mais sintomas de depressão do que pessoas cis. Pansexuais e bissexuais apresentaram mais sintomas emocionais do que homossexuais. Bissexuais sofreram mais VPI específica a relacionamentos LGBT do que homossexuais. Esses resultados indicam a intersecção de opressões entre as próprias minorias sexuais e de gênero em uma espécie de hierarquia de identidades, as quais, não por menos, partem de um ideal cisgênero-heterossexual.

Em relação a outros marcadores sociais, as pessoas brancas cometeram mais VPI sexual e específica a relacionamentos LGBT do que as pessoas não brancas e o status econômico esteve relacionado ao cometimento de VPI sexual. Nos sintomas emocionais, as variáveis idade, renda e escolaridade estão inversamente associadas nesta amostra. Esses resultados indicam a presença dos fatores socioeconômicos como determinantes sociais em saúde, mas provavelmente se combinam com marcadores sociais de sexo, gênero e orientação sexual na produção de desigualdades.

Os resultados encontrados indicam que o fenômeno da VPI está presente entre pessoas LGBT com aspectos semelhantes à população geral, mas apresentam especificidades relacionadas a diferentes identidades e marcadores sociais. Além disso, a desigualdade de aspectos de saúde dentro da própria comunidade LGBT indica que o ambiente discriminatório se reproduz no sentido de criar hierarquias de identidades superiores ou inferiores mesmo dentro de um próprio grupo estigmatizado. Esses resultados se somam à escassa literatura disponível no país em termos de dados de violência nos relacionamentos LGBT. Podem ser utilizados como subsídios para a construção de intervenções clínicas e também programas e projetos sociais com o objetivo de enfrentar a VPI, levando em consideração os determinantes sociais de saúde específicos dessa população.

A principal limitação do estudo pode ser atribuída à distribuição amostral e à estratégia de amostragem por conveniência, pois podem ter limitado o acesso à rede de contatos do pesquisador. Mesmo assim, pode-se considerar os valores encontrados neste estudo como evidências preliminares que podem ser melhoradas. Para estudos futuros, sugere-se a inserção de outras variáveis associadas, como por exemplo, o estresse de minoria, tendo em vista o papel de estressores proximais e distais no desfecho negativo relacionado à saúde mental. Considera-se importante pensar em estratégias de recrutamento de participantes para que os grupos sejam mais semelhantes em termos numéricos e permitam comparações e investigações explicativas.

Artigo II

Escala de Estresse de Minoria LGBT (EEM-LGBT): Versão Brasileira

Resumo

Desde a postulação original de Meyer (2003), o estresse de minoria vem sendo investigado por meio de diferentes escalas direcionadas a públicos específicos. O objetivo deste estudo foi traduzir, adaptar e produzir evidências de validade da *The LGBT Stress Measure* (Outland, 2016) para o contexto brasileiro. O instrumento resultante, chamado de Escala de Estresse de Minoria LGBT (EEM-LGBT) é composto por 24 itens distribuídos em sete dimensões, assim como a escala original: (1) eventos de discriminação; (2) eventos de vitimização; (3) microagressões; (4) ocultação da identidade; (5) expectativa de rejeição; (6) estigma internalizado; (7) conexão com a comunidade. Uma análise fatorial realizada com as respostas de 448 participantes de 18 a 62 anos de idade ($M = 27,3$; $DP = 7,9$; $Mdn = 25$) apresentou bons índices de ajuste para o modelo de sete fatores ($\chi^2/df = 2,21$; $CFI = 0,92$; $RMSEA [90\% IC] = 0,05$; $GFI = 0,91$; $AGFI = 0,88$; $TLI = 0,91$; $SRMR = 0,06$). A validade de critério da escala foi confirmada por correlações estatisticamente significativas com as medidas do Protocolo de Avaliação de Estresse de Minoria (PEM-LGB-BR; Costa et al., 2020) e o índice de confiabilidade da escala foi considerado bom ($\alpha = 0,83$). Acredita-se que EEM-LGBT possa ser utilizada em investigações do estresse de minoria na população LGBT brasileira.

Palavras-chave: saúde das minorias; minorias sexuais e de gênero; preconceito.

LGBT Minority Stress Scale (EEM-LGBT): Brazilian Version

Abstract

Since Meyer (2003) first postulated the minority stress model, it has been investigated with many scales directed to specific populations. The objective of this study was to adapt The LGBT Stress Measure (Outland, 2016) for the Brazilian context. The resulting instrument was called *Escala de Estresse de Minoria LGBT* (EEM-LGBT) and it is composed of 24 items distributed into seven dimensions, as the original scale: (1) discrimination events; (2) victimization events; (3) microaggressions; (4) identity concealment; (5) rejection anticipation; (6) internalized stigma; (7) community connectedness. A factor analysis with the answers of 448 participants ranging from 18 to 62 years old ($M = 27,3$; $SD = 7,9$; $Mdn = 25$) showed good fit indexes for the model of seven factors ($\chi^2/df = 2,21$; $CFI = 0,92$; $RMSEA [90\% CI] = 0,05$; $GFI = 0,91$; $AGFI = 0,88$; $TLI = 0,91$; $SRMR = 0,06$). Criterion validity was established with correlations with measures from Protocolo de Avaliação de Estresse de Minoria (PEM-LGB-BR; Costa et al., 2020). We believe the EEM-LGBT can be used in minority stress investigations with LGBT Brazilian people.

Keywords: minority health; sexual and gender minorities; prejudice.

Introdução

A Teoria do Estresse de Minoria (Meyer, 1995, 2003b, 2003a) surge no final da década de 1990 para explicar as disparidades de saúde mental da população homossexual quando comparada à heterossexual. Meyer se baseou no modelo do estresse social (Pearlin et al., 1981), o qual explica que as consequências de estressores ambientais na saúde do indivíduo são mediadas por seus recursos internos e externos de enfrentamento. Basicamente, o modelo ajuda entender as particularidades das reações pessoais frente a estímulos ambientais, levando em conta esse conjunto de recursos como mediadores da relação. Partindo desse modelo universal, Meyer postulou que um ambiente discriminatório produz estressores diferentes dependendo do *status* social de um indivíduo (estressores distais) e de sua identidade (estressores proximais). Esses estressores de minoria se somam aos gerais, produzindo uma sobrecarga. Os estressores de minoria são assim chamados porque só atingem um indivíduo socialmente considerado como parte de uma minoria social. Embora o termo “minoria”⁸ possa ser questionado na nomenclatura, as minorias sociais são assim denominadas pelo seu aspecto de desigualdade de condições de vida e de acesso a oportunidades e participação social. Essa ressalva é importante no contexto atual, em que “as noções de maioria e minoria são metáforas bélicas, entendidas na ótica de uma geopolítica de ataque e defesa (Seffner, 2013, p. 153).

Neste artigo, entende-se a “população LGBT” como uma noção abstrata de autorrepresentação. O elemento em comum entre as infinitas maneiras de expressar uma identidade sexual ou de gênero é o *status* de inferioridade conferido a orientações sexuais não heterossexuais, a identidades/expressões de gênero não cisgênero e a corpos não cissexuais (Gaspodini & Jesus, 2020). Por essa razão, inclusive, optou-se pelo termo “pessoas LGBT” neste texto. Não se trata de uma disputa por representação de cada identidade individual acrescida na “sopa de letrinhas”, mas uma sigla que representa a população inferiorizada por

⁸ Ver discussão mais aprofundada em (Carmo, 2016).

suas características de sexo, gênero e orientação sexual. Nessa perspectiva identitária, desde a postulação original de Meyer (2003), o estresse de minoria vem sendo investigado com base em diferentes marcadores sociais, mas carecem estudos que possam fornecer uma medida geral para essa população.

A busca por medidas compostas de preconceito e discriminação recebe inúmeras críticas, no sentido de que diferentes identidades se inserem em diferentes dinâmicas de violência (Morrison, Bishop, & Morrison, 2019). A mensuração de experiências de pessoas LGBT como um construto monolítico apresenta problemas porque utiliza itens que nem sempre se aplicam a todos os respondentes e envolvem grupos sociais sobre os quais os respondentes podem ter diferentes representações e sentimentos (Bishop, Morrison, & Morrison, 2019). É por isso que o conceito de interseccionalidade tem sido tão importante para compreender a dinâmica de opressões e privilégios (Crenshaw, 1989, 1991). Interseccionalidade pode ser entendida como a produção de um novo fenômeno discriminatório a partir da relação entre marcadores sociais de raça, classe, gênero, orientação sexual, religião, etc. Nesse sentido, uma mulher negra e lésbica, por exemplo, se insere em uma dinâmica social que lhe afetará por meio do machismo por ser mulher, do racismo por ser negra e da homofobia por ser lésbica, mas não de formas separadas ou somadas e sim de uma terceira forma que só cabe a ela explicar como é sentida. No entanto, isso não é negado quando se propõe uma medida composta para pessoas LGBT, pois busca-se aquilo que é comum a um grande grupo de pessoas que passam pela violência de um sistema que organiza orientações sexuais e/ou identidades/expressões de gênero a partir de um ideal normativo de sexualidade e gênero.

Em busca de uma medida composta de estresse de minoria que fosse possível discriminar estressores distais e proximais, encontrou-se a *The LGBT Minority Stress Measure* (Outland, 2016). Ao perceber a inconsistência com a qual o constructo do estresse de minoria vinha sendo operacionalizado na literatura especializada, Outland (2016) desenvolveu uma

medida única e abrangente chamada de “estresse de minoria LGBT”, dividida em seis domínios, três deles representando estressores distais e três proximais. Os estressores distais são causados externamente e motivados pelo *status* de minoria: 1) Eventos de discriminação; 2) Eventos de vitimização; 3) Microagressões. Os estressores proximais são processos internos motivados pela identidade de minoria e representam formas de internalização dos estigmas sociais, na forma de: 4) Antecipação da rejeição; 5) Ocultação da identidade; 6) Estigma internalizado. Por ter incluído uma sétima dimensão chamada “conexão com a comunidade” ou também “conectividade comunitária” (*community connectedness*), considera-se que a escala de Outland (2016) tenha sido a primeira a investigar todas as sete dimensões do modelo original de Meyer (2003). Esses itens são calculados de forma inversa, pois representam uma medida de apoio social, que mede o acesso que o indivíduo tem ao recurso do apoio social em nível comunitário (a chamada “comunidade LGBT”). Portanto, considerando a possibilidade de utilizar essa medida no Brasil, o objetivo deste estudo é traduzir e adaptar uma medida que avalie o estresse de minoria no público LGBT de forma geral e seja sensível às particularidades do contexto brasileiro.

Método

Trata-se de um estudo de tradução e adaptação de escala de autorrelato, realizado de forma *online*, com base em procedimentos sugeridos por Borsa, Damásio, & Bandeira (2012).

Participantes

A etapa inicial de tradução e adaptação envolveu 12 pessoas, divididas em três comitês, os quais serão apresentados na seção de Procedimentos (uma tradutora, cinco psicólogas/os, um historiador, quatro estudantes e um administrador). A versão final da escala foi respondida por 448 pessoas LGBT, de 18 a 62 anos de idade, de 23 estados do Brasil. A Tabela 10 mostra

a distribuição de participantes por estado. Esse número amostral atende o mínimo necessário para análises fatoriais, mesmo levando em conta os autores mais exigentes, que sugerem, pelo menos, 10 participantes por item do instrumento (Everitt, 1975). As características da amostra foram apresentadas na Tabela 11, mas pode-se resumir que a maioria é jovem ($M = 27,3$; $DP = 7,9$; $Mdn = 25$), cisgênero (94%), homossexual (69,4%), branca (73,2%) e do gênero masculino (56,9%). Atenta-se para a homogeneidade dessas características, ainda levando em conta que o público deste estudo tinha acesso à internet e provavelmente respondeu aos instrumentos com considerável grau de desejabilidade social.

Tabela 10

Estado de Residência

		Frequência	%	% válida
Válido	Rio Grande do Sul	190	42,4	42,9
	Rio de Janeiro	41	9,2	9,3
	Santa Catarina	39	8,7	8,8
	São Paulo	34	7,6	7,7
	Minas Gerais	26	5,8	5,9
	Distrito Federal	21	4,7	4,7
	Ceará	16	3,6	3,6
	Paraná	13	2,9	2,9
	Pernambuco	13	2,9	2,9
	Alagoas	11	2,5	2,5
	Paraíba	6	1,3	1,4
	Sergipe	6	1,3	1,4
	Bahia	5	1,1	1,1
	Pará	5	1,1	1,1
	Goiás	4	0,9	0,9
	Rio Grande do Norte	4	0,9	0,9
	Maranhão	3	0,7	0,7
	Amazonas	1	0,2	0,2
	Espírito Santo	1	0,2	0,2
	Mato Grosso	1	0,2	0,2
	Piauí	1	0,2	0,2
Rondônia	1	0,2	0,2	
Mato Grosso do Sul	1	0,2	0,2	
Total	443	98,9	100,0	
Omisso	Sistema	5	1,1	
Total		448	100,0	

Nota. Não houve participantes dos estados do Acre, Amapá, Roraima e Tocantins.

Tabela 11
Características de Participantes

		<i>n</i>	% válida
Gênero	Masculino	255	56,9
	Feminino	174	38,8
	Não binário	19	4,2
Pessoa trans	Não	421	94
	Sim	27	6
Orientação sexual	Homossexual	310	69,4
	Bissexual	99	22,1
	Pansexual	27	6
	Heterossexual	5	1,1
	Assexual	5	1,1
	Androssexual	1	0,2
Cor/raça	Branca	322	73,2
	Parda	76	17,3
	Preta	31	7
	Amarela	4	0,9
	Indígena	2	0,5
	Não desejaram declarar	5	1,1
Renda familiar mensal	De 4 a 10 mil	147	33
	De 2 a 4 mil	134	30
	Até 2 mil	101	22,6
	De 10 a 20 mil	43	9,6
	Mais de 20 mil	21	4,7
Escolaridade	Ensino superior incompleto	180	40,4
	Ensino superior completo	90	20,2
	Pós-graduação completa	84	18,8
	Pós-graduação incompleta	40	9
	Ensino médio completo	40	9
	Ensino médio incompleto	8	1,8
	Ensino fundamental completo	3	0,7
	Ensino fundamental incompleto	1	0,2

Instrumentos

Um questionário de autoaplicação *online* foi construído com a ferramenta Google Formulários, contendo perguntas para coleta dos seguintes dados sociodemográficos: idade, estado, gênero, pessoa trans ou não, orientação sexual, cor/raça, renda familiar mensal, escolaridade, religião e participação em organização, associação ou movimento social LGBT. Além disso, o questionário continha as duas escalas descritas a seguir.

The LGBT Minority Stress Measure

A escala foi construída por Outland (2016) com o objetivo de obter uma medida única de estresse de minoria, composta por sete fatores. As subescalas são apresentadas começando com um tópico potencialmente estressante e finaliza com os aspectos mais positivos da escala de conexão com a comunidade. São 50 itens na versão completa e 25 na reduzida. Em todas as afirmativas, o respondente deve escolher entre as opções: (1) nunca acontece; (2) acontece um pouco; (3) acontece às vezes; (4) acontece muito; (5) acontece sempre. A medida total é obtida invertendo a escala de conexão com a comunidade e calculando a média dos itens. A amostra utilizada no estudo de validação foi composta por 640 norte-americanos que responderam a um questionário *online*. A validade de convergência foi confirmada pela forte associação com a *Heterosexist, Harassment, Rejection, and Discrimination Scale* (Szymanski, 2006) e a validade de critério pela associação moderada com a *Kessler Psychological Distress Scale* (Kessler et al., 2002). A validade discriminante também foi confirmada pela ausência de associação com a *Social Readjustment Rating Scale* (Holmes & Rahe, 1967). No estudo original, a escala geral apresentou alto índice de consistência interna tanto na versão completa ($\alpha = 0,91$) quanto na versão reduzida ($\alpha = 0,87$). Em ambas as versões, os fatores separados apresentaram alfas de Cronbach entre 0,73 e 0,88, todos acima do mínimo considerado bom (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2009). A estrutura de sete fatores da versão completa da escala apresentou índices de ajuste moderados: $\chi^2 (1154) = 4548,82, p < 0,001$; SRMR = 0,08; RMSEA = 0,07; CFI = 0,8). Já a versão reduzida apresentou melhores valores em conjunto: $\chi^2 (254) = 904,913, p < 0,001$; SRMR = 0,06; RMSEA = 0,06; CFI = 0,91).

Protocolo de Avaliação de Estresse de Minoria (PEM-LGB-BR)

Adaptado e validado por Costa et al. (2020), trata-se do primeiro instrumento que avalia o estresse de minoria no contexto brasileiro para a população de gays, lésbicas e bissexuais. É

composto por três fatores: homonegatividade internalizada, revelação da sexualidade e experiências de estigma. Cada fator é formado por escalas que já existiam, quais sejam: (1) versão reduzida da Escala de Homonegatividade Internalizada – *Internalized Homonegativity Scale* (Smolenski, Diamond, Ross, & Rosser, 2010) com sete itens e respostas de sete pontos – “discordo totalmente” a “concordo totalmente”; (2) versão reduzida da Escala de Revelação da Sexualidade – *Outness Inventory* (Frost & Meyer, 2009), com quatro itens – de “não revelei” a “revelei para todos”, dependendo do tipo de relação (família, amigos LGB, amigos heterossexuais, colegas de trabalho e profissionais de saúde); (3) Escala de Experiências de Estigma (Herek, 2009), com sete itens e respostas de quatro pontos - de nunca a três ou mais vezes. O protocolo foi avaliado em uma amostra oriunda de três estudos prévios, totalizando 1451 pessoas homossexuais ou bissexuais, com idades entre 18 e 70 anos ($M = 25,15$; $DP = 7,34$; $Mdn = 23$). O protocolo apresentou bom índice de consistência interna ($\alpha = 0,72$), assim como os fatores em separado ($\alpha = 0,79$ para homonegatividade internalizada, $\alpha = 0,76$ para revelação da sexualidade e $\alpha = 0,67$ para experiências de estigma. Além disso, foram satisfatórios os índices de ajuste da estrutura com três fatores ($CFI = 0,975$; $TLI = 0,971$; $RMSEA = 0,055$ IC 90% [0,051; 0,059]). Os alfas de Cronbach para cada escala do protocolo no presente estudo foram: Escala de Homonegatividade Internalizada (0,47); Escala de Revelação da Sexualidade (0,76); Escala de Experiências de Estigma (0,68).

Procedimentos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) sob parecer número 3.110.171 (Apêndice A). A pesquisa foi realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISINOS, no Núcleo de Estudos de Família e Violência e seguiu as diretrizes éticas das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. A autora da *The LGBT Minority Stress Measure*, Dra. Pearl L.

Outland, autorizou e incentivou o processo de tradução e adaptação da escala, denominada em português como *Escala de Estresse de Minoria LGBT* (EEM-LGBT).

Embora não haja um consenso sobre etapas ideais para adaptar um instrumento psicológico em outras culturas (Borsa et al., 2012), o presente estudo foi orientado pelas diretrizes sugeridas por Borsa et al. (2012): (1) traduções; (2) síntese das traduções; (3) avaliação por comitê de especialistas; (4) avaliação pelo público-alvo; (5) tradução reversa; (6) estudo piloto; (7) avaliação de estrutura fatorial.

O primeiro passo envolveu a tradução da escala original em inglês para o português, evitando a tradução literal (Borsa et al., 2012). O pesquisador realizou a primeira tradução, com base em sua experiência como professor de inglês e tradutor. A segunda foi realizada por Hailey Kaas, tradutora profissional, com experiência na área de diversidade sexual e de gênero. Kaas foi uma das responsáveis pela popularização do termo “cisgênero” no Brasil (Gaspodini & Jesus, 2020) e uma das fundadoras do movimento transfeminista no país (Kaas, 2016). A terceira foi realizada por uma tradutora iniciante, Gabriela Fávero, estudante de Psicologia, com histórico de residência e intercâmbio em país de língua inglesa.

No segundo passo, o pesquisador realizou uma síntese das traduções e separou divergências entre tradutores para o passo seguinte. No terceiro passo, a síntese foi apresentada a dois comitês de juízes especialistas, os quais avaliaram diferentes aspectos da versão traduzida e das discrepâncias entre termos.

O primeiro comitê⁹ avaliou as equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual. Além disso, avaliaram as traduções dos sete fatores da escala. Esse comitê foi formado por uma psicóloga, com experiência em atendimento de pessoas transexuais no sistema público de saúde, além de dois psicólogos e um historiador que desenvolvem pesquisas de doutorado em diferentes âmbitos relacionados à diversidade sexual e de gênero. As

⁹ Marina Belani / Ronaldo Pires Canabarro / Bruno de Brito Silva / Ramiro Figueiredo Catelan

avaliações foram realizadas de forma *online*, mediante formulário contendo a versão original em inglês com as traduções, cada uma seguida pelas perguntas referentes aos tipos de equivalências avaliadas: 1) *Equivalência semântica*: As palavras apresentam o mesmo significado? O item apresenta mais de um significado? Existem erros gramaticais na tradução? 2) *Equivalência idiomática*: Os itens de difícil tradução do instrumento original foram adaptados por uma expressão equivalente que não tenha mudado o significado cultural do item? 3) *Equivalência experiencial*: O item do instrumento é aplicável na nova cultura e, em caso negativo, foi substituído por algum item equivalente? 4) *Equivalência conceitual*: Determinado termo ou expressão, mesmo que traduzido adequadamente, avalia o mesmo aspecto em diferentes culturas? As respostas dos juízes foram computadas e analisadas pelo pesquisador. A versão-síntese foi então conferida uma última vez por dois juízes.

O segundo comitê¹⁰ foi formado por especialistas na área de avaliação psicológica, com experiência em psicologia clínica e psicodiagnóstico. Esse comitê avaliou a estrutura, o *layout*, as instruções do instrumento e a abrangência e adequação das expressões contidas nos itens. O mesmo procedimento do primeiro comitê foi repetido, desta vez sem a escala original e com as seguintes perguntas: “Os termos ou as expressões podem ser generalizados para diferentes regiões de um mesmo país? As expressões são adequadas para o público-alvo?”.

No quarto passo, a escala foi respondida e avaliada por um comitê de juízes formado pelo público-alvo. Ao todo, sete pessoas¹¹ avaliaram a versão final: duas mulheres bissexuais, uma mulher homossexual, um homem transexual e três homens homossexuais. Esses juízes avaliaram se os itens, as instruções e a escala eram compreensíveis para o público-alvo, residentes em diferentes regiões do país.

¹⁰ Mariana Rodrigues Machado / Alessandro da Rosa Alves

¹¹ Giovanna Nonemacher / Yasmim Simões / Paula Fabiane Rufino Pinheiro / Nicolas Ribas / Paulo Henrique de Oliveira Cardoso / Rafael Rodrigues Claudino / Ricardo Col De Bella

Neste estudo, o quinto passo não foi realizado. A tradução reversa ou retrotradução tem algumas vantagens, como identificar palavras que não ficaram claras no idioma-alvo. Além disso, a autora do instrumento original poderia afirmar se a versão retrotraduzida tem a mesma ideia conceitual dos itens originais. No entanto, trata-se de um processo que acaba por representar o contrário de uma adaptação cultural, na medida em que diferenças de linguagem podem ser incompreensíveis quando traduzidas.

No sexto passo, a versão final da escala traduzida foi aplicada de forma *online* como parte de um estudo maior, com outros instrumentos de interesse à tese de doutorado do pesquisador, bem como escalas com medidas semelhantes para possibilitar análises de validade de convergência. Ao acessar o questionário, a pessoa deveria ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para prosseguir. O texto informava os dados da pesquisa, objetivo, benefícios e riscos da participação, preservação da identidade, possibilidade de desistência e contatos do pesquisador. Para garantir o consentimento, o participante deveria marcar a única questão obrigatória do questionário: “Não coletaremos sua assinatura porque esta coleta de dados é realizada de forma anônima. Clicando no botão ‘Sim, eu li e compreendi o TCLE e aceito participar desta pesquisa’, você nos confere consentimento para o uso das respostas do seu questionário para os fins descritos acima”. O sétimo e último passo envolveu a análise da estrutura dos sete fatores da escala em sua versão brasileira.

Análise dos dados

Os dados referentes às respostas dos 448 participantes foram tabulados, organizados e conferidos no IBM® SPSS® Statistics – Versão 25 (SPSS). Para permitir a análise fatorial da escala traduzida, as respostas ausentes (*missings*) foram preenchidas pelo método *Expected Maximization*. Isso foi possível porque um teste MCAR de Little informou que esses valores eram *missings* completamente aleatórios ($\chi^2 = 923,824$; $gl = 865$; $p = 0,08$). Ainda no SPSS,

verificou-se se a matriz de dados atendia os pressupostos para que fosse passível de fatoração e foram definidas as técnicas de extração e rotação para identificar variáveis problemáticas, com base no valor de sua comunalidade (Tabachnick & Fidell, 2001). Como a AFC permite a geração de um modelo de equação estrutural, buscou-se a confirmação da estrutura de sete fatores com maior robustez por meio de índices que permitem avaliar a qualidade de ajuste do modelo proposto. Para tanto, no IBM® SPSS® Amos 20.0.0, foram calculados: (1) o índice absoluto representado pela relação entre o chi-quadrado do modelo (χ^2) e seus graus de liberdade; (2) os índices comparativos *Comparative Fit Index* (CFI) e *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA); (3) os índices de proporção de variância explicada *Goodness of Fit Index* (GFI) e *Adjusted Goodness of Fit Index* (AGFI); (4) o índice de parcimônia Tucker-Lewis Index (TLI); e (5) o índice de ajuste residual *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR). Por fim, as análises de convergência foram realizadas no SPSS, por meio do teste de correlação de Spearman entre a média da escala traduzida e as outras três medidas semelhantes. O mesmo teste foi realizado entre as medidas de convergência e fatores específicos da escala (Ocultação da identidade, Estigma internalizado, Experiência de vitimização, Experiência de discriminação e Microagressão).

Resultados

A primeira constatação foi que a AFC de um modelo de sete fatores apresentou índices muito melhores para versão reduzida (25 itens) do que para a versão original da escala (50 itens). A própria Outland (2016) afirma, no estudo de validação, que a versão reduzida se encaixa no modelo de sete fatores melhor que a versão original. Além disso, a versão reduzida também aumentaria consideravelmente a razão entre número de casos e itens para 17,92:1 – sendo que o ideal seria de, pelo menos, 5:1 (Hair et al., 2009). Optou-se, portanto, pela versão reduzida com base na vantagem de se ter uma escala menor para futuras pesquisas.

Foi comprovado que a AFC seria apropriada para a matriz de dados porque o teste que verifica se as correlações parciais entre as variáveis são pequenas apresentou valor considerado bom ($KMO = 0,83$) (Borsa et al., 2012). Além disso, rejeitou-se a hipótese nula de que a matriz original fosse a matriz de identidade por meio do teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,001$). Utilizando a técnica de extração fatorial da Análise de Componentes Principais e rotação por *oblimin* direto, verificou-se que o item originalmente numerado como 27 apresentava comunalidade menor que 0,5 (0,39). Sem esse item, a variância total explicada aumentou de 63,9% para 66%, fazendo com que fosse optado por sua exclusão. O item originalmente numerado como 26 foi mantido, embora apresentasse comunalidade um pouco abaixo do sugerido. Optou-se por manter, no mínimo, três itens para cada fator. O teste de KMO e Bartlett foram novamente executados, apresentando o valor final de 0,82 e $p < 0,001$, respectivamente. Assim, os itens originais retidos para a versão traduzida foram apresentados na Tabela 12:

Tabela 12
Fatores e Itens da Versão Reduzida da Escala de Estresse de Minoria LGBT

Fator	Item	# original
Ocultação da identidade	Eu evito contar aos outros sobre certas coisas da minha vida que possam sugerir que sou uma pessoa LGBT.	1
	Eu evito contar ou falar sobre minha vida amorosa porque não quero que saibam que sou uma pessoa LGBT.	2
	Eu não levo parceiros(as) amorosos(as) para eventos sociais porque não quero que saibam que sou uma pessoa LGBT.	4
	Eu restrinjo o que compartilho nas mídias sociais, ou quem pode vê-las, porque não quero que saibam que sou uma pessoa LGBT.	6
Microagressões	As pessoas que não são LGBT esperam que eu as eduque sobre questões LGBT.	9
	As pessoas já reclassificaram minha identidade ou se referiram a mim por um nome ou pronomes que são diferentes daqueles com os quais eu me identifico.	14
	Quando estou numa organização ou atividade dividida por gênero me sinto deslocado(a) porque sou uma pessoa LGBT.	18
	Já fui acusado(a) de ter uma atitude muito defensiva ou politicamente correta quando falei sobre questões LGBT com alguém que não é LGBT.	19
Expectativa de rejeição	Quando conheço uma pessoa nova, me preocupo que ela secretamente não goste de mim por eu ser uma pessoa LGBT.	20
	Eu me preparo para ser tratado(a) de forma desrespeitosa por eu ser uma pessoa LGBT.	23
	Eu espero que os outros não me aceitem por eu ser uma pessoa LGBT.	24
	Eu me preocupo com o que pode acontecer se as pessoas descobrirem que sou LGBT.	25
Eventos de discriminação	Eu fui excluído(a) de uma organização (por exemplo, um grupo religioso, time esportivo, etc.) porque sou uma pessoa LGBT.	26
	Eu não fui bem atendido(a) em algum estabelecimento comercial porque sou uma pessoa LGBT.	29
	Fui tratado(a) de forma injusta por meus/minhas supervisores(as) ou professores(as) porque sou uma pessoa LGBT.	31
Estigma internalizado	Se me oferecessem a chance de não ser uma pessoa LGBT, eu aceitaria.	32
	Eu queria não ser LGBT.	33
	Eu tenho inveja das pessoas que não são LGBT.	37
Eventos de vitimização	Eu já fui verbalmente agredido(a) ou xingado(a) porque sou LGBT.	39
	Outras pessoas já ameaçaram me fazer mal porque sou uma pessoa LGBT.	44
	Já sofri bullying porque sou uma pessoa LGBT.	45
Conexão com a comunidade	Eu sinto que posso encontrar informações e material sobre questões LGBT.	48
	Eu sinto que poderia encontrar serviços profissionais para questões LGBT caso eu precisasse.	49
	Eu sinto que poderia encontrar um espaço público que apoia atividades LGBT.	50

Análise fatorial

Analisando os índices de modificação, encontrou-se a possibilidade de atribuir covariância entre os termos de erro das questões originalmente numeradas como 4 e 6, 9 e 19 e 23 e 24, o que forneceu um incremento significativo em todos os índices de ajuste. Os índices de ajuste do modelo foram interpretados com base nos critérios encontrados em Schumacker e Lomax (2010, p. 76) e classificados segundo (Ullman, 2007) na Tabela 13.

Tabela 13
Índices de Ajuste da Escala de Estresse de Minoria LGBT

Tipo	Valor encontrado	Adequado quando
Índice absoluto χ^2/gl	2,21	< 3,0
Índices comparativos		
CFI	0,92	> 0,90
RMSEA (90% IC)	0,05	0,05 a 0,08*
Índices de variância explicada		
GFI	0,91	> 0,90
AGFI	0,88	> 0,90
Índice de parcimônia		
TLI	0,91	> 0,90
Índice com base em resíduos		
SRMR	0,06	<u>≤ 0,05**</u>

Notas. *O valor máximo precisa ser < 0,10. **Embora o valor esteja acima do aceitável para Schumacker e Lomax (2010), valores iguais ou abaixo de 0,08 também são considerados aceitáveis (Hair et al., 2009).

A Figura 2 apresenta o diagrama da análise fatorial confirmatória com 24 itens.

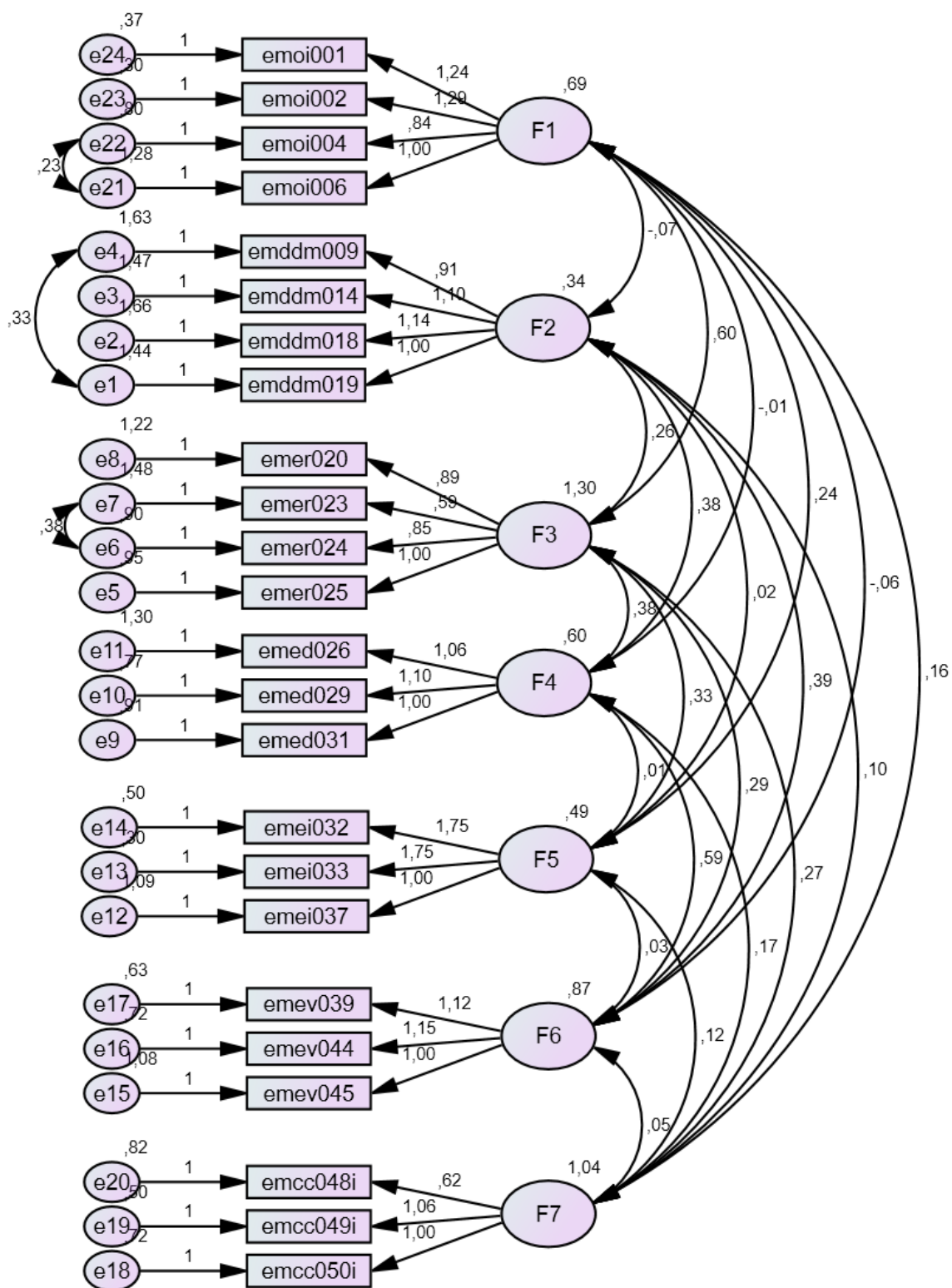


Figura 2. Diagrama da análise fatorial confirmatória. Produzido no IBM® SPSS® Amos 20.0.0. Ocultação da identidade (emoi). Microagressões (emddm). Expectativa de rejeição (emer). Eventos de discriminação (emed). Estigma internalizado (emei). Eventos de vitimização (emev). Conexão com a comunidade (emcc).

Validade interna

Tendo apresentado um alfa de Cronbach equivalente a 0,83, a confiabilidade da escala mostrou-se boa, segundo a classificação de George e Mallery (2003). O alfa de cada fator também atendeu o mínimo exigido por essa classificação, apresentando os seguintes valores: ocultação da identidade: $\alpha = 0,83$ (bom); microagressão: $\alpha = 0,53$ (pobre); expectativa de rejeição: $\alpha = 0,77$ (aceitável); experiências de discriminação: $\alpha = 0,66$ (questionável); estigma internalizado: $\alpha = 0,81$ (bom); experiência de vitimização: $\alpha = 0,79$ (aceitável); conexão com a comunidade: $\alpha = 0,76$ (aceitável).

Para estabelecer evidências iniciais de validade de critério, a Tabela 14 foi construída para apresentar as correlações entre a escala adaptada e medidas semelhantes:

Tabela 14
Validade de Critério da Escala de Estresse de Minoria LGBT

Escala de Estresse de Minoria LGBT ($n = 448$)	Escala de Homonegatividade Internalizada	Escala de Revelação da Sexualidade	Escala de Experiências de Estigma
Rô de Spearman (ρ)	0,35**	- 0,27**	0,30**
n	413	411	411

** $p < 0,01$

Tamanhos de efeito mais consistentes puderam ser encontrados quando se calculou a correlação entre subescalas específicas da EEM-LGBT. O fator “Ocultação da identidade” correlacionou-se negativamente com a Escala de Revelação da Sexualidade ($\rho = -0,65$; $p < 0,001$). O fator Estigma internalizado apresentou correlação positiva com a Escala de Homonegatividade Internalizada ($\rho = -0,44$; $p < 0,001$). Por fim, os fatores relacionados a estressores distais foram correlacionados com a Escala de Experiência de Estigma e todos apresentaram correlação estatisticamente significativa, quais sejam: Experiência de vitimização ($\rho = 0,63$; $p < 0,001$); Experiência de discriminação ($\rho = 0,47$; $p < 0,001$); Microagressão ($\rho = 0,31$; $p < 0,001$).

Por fim, a média geral da amostra deste estudo na EEM-LGBT foi de 2,49 ($DP = 0,60$; Mínimo = 1,17; Máximo = 4,21). A Tabela 15 indica as médias dos respondentes em cada fator, em ordem decrescente.

Tabela 15
Médias da Amostra em Cada Fator em Ordem Decrescente (N = 448)

	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
Expectativa de rejeição	0,93	5,00	2,89	1,11
Experiência de vitimização	1,00	5,00	2,88	1,13
Microagressão	1,00	5,00	2,80	0,89
Conexão com a comunidade	1,00	5,00	2,64	1,02
Ocultação da identidade	1,00	5,00	2,24	1,01
Experiência de discriminação	0,91	5,00	2,00	0,99
Estigma internalizado	0,72	5,00	1,85	1,14

Nota: Valores ausentes preenchidos pelo método *Expected Maximization*.

Discussão

Frente à inexistência de uma medida de estresse de minoria para pessoas LGBT em geral no Brasil, foi preciso decidir entre a construção de um instrumento novo ou a adaptação de algo já existente. A decisão pela adaptação de instrumento norte-americano se deu com base nas vantagens relacionadas à possibilidade de estudos comparativos e transculturais, afora a economia de tempo e recursos (Daouk-Öyry & Zeinoun, 2017). Tomados os cuidados para que não fosse realizada uma mera tradução (Borsa et al., 2012), a adaptação da Escala de Estresse de Minoria LGBT (EEM-LGBT) resultou em um instrumento possível de ser utilizado no contexto brasileiro. Os índices calculados (absoluto, comparativos, de variância explicada, de parcimônia e com base em resíduos) atenderam os valores que servem como parâmetro de qualidade da estrutura fatorial. O único índice um pouco abaixo do esperado foi o AGFI, mesmo assim pode-se considerar as evidências de validade produzidas, pois entre outros autores o valor acima de 0,80 já é suficiente (Stacciarini & Pace, 2017).

A EEM-LGBT com 24 itens manteve a estrutura fatorial do estresse de minoria com os mesmos sete fatores propostos na escala original norte-americana. Assim como a escala de

Outland (2016) foi a primeira a investigar o estresse de minoria levando em conta as sete dimensões do modelo de Meyer (2003), a EEM-LGBT representa a primeira medida composta de estresse de minoria no Brasil a avaliar os mesmos sete fatores. Embora o fenômeno tenha sido investigado no Brasil nas últimas décadas, ainda não havia uma escala ou protocolo disponível que fornecesse uma medida para o público LGBT como um todo. Durante o processo de adaptação, o PEM-LGB-BR (Costa et al., 2020) ainda se encontrava em processo de publicação e inclusive serviu como base para as medidas de convergência do presente estudo. No entanto, a PEM-LGB-BR fornece uma medida de estresse de minoria com três dimensões e foi desenvolvida para pessoas que sofrem preconceito por sua orientação sexual, ou seja, lésbicas, gays e bissexuais.

Por isso, a EEM-LGBT possibilita que, com uma única escala, seja produzida uma medida com três estressores distais, três estressores proximais e uma dimensão mediadora dos efeitos do estresse de minoria: a conexão com a comunidade. A menor carga fatorial e o menor alfa de Cronbach foram identificados na dimensão “microagressão”, possivelmente por sua semelhança aos outros dois estressores distais. As experiências vivenciadas de discriminação, vitimização e microagressão podem se confundir dependendo da percepção do sujeito e da operacionalização das escalas que medem cada uma delas. Ainda, isso é comum em escalas de violência, pois, como os itens avaliam diferentes manifestações do fenômeno, a pessoa pode sofrer uma ou duas delas e não as outras.

Quanto análises de validade de critério, todas apresentaram correlações estatisticamente significativas, embora com baixo tamanho de efeito. Isso pode ser explicado pela diferença de público dos instrumentos e por sua diversidade de dimensões, pois a EEM-LGBT avalia sete fatores ao mesmo tempo e as únicas medidas disponíveis fornecem um único fator em sua estrutura. Esses tamanhos de efeito aumentam consideravelmente quando são correlacionados fatores específicos da EEM-LGBT com as medidas disponíveis, com destaque aos três fatores

mais comuns de investigação em pesquisas de estresse de minoria: ocultação da identidade, estigma internalizado e experiência de vitimização. A dimensão da microagressão continua com o menor tamanho de efeito, embora estatisticamente significativo.

Em relação às respostas dos participantes, chama à atenção o fato de que a dimensão “Microagressão” tenha ficado em terceiro lugar entre as maiores médias, mesmo sendo a dimensão mais problemática da escala em termos de confiabilidade. A expectativa de rejeição foi a maior pontuação da amostra, seguida das experiências de vitimização, o que evidencia sua provável relação de causalidade ou influência mútua. É comum que os relatos de um indivíduo quanto às suas expectativas de rejeição sejam desdenhados ou considerados como exagero (Meyer, 2003a), inclusive por profissionais da saúde (Gaspodini & Falcke, 2018). O que se sabe, no entanto, é que as marcas deixadas por repetidas experiências de discriminação (ou outros estressores distais) são responsáveis diretos pela formação da antecipação de rejeição (Rood et al., 2016). É possível que o inverso também aconteça, quando, pela expectativa de ser rejeitado, o indivíduo acaba por interpretar os eventos de discriminação como uma espécie de confirmação de seu status de inferioridade, o que impacta na formação de outro estressor proximal, o estigma internalizado.

A média encontrada neste estudo (2,49; $DP = 0,60$) representa a média do valor da escala (1-5). No estudo original, a média geral foi calculada por grupos com base em gênero, orientação sexual e raça/etnia. As médias variaram entre 2,08 e 2,63, sendo as mais altas entre pessoas trans, pessoas bissexuais e pessoas asiáticas (Outland, 2016). Curiosamente, a média do estigma internalizado no presente estudo foi a menor entre as dimensões da escala. Uma possível explicação levantaria um aspecto positivo da forma como pessoas LGBT têm lidado com o preconceito no Brasil. Sabe-se que o estigma internalizado é mediado pela relação que a pessoa tem com sua identidade (Meyer, 2003a). Historicamente, os indivíduos podem ter atribuído a causalidade da violência sofrida ao fato de serem LGBT, afinal, até a década de

1990, a Psicologia, Psicanálise e Psiquiatria ainda majoritariamente compreendiam a não heterossexualidade e a não cisgeneridade como desvios ou transtornos mentais. A patologização partia do pressuposto de que os problemas (internos ou externos) das pessoas LGBT advinham de sua identidade. No entanto, nas últimas décadas, com o avanço dos movimentos sociais e a formação de redes de apoio possibilitada pela internet por meio de redes sociais pode ter modificado a compreensão do indivíduo em termos de atribuição de causalidade pela expectativa de rejeição. Parece haver mais clareza que a expectativa de rejeição se dá mais como uma constatação das repetidas experiências de vitimização, discriminação e microagressão do que pelo estigma internalizado.

Conclusão

Este estudo teve como objetivo testar uma medida que avaliasse o estresse de minoria no público LGBT de forma geral e fosse sensível às particularidades do contexto brasileiro. A tradução e adaptação da *The LGBT Minority Stress Measure* resultou em um instrumento de autorrelato, composto por sete dimensões distribuídas em 24 itens, denominado como Escala de Estresse de Minoria LGBT (EEM-LGBT). A análise fatorial apresentou índices confiáveis para a estrutura de sete fatores ($\chi^2/df = 2,21$; CFI = 0,92; RMSEA [90% IC] = 0,05; GFI = 0,91; AGFI = 0,88; TLI = 0,91; SRMR = 0,06). A validade de critério da escala foi confirmada pela correlação com as medidas do Protocolo de Avaliação de Estresse de Minoria / PEM-LGB-BR (Costa et al., 2020).

Entre as limitações do estudo, pode-se apontar a estratégia amostral por conveniência como possível viés, posto que a maioria da amostra residia no estado do Rio Grande do Sul e apresentava características relacionadas a privilégio de cor/raça, classe econômica, renda e escolaridade. Além disso, os resultados provavelmente foram influenciados pelo baixo número de pessoas trans na amostra. Isso evidencia que, por mais relevante que seja a busca de uma

medida composta para o público LGBT, as especificidades desse público, dado o contexto de vulnerabilidade intragrupal e intergrupala, não podem ser desconsideradas ou simplesmente forçadas à média do grande grupo. É provável que outros indicadores sejam encontrados a partir de amostras com grupos mais homogêneos em relação às identidades sexuais e de gênero.

Sugere-se que o instrumento seja aplicado em diferentes amostras e os resultados submetidos a outras análises estatísticas, tais como a análise da consistência da medida em tempos distintos, a validação para estudos transculturais com o objetivo de avaliar a invariância da medida, a análise fatorial confirmatória multigrupos (AFCMG), o funcionamento diferencial do item (differential item functioning, DIF) e o escalonamento multidimensional (EMD). Todavia, pelos parâmetros testados, a Escala de Estresse de Minoria LGBT (EEM-LGBT) mostrou-se um instrumento confiável para utilização em investigações do estresse de minoria na população LGBT brasileira.

Artigo III

Estresse de Minoria LGBT: Impactos na Violência entre Parceiros Íntimos e em Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse

Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar a combinação de estressores de minoria que melhor explicasse a ocorrência de violência entre parceiros íntimos (VPI) e sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Realizou-se uma coleta *online* por meio de um questionário composto por questões sociodemográficas e sobre relacionamentos íntimos, além das seguintes escalas: Escala de Estresse de Minoria LGBT (EEM-LGBT), *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) e *Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form* (DASS-21). Participaram deste estudo 315 pessoas autodeclaradas como membros da população LGBT, com idades entre 18 e 62 ($M = 28,46$; $Mdn = 26$; $DP = 8,31$), residentes de 23 estados brasileiros. Foram encontradas correlações de baixo efeito e não foi possível atender aos pressupostos estatísticos para prever a VPI como desfecho, mas foi possível identificar a combinação de variáveis que melhor explicaram os sintomas emocionais (19%), quais sejam: estigma internalizado, expectativa de rejeição, experiência de vitimização, desconexão comunitária, renda e escolaridade ($F [6, 302] = 13,33$, $p < 0,001$, R^2 ajustado = 0,194). Conclui-se que estressores proximais de minoria, causados pelos estressores distais, combinam-se com marcadores sociais da diferença para explicar os diferentes desfechos em saúde mental nessa população.

Palavras-chave: saúde das minorias; minorias sexuais e de gênero; violência por parceiro íntimo; preconceito; interseccionalidade.

LGBT Minority Stress: Impacts on Intimate Partner Violence and on Depressive, Anxiety, and Stress Symptoms

Abstract

The objective of this study was to investigate the combination of minority stressors that best explain the occurrence of intimate partner violence (IPV) and depression, anxiety, and stress symptoms. This is a quantitative cross-sectional online study composed by sociodemographic and intimate relationships questions, as well the following scales: *Escala de Estresse de Minoria LGBT* (EEM-LGBT), Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), and Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21). Participants were 315 LGBT self-declared people ranging from 18 to 62 years old ($M = 28,46$; $Mdn = 26$; $SD = 8,31$), from 23 Brazilian states. Although significant correlations were considered too low and we were not able to attend statistical requirements to predict IPV as outcome, it was possible to identify the combination of variables that best explained the occurrence of emotional symptoms (19%): internalized stigma, rejection anticipation, victimization experiences, low community connectedness, income and schooling ($F [6, 302] = 13,33$, $p < 0,001$, R^2 ajustado = 0,194). We conclude that proximal minority stressors, caused by distal stressors, intertwine with social markers of difference to explain different mental health outcomes in this population.

Keywords: minority health; sexual and gender minorities; intimate partner violence; prejudice; intersectionality.

Introdução

Em comparação à população geral, minorias sexuais e de gênero apresentam taxas mais elevadas de problemas como ansiedade, depressão, suicídio, abuso de substâncias e violência entre parceiros íntimos (Bostwick et al., 2010; Buller et al., 2014; Cerqueira-Santos et al., 2020; Francisco et al., 2020; Grella et al., 2009; Haas et al., 2011; King et al., 2008; B. Miller & Irvin, 2016; Nowinski & Bowen, 2012). Até mesmo quadros como doenças cardíacas, asma, diabetes e outras doenças crônicas são mais frequentes na população LGBT (Lick, Durso, & Johnson, 2013). Para explicar esse fenômeno, segundo Mayer e McHugh (2016), a maioria dos/as cientistas contemporâneos adota o modelo do estresse social.

Nessa perspectiva, entende-se que circunstâncias ambientais agem como estressores gerais, os quais, moderados por recursos de enfrentamento (características individuais e suporte social), geram consequências negativas para a saúde (Pearlin et al., 1981). O modelo pode ser considerado universal, pois mostra como as pessoas alocam recursos no enfrentamento de estressores ao longo da vida. No entanto, quando se trata de minorias sociais, há um estresse excedente que advém de circunstâncias ambientais relacionadas ao preconceito (Meyer, 1995, 2003a). Se há um risco maior para ocorrência de eventos estressores, há um risco maior para ocorrência de consequências negativas para a saúde.

Os fatores que aumentam o risco de ocorrência de eventos estressores para minorias sociais são chamados de “estressores de minoria” (Meyer, 1995, 2003a; Outland, 2016). Existem estressores que são externos ao indivíduo, os “estressores distais”, que são experiências diretas vividas pelo indivíduo, tais como como rejeição, preconceito e discriminação. Os “estressores proximais” são, de certa forma, internos ou internalizados e podem ser manifestados pelo estigma internalizado (ou autoestigma), pela ocultação da identidade de minoria e pela vigilância, ansiedade ou ruminação causadas pela antecipação do

preconceito. Os estressores distais geram os estressores proximais e a combinação dos dois, ao longo do tempo, gera agravos à saúde.

Em termos de definição operacional, o estresse de minoria é geralmente pesquisado com diferentes medidas, o que torna a comparação de estudos inconsistente (Outland, 2016). Nesse sentido, Outland (2016) ofereceu uma medida única de estresse de minoria para o público LGBT. Definiu o constructo geral como um tipo de estresse invasivo experienciado por essa população, acima e além do estresse cotidiano que atinge a todas as pessoas. A autora divide o estresse de minoria em seis domínios, conforme a Tabela 16.

Tabela 16
Estressores de Minoria Propostos com Base em Outland (2016) e Meyer (2003)

Estressor	Definição	Tipo de estressor	Motivado por
Eventos de discriminação	Ocorre de forma externa contra o indivíduo e pode ser facilmente observado.	Distal	<i>Status</i> de minoria
Eventos de vitimização	Versão mais extrema dos eventos de discriminação, que envolve agressões físicas e formas graves de abuso.		
Microagressões	Atos diários dirigidos contra o sujeito que foram dessensibilizados pelo uso cotidiano, mas impactam a pessoa de forma constantemente invasiva.		
Antecipação de rejeição	Hipervigilância e antecipação responsáveis pela ansiedade associada à preocupação de ser rejeitado.	Proximal	Identidade de minoria
Ocultação de identidade	Contrário da exposição pública da identidade sexual e/ou de gênero. Refere-se a quanto uma pessoa não se sente livre para declarar-se LGBT.		
Estigma internalizado	Internalização de estruturas hierárquicas que posicionam determinadas identidades como inferiores. A noção de inferioridade passa a fazer parte do sistema de crenças do sujeito sobre si mesmo.		

O estudo de Outland (2016) foi o primeiro a investigar todas as sete dimensões do modelo original de Meyer (2003), por ter incluído uma dimensão chamada “conexão com a comunidade” ou também “conectividade comunitária”. Por representar uma medida de apoio social que mede o acesso que o indivíduo tem ao recurso do apoio em nível comunitário (a chamada “comunidade LGBT”), essa medida deve ser calculada de forma inversa. Por isso, no

presente estudo, essa variável será denominada “desconexão comunitária”, por representar a ausência ou fraqueza do sentimento de conexão com a comunidade LGBT.

No estudo das diversas consequências negativas do estresse de minoria, recentemente, pesquisadores/as têm se interessado pela investigação do papel do estresse de minoria na ocorrência de violência entre parceiros íntimos (VPI). Embora ainda se esteja nos primórdios dessa temática de estudo (Longobardi & Badenes-Ribera, 2017), diversas pesquisas trazem dados sobre o impacto de dimensões do estresse de minoria nas diferentes formas de VPI (Balsam & Szymanski, 2005; Carvalho et al., 2011; Chong et al., 2013; Edwards & Sylaska, 2013, 2015; Kelley et al., 2014; Lewis et al., 2014; Longobardi & Badenes-Ribera, 2017; McKenry et al., 2006; Milletich et al., 2014; Pepper & Sand, 2015). Na literatura internacional, utiliza-se o termo “violência entre parceiros íntimos” (VPI) para designar um tipo de violência que inclui abuso físico, sexual, emocional e psicológico, além de comportamentos controladores ou coercitivos perpetrados por um parceiro íntimo (World Health Organization, 2012). Uma perspectiva sistêmica da VPI vê a violência intrinsecamente relacionada ao contrato que se estabelece entre os parceiros, “o qual é redigido a partir das histórias de vida de ambos, da construção dos vínculos afetivos deles e da própria interação estabelecida” (Falcke et al., 2009, p. 87). Por isso, há um caráter relacional no fenômeno que supera a mera definição de uma vítima e um agressor, num processo pelo qual são formadas as relações.

Na população geral, entre as variáveis associadas à ocorrência de VPI em minorias sexuais e de gênero, estão o abuso de álcool e drogas, conflitos relacionados a papéis de gênero e desigualdades na díade conjugal, por exemplo, renda e idade (C. Brown, 2008; Goldenberg et al., 2016; Kelly et al., 2011). Essas variáveis, no entanto, se assemelham aos fatores associados à VPI em relacionamentos de pessoas heterossexuais e cisgênero. O que se sabe, no entanto, é que existem especificidades da VPI na população LGBT que não estão presentes na população em geral, por serem relacionadas ao preconceito contra diversidade sexual e de

gênero (Balsam & Szymanski, 2005; Bartholomew et al., 2008; Edwards & Sylaska, 2013; Longobardi & Badenes-Ribera, 2017; Pepper & Sand, 2015). Por exemplo, diferenças na forma como o indivíduo “assume” sua sexualidade ou seu relacionamento estão associadas à VPI nessa população (Goldenberg et al., 2016). Um tipo de VPI específica a relacionamentos no público LGBT é a prática ou a ameaça de *outing* (Calton et al., 2016; Campo & Tayton, 2015; Distefano, 2009; Tesch & Bekerian, 2016). Expor a orientação sexual e/ou a identidade/expressão de gênero de um/a parceiro/a sem consentimento pode acarretar prejuízos relacionados ao medo da perda de emprego ou laços familiares, por exemplo. Expor ou ameaçar expor o diagnóstico de HIV também pode ser um tipo *outing* (Calton et al., 2016). Diferenças entre grupos também constam como uma das especificidades importantes da VPI nesse público (Outland, 2016).

Uma das principais especificidades da VPI no público LGBT é sua relação com o estresse de minoria. De acordo com a mais recente revisão sistemática sobre o tema, as pesquisas sobre o papel do estresse de minoria na VPI são bastante recentes (Longobardi & Badenes-Ribera, 2017). Ainda assim, os estudos revisados trazem evidências de que o estresse de minoria tem papel importante na ocorrência de VPI. Mostram que a internalização do estigma (autoestigma), a ocultação da identidade de minoria, a expectativa de discriminação e a experiência direta de ter sido discriminado estão todas associadas com a ocorrência de VPI em minorias sexuais e de gênero. Com base no exposto, o objetivo deste estudo foi investigar a melhor combinação de estressores de minoria para explicar a ocorrência de VPI e sintomas emocionais, especificamente sintomas de depressão, ansiedade e estresse.

Método

Trata-se de um estudo quantitativo, de caráter explicativo e corte transversal.

Participantes

Participaram deste estudo 315 pessoas autodeclaradas como membros da população LGBT, com idades entre 18 e 62 ($M = 28,46$; $Mdn = 26$; $DP = 8,31$), residentes de 23 estados brasileiros. Quase 83% da amostra residia no Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Santa Catarina, São Paulo, Minas Gerais, Distrito Federal e Paraná, mas a maioria era do Rio Grande do Sul (43,8%). A distribuição de participantes por estado foi apresentada na Tabela 17. Pode-se caracterizar a amostra como majoritariamente do gênero masculino (54%), cisgênero (96%), homossexual (74%), branca (73%), com renda familiar de dois até dez salários-mínimos (86%), com, pelo menos, ensino superior completo (90%). Pouco mais da metade não tinha religião (53%), sendo as religiões mais frequentes a católica e a espírita. As características sociodemográficas da amostra também estão na Tabela 17.

Instrumentos

Um questionário de autoaplicação *online* foi construído com a ferramenta Google Formulários. As questões foram distribuídas conforme as variáveis de interesse na Tabela 18, que também indica a forma de mensuração.

Tabela 17
Características Sociodemográficas da Amostra (N = 315)

Variável	Categoria	n	% válida
Estado	Rio Grande do Sul	137	43,8
	Rio de Janeiro	27	8,6
	Santa Catarina	27	8,6
	São Paulo	23	7,3
	Minas Gerais	19	6,1
	Distrito Federal	15	4,8
	Paraná	11	3,5
	Pernambuco	10	3,2
	Ceará	9	2,9
	Alagoas	8	2,6
	Bahia	5	1,6
	Pará	5	1,6
	Goiás	3	1,0
	Maranhão	3	1,0
	Paraíba	2	0,6
	Rio Grande do Norte	2	0,6
	Amazonas	1	0,3
	Espírito Santo	1	0,3
	Mato Grosso	1	0,3
	Piauí	1	0,3
Rondônia	1	0,3	
Sergipe	1	0,3	
Mato Grosso do Sul	1	0,3	
Gênero	Masculino	171	54,3
	Feminino	136	43,2
	Não binário	8	2,5
É pessoa trans?	Não	304	96,5
	Sim	11	3,5
Orientação sexual	Homossexual/Gay/Lésbica	234	74,3
	Bissexual	69	21,9
	Pansexual	11	3,5
	Assexual	1	0,3
Cor/raça	Branca	229	73,4
	Parda	57	18,3
	Preta	19	6,1
	Não desejo declarar	4	1,3
	Amarela	2	0,6
	Indígena	1	0,3
Renda familiar mensal	De R\$ 4.000 a R\$ 10.000	111	35,2
	De R\$ 2.000 a R\$ 4.000	95	30,2
	Até R\$ 2.000	64	20,3
	De R\$ 10.000 a R\$ 20.000	30	9,5
	Acima de R\$ 20.000	15	4,8
Escolaridade	Ensino Superior incompleto	108	34,3
	Ensino Superior completo	76	24,1
	Pós-Graduação completa	71	22,5
	Pós-Graduação incompleta	28	8,9
	Ensino Médio completo	25	7,9
	Ensino Médio incompleto	5	1,6
	Ensino Fundamental incompleto	1	0,3
	Ensino Fundamental completo	1	0,3

Tabela 18
 Sequência do Questionário de Autoaplicação

Dados sociodemográficos	Idade; Estado; Gênero; Pessoa trans ou cis; Orientação sexual; Cor/Raça; Renda; Escolaridade	Elaboradas para o estudo
Dados sobre o relacionamento íntimo	Situação atual; Tipo; Duração; Nível de abertura	
Estresse de minoria	Antecipação de rejeição Ocultação de identidade Estigma internalizado Eventos de discriminação Eventos de vitimização Microagressões Desconexão comunitária	Escala de Estresse de Minoria LGBT (EEM-LGBT)
Violência entre parceiros íntimos (VPI)	Violência entre parceiros íntimos (VPI): Coerção sexual; Violência física; Lesão corporal; Agressão psicológica	<i>Revised Conflict Tactics Scales</i> (CTS2)
VPI específica ao público LGBT	Ocultação do relacionamento; Prática ou ameaça de <i>outing</i>	Elaboradas com base em Balsam e Szymanski (2005)
Saúde mental	Sintomas de depressão; Sintomas de ansiedade; Sintomas de estresse	<i>Depression, Anxiety, and Stress Scale</i> (DASS-21)

Estresse de minoria

Para esta medida, utilizou-se a Escala de Estresse de Minoria LGBT, uma tradução e adaptação da versão reduzida da *The LGBT Minority Stress Measure* (Outland, 2016). A escala fornece uma medida única de estresse de minoria discriminada em sete dimensões divididas em: a) três estressores distais (microagressões, experiências de discriminação e experiências de vitimização; b) três estressores proximais (ocultação da identidade, expectativa de rejeição e estigma internalizado); c) conexão com a comunidade, que se configura como uma medida de apoio social, calculada com os escores invertidos, por isso, neste estudo, a medida será referida como “desconexão da comunidade”. A versão brasileira é composta por 24 itens distribuídos em uma escala de Likert: (1) nunca acontece; (2) acontece um pouco; (3) acontece às vezes; (4) acontece muito; (5) acontece sempre. No estudo original, a escala geral apresentou alto índice de consistência interna tanto na versão completa ($\alpha = 0,91$) quanto na versão reduzida ($\alpha = 0,87$). No estudo de adaptação da versão brasileira e também no presente estudo, a escala reduzida apresentou um alfa de Cronbach de 0,83.

Violência entre parceiros íntimos (VPI)

A escolha *Revised Conflict Tactics Scales* – CTS2 (Apêndice B) se deu em razão de ter sido utilizada para definir operacionalmente a VPI em nove dos dez estudos revisados por Longobardi e Badenes-Ribera (2017). A escala original foi criada por Straus, Hamby, Boney-McCoy e Sugarman (1996) e foi validada para o português por Moraes, Hasselmann e Reichenheim (2002). Embora apresente táticas de resolução de conflitos, é capaz de mensurar a ocorrência de tipos de VPI. A escala apresenta a seguinte distribuição fatorial: negociação, coerção sexual (grave e menor), violência física (grave e menor), lesão corporal (grave e menor) e agressão psicológica (grave e menor). A versão brasileira é composta por 78 itens, sendo 39 sobre o/a participante e 39 sobre o/a parceiro/a. As opções de resposta de 1 a 6 se referem ao número de vezes que a situação ocorreu no último ano, e esses valores são substituídos pelo ponto médio de cada categoria: 1 vez (1); 2 vezes (2); 3 a 5 vezes (4); 6 a 10 vezes (8); 11 a 20 vezes (15); mais de 20 vezes (25). A opção 7 (“Aconteceu antes do ano passado”) foi substituída pelo valor 1 e opção 8 (Nunca aconteceu) foi substituída pelo valor 0. O escore de cada fator foi obtido pelo somatório dos itens correspondentes a cada escala. No presente estudo, a CTS2 apresentou um alfa de Cronbach de 0,84.

VPI específica ao público LGBT

Foram traduzidas quatro questões (ver Tabela 5) encontradas no estudo de Balsam e Szymanski (2005) sobre ocultação do relacionamento e prática ou ameaça de exposição do/a parceiro/a (*outing*). Elas foram inseridas sequencialmente à CTS2, utilizando a mesma escala de pontos, com a questão repetida para que o/a respondente indicasse a mesma coisa sobre o/a parceiro/a. O mesmo procedimento foi realizado para calcular o escore. Quando o alfa da CTS2 foi calculado juntamente com esses itens, não apresentou mudança de valor. No entanto, o alfa referente apenas aos itens da escala de violência específica ao público LGBT foi de 0,29.

Sintomas de depressão, ansiedade e estresse

Optou-se pela *Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form – DASS-21* (Apêndice C) pelo tamanho reduzido e pelos altos índices de confiabilidade geralmente apresentados em seu uso. Criada por Lovibond e Lovibond (1995), consegue diferenciar sintomas em um modelo com três fatores: depressão, ansiedade e estresse. Para cada um dos 21 itens, há uma escala de 4 pontos: 1) “Não se aplicou de maneira alguma”; 2) “Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo”; 3) “Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo”; 4) “Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo”. Neste estudo, os valores de alfa de Cronbach foram todos considerados altos (escala total: 0,95; Sintomas de depressão: 0,91; sintomas de ansiedade: 0,89; sintomas de estresse: 0,89).

Procedimentos

Os/As participantes deste estudo foram recrutados pela internet, por meio de diferentes formas de divulgação. Utilizou-se uma estratégia não probabilística com o método bola de neve, impulsionado por e-mail, redes sociais e aplicativos de mensagens para indivíduos e grupos relacionados à temática de relacionamentos LGBT. Um vídeo foi gravado para recrutar participantes e disponibilizado no YouTube¹², sendo compartilhado em redes sociais e aplicativos de mensagens. O questionário esteve disponível na internet durante 33 semanas (231 dias), entre setembro de 2019 e maio de 2020.

Ao acessar o questionário, a pessoa deveria ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para prosseguir. O texto informava os dados da pesquisa, objetivo, benefícios e riscos da participação, preservação da identidade, possibilidade de desistência e contatos do pesquisador. Para garantir o consentimento, o participante deveria marcar a única questão obrigatória do questionário: “Não coletaremos sua assinatura porque esta coleta de

¹² Disponível em <https://youtu.be/0SUQVb16eao>

dados é realizada de forma anônima. Clicando no botão ‘Sim, eu li e compreendi o TCLE e aceito participar desta pesquisa’, você nos confere consentimento para o uso das respostas do seu questionário para os fins descritos acima”.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) sob parecer número 3.110.171 (Apêndice A). A pesquisa foi realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISINOS, no Núcleo de Estudos de Família e Violência e seguiu as diretrizes éticas das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Análise dos dados

Os dados referentes às respostas dos 315 participantes foram tabulados, organizados e conferidos no IBM® SPSS® Statistics – Versão 25 (SPSS). Inicialmente, procedeu-se uma análise dos valores ausentes de cada instrumento. Quando a análise confirmou a presença de *missings* completamente aleatórios, utilizou-se o método *Expected Maximization*. Esse foi o caso da EEM-LGBT ($\chi^2 = 923,824$; $gl = 865$; $p = 0,08$) e da DASS ($\chi^2 = 124,232$; $gl = 139$; $p = 0,810$). Para a CTS2, optou-se por substituição pela média da série para aumentar o poder da amostra e manter a média do item.

Em seguida, realizou-se uma análise de correlação entre as médias das subescalas de cada instrumento. As magnitudes das correlações que se apresentaram significativas para a amostra variaram entre 0,11 e 0,18, surpreendentemente fracas para sustentar a literatura conhecida ou testar um modelo de equação estrutural. Assim, decidiu-se investigar a combinação mais parcimoniosa de estressores de minoria para a ocorrência de tipos de VPI e sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Para tanto, foram realizadas regressões lineares múltiplas com o método *Backward Elimination*, o qual, primeiramente, insere todas as variáveis no modelo e depois remove as que apresentam maior valor de p até que todas possuam

valor de $p \leq 0,10$ (Leech, Barrett, & Morgan, 2015). Segundo Damásio (2019), esse é o método de remoção preferível entre os disponíveis porque inicia com a entrada forçada (Enter) e segue retirando as variáveis com menor significância, fazendo com que o pesquisador possa encontrar efeitos que não encontraria inserindo as variáveis uma a uma.

Resultados

Inicialmente, o cálculo de correlação entre as variáveis de interesse do estudo resultou em valores considerados muito aquém dos necessários para que fosse conduzido o teste de hipóteses de um modelo estrutural. Mesmo modelos mais simples de mediação ou moderação não foram possíveis de serem testados. Os índices de correlação que se apresentaram significativos variaram entre 0,11 e 0,18, conforme apresentado na Tabela 19. No entanto, um dado interessante chamou a atenção: das 14 correlações significativas entre as médias da EEM-LGBT e da DASS-21 com as escalas CTS2, apenas três foram do tipo cometida pelo sujeito. Todas as outras foram tipos de violência que o sujeito sofreu por parte do parceiro.

Tabela 19
Correlações entre Tipos de VPI com Estresse de Minoria e Sintomas Emocionais
($N = 315$)

	EEM-LGBT	DASS-21
Violência física grave cometida		
Violência física grave sofrida	0,18**	0,12*
Violência física menor cometida		
Violência física menor sofrida		
Violência sexual grave cometida		
Violência sexual grave sofrida		
Violência sexual menor cometida		
Violência sexual menor sofrida	0,12*	
Violência psicológica grave cometida		
Violência psicológica grave sofrida	0,13*	
Violência psicológica menor cometida	0,13*	0,13*
Violência psicológica menor sofrida	0,15**	0,18**
Lesão corporal grave cometida		0,14*
Lesão corporal grave sofrida		0,11*
Lesão corporal menor cometida	0,12*	0,16**
Lesão corporal menor sofrida		
Violência específica cometida		0,12*
Violência específica sofrida	0,16**	0,17**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ / Correlações de Spearman.

Quando correlacionados esses tipos de VPI com os diferentes estressores de minoria, as correlações encontradas também foram fracas. A Tabela 20 mostra correlações significativas entre as escalas CTS2 e as subescalas da EEM-LGBT.

Tabela 20

Correlações entre Tipos de VPI e Estressores de Minoria (N = 315)

Tipo de VPI	Ocultação da identidade	Estigma internalizado	Expectativa de rejeição	Microagressão	Experiência de discriminação	Experiência de vitimização	Desconexão comunitária
Violência física grave cometida							
Violência física grave sofrida		0,11*		0,18**	0,17**	0,18**	
Violência física menor cometida	-0,11*						
Violência física menor sofrida	-0,16**			0,11*			
Violência sexual grave cometida							
Violência sexual grave sofrida							
Violência sexual menor cometida							
Violência sexual menor sofrida				0,11*	0,11*		
Violência psicológica grave cometida							
Violência psicológica grave sofrida							
Violência psicológica menor cometida				0,16**	0,13*	0,11*	
Violência psicológica menor sofrida				0,14*			
Lesão corporal grave cometida		0,13*					
Lesão corporal grave sofrida							
Lesão corporal menor cometida		0,11*					0,13*
Lesão corporal menor sofrida							
Violência específica cometida							
Violência específica sofrida	0,18**	0,16**	0,18**				

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

O mesmo aconteceu quando se investigou correlações entre as subescalas DASS-21 e as subescalas da EEM-LGBT, conforme Tabela 21:

Tabela 21

Correlações entre Tipos de VPI e Sintomas Emocionais (N = 315)

Tipo de VPI	Sintomas de estresse	Sintomas de ansiedade	Sintomas de depressão
Violência física grave cometida			
Violência física grave sofrida	0,12*		
Violência física menor cometida	0,11*		
Violência física menor sofrida			
Violência sexual grave cometida			
Violência sexual grave sofrida			
Violência sexual menor cometida			
Violência sexual menor sofrida			
Violência psicológica grave cometida			
Violência psicológica grave sofrida			
Violência psicológica menor cometida	0,14**	0,13*	
Violência psicológica menor sofrida	0,18**	0,18**	0,14*
Lesão corporal grave cometida		0,13*	0,13*
Lesão corporal grave sofrida	0,11*		
Lesão corporal menor cometida	0,18**	0,12*	0,13*
Lesão corporal menor sofrida			
Violência específica cometida	0,12*		
Violência específica sofrida	0,15**	0,12*	0,17**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Isso nos levou a investigar o poder preditivo dos estressores de minoria para a ocorrência dos tipos de VPI. Além disso, investigamos o poder preditivo dos estressores de minoria para a ocorrência dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Todas as subescalas de EEM-LGBT foram inseridas no modelo de regressão com método *Backward Elimination*.

Para as regressões EEM-LGBT \rightarrow CTS2, nenhum dos modelos testados atendeu os pressupostos básicos para realização de regressão linear múltipla, quais sejam: a relação entre as variáveis dependentes e independentes é linear e o erro (ou resíduo) é normalmente distribuído e não se correlaciona com os preditores (Leech et al., 2015). Quanto às regressões EEM-LGBT \rightarrow DASS, todos os modelos testados atenderam os pressupostos básicos para realização de regressão linear múltipla, conforme indicam as Figuras 3, 4 e 5.

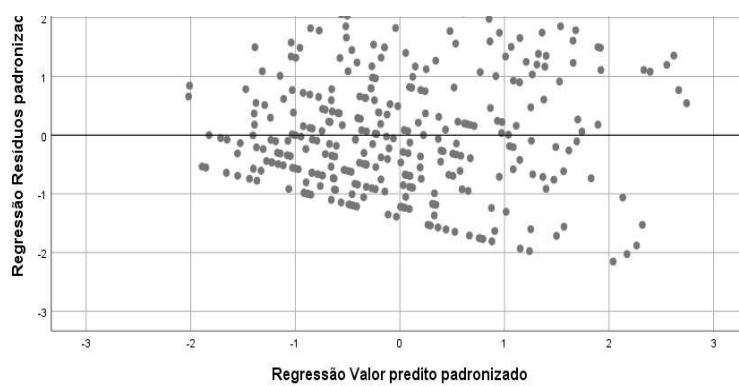


Figura 3. Gráfico de dispersão com sintomas de depressão como variável dependente.

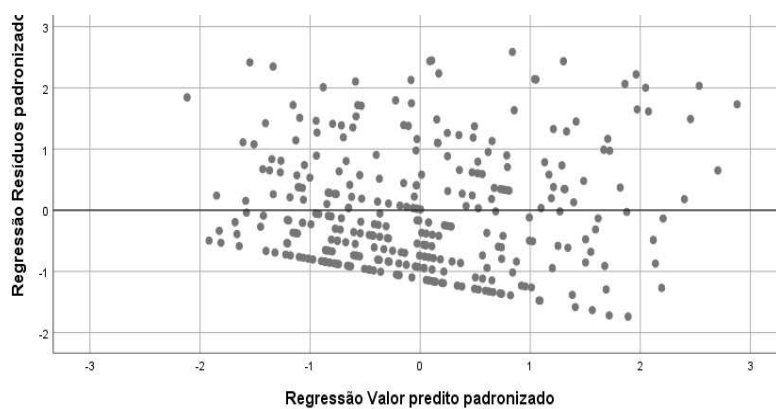


Figura 4. Gráfico de dispersão com sintomas de ansiedade como variável dependente.

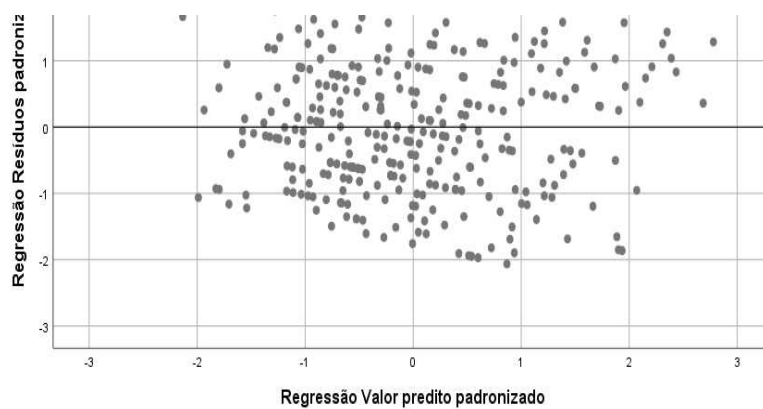


Figura 5. Gráfico de dispersão com sintomas de estresse como variável dependente.

Sintomas de depressão

Analisou-se a combinação mais parcimoniosa entre estressores de minoria e Sintomas de depressão. As suposições de linearidade, resíduos distribuídos normalmente e resíduos não correlacionados foram atendidas. A Tabela 22 mostra as médias e desvios padrão e a Tabela 23 os pesos beta e valores de significância. O modelo mais parcimonioso inclui as variáveis preditoras Estigma internalizado, Expectativa de rejeição, Experiência de vitimização e Desconexão comunitária, $F(4, 310) = 16,54$, $p < 0,001$, R^2 ajustado = 0,165. Isso indica que 16% da variância em sintomas de depressão pode ser explicada por esse modelo, o que é considerado um efeito baixo (Cohen, 1988).

Tabela 22

Médias, Desvios Padrão e Intercorrelações entre Sintomas de Depressão e Variáveis Predictoras (N = 315)

Variável	M	DP	1	2	3	4	5	6	7
Sintomas de depressão	2,06	0,82	0,17**	0,25***	0,34***	0,15**	0,22***	0,21***	0,21***
Variável Preditora									
1. Ocultação da identidade	2,22	1,02	---	0,42***	0,49***				0,21***
2. Estigma internalizado	1,76	1,10		---	0,31***			0,14**	0,14**
3. Expectativa de rejeição	2,85	1,12			---	0,26***	0,37***	0,25***	0,21***
4. Microagressão	2,72	0,86				---	0,42***	0,40***	0,12*
5. Experiência de discriminação	1,97	0,94					---	0,56***	0,23***
6. Experiência de vitimização	2,89	1,10						---	
7. Desconexão comunitária	2,62	1,02							---

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 23
Resumo da Regressão Múltipla Backward Prevendo Sintomas de Depressão com Estressores de Minoria (N = 315)

Variável	B	EB	β	R^2	ΔR^2
Modelo 1				0,178	0,159
(Constante)	,83	,201			
Ocultação da identidade	-,03	,054	-,041		
Estigma internalizado	,12	,044	,16**		
Expectativa de rejeição	,17	,049	,24***		
Microagressão	,00	,057	,00		
Experiência de discriminação	,02	,060	,028		
Experiência de vitimização	,07	,049	,10		
Desconexão comunitária	,11	,044	,14*		
Modelo 2				0,178	0,162
(Constante)	,84	,179			
Ocultação da identidade	-,03	,053	-,04		
Estigma internalizado	,12	,044	,16**		
Expectativa de rejeição	,18	,049	,24***		
Experiência de discriminação	,02	,059	,03*		
Experiência de vitimização	,07	,048	,10		
Desconexão comunitária	,11	,044	,14*		
Modelo 3				0,177	0,164
(Constante)	,84	,178			
Ocultação da identidade	-,03	,053	-,046		
Estigma internalizado	,12	,044	,161**		
Expectativa de rejeição	,18	,046	,254***		
Experiência de vitimização	,08	,041	,116*		
Desconexão comunitária	,11	,043	,146**		
Modelo 4				0,176	0,165
(Constante)	,81	,171			
Estigma internalizado	,11	,041	,147**		
Expectativa de rejeição	,17	,041	,234***		
Experiência de vitimização	,09	,040	,126*		
Desconexão comunitária	,11	,043	,142**		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Sintomas de ansiedade

Analisou-se a combinação mais parcimoniosa entre estressores de minoria e sintomas de ansiedade. As suposições de linearidade, resíduos distribuídos normalmente e resíduos não correlacionados foram atendidas. A Tabela 24 mostra as médias e desvios padrão e a Tabela 25 os pesos beta e valores de significância. O modelo mais parcimonioso inclui as variáveis preditoras Expectativa de rejeição, Experiência de vitimização e Desconexão comunitária, $F(3, 311) = 10,09, p < 0,001, R^2$ ajustado = 0,080. Isso indica que 8% da variância em sintomas de depressão pode ser explicada por esse modelo, o que é considerado um efeito baixo (Cohen, 1988).

Tabela 24

Médias, Desvios Padrão e Intercorrelações entre Sintomas de Ansiedade e Variáveis Predictoras (N = 315)

Variável	M	DP	1	2	3	4	5	6	7
Sintomas de ansiedade	1,84	0,78	0,13**	0,17**	0,22***	0,10*	0,19***	0,20***	0,16**
Variável Preditora									
1. Ocultação da identidade	2,22	1,02	---	0,42***	0,49***				0,21***
2. Estigma internalizado	1,76	1,10		---	0,31***			0,14**	0,14**
3. Expectativa de rejeição	2,85	1,12			---	0,26***	0,37***	0,25***	0,21***
4. Microagressão	2,72	0,86				---	0,42***	0,40***	0,12*
5. Experiência de discriminação	1,97	0,94					---	0,56***	0,23***
6. Experiência de vitimização	2,89	1,10						---	
7. Desconexão comunitária	2,62	1,02							---

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 25
*Resumo da Regressão Múltipla Backward Prevendo Sintomas de Ansiedade com Estressores de
 Minoria (N = 315)*

	<i>B</i>	<i>EB</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Modelo 1				0,09	0,07
(Constante)	0,94	0,20			
Ocultação da identidade	0,02	0,05	0,02		
Estigma internalizado	0,06	0,04	0,09		
Expectativa de rejeição	0,08	0,05	0,11		
Microagressão	-0,02	0,06	-0,03		
Experiência de discriminação	0,05	0,06	0,05		
Experiência de vitimização	0,10	0,05	0,14*		
Desconexão comunitária	0,09	0,04	0,11		
Modelo 2				0,09	0,08
(Constante)	0,96	0,19			
Estigma internalizado	0,07	0,04	0,09		
Expectativa de rejeição	0,08	0,04	0,12		
Microagressão	-0,03	0,06	-0,03		
Experiência de discriminação	0,04	0,06	0,05		
Experiência de vitimização	0,10	0,05	0,14*		
Desconexão comunitária	0,09	0,04	0,12*		
Modelo 3				0,09	0,08
(Constante)	0,92	0,17			
Estigma internalizado	0,07	0,04	0,10		
Expectativa de rejeição	0,08	0,04	0,12		
Experiência de discriminação	0,04	0,06	0,05		
Experiência de vitimização	0,09	0,05	0,13*		
Desconexão comunitária	0,09	0,04	0,12*		
Modelo 4				0,09	0,08
(Constante)	0,92	0,17			
Estigma internalizado	0,06	0,04	0,09		
Expectativa de rejeição	0,09	0,04	0,13*		
Experiência de vitimização	0,11	0,04	0,15*		
Desconexão comunitária	0,09	0,04	0,12*		
Modelo 5				0,08	0,08
(Constante)	0,95	0,17			
Expectativa de rejeição	0,11	0,04	0,15*		
Experiência de vitimização	0,11	0,04	0,16*		
Desconexão comunitária	0,10	0,04	0,13*		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Sintomas de estresse

Analisou-se a combinação mais parcimoniosa entre estressores de minoria e sintomas de estresse. As suposições de linearidade, resíduos distribuídos normalmente e resíduos não correlacionados foram atendidas. A Tabela 26 mostra as médias e desvios padrão e a Tabela 27 os pesos beta e valores de significância. O modelo mais parcimonioso inclui as variáveis predictoras Expectativa de rejeição, Experiência de vitimização e Desconexão comunitária, $F(3, 311) = 12,13, p < 0,001, R^2$ ajustado = 0,096. Isso indica que 9% da variância em sintomas de depressão pode ser explicada por esse modelo, o que é considerado um efeito baixo (Cohen, 1988).

Tabela 26
Médias, Desvios Padrão e Intercorrelações entre Sintomas de Estresse e Variáveis Predictoras ($N = 315$)

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>	1	2	3	4	5	6	7
Sintomas de estresse	2,31	0,78	0,15**	0,17**	0,26***	0,11*	0,18**	0,20***	0,20***
Variável Predictoras									
1. Ocultação da identidade	2,22	1,02	---	0,42***	0,49***				0,21***
2. Estigma internalizado	1,76	1,10		---	0,31***			0,14**	0,14**
3. Expectativa de rejeição	2,85	1,12			---	0,26***	0,37***	0,25***	0,21***
4. Microagressão	2,72	0,86				---	0,42***	0,40***	0,12*
5. Experiência de discriminação	1,97	0,94					---	0,56***	0,23***
6. Experiência de vitimização	2,89	1,10						---	
7. Desconexão comunitária	2,62	1,02							---

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 27

Resumo da Regressão Múltipla Backward Prevendo Sintomas de Estresse com Estressores de Minoria (N = 315)

	<i>B</i>	<i>EB</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Modelo 1				0,111	0,091
(Constante)	1,33	0,20			
Ocultação da identidade	0,01	0,05	0,02		
Estigma internalizado	0,06	0,04	0,08		
Expectativa de rejeição	0,11	0,05	0,16*		
Microagressão	-0,01	0,06	-0,01		
Experiência de discriminação	0,00	0,06	0,01		
Experiência de vitimização	0,10	0,05	0,14*		
Desconexão comunitária	0,11	0,04	0,14*		
Modelo 2				0,111	0,094
(Constante)	1,33	0,20			
Ocultação da identidade	0,01	0,05	0,01		
Estigma internalizado	0,06	0,04	0,08		
Expectativa de rejeição	0,12	0,05	0,17*		
Microagressão	-0,01	0,06	-0,01		
Experiência de vitimização	0,10	0,04	0,14*		
Desconexão comunitária	0,11	0,04	0,14*		
Modelo 3				0,111	0,097
(Constante)	1,31	0,18			
Ocultação da identidade	0,01	0,05	0,02		
Estigma internalizado	0,06	0,04	0,08		
Expectativa de rejeição	0,11	0,05	0,16*		
Experiência de vitimização	0,10	0,04	0,14*		
Desconexão comunitária	0,11	0,04	0,14*		
Modelo 4				0,111	0,100
(Constante)	1,32	0,17			
Estigma internalizado	0,06	0,04	0,08		
Expectativa de rejeição	0,12	0,04	0,17*		
Experiência de vitimização	0,09	0,04	0,13*		
Desconexão comunitária	0,11	0,04	0,14*		
Modelo 5				0,105	0,096
(Constante)	1,36	0,17			
Expectativa de rejeição	0,13	0,04	0,19*		
Experiência de vitimização	0,10	0,04	0,14*		
Desconexão comunitária	0,11	0,04	0,15*		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Por fim, tendo em vista que o método *Backward Elimination* pode mostrar relações entre variáveis e aumentar o poder explicativo do modelo, resolveu-se inserir algumas variáveis sociodemográficas conhecidas na literatura por influenciarem os resultados em saúde mental. Neste caso, utilizou-se a média geral da escala. As variáveis sociodemográficas foram idade, renda familiar e escolaridade. Assim, analisou-se a combinação mais parcimoniosa entre estressores de minoria e a média da DASS-21. As suposições de linearidade, resíduos distribuídos normalmente e resíduos não correlacionados foram atendidas (Figura 6). A Tabela 28 mostra as médias e desvios padrão e a Tabela 29 os pesos beta e valores de significância. O modelo mais parcimonioso inclui as variáveis predictoras estigma internalizado, expectativa de rejeição, experiência de vitimização, desconexão comunitária, renda e escolaridade, $F(6, 302) = 13,33, p < 0,001, R^2 \text{ ajustado} = 0,194$. Isso indica que 19% da variância em sintomas de depressão pode ser explicada por esse modelo, o que é considerado um efeito baixo, no entanto, foi o modelo com o maior poder explicativo encontrado neste estudo.

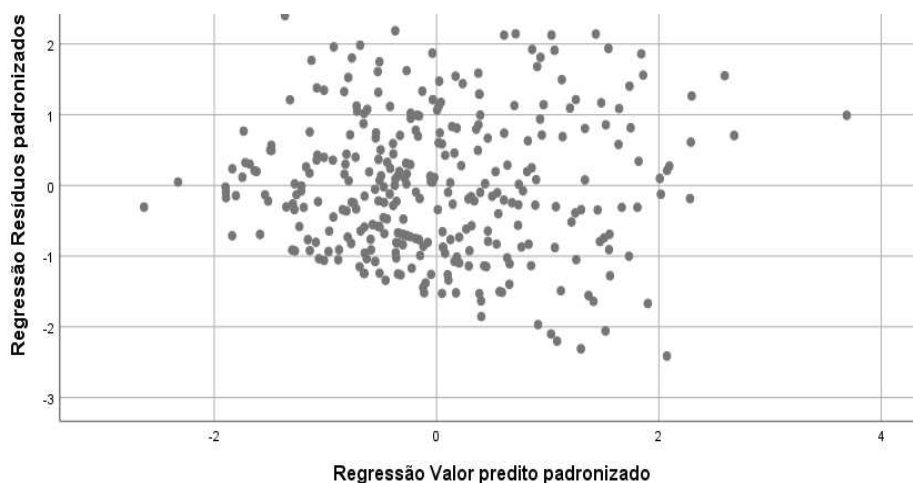


Figura 6. Gráfico de dispersão com a média geral da DASS-21 como variável dependente.

Tabela 28

Médias, Desvios Padrão e Intercorrelações entre a Média Geral da DASS-21 e Variáveis Predictoras (N = 309)

Variável	M	DP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Média da DASS-21	2,31	0,78	0,17**	0,21***	0,30***	0,12*	0,21***	0,22***	0,20***	-0,19***	-0,17**	-0,28***
Variável Predictoras												
1. Ocultação da identidade	2,25	1,02	---	0,43***	0,50***				0,21***			
2. Estigma internalizado	1,76	1,09		---	0,30***			0,14**	0,12*			
3. Expectativa de rejeição	2,87	1,12			---	0,25***	0,36***	0,25***	0,20***	-0,14*		
4. Microagressão	2,73	0,85				---	0,42***	0,40***	0,10*	-0,20***		-0,12*
5. Experiência de discriminação	1,98	0,94					---	0,56***	0,22***		-0,10*	
6. Experiência de vitimização	2,89	1,11						---		-0,11*		
7. Desconexão comunitária	2,63	1,02							---			-0,13*
8. Idade	28,46	8,32								---	0,19***	0,43***
9. Renda	2,48	1,07									---	0,27***
10. Escolaridade	5,97	1,39										---

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 29
Resumo da Regressão Múltipla Backward Prevendo A Média da DASS-21 com Estressores de Minoria e Variáveis Sociodemográficas (N = 309)

	<i>B</i>	<i>EB</i>	β	R^2	ΔR^2
Modelo 1				0,21	0,19
(Constante)	2,06	0,28			
Ocultação da identidade	0,03	0,05	0,04		
Estigma internalizado	0,08	0,04	0,12*		
Expectativa de rejeição	0,10	0,04	0,16*		
Microagressão	-0,03	0,05	-0,04		
Experiência de discriminação	0,03	0,05	0,04		
Experiência de vitimização	0,09	0,04	0,14*		
Desconexão comunitária	0,07	0,04	0,09		
Idade	0,00	0,01	-0,04		
Renda familiar aproximada	-0,06	0,04	-0,08		
Escolaridade	-0,11	0,03	-0,21**		
Modelo 2				0,21	0,19
(Constante)	2,07	0,28			
Estigma internalizado	0,09	0,04	0,13*		
Expectativa de rejeição	0,11	0,04	0,18**		
Microagressão	-0,04	0,05	-0,04		
Experiência de discriminação	0,03	0,05	0,03		
Experiência de vitimização	0,09	0,04	0,14*		
Desconexão comunitária	0,07	0,04	0,10		
Idade	0,00	0,01	-0,03		
Renda familiar aproximada	-0,06	0,04	-0,08		
Escolaridade	-0,11	0,03	-0,21**		
Modelo 3				0,21	0,19
(Constante)	2,06	0,28			
Estigma internalizado	0,08	0,04	0,13*		
Expectativa de rejeição	0,12	0,04	0,18**		
Microagressão	-0,03	0,05	-0,04		
Experiência de vitimização	0,10	0,04	0,16*		
Desconexão comunitária	0,08	0,04	0,11		
Idade	0,00	0,01	-0,03		
Renda familiar aproximada	-0,06	0,04	-0,09		
Escolaridade	-0,11	0,03	-0,21**		
Modelo 4				0,21	0,19
(Constante)	2,01	0,26			
Estigma internalizado	0,08	0,04	0,12*		
Expectativa de rejeição	0,12	0,04	0,18**		
Microagressão	-0,03	0,05	-0,03		
Experiência de vitimização	0,10	0,04	0,16*		
Desconexão comunitária	0,08	0,04	0,11*		
Renda familiar aproximada	-0,06	0,04	-0,09		
Escolaridade	-0,12	0,03	-0,22**		
Modelo 5				0,21	0,19
(Constante)	1,95	0,24			
Estigma internalizado	0,08	0,04	0,13*		
Expectativa de rejeição	0,12	0,04	0,18**		
Experiência de vitimização	0,09	0,03	0,15*		
Desconexão comunitária	0,08	0,04	0,11*		
Renda familiar aproximada	-0,06	0,04	-0,09*		
Escolaridade	-0,11	0,03	-0,22**		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Discussão

O presente estudo apresentou resultados de correlações e regressões com baixos efeitos de magnitude. Na Psicologia, costuma-se utilizar a classificação de Cohen para entender o efeito das correlações, no entanto, há críticas sobre o estabelecimento do valor de 0,30 como um corte que define o efeito médio (Hemphill, 2003). Uma comparação interessante pode auxiliar a reflexão, quando, por exemplo, a correlação entre tomar aspirinas e prevenir doenças cardíacas é somente $r = 0,03$ em magnitude (Rosenthal, 1991). O tamanho é considerado baixo pelos parâmetros estatísticos, mas possui relevância social. Isso também se pode dizer dos resultados deste estudo, levando em consideração as inúmeras variáveis ocultas que possivelmente interferem no desfecho de sintomas emocionais, bem como em violência entre parceiros íntimos (VPI). Por isso, o valor explicativo de 19% encontrado no modelo com maior poder de predição pode ser considerado relevante.

O estresse de minoria e os sintomas de depressão, ansiedade e estresse de nossa amostra se correlacionaram majoritariamente com os tipos de VPI sofrida pelo/a participante, quais sejam: VPI física grave, sexual menor, psicológica grave e menor, lesão corporal grave e violência específica a relacionamentos LGBT. Uma revisão de estudos internacionais recentes sobre VPI em minorias sexuais e de gênero mostrou que a perpetração de VPI é mais comum entre pessoas gênero masculino (39% dos homossexuais e 38% dos bissexuais), mas também ocorre entre o gênero feminino (35% das homossexuais) e 25,4% das bissexuais (Longobardi & Badenes-Ribera, 2017). Por ter sido utilizada uma medida de autorrelato neste estudo, é possível que o fator de desajustabilidade social esteja implicado nas respostas. O caráter relacional da VPI possivelmente minora ou dessensibiliza a percepção do que é violência (Falcke et al., 2009). Ainda, é possível pensar no erro fundamental de atribuição, responsável pela tendência do indivíduo a atribuir causalidade externa ao que acontece consigo, enquanto atribui uma causalidade interna para explicar o comportamento do outro (Ross, 2018). Neste estudo, as

únicas formas de VPI cometidas pelos participantes que se correlacionaram com estressores de minoria foram formas mais brandas de VPI psicológica e específica a relacionamentos LGBT e formas brandas e graves de lesão corporal.

Quando investigada a influência de estressores de minoria para a ocorrência de VPI, não foi possível atender os pressupostos básicos para os cálculos de regressão. Mesmo assim, essas associações estão documentadas na literatura internacional. O estigma internalizado, por exemplo, esteve associado à violência física em cinco dos 10 estudos revisados por Longobardi e Badenes-Ribera (2017) (Balsam & Szymanski, 2005; Bartholomew et al., 2008; Edwards & Sylaska, 2013; Kelley et al., 2014; Milletich et al., 2014). Há também associação de estigma internalizado com violência sexual (Edwards & Sylaska, 2013; Pepper & Sand, 2015) e violência psicológica (Bartholomew et al., 2008; Edwards & Sylaska, 2013; Milletich et al., 2014). Ao considerar os efeitos do autoestigma na saúde mental de minorias sociais, pode-se resgatar o processo subjetivo da formação de identidade, cujo eixo em torno do qual o indivíduo se desenvolve carrega a noção de inferioridade. Os aspectos positivos são desenvolvidos em negação aos aspectos negativos conferidos pelo ambiente social, impedindo a liberdade dessa construção. A sensação de inferioridade combinada com a expectativa de rejeição podem potencializar a ocultação da identidade e comportamentos derivados, como isolamento ou dificuldade de se relacionar com outras pessoas.

A experiência direta de discriminação motivada pela identidade de minoria está associada à VPI e a dificuldades para buscar ajuda, devido à expectativa de discriminação (Balsam & Szymanski, 2005; Edwards & Sylaska, 2013). Entre os tipos de VPI, há evidências de associação entre violência psicológica e experiências diretas de discriminação (Edwards & Sylaska, 2013). A exposição da identidade de minoria (“sair do armário) ou o seu contrário, a ocultação da identidade de minoria também estão associadas à VPI (Balsam & Szymanski, 2005; Bartholomew et al., 2008; Carvalho et al., 2011; Edwards & Sylaska, 2013; Kelley et al.,

2014). A ocultação da identidade de minoria está associada à violência física (Bartholomew et al., 2008; Edwards & Sylaska, 2013; Kelley et al., 2014) e à violência psicológica (Bartholomew et al., 2008). Além disso, o grau de consciência que um indivíduo tem do estigma que lhe é conferido também apresenta associação com VPI (Carvalho et al., 2011; Edwards & Sylaska, 2013), além da dificuldade em assumir-se para a família e amigos (Lewis et al., 2014).

Já quando se investigou a influência de estressores de minoria para a ocorrência de sintomas emocionais, os estressores de minoria foram capazes de prever a ocorrência de todos os sintomas. A combinação de estressores que melhor explicou a ocorrência de sintomas de depressão foi: estigma internalizado, expectativa de rejeição, experiência de vitimização e desconexão comunitária. Tanto os sintomas de ansiedade quanto os sintomas de estresse foram melhor explicados pelos seguintes estressores: expectativa de rejeição, experiência de vitimização e desconexão comunitária. Essa combinação de estressores difere do que foi encontrado na pesquisa de Lawrenz (2017) realizada com homens homossexuais brasileiros, quando todos os sintomas medidos pela DASS-21 foram melhor explicados por um único estressor proximal, a ocultação da identidade.

Ainda que não tenha composto os modelos deste estudo como variável preditora de desfechos negativos à saúde, a ocultação da identidade se apresenta como um problema comum na vida de pessoas LGBT. A “epistemologia do armário”, noção oferecida por Sedgwick (2007) explica como a invisibilização funciona como um dispositivo de regulação da privacidade, do público e do privado, daquilo que pode ser dito/conhecido ou aquilo que precisa ser escondido, tornado desconhecido. As pessoas escondem características pessoais relacionadas à orientação sexual e/ou identidade/expressão de gênero para proteger a si mesmas de possíveis discriminações, para evitar sensações de vergonha ou para evitar conflitos (Mayer & McHugh, 2016). No entanto, esconder aspectos da própria identidade pode trazer consequências

negativas, principalmente devido ao fato de que o compartilhamento de emoções e a validação de experiências têm papel fundamental na manutenção da saúde mental (Frattaroli, 2006).

O método de regressão utilizado permitiu testar um modelo complementar inserindo como variáveis independentes, além dos estressores de minoria, as variáveis idade, renda e escolaridade. O modelo que melhor predisse a média geral da DASS-21 incluiu as seguintes variáveis: estigma internalizado, expectativa de rejeição, experiência de vitimização, desconexão comunitária, renda familiar e escolaridade, tendo um potencial explicativo de 19%. De fato, os marcadores sociais de classe (renda) e acesso à educação (escolaridade), quando combinados com os efeitos sociais das identidades de minoria se configuram como um contexto de vulnerabilidade para o acesso e assistência à saúde (Ferreira & Bonan, 2020).

A expectativa de ser discriminado é um dos motivos que fazem com que minorias sexuais e de gênero evitem a busca por serviços de saúde (Sugano et al., 2006). A evitação, nesse caso, é uma estratégia de enfrentamento motivada pela expectativa de discriminação (um estressor proximal). Saber que o serviço de saúde está preparado para as demandas desse público específico poderia se configurar como um tipo de recurso de enfrentamento disponível, o suporte social. Do contrário, o despreparo desses serviços acaba por produzir estressores ambientais motivados por preconceito (estressores distais). No caso de minorias sexuais e de gênero que experienciam a VPI em seus relacionamentos, a expectativa de preconceito ou despreparo de profissionais pode impedir que essas pessoas busquem ajuda em serviços de assistência social e saúde (Balsam & Szymanski, 2005; T. N. T. Brown & Herman, 2015; Calton et al., 2016; Campo & Tayton, 2015; Guadalupe-Diaz & Jasinski, 2016; Jacobson, Daire, & Abel, 2015; Jacobson, Daire, Abel, et al., 2015; Otero et al., 2015; Sorenson & Thomas, 2009; Sugano et al., 2006)

Nos quatro modelos testados, três variáveis se repetiram em todos eles: expectativa de rejeição, experiência de vitimização e desconexão comunitária. Embora não tenha sido possível

compreender essa relação em profundidade, segundo a teoria original do Estresse de Minoria (Meyer, 2003a), os estressores proximais são causados pelos estressores distais, ou seja, neste caso, é provável que as experiências de vitimização sejam responsáveis pela expectativa de rejeição. Essas sensações de ruminação, hipervigilância e medo da exposição podem impedir o sujeito a buscar ajuda ou dificultar seu acesso à saúde (T. N. T. Brown & Herman, 2015; Sugano et al., 2006), principalmente quando se busca apoio social no próprio grupo minoritário. A comunidade LGBT é frequentemente nomeada como “família” por indivíduos LGBT por ser um dos recursos mais procurados, no entanto, entre os menos eficientes, quando se busca ajuda para lidar com situação de violência no relacionamento íntimo (Turell & Herrmann, 2008).

A desconexão comunitária tem a ver com o sentimento do indivíduo em relação à sua identidade. A identidade de minoria leva a estressores adicionais relacionados a percepção do indivíduo do seu *self* como uma minoria estigmatizada e desvalorizada (C. Miller & Major, 2000). No entanto, é claro que a identidade de minoria não é somente uma fonte de estresse, mas também um importante modificador de efeito no processo de enfrentamento aos estressores (Meyer, 2003a). Por exemplo, estressores de minoria podem apresentar um impacto maior nas consequências para a saúde quando a identidade de minoria do indivíduo é mais proeminente e importante para si do que quando é secundária para a sua autoidentificação (Thoits, 1999). Ainda, a identidade de minoria também pode ser uma fonte de força, quando associada a oportunidades de afiliação, suporte social e recursos de enfrentamento que podem amenizar os impactos do estresse (Branscombe et al., 1999; C. Miller & Major, 2000).

Conclusão

O objetivo deste estudo foi investigar a melhor combinação de estressores de minoria para explicar a ocorrência de violência entre parceiros íntimos (VPI) e sintomas emocionais, especificamente sintomas de depressão, ansiedade e estresse em pessoas LGBT. Com os dados

coletados de 315 participantes, não foi possível traçar modelos explicativos com a VPI como desfecho, mas foi possível identificar os estressores que mais explicaram o desfecho de sintomas emocionais.

Chama-se a atenção para as correlações entre as variáveis investigadas, as quais, apesar do baixo tamanho de efeito, foram significativas praticamente apenas para tipos de VPI sofrida pelo participante (Tabela 19). Foram elas: VPI física grave, sexual menor, psicológica grave e menor, lesão corporal grave e violência específica a relacionamentos LGBT. As formas de VPI cometidas pelo/a participante que se correlacionaram com estresse de minoria e/ou com sintomas emocionais foram formas mais brandas de VPI psicológica e específica a relacionamentos LGBT e formas brandas e graves de lesão corporal. Os sintomas de depressão foram mais bem explicados pela combinação entre o estigma internalizado, a expectativa de rejeição, a experiência de vitimização e a desconexão comunitária. Tanto os sintomas de ansiedade quanto os de estresse foram mais bem explicados pelo mesmo modelo, composto por expectativa de rejeição, experiência de vitimização e desconexão comunitária. A média geral de todos os sintomas emocionais foi melhor explicada com a inclusão das variáveis renda e escolaridade, além dos seguintes estressores de minoria: estigma internalizado, expectativa de rejeição, experiência de vitimização, desconexão comunitária.

Acredita-se que o estudo tenha sido limitado pelas características da amostra, assim como a quantidade de questionários respondidos. É provável que resultados diferentes sejam encontrados com outras medidas de VPI, no entanto, pensa-se que, para responder questões mais profundas de como estressores de minoria específicos atuam para o desfecho de saúde mental ou da VPI, seria necessária uma abordagem qualitativa. A literatura nacional ainda não explica em detalhes essa relação, portanto, talvez a estratégia quantitativa tenha fornecido mais dados descritivos do que explicativos.

Para a explicação dos estressores presentes nos quatro modelos testados (expectativa de rejeição, experiência de vitimização e desconexão comunitária) que se relacionam aos agravos à saúde, hipotetiza-se que as experiências de vitimização sejam responsáveis pela expectativa de rejeição, que por sua vez, implica na desconexão comunitária. No entanto, a direcionalidade dessas relações precisa ser melhor investigada em estudos futuros.

Conclusão da Tese

Considero esta tese a finalização de uma década dedicada ao estudo da violência, especificamente aquela responsável pelo sofrimento e aniquilamento simbólico e real de pessoas LGBT. A busca por respostas no ambiente acadêmico e científico foi profundamente frutífera desde a faculdade, passando pelo mestrado até chegar no doutorado. Compreender como as estruturas sociais acontecem no indivíduo foi sempre a principal motivação para estudar a violência contra essa população, da qual faço parte.

Uma coisa que sempre me inquietou foi a sensação de que alguma coisa estava errada enquanto todos pareciam fingir que nada acontecia. Essa sensação sempre estava presente nas relações sociais. Uma intuição de que nos tratávamos mal uns aos outros, sempre de forma violenta, mas procurando não deixar essa violência explícita. Após conhecer o movimento feminista e LGBT, passar por leituras de gênero, preconceito e discriminação, frequentar eventos culturais e acadêmicos nos quais essas questões eram debatidas, entrar em contato com vidas consideradas manifestações inferiores e redescobri-las, consegui ferramentas para compreender o que tanto me inquietava nas relações humanas. Era o mecanismo, ou melhor, os inúmeros mecanismos de estruturas sociais e combinados culturais acontecendo em mim e nos sujeitos com quem convivia, sem que nos déssemos conta. Alguns mais sensíveis são capazes de sentir esse absurdo estranhamento de tudo que é considerado pela maioria como natural, desejável, adequado, adaptativo, funcional, louvável. Esses mais sensíveis enxergam o aniquilamento das possibilidades de vida e das expressões da diversidade humana em nome de uma suposta organização prática da sociedade.

Os estudos iluminaram a violência que não tinha nome, mas que era sentida. Estudar a violência fez com que descobrisse as suas formas, as suas manifestações, as maneiras como transformamos nossa agressividade em expropriação do poder e liberdade do outro – agressividade aqui entendida como impulso necessário à ação, uma agressão à inércia, geradora

de experiência e arte, como quando se agride um alimento para transformá-lo em uma experiência gastronômica. Essa agressividade-impulso, necessária à criação, transforma-se em violência quando utilizada para expropriação do poder e liberdade alheios. A violência não é um acontecimento apenas cujo objetivo seja beneficiar o agressor, mas um processo invisível (ou melhor, constantemente tornado invisível) pelo qual estabelecemos nossas relações pessoais. Suas expressões incontáveis, desde a competição até o ideal de ser humano perfeito, são romantizadas para tecer as narrativas que envolvem pessoas se relacionando. A violência é como um roteiro, cegamente dramatizado, percebido geralmente quando há prejuízo a si mesmo ou quando o prejuízo do outro lhe toca de alguma forma.

Outro fato que sempre chamou minha atenção foi a negligência estrutural relacionada a dados sobre a população LGBT. As primeiras estatísticas oficiais produzidas por um governo brasileiro sobre violência cometida contra esse público foram publicadas apenas em 2011, em um relatório baseado em denúncias recolhidas pelo Disque 100 (Brasil, 2011). Esse relatório chegou a cinco volumes, sendo o último publicado no ano de 2018, com dados de 2016, incluindo estimativas de órgãos independentes como a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Brasil, 2018). Uma recente pesquisa com dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) analisou as denúncias registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN):

De 2015 a 2017, o número de notificações de violência aumentou em 49,3% entre as lésbicas (...), 38,5% entre os gays (...) e 101,4% entre os(as) bissexuais (...). Segundo a identidade de gênero, houve acréscimo de 77,9% no número de notificações de violências contra as travestis (...), 22,7% contra mulheres transexuais (...) e 29,9% contra homens transexuais (Pinto et al., 2020, p. 5).

De qualquer forma, há diversas limitações presentes tanto nos relatórios de violência LGBTfóbica quanto nos dados recolhidos por grupos ativistas e associações independentes. E,

no momento, tendo em vista o panorama de retrocessos no catastrófico cenário político nacional, pouco se pode esperar da produção de dados de violência e saúde sobre minorias sexuais e de gênero. Conforme consta no último relatório, “o acesso à informação e estatísticas detalhadas compõe um instrumento indispensável para medir a efetividade das ações para prevenir, punir e erradicar a violência contra as pessoas LGBT” (Brasil, 2018, p. 74). A Psicologia tem sido alvo de ataques contra suas normativas éticas por parte de fundamentalistas religiosos e, ao mesmo tempo, “sofre tensionamentos internos na lógica da reivindicação de uma ‘psicologia cristã’, mais semelhante à uma cruzada moralista inquisitória do que a qualquer psicologia. Em meio a esse cenário complexo, o sistema conselhos de Psicologia tem produzido marcos de referência para a defesa da laicidade e recusa de fundamentalismos, sendo atualmente um ator estratégico na defesa da democracia brasileira” (Lionço, 2017, p. 208).

Por meio deste estudo, meu objetivo foi compreender como o ambiente discriminatório afeta a saúde e os relacionamentos das pessoas LGBT. De forma mais específica, busquei compreender, à luz da Teoria do Estresse de Minoria, como estressores de minoria distais e proximais se relacionam com desfechos negativos em saúde mental e tipos de VPI nessa população. O plano inicial era testar o modelo teórico de Meyer (2003) utilizando a VPI como desfecho, pois havia evidências na literatura acerca de associações entre estressores de minoria e tipos de VPI (Balsam & Szymanski, 2005; Carvalho et al., 2011; Chong et al., 2013; Edwards & Sylaska, 2013, 2015; Kelley et al., 2014; Lewis et al., 2014; Longobardi & Badenes-Ribera, 2017; McKenry et al., 2006; Milletich et al., 2014; Pepper & Sand, 2015). No entanto, as correlações de baixo efeito fizeram com que optasse por investigar essas relações por meio de combinações de estressores de minoria e seu poder explicativo nos desfechos de sintomas emocionais e VPI. Inicialmente, investiguei formas de VPI e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em pessoas LGBT. Em seguida, busquei uma medida de estresse de minoria que discriminasse estressores distais e proximais e fosse possível de ser aplicada em pessoas LGBT

no Brasil. Por fim, investiguei relações possíveis entre estresse de minoria, sintomas emocionais e VPI em pessoas LGBT. Foram realizados três estudos concomitantes, dos quais resultaram os três artigos apresentados nesta tese.

No primeiro artigo, o objetivo foi comparar tipos de VPI e sintomas emocionais (depressão, ansiedade e estresse) entre pessoas LGBT e investigar relações com variáveis sociodemográficas, posto que os dados disponíveis na literatura nacional eram escassos ou inexistentes. Participaram do estudo 315 pessoas LGBT, com idades entre 18 e 62 ($M = 28,46$; $Mdn = 26$; $DP = 8,31$), residentes de 23 estados brasileiros, a maioria do Rio Grande do Sul (43,8%). Foram coletados dados sociodemográficos e características dos relacionamentos íntimos dos participantes, que também responderam à *Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)* acrescida de perguntas baseadas em Balsam e Szymanski (2005) para identificar tipos de VPI e a *Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21)* para identificar sintomas de depressão, ansiedade e estresse.

Embora a média dos sintomas emocionais tenha se apresentado dentro da faixa de normalidade considerada na literatura, as variáveis idade, renda e escolaridade mostraram-se inversamente correlacionadas com os sintomas emocionais, o que evidencia a importância do estado socioeconômico para além dos marcadores de sexualidade e gênero. Tendo em vista as características da amostra, pensa-se que os índices de sintomas emocionais tenham sido minorados em razão da sensação de proteção de ambientes seguros, os quais provavelmente formam o contexto de vida da maioria dos participantes desta pesquisa. Além disso, foram identificadas diferenças de grupos sociodemográficos que corroboram a influência de diferentes marcadores sociais de diferença como determinantes sociais de saúde. O gênero masculino apresentou menores médias de sintomas emocionais quando comparado ao feminino e ao não binário. O mesmo aconteceu com as pessoas cis em comparação às trans e com as pessoas homossexuais quando comparadas às pansexuais e bissexuais.

Quanto à VPI, o tipo de violência mais prevalente na amostra foi a psicológica, tanto de forma sofrida (29%) quanto cometida (28%). Formas mais brandas de VPI física também foram prevalentes de maneira sofrida (25%) e também cometida (20%). O percentual de participantes que sofreu alguma forma de VPI específica a relacionamentos LGBT também pode ser considerado relevante (23%). Esse tipo de VPI foi caracterizado por atos como contar sobre a identidade sexual ou de gênero da pessoa no trabalho dela ou para a família dela sem consentimento, forçar a demonstrar afeto em público ou utilizar marcadores sociais LGBT como características inferiores. As correlações dos tipos de VPI com a renda e as comparações por grupos mostraram como esse fenômeno é permeado por características dos marcadores sociais de diferença. Os dados produzidos nesse artigo se somam à escassa literatura sobre violência em relacionamentos íntimos nessa população. Por um lado, foram mostradas semelhanças com os relacionamentos não LGBT, como o tipo mais frequente de VPI ou mesmo diferenças de gênero. Por outro, evidenciou-se como particularidades e especificidades relacionadas à dinâmica desses casais precisa ser levada em conta quando se pensa em intervenções clínicas ou sociais.

No segundo artigo, buscou-se uma medida de estresse de minoria que pudesse discriminar os estressores distais e proximais de minoria. Tendo em vista que os instrumentos brasileiros disponíveis avaliavam no máximo três estressores, buscou-se traduzir, adaptar e produzir evidências de validade da *The LGBT Stress Measure* (Outland, 2016) para o contexto nacional. Com base nos passos propostos por Borsa et al. (2012), foram formados três comitês compostos por 12 pessoas para o processo de tradução e adaptação. A síntese do comitê de tradução foi avaliada pelo comitê responsável por conferir aspectos semânticos, idiomáticos, experienciais e conceituais. O terceiro comitê avaliou a estrutura, o *layout*, as instruções do instrumento, a abrangência e a adequação das expressões contidas nos itens. Um breve teste-

piloto foi realizado com integrantes do público-alvo e, por fim, a escala foi testada em uma amostra de 448 pessoas LGBT de 18 a 62 anos de idade ($M = 27,3$; $DP = 7,9$; $Mdn = 25$).

O instrumento resultante, chamado de Escala de Estresse de Minoria LGBT (EEM-LGBT), foi composto por 24 itens distribuídos em sete dimensões, assim como a escala original: (1) eventos de discriminação; (2) eventos de vitimização; (3) microagressões; (4) ocultação da identidade; (5) expectativa de rejeição; (6) estigma internalizado; (7) conexão com a comunidade. A análise fatorial apresentou bons índices de ajuste para o modelo de sete fatores ($\chi^2/df = 2,21$; $CFI = 0,92$; $RMSEA [90\% IC] = 0,05$; $GFI = 0,91$; $AGFI = 0,88$; $TLI = 0,91$; $SRMR = 0,06$). A validade de critério da escala foi confirmada por correlações estatisticamente significativas com as medidas do Protocolo de Avaliação de Estresse de Minoria (PEM-LGB-BR; Costa et al., 2020) e o índice de confiabilidade da escala foi considerado bom ($\alpha = 0,83$).

No terceiro artigo, ao avaliar relações entre as variáveis de interesse do estudo como um todo, optou-se por investigar a combinação de estressores de minoria que melhor explicasse a ocorrência de VPI e sintomas emocionais, especificamente sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Participaram 315 pessoas LGBT, com idades entre 18 e 62 ($M = 28,46$; $Mdn = 26$; $DP = 8,31$). Os instrumentos utilizados foram a Escala de Estresse de Minoria LGBT (EEM-LGBT) para investigar o estresse de minoria e os estressores distais e proximais, a DASS-21 para investigar sintomas emocionais e a CTS2 para investigar tipos de VPI. Neste estudo, também foram utilizadas questões complementares à CTS2 sobre VPI específica a relacionamentos LGBT com base em Balsam e Szymanski (2005).

As correlações de baixo efeito impediram cálculos mais complexos como a modelagem de equações estruturais, mas permitiu encontrar algumas relações que corroboram o que se encontra na literatura até o momento. Embora não tenha sido possível atender os pressupostos para realização de regressões lineares múltiplas entre o estresse de minoria e os tipos de VPI,

foi possível traçar modelos com estressores de minoria para prever a ocorrência de sintomas emocionais. Os sintomas de depressão foram mais bem explicados por: estigma internalizado, expectativa de rejeição, experiência de vitimização e desconexão comunitária. Tanto os sintomas de ansiedade quanto os sintomas de estresse foram mais bem explicados por: expectativa de rejeição, experiência de vitimização e desconexão comunitária. O modelo que melhor predisse a média geral dos sintomas emocionais foi formado por: estigma internalizado, expectativa de rejeição, experiência de vitimização, desconexão comunitária, renda familiar e escolaridade.

A explicação mais provável da relação entre essas variáveis deve partir do ambiente discriminatório como fator fundante do processo responsável por desfechos negativos na saúde do indivíduo e dos seus relacionamentos (Meyer, 1995, 2003b). Se os estressores distais são os responsáveis pela geração dos estressores proximais, é provável que as experiências de vitimização, causadas de forma externa e motivada pelo *status* de minoria do sujeito atingido, seja responsável pela internalização de sentimentos e crenças negativas relacionadas à identidade de minoria (estigma internalizado, expectativa de rejeição e ocultação da identidade). Esses estressores proximais podem acarretar na dificuldade de buscar apoio social, principalmente entre a própria comunidade LGBT, o que se expressa na desconexão comunitária. Além disso, hipotetiza-se um agravamento na sensação de desconexão com a comunidade durante o ano de 2020, com as medidas de distanciamento social e isolamento para prevenção da transmissão do vírus causador da Covid-19. Os efeitos positivos na saúde mental e na construção de estratégias de enfrentamento advindas do contato interpessoal com seus pares pode ter sido um fator de enfraquecimento das relações, tanto em seu potencial afetivo quanto político. Ainda, renda e escolaridade possivelmente funcionam como mediadores ou moderadores associados a outros marcadores como cor, raça, etnia ou o fato de a pessoa ser trans ou cis.

Com base no que Meyer (2003) apontou como ações possíveis de serem realizadas nos diversos âmbitos de seu modelo de estresse de minoria, finalizo pensando em como a Psicologia, em seus diversos âmbitos de atuação poderia contribuir. Em primeiro lugar, psicólogos/as sociais e comunitários/as poderiam trabalhar na construção de espaços seguros e na disseminação de informações e artefatos culturais que viessem a conscientizar a população sobre o estresse de minoria e sensibilizar grupos de pessoas em diferentes organizações.

Psicólogos/as clínicos/as e da saúde agiriam, no âmbito privado ou público, para oferecer serviços acessíveis e culturalmente sensíveis à população LGBT. Conheceriam as especificidades das diversas demandas em saúde mental dessa população e estariam preparados/as para melhor atendê-la. Psicólogos/as escolares poderiam desenvolver ações de combate a estressores de minoria, tais como a expectativa de rejeição, a ocultação da identidade e o estigma internalizado, dada a importância da escola na formação de recursos de enfrentamento de crianças e adolescentes. Além do mais, profissionais das mais diversas áreas da Psicologia estariam comprometidos/as com um trabalho de certa forma educativo, com cunho ativista ou transformativo.

Por fim, para respeitar o direito de participantes de pesquisa de receberem uma devolução de suas participações, esboçou-se a seguir um plano de devolução de resultados, bem como a confecção de um material informativo para psicólogos/as. A versão que será divulgada aos participantes terá o formato de uma cartilha em PDF acompanhada de um vídeo disponibilizado no YouTube. Será divulgado para a lista de e-mails de participantes, em redes sociais e mídia eletrônica. Para profissionais da Psicologia, será distribuído um breve relatório da pesquisa, contendo os pontos mais importantes e úteis para sua prática. Nesse caso, o material pode ser divulgado com auxílio dos Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs), cursos de graduação em Psicologia, instituições de formação e associações de Psicologia.

Entre os conteúdos, planeja-se abordar:

- Aspectos de saúde da população LGBT
- Dados disponíveis no Brasil sobre violência entre parceiros íntimos (VPI) em pessoas LGBT
- Especificidades da VPI no público LGBT
- O estresse de minoria e os estressores distais e proximais
- O impacto do estresse de minoria na saúde das pessoas LGBT
- O impacto do estresse de minoria na VPI em pessoas LGBT
- Possíveis ações de prevenção e intervenção

Referências

- American Psychological Association. (2017). *IPsyNet statement on LGBTIQ+ concerns*. doi: 10.1037/e506952018-001
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglío, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 287–312. doi: 10.1590/s1413-294x1998000200006
- Avison, W. R., Aneshensel, C. S., Schieman, S., & Wheaton, B. (2010). Preface. In W. R. Avison, C. S. Aneshensel, S. Schieman, & B. Wheaton (Eds.), *Advances in the conceptualization of the stress process: Essays in honor of Leonard I. Pearlin*. New York, NY: Springer-Verlag New York. doi: 10.1007/978-1-4419-1021-9
- Azuelo, N. C. S., Filho, Z. A. de S., Neves, A. L. M. das, Ferreira, B. de O., Oliveira, D. de L., & Tavares, N. K. C. (2020). Prevalência de depressão em pessoas que vivenciaram violência por parceiro íntimo: Revisão sistemática com meta-análise. *Research, Society and Development*, 9(8), e84985094. doi: 10.33448/rsd-v9i8.5094
- Balsam, K. F., & Szymanski, D. M. (2005). Relationship quality and domestic violence in women’s same-sex relationships: The role of minority stress. *Psychology of Women Quarterly*, 29(3), 258–269. doi: 10.1111/j.1471-6402.2005.00220.x
- Barrett, B. J., & Sheridan, D. V. (2016). Partner violence in transgender communities: what helping professionals need to know. *Journal Of GLBT Family Studies*, 13(2), 137–162. doi: 10.1080/1550428X.2016.1187104
- Bartholomew, K., Regan, K. V., Oram, D., & White, M. A. (2008). Correlates of partner abuse in male same-sex relationships. *Violence and Victims*, 23(3), 344–360. doi: 10.1891/0886-6708.23.3.344
- Batista, L. E., & Barros, S. (2017). Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cadernos de Saude Publica*, 33(Sup.), 1–5. doi: 10.1590/0102-311X00090516

- Bishop, C., Morrison, M. A., & Morrison, T. G. (2019). Rejoinder to Dr. Angelo Brandelli Costa et al. *Journal of Homosexuality*, 67(6), 737–739. doi: 10.1080/00918369.2018.1564010
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423–432. doi: 10.1590/1982-43272253201314
- Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., & McCabe, S. E. (2010). Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. *Research and Practice*, 100(3), 468–475. doi: 10.2105/ajph.2008.152942
- Bourdieu, P. (2014). *A dominação masculina* (M. H. Kühner, Trans.). Rio de Janeiro, RJ: BestBolso.
- Branscombe, N. R., Schmitt, M. T., & Harvey, R. D. (1999). Perceiving pervasive discrimination among African Americans: Implications for group identification and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(1), 135–149. doi: 10.1037/0022-3514.77.1.135
- Brasil. (2011). *Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: Ano de 2011*. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.
- Brasil. (2018). *Violência LGBTQfóbicas no Brasil: Dados da violência*. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Cidadania. Retrieved from <https://www.mdh.gov.br/biblioteca/consultorias/lgbt/violencia-lgbtfobicas-no-brasil-dados-da-violencia>
- Brown, C. (2008). Gender-Role implications on same-sex intimate partner abuse. *Journal of Family Violence*, 23(1), 457–462. doi: 10.1007/s10896-008-9172-9
- Brown, T. N. T., & Herman, J. L. (2015). *Intimate partner violence and sexual abuse among LGBT people: A review of existing research*. Los Angeles, CA. Retrieved from

<https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Intimate-Partner-Violence-and-Sexual-Abuse-among-LGBT-People.pdf>

- Buller, A. M., Devries, K. M., Howard, L. M., & Bacchus, L. J. (2014). Associations between intimate partner violence and health among men who have sex with men: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, *11*(3), e1001609. doi: 10.1371/journal.pmed.1001609
- Calton, J. M., Cattaneo, L. B., & Gebhard, K. T. (2016). Barriers to help seeking for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer survivors of intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, *17*(5), 585–600. doi: 10.1177/1524838015585318
- Campo, M., & Tayton, S. (2015). *Intimate partner violence in lesbian, gay, bisexual, trans, intersex and queer communities*. Melbourne, Australia. Retrieved from <https://aifs.gov.au/cfca/sites/default/files/cfca-resource-dv-lgbti.pdf>
- Canabarro, R. P. (2013). História e direitos sexuais no Brasil: O movimento LGBT e a discussão sobre a cidadania. *Anais Eletrônicos Do II Congresso Internacional de História Regional*, ISSN 2318-6208.
- Canabarro, R. P., & Meyrer, M. R. (2020). Travesti: Textos-vestígios na construção de uma identidade - Jornal Lampião da Esquina (1978-1981). *Revista Tempo e Argumento*, *12*(29), e0106. doi: 10.5965/2175180312292020e0106
- Cardoso, M. R., & Ferro, L. F. (2012). Saúde e população LGBT: Demandas e especificidades em questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *32*(3), 552–563. doi: 10.1590/s1414-98932012000300003
- Carmo, C. M. do. (2016). Grupos minoritários, grupos vulneráveis e o problema da (in)tolerância: Uma relação linguístico-discursiva e ideológica entre o desrespeito e a manifestação do ódio no contexto brasileiro. *Revista Do Instituto de Estudos Brasileiros*, (64), 201–223. doi: 10.11606/issn.2316-901x.v0i64p201-223

- Carvalho, A. F., Lewis, R. J., Derlega, V. J., Winstead, B. A., & Viggiano, C. (2011). Internalized sexual minority stressors and same-sex intimate partner violence. *Journal of Family Violence, 26*, 501–509. doi: 10.1007/s10896-011-9384-2
- Cerqueira-Santos, E., Azevedo, H. V. P., & Ramos, M. de M. (2020). Preconceito e saúde mental: Estresse de minoria em jovens universitários. *Revista de Psicologia Da IMED, 12*(2), 7–21. doi: 10.18256/2175-5027.2020.v12i2.3523
- Cezario, A. C. F., Carvalho, L. L., Lopes, N. do C., & Lourenço, L. M. (2015). A violência entre parceiros íntimos sob a perspectiva de homens vítimas de suas parceiras no Brasil. *Perspectivas En Psicologia, 12*(2), 41–49. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/4835/483547667005.pdf>
- Cezario, A. C. F., Fonseca, D. S., Lopes, N. do C., & Lourenço, L. M. (2015). Violência entre parceiros íntimos: Uma comparação dos índices em relacionamentos hetero e homossexuais. *Temas Em Psicologia, 23*(3), 565–575. doi: 10.9788/TP2015.3-04
- Chinazzo, Í. R., Lobato, M. I. R., Nardi, H. C., Koller, S. H., Saadeh, A., & Costa, A. B. (2020). Impacto do estresse de minoria em sintomas depressivos, ideação suicida e tentativa de suicídio em pessoas trans. *Ciência & Saúde Coletiva*. Retrieved from <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/impacto-do-estresse-de-minoria-em-sintomas-depressivos-ideacao-suicida-e-tentativa-de-suicidio-em-pessoas-trans/17485>
- Chong, E. S. K., Mak, W. W. S., & Kwong, M. M. F. (2013). Risk and protective factors of same-sex intimate partner violence in Hong Kong. *Journal of Interpersonal Violence, 28*(7), 1476–1497. doi: 10.1177/0886260512468229
- Coacci, T. (2015). Do homossexualismo à homoafetividade: Discursos judiciais brasileiros sobre homossexualidades, 1989–2012. *Sexualidad, Salud y Sociedad, 21*(1), 53–84. doi: 10.1590/1984-6487.sess.2015.21.05.a
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed.). New

York, NY: Academic Press.

Conselho Federal de Medicina. (1997). *Resolução nº 1.482/97, de 10 de setembro de 1997.*

Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina. Retrieved from

http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1482_1997.htm

Conselho Federal de Psicologia. (1999). *Resolução nº 001/99 de 22 de março de 1999.*

Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. Retrieved from [https://site.cfp.org.br/wp-](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf)

[content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf)

Costa, A. B. (2015). *Vulnerabilidade para o HIV em mulheres trans: O papel da psicologia e o acesso à saúde.* Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Costa, A. B., Paveltchuk, F., Lawrenz, P., Vilanova, F., Borsa, J. C., Damásio, B. F., ...

Dunn, T. (2020). Protocolo para avaliar o estresse de minoria em lésbicas, gays e bissexuais. *Psico-USF*, 25(2), 207–222. doi: 10.1590/1413-82712020250201

Crenshaw, K. W. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, pp. 57–80. Retrieved from

<https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>

Crenshaw, K. W. (1991). Mapping the margins: Interseccionalidade, identidade política, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43, 1241–1299. doi: 10.2307/1229039

Damásio, B. (2019). *Introdução à modelagem por equações estruturais.* Psicometria Online - YouTube. Retrieved from <https://youtu.be/WKmFwTWgkMk>

Daouk-Öyry, L., & Zeinoun, P. (2017). Testing across cultures: Translation, adaptation and indigenous test development. In B. Cripps (Ed.), *Psychometric testing: Critical perspectives* (pp. 221–233). Hoboken, NY: John Wiley & Sons, Ltd. doi:

10.1002/9781119183020.ch16

- Díaz, R. M., Ayala, G., Bein, E., Henne, J., & Marin, B. V. (2001). The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men: Findings from 3 US cities. *American Journal of Public Health, 91*(6), 927–932. doi: 10.2105/AJPH.91.6.927
- Distefano, A. S. (2009). Intimate partner violence among sexual minorities in Japan: Exploring perceptions and experiences. *Journal of Homosexuality, 56*(2), 121–146. doi: 10.1080/00918360802623123
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences, 5*(4), 565–575. doi: 10.3390/bs5040565
- Edwards, K. M., & Sylaska, K. M. (2013). The perpetration of intimate partner violence among LGBTQ college youth: The role of minority stress. *Journal of Youth and Adolescence, 42*(11), 1721–1731. doi: 10.1007/s10964-012-9880-6
- Edwards, K. M., & Sylaska, K. M. (2015). Reactions to participating in intimate partner violence and minority stress research: A mixed methodological study of self-identified lesbian and gay emerging adults study of self-identified lesbian and gay emerging adults. *The Journal of Sex Research, 53*(6), 655–665. doi: 10.1080/00224499.2015.1035428
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2015). *The fundamental rights situation of intersex people* (pp. 1–10). pp. 1–10. European Union Agency for Fundamental Rights. doi: 10.2811/365470
- Everitt, B. S. (1975). Multivariate analysis: The need for data, and other problems. *British Journal of Psychiatry, 126*(3), 237–240. doi: 10.1192/bjp.126.3.237
- Falcke, D., Boeckel, M. G., & Wagner, A. (2017). Violência conjugal: Mapeamento do fenômeno no Rio Grande do Sul. *Psico, 48*(2), 120–129. doi: 10.15448/1980-8623.2017.2.25148

- Falcke, D., Oliveira, D. Z. de, Rosa, L. W. da, & Bentancur, M. (2009). Violência conjugal: Um fenômeno interacional. *Contextos Clínicos*, 2(2), 81–90. doi: 10.4013/ctc.2009.22.02
- Ferreira, B. de O., & Bonan, C. (2020). Opening the closets of access and quality: An integrative review on the health of LGBTT populations. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5), 1765–1777. doi: 10.1590/1413-81232020255.34492019
- Francisco, L. C. F. de L., Barros, A. C., Pacheco, M. da S., Nardi, A. E., & Alves, V. de M. (2020). Ansiedade em minorias sexuais e de gênero: Uma revisão integrativa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 69(1), 48–56. doi: 10.1590/0047-2085000000255
- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(6), 823–865. doi: 10.1037/0033-2909.132.6.823
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2009). Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 97–109. doi: 10.1037/a0012844
- Garcia, L. P., & Silva, G. D. M. da. (2018). Violência por parceiro íntimo: Perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. *Cadernos de Saude Publica*, 34(4), e00062317. doi: 10.1590/0102-311x00062317
- Gaspodini, I. B., & Falcke, D. (2018). Sexual and gender diversity in clinical practice in psychology. *Paidéia*, 28, e2827. doi: 10.1590/1982-4327e2827
- Gaspodini, I. B., & Falcke, D. (2019). Estudos psicológicos brasileiros sobre preconceito contra diversidade sexual e de gênero. *Estudos Interdisciplinares Em Psicologia*, 10(2), 59–79. doi: 10.5433/2236-6407.2019v10n2p59
- Gaspodini, I. B., & Jesus, J. G. de. (2020). Heterocentrismo e ciscentrismo: Crenças de superioridade sobre orientação sexual, sexo e gênero. *Revista Universo Psi*, 1(2), 33–51. Retrieved from <http://seer.faccat.br/index.php/psi/article/view/1771/1131>

- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Goldenberg, T., Stephenson, R., Freeland, R., Finneran, C., & Hadley, C. (2016). ‘Struggling to be the alpha’: Sources of tension and intimate partner violence in same-sex relationships between men. *Culture, Health & Sexuality, 18*(8), 875–889. doi: 10.1080/13691058.2016.1144791
- Goto, J. B., Couto, P. F. M., & Bastos, J. L. (2013). Revisão sistemática dos estudos epidemiológicos sobre discriminação interpessoal e saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública, 29*(3), 445–459. doi: 10.1590/s0102-311x2013000300004
- Green, J. N., Caetano, M., Fernandes, M., & Quinalha, R. (2018). *História do movimento LGBT no Brasil*. São Paulo, SP: Alameda Editorial.
- Grella, C. E., Greenwell, L., Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2009). Influence of gender, sexual orientation, and need on treatment utilization for substance use and mental disorders: Findings from the California Quality of Life Survey. *BMC Psychiatry, 9*(1). doi: 10.1186/1471-244X-9-52
- Guadalupe-Díaz, X. L., & Jasinski, J. (2016). “I wasn’t a priority, I wasn’t a victim”: Challenges in help seeking for transgender survivors of intimate partner violence. *Violence Against Women, 23*(6), 772–792. doi: 10.1177/1077801216650288
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D’Augelli, A. R., ... Clayton, P. J. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality, 58*(1), 10–51. doi: 10.1080/00918369.2011.534038
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados* (6a ed.). Porto Alegre, RS: Bookman.
- Harari, Y. N., & Tang, A. (2020). To be or not to be hacked? The future of democracy, work,

- and identity. Retrieved from YouTube website: https://youtu.be/FYv_v3H3xd0
- Hemphill, J. F. (2003). Interpreting the magnitudes of correlation coefficients. *American Psychologist, 58*(1), 78–80. doi: 10.1037/0003-066X.58.1.78
- Herek, G. M. (2009). Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the united states: Prevalence estimates from a national probability sample. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(1), 54–74. doi: 10.1177/0886260508316477
- Hester, M., & Donovan, C. (2009). Researching domestic violence in same-sex relationships: A feminist epistemological approach to survey development. *Journal of Lesbian Studies, 13*(2), 161–173. doi: 10.1080/10894160802695346
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*(2), 213–218. doi: 10.1016/0022-3999(67)90010-4
- Intersex Society of North America. (n.d.). Our mission. Retrieved from <http://www.isna.org>
- Jacobson, L. E., Daire, A. P., & Abel, E. M. (2015). Intimate partner violence: Implications for counseling self-identified LGBTQ college students engaged in same-sex relationships. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 9*(2), 118–135. doi: 10.1080/15538605.2015.1029203
- Jacobson, L. E., Daire, A. P., Abel, E. M., & Lambie, G. (2015). Gender expression differences in same-sex intimate partner violence victimization, perpetration, and attitudes among LGBTQ college students. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 9*(3), 199–216. doi: 10.1080/15538605.2015.1068144
- Jesus, J. G. de, & Galinkin, A. L. (2015). Gênero e psicologia social no Brasil: Entre silêncio e diálogo. *Barbarói, (43)*, 90–103. doi: 10.17058/barbaroi.v0i0.4482 GÊNERO
- Johnson, M. P. (2006). Conflict and control: Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women, 12*(11), 1003–1018. doi: 10.1177/1077801206293328

- Kaas, H. (2016). Birth of transfeminism in Brazil: Between alliances and backlashes. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 3(1–2), 146–149. doi: 10.1215/23289252-3334307
- Kelley, M. L., Milletich, R. J., Lewis, R. J., Winstead, B. A., Barraco, C. L., & Padilla, M. A. (2014). Predictors of Perpetration of Men's Same-Sex Partner Violence. *Violence and Victims*, 29(5), 784–796. doi: 10.1891/0886-6708.VV-D-13-00096
- Kelly, B. C., Izienicki, H., Bimbi, D. S., & Parsons, J. T. (2011). The intersection of mutual partner violence and substance use among urban gays, lesbians, and bisexuals. *Deviant Behavior*, 32(5), 379–404. doi: 10.1080/01639621003800158
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S.-L. T., ... Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959–976. doi: 10.1017/S0033291702006074
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(1). doi: 10.1186/1471-244X-8-70
- Lago, M. C. de S., Toneli, M. J. F., Beiras, A., Vavassori, M. B., & Müller, R. de C. F. (Eds.). (2008). *Gênero e pesquisa em psicologia social*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Langenderfer-Magruder, L., Walls, E., Whitfiel, D. L., Brown, S. M., & Barrett, C. M. (2016). Partner violence victimization among lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth: Associations among risk factors. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 33(1), 55–68. doi: 10.1007/s10560-015-0402-8
- Lawrenz, P. (2017). *Estresse de minoria, fatores familiares e saúde mental em homens homossexuais* (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Retrieved from

http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/7425/2/DIS_PRISCILA_LAWRENZ_PARCIAL.pdf

- Leech, N. L., Barrett, K. C., & Morgan, G. A. (2015). *IBM SPSS for intermediate statistics: Use and interpretation*. New York, NY: Routledge.
- Lewis, R. J., Milletich, R. J., Derlega, V. J., & Padilla, M. A. (2014). Sexual Minority Stressors and Psychological Aggression in Lesbian Women's Intimate Relationships: The Mediating Roles of Rumination and Relationship Satisfaction. *Psychology of Women Quarterly, 38*(4), 535–550. doi: 10.1177/0361684313517866
- Lick, D. J., Durso, L. E., & Johnson, K. L. (2013). Minority stress and physical health among sexual minorities. *Perspectives on Psychological Science, 8*(5), 521–548. doi: 10.1177/1745691613497965
- Lionço, T. (2017). Psicologia, democracia e laicidade em tempos de fundamentalismo religioso no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão, 37*(núm. esp.), 208–223. doi: 10.1590/1982-3703160002017
- Longobardi, C., & Badenes-Ribera, L. (2017). Intimate partner violence in same-sex relationships and the role of sexual minority stressors: A systematic review of the past 10 years. *Journal of Child and Family Studies, 26*(8), 2039–2049. doi: 10.1007/s10826-017-0734-4
- Louro, G. L. (2001). Teoria queer: Uma política pós-identitária para a educação. *Estudos Feministas, 9*(2), 541–553. doi: 10.1590/s0104-026x2001000200012
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335–343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-u
- Luz, R. R. da, & Gonçalves, H. S. (2014). Violência doméstica entre casais homossexuais: A

- violência invisível. *Bagoas*, (11), 79–99. Retrieved from
file:///C:/Users/modes/Desktop/6544-Texto do artigo-16342-1-10-20150119.pdf
- Machado, M. das D. C., Barros, M. L. de, & Piccolo, F. D. (2010). Judaísmo e homossexualidade no Rio de Janeiro: Notas de uma pesquisa. *Religião & Sociedade*, 30(1), 11–31. doi: 10.1590/S0100-85872010000100002
- Matza, A. R., Sloan, C. A., & Kauth, M. R. (2015). Quality LGBT health education: A review of key reports and webinars. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(2), 127–144. doi: 10.1111/cpsp.12096
- Mayer, L. S., & McHugh, P. R. (2016). Part Two: Sexuality, Mental Health Outcomes, and Social Stress. *The New Atlantis*, (50), 59–85. Retrieved from
https://www.thenewatlantis.com/docLib/20160819_TNA50Part2.pdf
- McKenry, P. C., Serovich, J. M., Mason, T. L., & Mosack, K. (2006). Perpetration of gay and lesbian partner violence: A disempowerment perspective. *Journal of Family Violence*, 21(4), 233–243. doi: 10.1007/s10896-006-9020-8
- Messinger, A. M., Fry, D. A., Rickert, V. I., Catalozzi, M., & Davidson, L. L. (2014). Extending Johnson's intimate partner violence typology: Lessons from an adolescent sample. *Violence Against Women*, 20(8), 948–971. doi: 10.1177/1077801214546907
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38–56. doi: 10.2307/2137286
- Meyer, I. H. (2003a). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Meyer, I. H. (2003b). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262–265. doi: 10.2105/ajph.93.2.262
- Meyer, I. H. (2013). *Minority Stress and the Health of Sexual Minorities Psychology*

Diversity Science Initiative. Retrieved from

http://diversityscience.psych.ucla.edu/speakers/pdf/Meyer_Psych_Diversity_Lecture_2-9-12.pdf

- Meyer, I. H., Schwartz, S., & Frost, D. M. (2008). Social patterning of stress and coping: Does disadvantaged social statuses confer more stress and fewer coping resources? *Social Science and Medicine*, *67*(3), 368–379. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.012
- Meza-de-Luna, M. E., Cantera-Espinosa, M. L., Westendarp-Palacios, P., & Palacios-Sierra, P. (2015). Never to me! Concealment of intimate partner violence in Querétaro, Mexico. *Trames*, *19*(2), 155–169. doi: 10.3176/tr.2015.2.04
- Miller, B., & Irvin, J. (2016). Invisible scars: Comparing the mental health of LGB and heterosexual intimate partner violence survivors. *Journal of Homosexuality*, *64*(9), 1180–1195. doi: 10.1080/00918369.2016.1242334
- Miller, C., & Major, B. (2000). Coping with stigma and prejudice. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 243–272). New York, NY: Guilford Press.
- Milletich, R. J., Gumienny, L. A., Kelley, M. L., & D’Lima, G. M. (2014). Predictors of women’s same-sex partner violence perpetration. *Journal of Family Violence*, *29*(6), 653–664. doi: 10.1007/s10896-014-9620-7
- Miskolci, R. (2007). Pânicos morais e controle social: Reflexões sobre o casamento gay. *Cadernos Pagu*, (28), 101–128. doi: 10.1590/s0104-83332007000100006
- Moraes, C. L., Hasselmann, M. H., & Reichenheim, M. E. (2002). Adaptação transcultural para o português do instrumento “Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)” utilizado para identificar violência entre casais. *Cadernos de Saúde Pública*, *18*(1), 163–176. doi: 10.1590/S0102-311X2002000100017
- Morrison, M. A., Bishop, C. J., & Morrison, T. G. (2019). A systematic review of the

- psychometric properties of composite LGBT prejudice and discrimination scales. *Journal of Homosexuality*, 66(4), 549–570. doi: 10.1080/00918369.2017.1422935
- Nowinski, S. N., & Bowen, E. (2012). Partner violence against heterosexual and gay men: Prevalence and correlates. *Aggression and Violent Behavior*, 17(1), 36–52. doi: 10.1016/j.avb.2011.09.005
- Osório, L., Sani, A., & Soeiro, C. (2020). Violência na intimidade nos relacionamentos homossexuais gays e lésbicos. *Psicologia & Sociedade*, 32, e170358. doi: 10.1590/1807-0310/2020v32i170358
- Otero, L. M. R., Fernández, M. V. C., Fernández, M. L., & Castro, Y. R. (2015). Violencia en parejas transexuales, transgénero e intersexuales: Una revisión bibliográfica. *Saúde e Sociedade*, 24(3), 914–935. doi: 10.1590/S0104-12902015134224
- Outland, P. L. (2016). *Developing the LGBT Minority Stress Measure*. Colorado State University.
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. a, & Mullan, J. T. (1981). Process The Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337–356. doi: 10.2307/2136676
- Pepper, B. I., & Sand, S. (2015). Internalized homophobia and intimate partner violence in young adult women’s same-sex relationships. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(6), 656–673.
- Pinto, I. V., Andrade, S. S. de A., Rodrigues, L. L., Santos, M. A. S., Marinho, M. M. A., Benício, L. A., ... Canavese, D. (2020). Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23(Supl. 1), e200006. doi: 10.1590/1980-549720200006.supl.1
- Razera, J., Cenci, C. M. B., & Falcke, D. (2015). Manejo de dinheiro: Possíveis relações com o ajustamento e a violência em casais. *Perspectivas Em Psicologia*, 19(2), 3–17.

Retrieved from

<http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/32492>

- Rood, B. A., Reisner, S. L., Surace, F. I., Puckett, J. A., Maroney, M. R., & Pantalone, D. W. (2016). Expecting rejection: Understanding the minority stress experiences of transgender and gender-nonconforming individuals. *Transgender Health, 1*(1), 151–164. doi: 10.1089/trgh.2016.0012
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Ross, L. (2018). From the fundamental attribution error to the truly fundamental attribution error and beyond: My research journey. *Perspectives on Psychological Science, 13*(6), 750–769. doi: 10.1177/1745691618769855
- Santos, L. C. dos, Carvalho, A. B., Amaral, J. G., Borges, L. A., & Mayorga, C. (2016). Gênero, feminismo e psicologia social no Brasil: Análise da revista *Psicologia & Sociedade* (1996-2010). *Psicologia & Sociedade, 28*(3), 589–603. doi: 10.1590/1807-03102016v28n3p589
- Santos, N. C. R. dos, Freitas, R., & Ceara-Silva, G. L. (2019). Violência conjugal lésbica: Relatos de assistentes sociais que atendem mulheres na cidade de Niterói. *Serviço Social e Sociedade, 134*, 124–141. doi: 10.1590/0101-6628.169
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling* (3rd ed.). New York, NY; London, UK: Routledge.
- Sedgwick, E. K. (2007). A epistemologia do armário. *Cadernos Pagu, 28*, 19–54. doi: 10.1590/S0104-83332007000100003
- Seelman, K. L. (2015). Unequal treatment of transgender individuals in domestic violence and rape crisis programs. *Journal of Social Service Research, 41*(3), 307–325. doi: 10.1080/01488376.2014.987943

- Seffner, F. (2013). Sigam-me os bons: Apuros e aflições nos enfrentamentos ao regime da heteronormatividade no espaço escolar. *Educação e Pesquisa*, 39(1), 145–159. doi: 10.1590/s1517-97022013000100010
- Siemieniuk, R. A. C., Miller, P., Woodman, K., Ko, K., Krentz, H. B., & Gill, M. J. (2012). Prevalence, clinical associations, and impact of intimate partner violence among HIV-infected gay and bisexual men: A population-based study. *HIV Medicine*, 14(5), 293–302. doi: 10.1111/hiv.12005
- Silva, A. N., & Azeredo, C. M. (2019). Associação entre vitimização por violência entre parceiros íntimos e depressão em adultos brasileiros. *Ciencia & Saude Coletiva*, 24(7), 2691–2700. doi: 10.1590/1413-81232018247.25002017
- Simões, J. A., & Facchini, R. (2009). *Na trilha sonora do arco-íris: Do movimento homossexual ao LGBT*. São Paulo, SP: Editora Fundação Perseu Abramo.
- Smolenski, D. J., Diamond, P. M., Ross, M. W., & Rosser, S. B. R. (2010). Revision, criterion validity, and multigroup assessment of the reactions to homosexuality scale. *Journal of Personality Assessment*, 92(6), 568–576. doi: 10.1080/00223891.2010.513300
- Sorenson, S. B., & Thomas, K. A. (2009). Views of intimate partner violence in same- and opposite-sex relationships. *Journal of Marriage and Family*, 71(2), 337–352. doi: 10.1111/j.1741-3737.2009.00602.x
- Stacciarini, T. S. G., & Pace, A. E. (2017). Análise fatorial confirmatória da escala Appraisal of Self Care Agency Scale – Revised. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2856. doi: 10.1590/1518-8345.1378.2856
- Stephenson, R., Riley, E., Rogers, E., Suarez, N., Metheny, N., Senda, J., ... Bauermeister, J. A. (2017). The sexual health of transgender men: A scoping review. *The Journal of Sex Research*, 54(4–5), 424–445. doi: 10.1080/00224499.2016.1271863

- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues, 17*(3), 283–316. doi: 10.1177/019251396017003001
- Sugano, E., Nemoto, T., & Operario, D. (2006). The impact of exposure to transphobia on HIV risk behavior in a sample of transgendered women of color in San Francisco. *AIDS and Behavior, 10*(2), 217–255. doi: 10.1007/s10461-005-9040-z
- Szymanski, D. M. (2006). Does internalized heterosexism moderate the link between heterosexual events and lesbians' psychological distress? *Sex Roles, 54*(3–4), 227–234. doi: 10.1007/s11199-006-9340-4
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Tesch, B. P., & Bekerian, D. A. (2016). Hidden in the margins: A qualitative examination of what professionals in the domestic violence field know about transgender domestic violence. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 27*(4), 391–411. doi: 10.1080/10538720.2015.1087267
- Thoits, P. (1999). Self, identity, stress, and mental health. In C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 345–368). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum.
- Turell, S. C., & Herrmann, M. M. (2008). “Family” support for family violence: Exploring community support systems for lesbian and bisexual women who have experienced abuse. *Journal of Lesbian Studies, 12*(2–3), 211–224. doi: 10.1080/10894160802161372
- Ullman, J. B. (2007). Structural equation modeling. In B. G. Tabachnick & L. S. Fidell (Eds.), *Using multivariate statistics* (5th ed., pp. 528–612). Boston, MA: Pearson Education.
- World Health Organization. (2012). *Understanding and addressing violence against women:*

Intimate partner violence. Retrieved from

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf

Yogyakarta Principles. (2007). *The Yogyakarta Principles: Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity*.

Yogyakarta, Indonesia. Retrieved from <http://yogyakartaprinciples.org/principles-en/yp10/>

Yoshino, K. (2000). The epistemic contract of bisexual erasure. *Stanford Law Review*, 52(2), 353–461. doi: 10.4324/9781315088051-11

Zelizer, V. A. (2009). Dinheiro, poder e sexo. *Cadernos Pagu*, 32, 135–157. doi: 10.1590/s0104-83332009000100005

Apêndice A – Parecer Consubstanciado do CEP



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estresse de Minoria e Violência entre Parceiros Íntimos na População LGBTQI+
Pesquisador: Icaro Bonamigo Gaspodini
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 03693218.2.0000.5344
Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER


Número do Parecer: 3.110.171

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Pesquisa de Icaro Bonamigo Gaspodini, bolsista CAPES/PROSUC, orientando da Prof. Dra. Denise Falcke, no Doutorado em Psicologia, Linha de Pesquisa: Estudos Psicopatológicos e Abordagens Psicoterápicas, pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Compreender os efeitos de um ambiente discriminatório sobre a qualidade de vida de um indivíduo discriminado tem sido uma questão de interesse para diversas áreas da Psicologia, entre elas, a Psicologia Clínica. Nesse âmbito, novos conhecimentos têm sido gerados para melhor atender aos indivíduos pertencentes às minorias sexuais e de gênero. Esses indivíduos são estigmatizados por sua orientação sexual e/ou por sua identidade ou expressão de gênero, o que faz com que suas experiências relacionadas à sexualidade e ao gênero sejam vividas, salvo exceções, em ambientes de preconceito e discriminação. Além das experiências diretas de discriminação, o estresse de minoria é responsável por diversas consequências para a saúde mental da população LGBTQI+, entre elas, a expectativa de rejeição, o estigma internalizado e a ocultação da identidade. Tendo como objetivo investigar o papel do estresse de minoria na violência entre parceiros íntimos (VPI) na população LGBTQI+ brasileira, na presente pesquisa quantitativa e de caráter explicativo, serão realizados dois estudos sequenciais. No Estudo 1, será obtida uma medida de estresse de minoria por meio da tradução e adaptação da escala The LGBT Minority Stress Measure para o

Endereço: Av. Unisinos, 950
 Bairro: Cristo Rei
 UF: RS Município: SAO LEOPOLDO
 Telefone: (51)3591-1198 Fax: (51)3590-8118 E-mail: cep@unisinos.br

Página 01 de 02



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS

Continuação do Parecer: 3.110.171

contexto brasileiro. Além dos especialistas e tradutores, estima-se a participação de 60 respondentes. No Estudo 2, será testado um modelo de estresse social com base nas variáveis de interesse do estudo (estresse de minoria, VPI, apoio social, coping e preconceito contra diversidade sexual e de gênero). Pelo menos 200 pessoas responderão a um questionário online contendo questões sócio demográficas e sobre seu relacionamento íntimo, além da escala traduzida no Estudo 1, a Revised Conflict Tactics Scales, a Brief COPE e a Escala de Preconceito contra Diversidade Sexual e de Gênero Revisada. Os dados serão analisados por meio de modelagem de equações estruturais (detalhamento no item "Metodologia de Análise de Dados"; PB, Informações básicas). Espera-se compreender as relações entre o estresse de minoria e a VPI nessa população, a fim de subsidiar intervenções clínicas apropriadas e que que considerem as especificidades das demandas de saúde de minorias sexuais e de gênero.

Objetivo da Pesquisa:
 Os objetivos mostram-se adequados ao escopo da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
 Os riscos mínimos e benefícios são contemplados de forma adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
 A pesquisa mostra-se pertinente, na busca por compreender as relações entre o estresse de minoria e a VPI nessa população, a fim de subsidiar intervenções clínicas apropriadas e que que considerem as especificidades das demandas de saúde de minorias sexuais e de gênero. A tradução e validação de uma escala de estresse de minoria para a população LGBTQI+ brasileira certamente contribuirá para ampliação das investigações na área de conhecimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
 Folha de rosto assinada.
 TCLE 1 e 2 escritos do forma amigável, contemplando os requisitos necessários.


Recomendações:
 Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
 Não há.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Unisinos, 950
 Bairro: Cristo Rei
 UF: RS Município: SAO LEOPOLDO
 Telefone: (51)3591-1198 Fax: (51)3590-8118 E-mail: cep@unisinos.br

Página 02 de 02



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS

Continuação do Parecer: 3.110.171

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Icaro_Gaspodini.pdf	10/01/2019 09:48:45	José Roque Junges	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS DO PROJETO_1265363.pdf	13/12/2018 18:05:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	13/12/2018 18:04:54	Icaro Bonamigo Gaspodini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1e2.docx	13/12/2018 18:03:49	Icaro Bonamigo Gaspodini	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	29/11/2018 13:21:44	Icaro Bonamigo Gaspodini	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	29/11/2018 13:09:56	Icaro Bonamigo Gaspodini	Aceito
Orcamento	Orcamento.pdf	29/11/2018 13:09:44	Icaro Bonamigo Gaspodini	Aceito
Folha de Rosto	fohaderosto.pdf	29/11/2018 13:04:07	Icaro Bonamigo Gaspodini	Aceito

Situação do Parecer:
 Aprovado

Necessita Avaliação do CONEP:
 Não

SAO LEOPOLDO, 10 de Janeiro de 2019

Assinado por:
José Roque Junges
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Unisinos, 950
 Bairro: Cristo Rei
 UF: RS Município: SAO LEOPOLDO
 Telefone: (51)3591-1198 Fax: (51)3590-8118 E-mail: cep@unisinos.br

Página 03 de 02

Apêndice B – Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)

Fatores	O que é?	Questões
Agressão Física Grave	dar soco, bater, chutar, jogar contra a parede, queimar ou escaldar, usar uma faca ou arma de fogo	PESSOA =cts11a + cts14a + cts17a + cts19a + cts22a + cts31a + cts37a. PARCEIRO =cts11b + cts14b + cts17b + cts19b + cts22b + cts31b + cts37b.
Agressão Física Menor	empurrar, agarrar, dar tapa, jogar objeto, torcer o braço e puxar o cabelo	PESSOA =cts4a + cts5a + cts9a + cts23a + cts27a. PARCEIRO =cts4b + cts5b + cts9b + cts23b + cts27b.
Agressão Psicológica Grave	ofender de feio, gordo, “ruim de cama” ou algo parecido, destruir objeto pessoal do companheiro	PESSOA =cts13a + cts15a + cts33a. PARCEIRO =cts13b + cts15b + cts33b.
Agressão Psicológica Menor	insultos, xingamentos, gritos, ofensas, ameaças e virar as costas em meio a uma briga	PESSOA =cts3a + cts18a + cts25a + cts34a + cts35a. PARCEIRO =cts3b + cts18b + cts25b + cts34b + cts35b.
Coerção Sexual Grave	corresponde a ações de ameaças ou utilização de força e armas para coagir o parceiro a fazer sexo	PESSOA =cts10a + cts24a + cts29a + cts38a PARCEIRO =cts10b + cts24b + cts29b + cts38b.
Coerção Sexual Menor	refere-se à insistência em fazer sexo, sem utilização de força física, ou obrigar a ter relações sem preservativo	PESSOA =cts8a + cts26a + cts32a. PARCEIRO =cts8b + cts26b + cts32b.
Lesão Corporal Grave	diz respeito à necessidade de busca por auxílio médico após uma briga ou ocorrência de desmaio e quebra de algum osso	PESSOA =cts12a + cts16a + cts21a + cts28a. PARCEIRO =cts12b + cts16b + cts21b + cts28b.
Lesão Corporal Menor	corresponde à ocorrência de torção, contusão, mancha roxa ou dores no corpo que duraram até o dia seguinte em função de uma briga	PESSOA =cts6a + cts36a. PARCEIRO =cts6b + cts36b.
Negociação	é definida como o conjunto de ações utilizadas com o objetivo de resolver uma discórdia sustentada na argumentação racional, comunicação de afeto positivo ou expressão de sentimentos de cuidado e respeito pelo companheiro	PESSOA =cts1a + cts2a + cts7a + cts20a + cts30a + cts39a. PARCEIRO =cts1b + cts2b + cts7b + cts20b + cts30b + cts39b.

Apêndice C – Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0, 1, 2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

0. Não se aplicou de maneira alguma	1. Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo	2. Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	3. Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	
1. Achei difícil me acalmar.			1	2
2. Senti minha boca seca.			1	2
3. Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo.			1	2
4. Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico).			1	2
5. Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas.			1	2
6. Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações.			1	2
7. Senti tremores (ex. nas mãos).			1	2
8. Senti que estava sempre nervoso.			1	2
9. Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a)			1	2
10. Senti que não tinha nada a desejar.			1	2
11. Senti-me agitado.			1	2
12. Achei difícil relaxar.			1	2
13. Senti-me depressivo(a) e sem ânimo.			1	2
14. Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo.			1	2
15. Senti que ia entrar em pânico.			1	2
16. Não consegui me entusiasmar com nada.			1	2
17. Senti que não tinha valor como pessoa.			1	2
18. Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais.			1	2
19. Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca).			1	2
20. Senti medo sem motivo.			1	2
21. Senti que a vida não tinha sentido.			1	2