

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS

Paula Maria Duarte

**TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) NA POPULAÇÃO
LGBTQIA+: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Belo Horizonte
2025

Paula Maria Duarte

**TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) NA POPULAÇÃO
LGBTQIA+: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-graduação em Neurociências da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Neurociências.

Orientador(a): Prof. Dr. Leonardo de Oliveira Guarnieri

Belo Horizonte

2025

043

Duarte, Paula Maria.

Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) na população LGBTQIA+: uma revisão narrativa [manuscrito] / Paula Maria Duarte. – 2025.

44 f.: il. ; 29,5 cm.

Orientador(a): Prof. Dr. Leonardo de Oliveira Guarnieri.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-graduação em Neurociências da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Neurociências.

1. Neurociências. 2. Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos. 3. Minorias Sexuais e de Gênero. 4. Violência. 5. Sexismo. I. Guarnieri, Leonardo de Oliveira. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Instituto de Ciências Biológicas. III. Título.

CDU: 612.8



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS

FOLHA DE APROVAÇÃO

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) na população LGBTQIA+: Uma revisão narrativa.

PAULA MARIA DUARTE

Monografia submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Curso de NEUROCIÊNCIAS BÁSICAS E APLICADAS, como requisito para obtenção do certificado de Especialista em NEUROCIÊNCIAS BÁSICAS E APLICADAS, área de concentração NEUROCIÊNCIAS BÁSICAS E APLICADAS.

Aprovada em 26 de fevereiro de 2025, pela banca constituída pelos membros:

ME. Elisa Michelstaedter Brochado
UFMG

ME. Julia Peres Andreotti
UFMG

Prof. Leonardo de Oliveira Guarnieri - Orientador
UFMG

Belo Horizonte, 26 de fevereiro de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **Julia Peres Andreotti, Usuário Externo**, em 26/02/2025, às 15:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Elisa Michelstaedter Brochado, Usuário Externo**, em 26/02/2025, às 15:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado eletronicamente por **Leonardo de Oliveira Guarnieri, Professor**



Magistério Superior-Substituto, em 26/02/2025, às 17:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3992631** e o código CRC **A8DC8AF0**.

Referência: Processo nº 23072.211816/2025-85

SEI nº 3992631

*"Que nada nos limite, que nada nos defina,
que nada nos sujeite. Que a liberdade seja
nossa própria substância, já que viver é ser
livre."*

(Simone de Beauvoir)

AGRADECIMENTOS

“Caminhante, não há caminho, o caminho se faz ao caminhar.”

Antonio Machado

À minha mãe, Mara, minha primeira incentivadora, aquela que sempre acreditou em mim e se desdobrou para proporcionar experiências de conforto e acesso, mesmo diante das dificuldades; minha referência de mulher, meu maior orgulho. À minha tia Celeste e à minha avó Noemia (sinto sua falta todos os dias), que sempre foram pontos de amor, cuidado e suporte. A pessoa que sou hoje tem muito de vocês três.

Ao meu orientador, Leonardo Guarnieri, por todo o conhecimento compartilhado, pela paciência e consideração ao processo. Obrigada por acolher minhas ideias com tamanha generosidade e por me auxiliar com os instrumentos necessários para a realização desta pesquisa. Seu apoio e seus direcionamentos foram essenciais para a construção deste trabalho.

Ao meu psicólogo, Gabriel Quinzani, que me acompanhou na “montanha-russa” emocional que foi essa jornada, sempre me lembrando de aproveitar o percurso, respeitando cada uma das etapas e me ajudando a gerenciar medos e inseguranças. Reconheço o valor da minha produção e agradeço pelo olhar carinhoso de sempre.

Aos amigos-afetos que estiveram comigo nos momentos de ansiedade e incerteza, oferecendo palavras de encorajamento e reforço, e que permaneceram ao meu lado, inclusive no período mais monotemático (“Você já ouviu a palavra do TCC hoje?”). Vocês foram fundamentais em todas as fases desta caminhada.

Agradeço e dedico este trabalho, em especial, a todas as pessoas LGBTQIA+ que, com coragem e resistência, construíram e constroem diariamente a luta pelos direitos da nossa comunidade. Às travestis e às pessoas trans que estiveram na linha de frente das revoluções, muitas vezes sem o devido reconhecimento. Aos que vieram antes de nós e pavimentaram o caminho. Aos que estão aqui agora, construindo e reinventando maneiras de sermos e estarmos no mundo. Que possamos existir de tantas formas quantas forem possíveis!

De coração, meu muito obrigada!

“Mesmo que existam regras, que se tracem planos e sejam criadas estratégias e técnicas, haverá aqueles e aquelas que rompem as regras e transgridem os arranjos.

A imprevisibilidade é inerente ao percurso.”

(Guacira Lopes Louro, 2004, p. 16)

RESUMO

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma condição mental que pode surgir após a exposição a eventos traumáticos graves. Embora sua prevalência seja reconhecida na população geral, evidências sugerem que certos grupos apresentam maior vulnerabilidade ao transtorno, como é o caso da população LGBTQIA+. A teoria do estresse de minoria, auxilia na compreensão dessa desigualdade ao apontar que a exposição contínua ao preconceito, à discriminação e à violência impacta negativamente a saúde mental desses indivíduos. A revisão narrativa realizada neste estudo buscou explorar a prevalência do TEPT na população LGBTQIA+, suas bases neurobiológicas e os fatores sociais que amplificam esse risco. Os resultados apontam que pessoas LGBTQIA+ são mais propensas a desenvolver TEPT do que seus pares heterossexuais e cisgêneros. Essa vulnerabilidade se deve, em grande parte, à exposição prolongada a violências interpessoais, discriminação institucionalizada e exclusão social. Além disso, fatores como internalização do preconceito e dificuldades no acesso a serviços de saúde mental podem agravar o quadro clínico. A análise dos estudos selecionados revelou lacunas significativas na literatura, principalmente no contexto brasileiro. Grande parte das pesquisas sobre TEPT na população LGBTQIA+ é realizada em países desenvolvidos, enquanto o Brasil, apesar de apresentar altos índices de violência contra essa população, carece de estudos que abordem diretamente essa interseção. A subnotificação dos casos, aliada à naturalização da violência sofrida, contribui para que o impacto do TEPT seja subestimado, dificultando a formulação de políticas públicas adequadas. Dessa forma, é essencial que novas pesquisas sejam conduzidas para fornecer um panorama mais preciso da realidade brasileira e subsidiar estratégias de saúde pública que promovam equidade no acesso ao diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: Transtorno de Estresse Pós-Traumático; LGBTQIA+; Estresse de Minoria; Violência e Discriminação; Neurobiologia do TEPT.

ABSTRACT

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is a mental condition that can arise after exposure to severe traumatic events. Although its prevalence is recognized in the general population, evidence suggests that certain groups are more vulnerable to the disorder, such as the LGBTQIA+ population. The minority stress theory helps explain this disparity by highlighting that continuous exposure to prejudice, discrimination, and violence negatively impacts the mental health of these individuals. The narrative review conducted in this study aimed to explore the prevalence of PTSD in the LGBTQIA+ population, its neurobiological bases, and the social factors that amplify this risk. The results indicate that LGBTQIA+ individuals are more likely to develop PTSD than their heterosexual and cisgender peers. This vulnerability is largely due to prolonged exposure to interpersonal violence, institutionalized discrimination, and social exclusion. Additionally, factors such as internalized prejudice and difficulties in accessing mental health services can worsen the clinical condition. The analysis of the selected studies revealed significant gaps in the literature, particularly in the Brazilian context. Most research on PTSD in the LGBTQIA+ population is conducted in developed countries, while Brazil, despite having high levels of violence against this group, lacks studies that directly address this intersection. Underreporting of cases, along with the normalization of the violence experienced, contributes to the underestimation of PTSD's impact, making it difficult to formulate adequate public policies. Thus, it is essential that new research is conducted to provide a more accurate overview of the Brazilian reality and to support public health strategies that promote equity in access to diagnosis and treatment.

Keywords: Post-Traumatic Stress Disorder; LGBTQIA+; Minority Stress; Violence and Discrimination; PTSD Neurobiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Etapas da resposta ao estresse

16

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição dos artigos, ordenados pela data de publicação, selecionados para
revisão

27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Estresse	12
1.2 Trauma	13
1.3 Transtorno de estresse pós-traumático	14
1.3.1 Conceitualização do TEPT	14
1.3.2 Bases neurológicas do TEPT	14
1.3.3 Abordagem histórica do TEPT	17
1.3.4 Definição do TEPT nos manuais de diagnóstico	18
1.3.5 Epidemiologia do TEPT	20
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo Geral	21
2.2 Objetivos Específicos	21
3 METODOLOGIA	22
4 REFERENCIAL TEÓRICO	23
4.1 Teoria do estresse de minoria	23
4.2 A população LGBTQIA+ brasileira	24
5 RESULTADOS	26
6 DISCUSSÃO	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 Estresse

O termo “estresse” tem sua origem no latim “*stringere*” que significa apertar, cerrar ou comprimir (Houaiss; Villar; Franco, 2001). Historicamente, sua aplicação remonta ao século XVII, quando Robert Hooke o utilizou no campo da Física para descrever cargas que afetavam estruturas físicas (Lazarus, 1993, apud Abreu *et al.*, 2002). No entanto, foi no século XX que o conceito começou a ser explorado no contexto biológico e psicológico.

O fisiologista norte-americano Walter Bradford Cannon (1915), introduziu a noção de que o estresse está ligado a respostas adaptativas do organismo a estímulos externos, como eventos nociceptivos, fome, frio, exercício físico e emoções intensas. Ele observou que, diante de uma ameaça, o corpo interrompe ou intensifica funções para mobilizar energia, favorecendo reações de fuga, ataque e/ou defesa do organismo (Godoy *et al.*, 2018). Inspirado na teoria do *milieu intérieur* de Claude Bernard, Cannon mais tarde cunhou o termo *homeostase*, descrevendo a capacidade do organismo de manter um equilíbrio interno estável, apesar das variações externas (Godoy *et al.*, 2018).

Hans Selye (1965), pioneiro nos estudos sobre o estresse fisiológico, definiu-o como uma resposta natural e inespecífica do organismo diante de ameaças à sua homeostasia. Pesquisas posteriores, como as de Guyton (1988), Samulski (1996) e França e Levi (1997), detalharam os mecanismos fisiológicos e psicológicos envolvidos, incluindo a ativação de sistemas hormonais e anatômicos específicos.

Ao longo dos anos, o conceito de estresse passou por diversas reformulações. Selye (1936) inicialmente o descreveu como um desgaste fisiológico causado por desafios adaptativos, abordagem chamada de perspectiva baseada na resposta. Nos anos 1970, uma nova vertente, denominada perspectiva baseada no estímulo, focou na mensuração da sobrecarga imposta pelos agentes estressores ao organismo. Já na década de 1980, a perspectiva cognitiva ganhou força, enfatizando o papel da mediação cognitiva na resposta ao estresse e considerando as diferenças individuais na percepção e processamento dos estímulos (Faro; Pereira, 2013).

Segundo Limongi-França e Rodrigues (2014), o estresse faz parte da vida cotidiana e, até certo ponto, é necessário para a adaptação. No entanto, quando se torna crônico ou excessivo, pode ter impactos negativos na saúde, contribuindo para o surgimento de

transtornos físicos e mentais. Modelos de saúde reconhecem o estresse como um fator que aumenta a vulnerabilidade ao adoecimento, sendo compreendido como um fenômeno psicossocial que eleva o risco de problemas de saúde devido às experiências psicológicas e sociais dos indivíduos (Santos, 2010).

O estresse está diretamente associado a inúmeros transtornos psicológicos como transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático, transtorno por abuso de substâncias, entre outros. Kessler *et al.* (2009, apud Duran *et al.*, 2020, p. 598) compilaram os dados de um estudo epidemiológico iniciado nos anos de 1990 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre distúrbios de saúde mental, com quase 200 mil entrevistados em 27 países. Os resultados mostraram que 54,8% já passaram por um evento traumático ao longo da vida e 41,2% desenvolveram algum transtorno mental posteriormente.

1.2 Trauma

Estudos definem trauma como “um prejuízo psíquico ou comportamental desorientado causado por estresse mental e ou emocional ou dano físico, relacionado a eventos que podem provocar medo agudo ou crônico” (Garbarino; Kostelny; Dubrow, 1991 apud Borges; Dell’aglio, 2008).

Judith Herman, em *Trauma and Recovery* (1992), aponta que a história dos traumas psíquicos nos últimos 200 anos, tanto na sociedade em geral quanto especificamente no campo da psiquiatria, tem sido marcada por períodos de crescente reconhecimento de sua importância, seguidos por longas "amnésias". Essas "amnésias" em relação aos traumas psíquicos muitas vezes são superadas, forçosamente, por eventos traumáticos de grande escala e abrangência, como as duas Guerras Mundiais, a Guerra do Vietnã e, mais recentemente, a Guerra do Iraque, ou por lutas políticas lideradas por grupos tradicionalmente oprimidos na cultura ocidental. Isso foi essencial para o reconhecimento de síndromes como a síndrome da criança espancada (Battered-Child Syndrome), a síndrome do estupro (Rape Syndrome) e a violência doméstica, tanto física quanto sexual (Incest syndrome, Child Sexual Abuse syndrome, Neglect syndrome) (Schestatsky *et al.*, 2003).

Diversas investigações (Bisson *et al.*, 2015; Ruebner *et al.*, 2017; Schestatsky *et al.*, 2003) que se concentraram na análise do trauma, correlacionam a prevalência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e suas consequências psicológicas e comportamentais.

1.3 Transtorno de estresse pós-traumático

1.3.1 Conceitualização do TEPT

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um distúrbio mental que pode surgir após a exposição a eventos extremamente ameaçadores. Embora muitas pessoas demonstrem resiliência e consigam se recuperar após vivenciar traumas (Bonanno, 2004), algumas desenvolvem sintomas persistentes que comprometem seu bem-estar. O TEPT pode ser desencadeado por um único evento traumático ou por uma exposição prolongada ao estresse, como ocorre em casos de abuso sexual na infância. No entanto, identificar quem desenvolverá o transtorno ainda é um desafio (Karstoft *et al.*, 2015).

Embora eventos como bullying, divórcio, perda de um animal de estimação ou o diagnóstico de câncer em um familiar não sejam tradicionalmente classificados como traumas extremos, eles podem gerar sintomas similares ao TEPT. Essa semelhança levanta questionamentos sobre a rigidez das definições de eventos traumáticos (White *et al.*, 2015).

Além do impacto psicológico, o TEPT também pode comprometer a saúde física. Indivíduos diagnosticados apresentam maior risco de desenvolver transtornos somatoformes, problemas cardiorrespiratórios, musculoesqueléticos, gastrointestinais e imunológicos (Friedman, 2007 apud Schnurr *et al.*, 2021; Gupta, 2013). O transtorno também está fortemente associado a comorbidades psiquiátricas e ao aumento do risco de suicídio (Sareen, 2007).

1.3.2 Bases neurológicas do TEPT

A neurobiologia da resposta ao estresse está diretamente ligada aos mecanismos de sobrevivência e adaptação, influenciando processos como a aprendizagem e a formação da memória autobiográfica. A capacidade do cérebro de responder ao estresse pode ser benéfica em curto prazo, mas quando a extinção das respostas de medo não ocorre adequadamente, podem surgir transtornos como o TEPT (Post, 1992).

A vulnerabilidade ao TEPT depende de múltiplos fatores, incluindo a duração e intensidade do estressor, bem como aspectos individuais e biopsicossociais. Gênero, por exemplo, influencia a suscetibilidade ao transtorno, sendo que mulheres apresentam maior predisposição, possivelmente devido à influência hormonal. Além disso, fatores genéticos e experiências de vida moldam a probabilidade de desenvolver TEPT (Ozer *et al.*, 2003; Zoladz; Diamond, 2013; Admon; Milad; Hendler, 2013).

Estudos pré-clínicos e de neuroimagem evidenciam que o estresse pode provocar alterações tanto agudas quanto crônicas nos sistemas neuroquímicos e em áreas específicas do cérebro, resultando em impactos duradouros nos circuitos de resposta ao estresse. O hipocampo, a amígdala e o córtex pré-frontal medial desempenham papéis fundamentais na regulação dessas respostas. O estresse crônico pode desregular a ação de neurotransmissores essenciais como a norepinefrina e de hormônios como o cortisol, impactando a resposta ao estresse e aumentando a vulnerabilidade ao TEPT (Bremner, 2011; Vermetten; Bremner, 2002).

Embora o entendimento da neurobiologia do TEPT continue evoluindo, já se sabe que há disfunções importantes nos eixos neuroendócrinos. Sherin e Nemeroff (2011) sintetizaram anormalidades observadas no TEPT, incluindo alterações no eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HHA), onde a produção alterada de cortisol resulta na desinibição do hormônio liberador de corticotropina (CRH) e da norepinefrina, amplificando a resposta ao estresse (Sherin; Nemeroff, 2011).

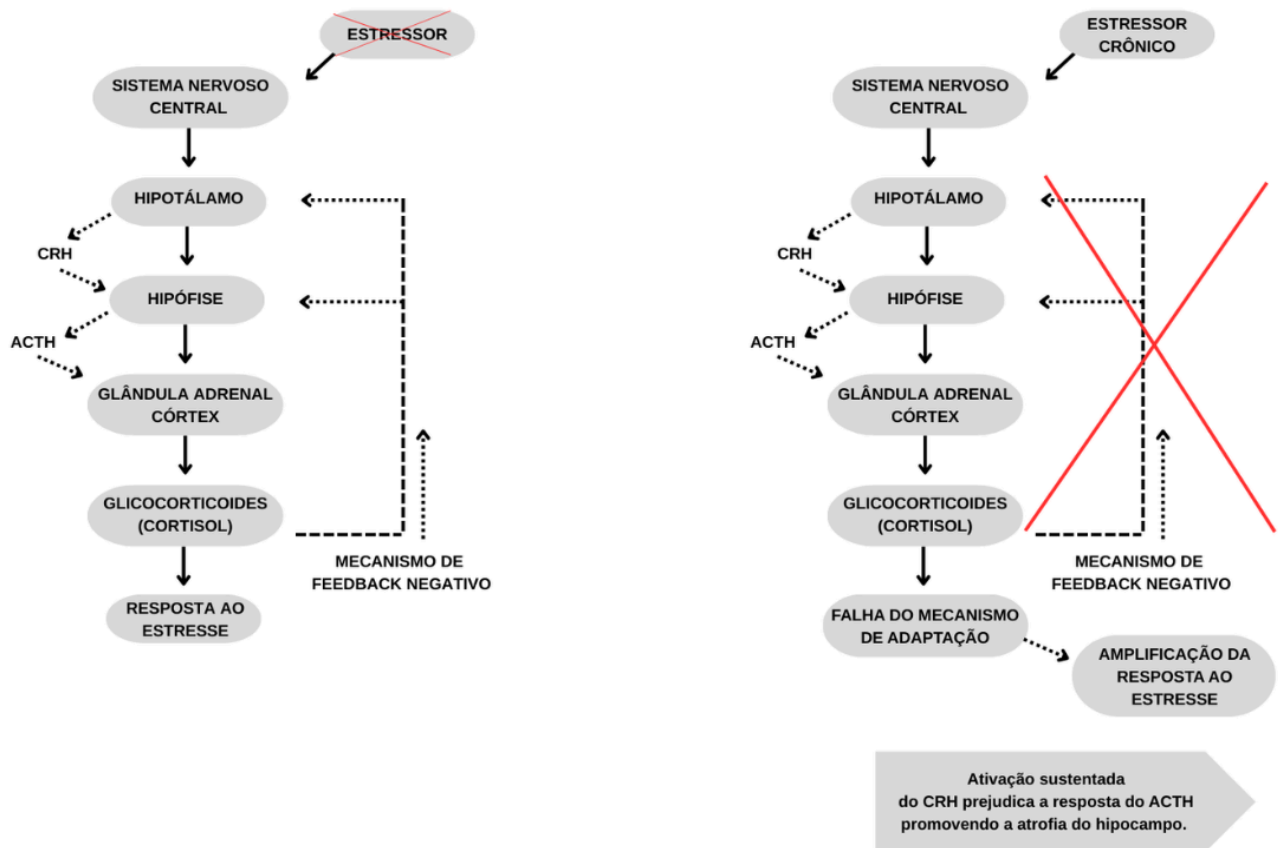


Figura 1: Etapas da resposta ao estresse. O sistema nervoso central, diante de um estímulo estressor/ameaçador, buscando a homeostase do organismo, capta e conduz a informação para a região do hipotálamo (que está localizado no centro do sistema límbico e é envolvido na regulação do sistema endócrino e da temperatura corporal, da pressão arterial e desempenha um papel nas emoções). O hipotálamo, por sua vez, produz o hormônio liberador de corticotropina (CRH) que tem como função chegar até a hipófise, mais especificamente na adeno-hipófise e estimular a produção de corticotropina (ACTH). A ACTH produzida se encaminha até o córtex da adrenal com o objetivo de estimular a produção de cortisol. O cortisol tem a função de potencializar o organismo para responder ao estresse, atuando na quebra de proteínas, lipídios, glicogênio e outros, suprindo-o de glicose (fonte de energia). Após a produção de cortisol e ausência do estímulo estressor/ameaçador, ativa-se um mecanismo de feedback negativo, ou seja, estímulos são enviados para a hipófise e para o hipotálamo encerrarem a produção de ACTH e CRH, respectivamente. Quando o agente estressor é crônico e a resposta se torna contraprodutiva, a quantidade alterada de cortisol não

é capaz de encerrar a fase de alerta da resposta ao estresse (por não ocorrer o feedback negativo), o que ocasiona a manutenção da etapa da resposta defensiva. Uma das consequências possíveis desse processo é a atrofia do hipocampo.

Fonte: Adaptado pela autora do trabalho

No eixo Hipotálamo-Hipófise-Tireoide, há um desequilíbrio entre triiodotironina (T3) e tiroxina (T4), contribuindo para o aumento da ansiedade subjetiva. No nível neuroquímico, alterações nas catecolaminas, como dopamina e norepinefrina, interferem no condicionamento ao medo e aumentam o estado de alerta, a resposta de sobressalto e a codificação de memórias traumáticas. Já a serotonina (5-HT), envolvida na regulação do humor e da ansiedade, apresenta redução em núcleos da rafe, o que leva ao aumento da impulsividade, da vigilância e da intrusão de memórias traumáticas (Sherin; Nemeroff, 2011).

Outros sistemas também sofrem alterações no TEPT. A atividade reduzida do GABA compromete seus efeitos ansiolíticos, enquanto o aumento do glutamato favorece sintomas dissociativos. Peptídeos como o neuropeptídeo Y (NPY) e a beta-endorfina (β -endorfina) desempenham papéis na regulação do estresse, sendo que baixos níveis de NPY intensificam a resposta ao estresse, enquanto elevações de β -endorfina podem levar a embotamento emocional e dissociação (Sherin; Nemeroff, 2011)

As alterações neuroanatômicas associadas ao TEPT afetam diretamente a regulação emocional. A redução do volume e da atividade do hipocampo prejudica a extinção de respostas ao estresse, enquanto a hiperatividade da amígdala leva à hipervigilância e a dificuldades na discriminação de ameaças. O córtex pré-frontal, por sua vez, sofre redução volumétrica, prejudicando funções executivas, e o cíngulo anterior apresenta menor volume, dificultando a supressão de respostas de medo (Sherin; Nemeroff, 2011).

1.3.3 Abordagem histórica do TEPT

A evolução do conceito de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) está diretamente ligada a estudos com veteranos de guerra. Os primeiros registros remontam ao século XIX, durante a Guerra Civil Americana (1861-1865), quando uma condição semelhante ao TEPT foi descrita como "*Coração de Soldado*". Em 1871, Jacob Mendez Da Costa (1833-1900) publicou o artigo "*On Irritable Heart; A Clinical Study of a Form of Functional Cardiac Disorder and Its Consequences*", no qual identificou uma síndrome caracterizada por sintomas cardíacos autonômicos em soldados. Com os avanços da

Psicanálise no século XX, a condição passou a ser denominada neurose traumática (Sadock; Sadock, 2007).

Durante a Primeira Guerra Mundial, Charles Samuel Myers (1873-1946) introduziu o termo "choque de granadas" ao descrever sintomas que inicialmente acreditava serem causados por traumas cerebrais decorrentes de explosões. No entanto, após observar que muitos soldados apresentavam os mesmos sintomas sem terem sofrido lesões cranianas, Myers concluiu que o problema estava associado ao estresse enfrentado no combate, e não apenas a danos físicos (Bannister; Mahoney III; Dao, 2012).

Na Segunda Guerra Mundial, Abram Kardiner, psicanalista e discípulo de Freud, aprofundou a compreensão dos transtornos mentais relacionados ao trauma. Em sua obra de 1941, Kardiner descreveu as "neuroses traumáticas de guerra", consolidando um marco na definição do que hoje é reconhecido como TEPT. Ele identificou a hipervigilância e a hipersensibilidade a ameaças como sintomas centrais dessa condição (Schestatsky *et al.*, 2003).

Nos anos 1970, os psiquiatras Chaim F. Shatan e Robert J. Lifton desempenharam um papel crucial na inclusão do TEPT no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III). Baseados nos estudos de Kardiner, nas pesquisas sobre sobreviventes do Holocausto e em estudos sobre vítimas de acidentes e queimaduras, eles identificaram 27 sintomas característicos de "neuroses traumáticas" e os compararam com os relatos de 700 veteranos da Guerra do Vietnã. Esse trabalho resultou na definição formal do TEPT e na inclusão da categoria diagnóstica no DSM-III, abrangendo diferentes síndromes, como o "trauma do estupro", a "síndrome da mulher espancada", a condição dos "veteranos do Vietnã" e a "síndrome da criança abusada" (Schestatsky *et al.*, 2003).

1.3.4 Definição do TEPT nos manuais de diagnóstico

O TEPT, conforme descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 TR (APA, 2022), é caracterizado por uma série de sintomas que surgem após a exposição direta ou indireta a um evento traumático de grande magnitude. Os critérios diagnósticos incluem:

- Sintomas intrusivos, como flashbacks e/ou pesadelos relacionados ao trauma.
- Evitação de estímulos associados ao evento traumático.
- Alterações negativas no humor e nas cognições.

- Hiperatividade do sistema de alerta, resultando em irritabilidade, insônia ou hipervigilância.
- Persistência dos sintomas por mais de um mês.
- Impacto significativo na vida social, profissional e emocional do indivíduo.
- Exclusão de outras causas médicas ou do uso de substâncias como origem dos sintomas.

Além disso, o DSM-5 introduziu uma versão específica do TEPT para crianças de até 6 anos, adaptando os critérios diagnósticos para essa faixa etária. Outro aspecto relevante é a possibilidade de apresentação tardia dos sintomas, que podem surgir anos após o evento traumático, principalmente em casos graves (Brewin, 2010).

No diagnóstico do TEPT, há diferenças entre os critérios estabelecidos pelo DSM-5 e pela Classificação Internacional de Doenças – CID-11 (Maercker *et al.*, 2013). O DSM-5 especifica que a exposição ao trauma pode ocorrer de diferentes maneiras:

- Vivenciar diretamente o evento traumático.
- Testemunhar o evento ocorrendo com outra pessoa.
- Saber que um evento traumático afeta um familiar próximo ou amigo íntimo (desde que envolva morte violenta ou não intencional).
- Exposição repetitiva a detalhes aversivos do evento traumático (como ocorre com profissionais de segurança ou socorristas).

Por outro lado, o CID-11 adota uma definição mais ampla, descrevendo o TEPT como resultado da exposição a um evento ou série de eventos extremamente ameaçadores ou horríveis.

O DSM-5 lista 20 sintomas agrupados em quatro categorias, enquanto o CID-11 propõe seis critérios principais. Uma das inovações do CID-11 é a inclusão do TEPT complexo, caracterizado por sintomas adicionais, como desregulação emocional, autoimagem negativa e dificuldades persistentes em manter relacionamentos. Como os critérios diferem entre os sistemas, um indivíduo pode ser diagnosticado com TEPT em um deles, mas não no outro (Bisson, 2013).

Dada a severidade dos sintomas e o impacto funcional da doença, o TEPT é considerado um problema de saúde pública (APA, 2014), exigindo maior atenção na identificação precoce e no tratamento adequado dos indivíduos afetados.

1.3.5 Epidemiologia do TEPT

A prevalência do TEPT tem sido amplamente estudada, especialmente nos Estados Unidos, onde a maior parte das pesquisas foi realizada utilizando o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) como referência diagnóstica, em vez da Classificação Internacional de Doenças (CID).

Um dos estudos mais relevantes sobre o tema é o National Comorbidity Survey (NCS), uma pesquisa epidemiológica de larga escala iniciada nos anos 1990 para investigar a prevalência, as causas e as consequências dos transtornos mentais na população norte-americana. O NCS foi pioneiro ao aplicar entrevistas diagnósticas baseadas no DSM em uma amostra representativa da população geral dos EUA. Seu impacto na saúde pública é significativo, sendo amplamente citado em pesquisas e políticas de saúde mental (Kessler *et al.*, 1995). A última versão do estudo foi realizada entre 2001 e 2003.

De acordo com dados do NCS, a prevalência ao longo da vida do TEPT na população geral dos EUA é estimada em 7,8%, considerando indivíduos entre 15 e 54 anos. Outras estimativas indicam que cerca de 8% da população geral pode desenvolver TEPT em algum momento da vida. Além disso, formas subclínicas do transtorno podem afetar de 5% a 15% das pessoas. No entanto, em grupos expostos a eventos traumáticos, a prevalência pode ser ainda mais alta, variando entre 5% e 75% (Sadock; Sadock, 2007).

No contexto brasileiro, os fatores de risco associados ao TEPT refletem a realidade social do país. Em sua tese de doutorado, Santos (2010) investigou os principais eventos traumáticos ligados ao transtorno, destacando a violência doméstica e comunitária, o abuso sexual, a negligência, perdas afetivas violentas e abruptas, como homicídios, além de ferimentos graves sofridos por si ou por pessoas próximas. Outros fatores incluem sequestros, ameaças de morte, acidentes graves e exposição a ambientes de risco, como áreas dominadas pelo tráfico de drogas ou comunidades com altos índices de violência (Santos, 2010).

Embora a resposta ao estresse varie entre indivíduos, há evidências de que, em situações extremas, como guerras, conflitos prolongados e campos de concentração, a incidência de TEPT aumenta rapidamente, tornando-se uma questão crítica de morbidade mental (Hollander; Simeon, 2012). Esses achados reforçam a importância de políticas públicas e estratégias de intervenção que considerem tanto os fatores individuais quanto os contextos socioculturais que aumentam a vulnerabilidade ao TEPT.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral do estudo foi realizar uma revisão narrativa sobre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) na população LGBTQIA+ brasileira, considerando sua prevalência, fatores de risco associados ao conceito de estresse de minorias e as implicações para a saúde mental dessas pessoas.

2.2 Objetivos Específicos

1. Estabelecer um paralelo entre os conceitos de estresse, trauma e TEPT;
2. Apresentar a evolução científica e histórica do TEPT e sua atual definição nos manuais diagnósticos (CID 11 e DSM-V TR);
3. Descrever a população LGBTQIA+ brasileira, destacando suas especificidades e desafios no contexto social;
4. Apresentar o conceito de estresse de minoria sexual e de gênero e sua relação com a maior vulnerabilidade ao TEPT nessa população.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura. Este tipo de revisão é uma forma não sistematizada de revisar a literatura e proporcionar uma análise crítica, com o propósito de descrever e discutir o estado da arte de um assunto específico, sob o ponto de vista teórico ou contextual (Rother, 2007).

Para a elaboração deste estudo, foram utilizadas publicações que abordassem o tema, após análise e seleção de artigos encontrados pelas buscas nas bases de dados Medline (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), ScienceDirect e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para tal, utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) post-traumatic stress disorder; gender minorities; LGBT; sexual and gender minorities; queer; LGBT+; PTSD; LGBTIA+; o operador booleano AND e suas correspondentes em português.

Os critérios de inclusão para a busca dos estudos foram: artigos publicados que abordassem o tema do trabalho em inglês e português, sem restrição de data das publicações, incluindo artigos científicos, relatórios oficiais de órgãos públicos, livros, capítulos de livros, trabalhos de conclusão de curso, teses e dissertações. Já os critérios de exclusão foram: artigos que não possuíam relação com a questão principal do estudo, trabalhos apresentados em eventos (workshop, congressos) e relatórios profissionais de final de curso.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Teoria do estresse de minoria

A vulnerabilidade ao estresse e o desenvolvimento de transtornos como o (TEPT) resultam de uma interação complexa entre fatores individuais e o ambiente social em que o indivíduo está inserido (Admon; Milad; Hendler, 2013; Ozer *et al.*, 2003; Zoladz; Diamond, 2013; Santos, 2010). Nesse contexto, a exposição a experiências adversas, como discriminação, exclusão e violência, pode contribuir significativamente para o adoecimento mental, especialmente em grupos historicamente marginalizados.

Desde a década de 1990, pesquisadores vêm desenvolvendo a Teoria do Estresse de Minoria (*“Minority Stress Theory”*), que busca explicar como a opressão constante afeta a saúde mental de minorias sociais (Meyer, 1995; 2003; 2010; 2015). Segundo essa teoria, a discriminação e o preconceito geram um ambiente social hostil, resultando em níveis mais elevados de estresse e, conseqüentemente, maior risco para transtornos psicológicos, como o TEPT (Scandurra *et al.*, 2018). Esse estresse crônico não apenas afeta o bem-estar emocional, mas também pode desencadear reações fisiológicas prolongadas, dificultando o enfrentamento de desafios cotidianos e aumentando a vulnerabilidade ao adoecimento.

Chauí (1985) amplia a compreensão da violência ao apontar que ela não se resume à transgressão de normas e leis. Para a autora, a violência pode ser entendida sob duas perspectivas principais: primeiro, como a transformação de diferenças sociais em relações hierárquicas de desigualdade, utilizadas para dominação, exploração e opressão; segundo, como um mecanismo que desumaniza o indivíduo, reduzindo sua condição de sujeito a um estado de passividade e silêncio.

Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade, com fins de dominação, de exploração e opressão. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência.

Chauí, 1985, p. 35

Nesse contexto, a população negra, pessoas LGBTQIA+, mulheres e grupos em situação de vulnerabilidade econômica, mesmo sendo numericamente expressivos, são

considerados minoritários porque não controlam as narrativas hegemônicas da sociedade (Borret *et al.*, 2021). Essa marginalização gera sofrimento psíquico e estresse contínuo, reforçando processos de estigmatização e exclusão (Borret *et al.*, 2021).

A Teoria do Estresse de Minoria foi inicialmente desenvolvida por Meyer (1995; 2003) para explicar o impacto do estresse social na saúde mental de minorias sexuais, especificamente lésbicas, gays e bissexuais (LGB). No entanto, estudos posteriores demonstraram que as pessoas trans (T) e de identidades de gênero diversas (*Gender Diverse - GD*) enfrentam desafios distintos, que vão além daqueles vivenciados pelas minorias sexuais (Clarke *et al.*, 2010). Para abordar essas especificidades, Testa *et al.* (2015) propuseram o Modelo de Estresse de Minorias de Gênero, que considera os estressores únicos enfrentados por pessoas trans e não binárias. Esse modelo ampliou a compreensão das disparidades na saúde mental entre pessoas transgêneras e cisgêneras, evidenciando a necessidade de abordagens diferenciadas para cada grupo (Testa *et al.*, 2015).

4.2 A população LGBTQIA+ brasileira

No Brasil, a sigla LGBTQIA+ é oficialmente utilizada pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania para representar a diversidade sexual e de gênero, abrangendo lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros (travestis e transexuais), queer, intersexo, assexuais e outras identidades que não se encaixam na norma heterossexual e cisgênera (Brasil, 2024). Essa nomenclatura tem evoluído para ser mais inclusiva, sendo que algumas variações, como LGBTQIAP+ ou LGBTQIAPN+, são adotadas para ampliar a visibilidade das diferentes identidades dentro da comunidade (Gonçalves *et al.*, 2020; National LGBT Health Education Center, 2018; WHO, 2016).

A relação entre ser LGBTQIA+ e os desafios à saúde mental tem sido amplamente estudada. Meyer (2003) desenvolveu o conceito de estresse de minoria, explicando como a exposição contínua a discriminação, preconceito e exclusão social gera impactos psicológicos negativos. Posteriormente, Testa *et al.* (2015) ampliaram essa teoria para incluir experiências vividas por pessoas trans e de gênero não binário. Esses estudos apontam que indivíduos LGBTQIA+ apresentam índices significativamente mais elevados de transtornos mentais, como depressão, ansiedade e transtornos relacionados ao uso de substâncias, além de maior vulnerabilidade ao suicídio (Mays; Cochran, 2001; Gilman *et al.*, 2001; Sandfort *et al.*, 2001; Testa *et al.*, 2015; Testa *et al.*, 2016).

A saúde mental global, definida por Patel e Prince (2010), busca reduzir desigualdades no acesso a serviços e tratamentos psiquiátricos. Patel (2012) destaca que essa abordagem envolve a análise dos fatores que impactam os transtornos mentais, a qualidade dos tratamentos disponíveis e o desenvolvimento de estratégias para superar barreiras ao cuidado (Becker; Kleinman, 2013; Collins *et al.*, 2011). No caso da população LGBTQIA+, o estigma e a discriminação são fatores determinantes para a piora dos indicadores de saúde mental. O preconceito cria um ambiente de estresse crônico, aumentando a incidência de transtornos psicológicos (Friedman, 1999; Brooks, 2018; Meyer, 1995, 2003; Testa *et al.*, 2015).

A desigualdade no acesso a cuidados de saúde mental também se manifesta de forma global. Wenceslau e Ortega (2015) apontam que países de baixa e média renda enfrentam maiores dificuldades no atendimento à população LGBTQIA+, resultado de disparidades estruturais e falta de políticas inclusivas (Patel, 2006; Kleinman, 2009). Além disso, Cohen, Patel e Minas (2014) enfatizam a necessidade de considerar diferenças culturais nos diagnósticos e nas abordagens clínicas para transtornos mentais.

O Brasil se destaca negativamente quando o assunto é violência contra a população LGBTQIA+, sendo um dos países com os maiores índices de agressões e homicídios motivados por identidade de gênero e orientação sexual. Teixeira *et al.* (2021) ressaltam que essa violência é sustentada por crenças e práticas discriminatórias que desumanizam essas pessoas.

Os dados do Atlas da Violência 2024, publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), evidenciam essa realidade alarmante. Em 2022, foram registradas 8.028 vítimas de violência contra dissidentes sexuais e de gênero, um aumento de 39,4% em relação a 2021, quando houve 5.759 casos. A análise da série histórica desde 2014 revela um crescimento contínuo desses números, com exceção de 2020, quando a pandemia de Covid-19 reduziu os atendimentos presenciais. O salto entre 2021 e 2022 é um dos mais expressivos, evidenciando um agravamento da violência contra essa população (IPEA, 2024).

A Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra) também documentou a violência letal contra essa comunidade. Em 2022, 131 pessoas trans e travestis foram assassinadas no Brasil, de acordo com o levantamento da organização (Benevides, 2023). Esses dados reforçam a necessidade de medidas urgentes para combater a violência e garantir proteção à população LGBTQIA+, bem como políticas públicas eficazes para promover acesso adequado a serviços de saúde mental.

5 RESULTADOS

A busca nas bases de dados resultou, inicialmente, na identificação de 38 estudos científicos para análise. No entanto, a maioria apresentava recortes da população-alvo deste estudo, com uma lacuna significativa em relação às populações intersexo e assexuais. Dessa forma, os trabalhos revisados restringiram-se às populações LGBTQ (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e queer). Após uma triagem criteriosa, 29 estudos que não abordavam diretamente a relação entre TEPT e a comunidade LGBTQIA+ foram excluídos, restando apenas nove artigos, todos em inglês. A Tabela 1 apresenta os artigos selecionados para esta revisão.

Os estudos analisados corroboram evidências de que pessoas LGBTQIA+ enfrentam maiores desafios em saúde mental. Conron *et al.* (2010) e Teixeira-Filho e Rondini (2012) destacam que essa população apresenta taxas mais elevadas de tabagismo, uso abusivo de álcool e outras substâncias. Além disso, gays, lésbicas e bissexuais relatam maior limitação em atividades diárias devido a questões físicas, mentais e emocionais. Tais fatores estão diretamente relacionados ao "estresse de minoria", fenômeno associado ao impacto psicológico da discriminação e violência constantes (Ard; Makadon, 2012; Brooks *et al.*, 2018).

Entre os estudos selecionados, quatro investigam especificamente a relação entre a saúde mental da população LGBTQIA+ e o TEPT. Keating e Muller (2019) analisaram os efeitos da discriminação na saúde mental, demonstrando uma correlação entre a exposição ao preconceito e um aumento na sintomatologia de TEPT, incluindo dissociação, desregulação emocional e apego inseguro. Outros três estudos destacam o impacto do TEPT e suas comorbidades psiquiátricas na população LGBTQIA+. Brewerton *et al.* (2021) apontaram uma maior incidência de traumas ao longo da vida entre indivíduos LGBTQ+, com prevalência de TEPT de 63% em comparação a 45% em indivíduos cisgêneros e heterossexuais, além de maior gravidade de transtornos alimentares e depressivos. Lehavot e Simpson (2014) verificaram que mulheres lésbicas e bissexuais relatam mais traumas ao longo da vida e apresentam maior risco de desenvolver TEPT e depressão em relação às mulheres heterossexuais. Haque *et al.* (2020) encontraram maior prevalência de depressão e ansiedade entre jovens LGBT, mas sem diferença significativa nos índices de TEP.

Autores	Título	Objetivos	Metodologia
Edward J. Alessi, Ilan H. Meyer, James I. Martin (2013)	PTSD and Sexual Orientation: An Examination of Criterion A1 and Non-Criterion A1 Events	Comparar a prevalência de TEPT entre indivíduos LGB brancos, negros e latinos com indivíduos heterossexuais, considerando eventos que não são tradicionalmente incluídos como traumáticos (Critério A1)	Estudo transversal com dados do <i>Project Stride</i> , utilizando entrevistas estruturadas
Keren Lehavot & Tracy L. Simpson (2014)	Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and Depression Among Sexual Minority and Heterosexual Women Veterans	Avaliar o impacto do trauma ao longo da vida em mulheres veteranas lésbicas, bissexuais e heterossexuais, focando na presença de sintomas compatíveis com TEPT e depressão	Pesquisa online anônima realizada com veteranas, com medidas de triagem para TEPT e depressão
David T. Solomon <i>et al.</i> (2019)	The impact of minority stress and gender identity on PTSD outcomes in sexual minority survivors of interpersonal trauma	Investigar o impacto do estresse de minoria e status de minoria de gênero nos sintomas de TEPT após traumas interpessoais, como abusos sexuais e de relacionamentos	Estudo transversal com análise de regressão
Leah Keating & Robert T. Muller (2019)	LGBTQ+ based discrimination is associated with PTSD symptoms, dissociation, emotion dysregulation, and attachment insecurity among LGBTQ+ adults who have experienced Trauma	Examinar a relação entre discriminação baseada na orientação sexual e identidade de gênero e sintomas psicológicos relacionados ao trauma	Questionários sobre discriminação e funcionamento psicológico

Danish Haque <i>et al.</i> (2020)	Rates of Depression, Anxiety, PTSD, and Antidepressant Prescribing in Suicidal LGBT Children and Adolescents	Comparar as taxas de TEPT, depressão, ansiedade e prescrição de antidepressivos entre adolescentes LGBT que já apresentaram comportamento suicida e um grupo controle	Estudo retrospectivo baseado em revisão de prontuários médicos de um hospital psiquiátrico na fronteira EUA - México
Timothy D. Brewerton <i>et al.</i> (2021)	Sexual and gender minority individuals report higher rates of lifetime traumas and current PTSD than cisgender heterosexual individuals admitted to residential eating disorder treatment	Comparar taxas de trauma e TEPT em indivíduos LGBTQ+ e cisgêneros com transtornos alimentares internados para tratamento	Questionários clínicos aplicados em pacientes de sete centros de tratamento nos EUA
Beatrice Alba <i>et al.</i> (2021)	Factors Associated with Self-Reported PTSD Diagnosis Among Older Lesbian Women and Gay Men	Examinar os fatores preditores ao diagnóstico de TEPT em mulheres lésbicas e homens gays mais velhos, associando com sua qualidade de vida atual	Estudo transversal com questionário online respondido por homens gays e mulheres lésbicas da Austrália
Nicholas A. Livingston <i>et al.</i> (2022)	Identifying Posttraumatic Stress Disorder and Disparity Among Transgender Veterans Using Nationwide Veterans Health Administration Electronic Health Record Data	Estimar a prevalência de TEPT entre veteranos transgêneros e cisgêneros usando registros eletrônicos de saúde	Análise de dados de registros médicos da Veterans Health Administration (VHA), coletados de 1999 a 2021
Mattia Marchi <i>et al.</i> (2023)	Post-traumatic stress disorder among LGBTQ people: a systematic review and meta-analysis	Revisar e sintetizar estudos sobre a prevalência de TEPT na população LGBTQ	Revisão sistemática e meta-análise com seleção de 27 estudos, envolvendo 31.903 pessoas LGBTQ e 273.842 pessoas heterossexuais

Tabela 1. Descrição dos artigos, ordenados pela data de publicação, selecionados para revisão

Dois estudos focam em populações específicas por faixa etária. Haque *et al.* (2020) analisaram crianças e adolescentes LGBT com idade média entre 11 e 13 anos, enquanto Alba *et al.* (2021) investigaram mulheres lésbicas e homens gays a partir dos 60 anos. Os achados sugerem que fatores geracionais influenciam as vivências de trauma e a vulnerabilidade ao TEPT.

O TEPT é amplamente documentado em ex-combatentes, com prevalência que pode chegar a 75% nessa população (Menabô; Agostinho, 2011; Sbardelloto, 2011). Dois estudos analisaram veteranos LGBTQIA+. Livingston *et al.* (2022) observaram que veteranos transgêneros apresentam TEPT com maior frequência do que veteranos cisgêneros, devido ao estresse de minoria de gênero e a experiências traumáticas específicas. Lehavot e Simpson (2014) destacaram que mulheres lésbicas e bissexuais veteranas enfrentam múltiplos tipos de trauma ao longo da vida, o que eleva significativamente seu risco para o desenvolvimento do TEPT.

A teoria do estresse de minoria, proposta por Meyer (2003), identifica quatro fatores principais que impactam a saúde mental de populações marginalizadas: (1) experiências diretas de violência e discriminação, (2) expectativa constante de novos eventos discriminatórios, (3) internalização do preconceito social e (4) dificuldades no processo de "saída do armário", que podem gerar repressão ou exposição a conflitos sociais. Esse modelo ajuda a explicar a vulnerabilidade da população LGBTQIA+ ao TEPT.

Solomon *et al.* (2019) testaram o impacto do estigma internalizado e do status de minoria de gênero no desenvolvimento de TEPT em vítimas de abuso sexual e traumas interpessoais. Os resultados indicaram que o estigma internalizado foi um preditor significativo para sintomas de TEPT, enquanto a "saída do armário" não demonstrou impacto significativo. Além disso, pessoas LGBTQIA+ que também pertenciam a uma minoria de gênero apresentaram risco ainda maior de desenvolver o transtorno, independentemente do tipo de trauma sofrido.

A perspectiva ecossocial na epidemiologia, proposta por Krieger (2001), explica como fatores sociais se traduzem em desfechos biológicos e em disparidades de saúde. Aplicando essa abordagem, Alessi, Meyer e Martin (2013) analisaram a relação entre raça, orientação sexual e TEPT, demonstrando que indivíduos negros e latinos LGBTQIA+ apresentam maior vulnerabilidade ao transtorno, especialmente quando considerados eventos tradicionalmente não reconhecidos como traumáticos pelo DSM-IV, como desemprego, falta de moradia e separação familiar.

Marchi *et al.* (2023) conduziram uma revisão sistemática e meta-análise abrangendo 31.903 pessoas LGBTQ e 273.842 controles cisgêneros e heterossexuais. Os resultados confirmaram um risco aumentado de TEPT entre a população LGBTQIA+, sendo as pessoas transgênero o subgrupo mais vulnerável, seguidas por indivíduos bissexuais. No entanto, os autores ressaltam a necessidade de novos estudos que incluam outras identidades da sigla, como pessoas intersexo, que permanecem sub-representadas na literatura científica.

6 DISCUSSÃO

A escolha pelo uso da sigla LGBTQIA+ neste estudo tem o propósito de alinhar-se às diretrizes dos órgãos governamentais nacionais e garantir maior inclusão e representatividade das diversas orientações sexuais e identidades de gênero. Enquanto muitas políticas públicas e pesquisas acadêmicas se concentram em pessoas LGB, há um apagamento das experiências de grupos como intersexo, assexuais, pansexuais e outras identidades não binárias, que também enfrentam discriminação e violência.

A análise da literatura confirmou essa exclusão, evidenciando a ausência de estudos que abordem de forma mais ampla as diferentes identidades dentro da sigla. Essa limitação foi destacada por Marchi *et al.* (2023), que observaram que seu próprio levantamento não conseguiu detalhar o risco de TEPT para cada identidade LGBTQIA+ devido à falta de dados segmentados. Além disso, os autores ressaltam a escassez de pesquisas com amostras representativas de pessoas intersexo e reforçam a necessidade de mais investigações internacionais sobre o tema.

Embora os estudos revisados indiquem uma prevalência maior de TEPT entre pessoas LGBTQIA+ em comparação com a população geral, não foram encontrados trabalhos específicos que abordem essa relação no contexto brasileiro. Essa lacuna no conhecimento científico nacional é preocupante, especialmente considerando os altos índices de violência contra essa população no Brasil. Entre os estudos inicialmente selecionados, vários abordavam temas como saúde mental (Paveltchuk; Borsa; Damásio, 2020), violência (Malta *et al.*, 2023), estresse de minorias (Paveltchuk; Borsa, 2020) e outras comorbidades psiquiátricas (Melo; da Silva; Mello, 2019), mas não estabeleciam uma conexão direta entre TEPT e a vivência LGBTQIA+.

A exposição contínua à discriminação, agressões e marginalização faz com que muitas pessoas LGBTQIA+ naturalizem essas violências como parte de seu cotidiano. Esse processo pode levar à minimização do impacto do sofrimento psicológico e, conseqüentemente, à subnotificação do adoecimento. Muitas dessas pessoas não buscam atendimento médico ou psicológico, o que contribui para que estudos epidemiológicos subestimem a real prevalência do TEPT nessa população. Esse ciclo de invisibilização reforça a necessidade urgente de políticas públicas e estratégias de saúde mental voltadas especificamente para esse grupo.

Inicialmente, este trabalho tinha uma abordagem mais ampla, incluindo fatores de risco e proteção, o curso clínico do TEPT e estratégias de manejo terapêutico e medicamentoso. No entanto, durante o levantamento bibliográfico, optou-se por um recorte

mais específico, focado na análise da vulnerabilidade da população LGBTQIA+ ao TEPT. A limitação de referências nacionais reforça a importância de, antes de propor intervenções, compreender a real dimensão do problema no Brasil.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão narrativa demonstrou que a população LGBTQIA+ enfrenta um risco significativamente maior de desenvolver Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) em comparação com a população geral. Esse risco é impulsionado principalmente pelo estresse de minoria, um fenômeno que resulta da exposição contínua à discriminação, ao preconceito e à violência estrutural. No entanto, compreender o TEPT nessa população exige uma abordagem que considere tanto os fatores sociais quanto os processos individuais de enfrentamento. A naturalização da violência como parte do cotidiano pode levar muitas pessoas LGBTQIA+ a internalizar suas experiências traumáticas, perpetuando um ciclo crônico de adoecimento silencioso.

Além disso, o TEPT frequentemente se sobrepõe a outras condições psicológicas, como depressão, ansiedade e transtornos relacionados ao uso de substâncias. Esse quadro demanda um olhar clínico mais atento e abordagens terapêuticas que levem em conta as especificidades dessa população. No entanto, a literatura científica ainda apresenta lacunas significativas. Este estudo, por se tratar de uma revisão narrativa, não inclui análises sistemáticas ou estatísticas, o que poderia proporcionar uma visão quantitativa mais precisa sobre a prevalência e os impactos do TEPT em pessoas LGBTQIA+. Além disso, grande parte das pesquisas disponíveis é conduzida em países desenvolvidos, o que pode comprometer a aplicabilidade dos achados ao contexto brasileiro.

Outro ponto relevante é a exclusão de algumas identidades dentro da sigla LGBTQIA+, como pessoas intersexo e assexuais, nos estudos analisados. Essa lacuna reforça a necessidade de pesquisas mais representativas que contemplem toda a diversidade dentro do grupo. Compreender as demandas de saúde dessa população e as barreiras que dificultam seu acesso a serviços especializados é essencial para a formulação de políticas públicas mais inclusivas.

Diante desse cenário, recomenda-se a realização de novos estudos com amostras representativas da população LGBTQIA+ no Brasil, a fim de fornecer um panorama mais preciso da realidade nacional. O desenvolvimento de melhores práticas e estratégias de saúde mental voltadas para essa população é fundamental para garantir equidade no acesso a diagnóstico e tratamento, promovendo reconhecimento, acolhimento e intervenções mais eficazes.

REFERÊNCIAS

- ABREU, K. L. de *et al.* Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 22, n. 2, p. 22- 29, 2002.
- ADMON, R.; MILAD, M.R.; HENDLER, T. A causal model of post-traumatic stress disorder: disentangling predisposed from acquired neural abnormalities. *Trends Cogn Sci*, v. 17, p. 337-347, 2013.
- ALBA, B. *et al.* Factors associated with self-reported PTSD among older lesbian women and gay men. *Journal of Gerontological Social Work*, 2014.
- ALESSI, E.J.; MEYER, I.H.; MARTIN, J.I. PTSD and sexual orientation: an examination of criterion a1 and non-criterion a1 events. *Psychol Trauma*, v. 5, n. 2, p. 149-157, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5. ed. American Psychiatric Publishing, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*, v. 5, n. 5, 18 mar. 2022.
- ARD, K.L.; MAKADON, H.J. *Improving the health care of lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people: Understanding and eliminating health disparities*. Boston, MA: The Fenway Institute, 2012.
- BANNISTER, J. A.; MAHONEY III, J. J.; DAO; T. K. Combat related posttraumatic stress disorder: History, prevalence, etiology, treatment and comorbidity. In: OVUGA, E. (Ed.). *Post traumatic stress disorders in a global context*. Rijeka: InTech, 2012.
- BECKER, A. E.; KLEINMAN, A. Mental health and the global agenda. *N Engl J Med*, v. 369, n. 1, p. 66-73, 2013.
- BENEVIDES, B. G. (Org.) *Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022*. Brasília: Distrito Drag, ANTRA, 2023.
- BISSON, J.I. What happened to harmonisation of the PTSD diagnosis? The divergence of

- ICD11 and DSM5. *Epidemiol Psychiatr Sci*, v. 22, p. 205-207, 2013.
- BISSON, J. I. *et al.* Post-traumatic stress disorder. *BMJ*, São Paulo, n. 351, h6161, Nov. 2015.
- BONANNO, G.A. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*, v. 59, p. 20-28, 2004.
- BORGES, J. L.; DELL'AGLIO, D. D. Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. *Psicologia em Estudo*, v. 13, n. 2, p. 371–379, abr. 2008.
- BORRET, R. H. *et al.* Vulnerabilidades, interseccionalidades e estresse de minorias. In: CIASCA, S. V. *et al* (orgs.). *Saúde LGBTQIA+ – Práticas de cuidado transdisciplinar*. São Paulo: Manole, 2021.
- BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas LGBTQIA+. 2024.
- BREMNER, J.D. Stress and human neuroimaging studies. In: CONRAD, C.D. (Ed.). *The Handbook of Stress: Neuropsychological Effects on the Brain*. Wiley-Blackwell, 2011.
- BREWERTON, T.D. *et al.* Sexual and gender minority individuals report higher rates of lifetime traumas and current PTSD than cisgender heterosexual individuals admitted to residential eating disorder treatment. *Eat Weight Disord*, v. 27, p. 813–820, 2022. DOI: 10.1007/s40519-021-01222-4.
- BREWIN, C.R. *et al.* Outreach and screening following the 2005 London bombings: usage and outcomes. *Psychol Med*, v. 40, p. 2049-2057, 2010.
- BROOKS, H. *et al.* Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review. *Br J Gen Practice*, v. 68, n. 668, p. e187-e196, 2018.
- CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CARDOSO, R. (Org.). *Perspectivas antropológicas da Mulher*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p. 24-61.
- CLARKE, V. *et al.* *Lesbian, gay, bisexual, trans and queer psychology: An introduction*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2010.
- COHEN, A.; PATEL, V.; MINAS, H. A brief history of global mental health. In: PATEL *et al.*

(Org.). *Global Mental Health: principles and practice*. New York: Oxford University, 2014. p. 3-26.

COLLINS, P. Y. *et al.* Grand challenges in global mental health. *Nature*, v. 475, n. 7354, p. 27-30, 2011.

CONRON, K.J. *et al.* A population-based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. *Am J Public Health*, v. 100, n. 10, p. 1953-1960, 2010.

DURAN, E. P. *et al.* *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, Salvador, v. 19, n. 4, p. 597-601, 2020.

FARO, A.; PEREIRA, M. E. Estresse: Revisão Narrativa da Evolução Conceitual, Perspectivas Teóricas e Metodológicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 14, n. 1, p. 78-100, 2013.

GILMAN, S.E.; COCHRAN, S.D.; MAYS, V.M.; HUGHES, M.; OSTROW, D.; KESSLER, R.C. Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 2001.

GODOY, L.D. *et al.* A Comprehensive Overview on Stress Neurobiology: Basic Concepts and Clinical Implications. *Front. Behav. Neurosci.*, v. 12, p. 127, 2018.

GONÇALVES, A. C. *et al.* A Violência LGBTQIA+ no Brasil. FGV Direito SP, São Paulo, dez. 2020. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/29886/A%20Viol%c3%aancia%20LGBTQIA%2b%20no%20Brasil.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 13 jun. 2024.

GUPTA, M.A. Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, v. 25, p. 86-99, 2013.

HAQUE, D. *et al.* Rates of depression, anxiety, PTSD, and antidepressant prescribing in suicidal LGBT children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 59, n. 10, p. S218, 2020.

HERMAN, J. *Trauma and recovery*. New York: Basic Books, 1992.

HOLLANDER, E.; SIMEON, D. Transtornos de ansiedade. In: HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C.; GABBARD, G. O. *Tratado de psiquiatria clínica*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 599-610.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S.; FRANCO, F. M. de M. (Orgs.). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

KARSTOFT, K.; GALATZER-LEVY, I.R.; STATNIKOV, A.; LI, Z.; SHALEV, A.Y. Bridging a translational gap: using machine learning to improve the prediction of PTSD. *BMC Psychiatry*, v. 15, p. 30, 2015.

KEATING, L.; MULLER, R. T. LGBTQ+ based discrimination is associated with PTSD symptoms, dissociation, emotion dysregulation, and attachment insecurity among LGBTQ+ adults who have experienced trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2019.

KESSLER, R.C. *et al.* Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, v. 52, p. 1048-1060, 1995.

KLEINMAN, A. Global mental health: a failure of humanity. *Lancet*, v. 374, n. 9690, p. 603-604, 2009.

KRIEGER, N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, v. 30, p. 677, 2001.

LEHAVOT, K.; SIMPSON, T. L. Trauma, posttraumatic stress disorder, and depression among sexual minority and heterosexual women veterans. *Journal of Counseling Psychology*, v. 61, n. 3, p. 392-403, 2014.

LIVINGSTON, N.A. *et al.* Identifying posttraumatic stress disorder and disparity among transgender veterans using nationwide Veterans Health Administration electronic health record data. *LGBT Health*, v. 9, n. 2, p. 94-102, 2022. DOI: 10.1089/lgbt.2021.0246.

MAERCKER, A. *et al.* Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*, v. 381, p. 1683-1685, 2013.

MALTA, M. *et al.* Addressing discrimination and violence against Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer (LGBTQ) persons from Brazil: a mobile health intervention. *BMC Public Health*, v. 23, n. 2069, 2023. DOI: 10.1186/s12889-023-16857-4.

MARCHI, M. *et al.* Post-traumatic stress disorder among LGBTQ people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, v. 32, e44, 2023.

MAYS, V. M.; COCHRAN, S. D. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91, 1869-1876, 2001.

MENABÔ, P. C. M.; AGOSTINHO, M. R. Um breve enquadre diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), com ênfase sobre os prejuízos sociais. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*, Garça, n. 16, p. 1-6, 2011.

MEYER, I. H. Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 36, n. 1, p. 38-56, 1995.

MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, v. 129, p. 674-697, 2003.

MEYER, I. H. Identity, stress, and resilience in lesbians, gay men, and bisexuals of color. *The Counseling Psychologist*, v. 38, p. 442-454, 2010.

MEYER, I. H. Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, v. 2, p. 209-213, 2015.

NATIONAL LGBT HEALTH EDUCATION CENTER. *Glosario de Términos LGBT Para Equipos de Atención a la Salud*. 2018. Disponível em: <<https://www.lgbtqihealtheducation.org/publication/glosario-de-terminos-lgbt-para-equipos-de-atencion-a-la-salud>>. Acesso em: 14 jun. 2024.

OZER, E.J. *et al.* Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, v. 129, p. 52-73, 2003.

PATEL, V. Beyond evidence: the moral case for International Mental Health. *Am J Psychiatr*, v. 163, n. 8, p. 1312-5, 2006.

PATEL, V., Prince. M. Global Mental Health: a new global health field comes of age. *JAMA*, v. 303, n. 19, p. 1976-7, 2010.

- PATEL, V. Global Mental Health: from science to action. *Harvard Rev Psychiatr*, v. 20, n. 1, p. 6-12, 2012.
- PAVELTCHUK, F. DE O.; BORSA, J. C. A teoria do estresse de minoria em lésbicas, gays e bissexuais. *Revista SPAGESP*, v. 21, n. 2, p. 41-54, 2020.
- PAVELTCHUK, F. DE O. *et al.* Apoio social, resiliência, estresse de minorias e saúde mental de mulheres lésbicas e bissexuais. *Psico-USF*, v. 25, n. 3, p. 403–414, 2020.
- POST, R.M. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry*, 1992; 149, 999–1010
- ROTA, M. *et al.* Contribuições da Terapia Cognitiva Comportamental no Transtorno do Estresse Pós Traumático: Revisão de Literatura. 2023.
- ROTHER, E.T. Systematic literature review x narrative review.. *Acta Paul. Enferm*,20(2):v. 2007.
- RUEBNER, O. *et al.* Cities and mental health. *Dtsch Ärztebl int.*, [s.l.], v. 114, n. 8, p. 121-127, Feb. 2017
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9. ed. Porto Alegre: Arned, 2007.
- SANDFORT, T.G.; DE GRAAF, R.; BIJL, R.V.; SCHNABEL, P. Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry*, 2001.
- SANTOS, A. F. Determinantes psicossociais da capacidade adaptativa: um modelo teórico para o estresse. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.
- SANTOS, R. M. V. Transtorno de estresse pós-traumático, cognição e saúde mental. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- SAREEN, J; COX B.J; STEIN M.B; AFIFI, T.O; FLEET, C; ASMUNDSON, G.J.G. Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosom Med* 2007;69:242-8.
- SBARDELLOTO, G. *et al.* Transtorno do estresse pós-traumático: evolução dos critérios

diagnósticos e prevalência. *Psico-USF*, v. 16, n.1, p. 67-73, 2011.

SCANDURRA, C.; *et al.* Internalized transphobia, resilience, and mental health: applying the psychological mediation framework to Italian transgender individuals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(3):508-26.

SCHESTATSKY, S. *et al.* A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. 4 5 *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 25, p. 8-11, 2003.

SCHNURR, P.P; WACHEN, J. S; GREEN, B.L; KALTMAN, S. (2021). Trauma exposure and physical health. In: Friedman M.J; Keane T.M; Resick P.A; (Eds.) *Handbook of PTSD: science and practice* (3rd ed., pp. 462–479). Guilford Press, 2007.

SHERIN, J. E. NEMEROFF, C. B. PTSD: neurobiological impact of psychological trauma - *Dialogues in Clinical Neuroscience* - Vol 13 . No. 3 . 2011

SILVA, B. L. da; MELO, D. S. de; MELLO, R. A sintomatologia depressiva entre lésbicas, gays, bissexuais e transexuais: um olhar para a saúde mental [Symptoms of depression among lesbians, gays, bisexuals, and transsexuals: a look at mental health]. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 27, p. e41942, 2019. DOI: 10.12957/reuerj.2019.41942.

SILVA, M. S. T; TORRES, C. R. O. V. Alterações neuropsicológicas do estresse: contribuições da neuropsicologia . *Revista Científica Novas Configurações – Diálogos Plurais*, Luziânia, v. 1, n.2, p. 67 - 80, 2020. <https://doi.org/10.4322/2675-4177.2020.021>

SOLOMON, D. T.; , COMBS, E. M.; ,ALLEN, K.; ROLES, S.; DICARLO, S.; REED , O.; KLAVER, S. J. The impact of minority stress and gender identity on PTSD outcomes in sexual minority survivors of interpersonal trauma, *Psychology & Sexuality*, 2019. DOI: 10.1080/19419899.2019.1690033

TAN, K. K. H.; TREHARNE, G. J.; ELLIS, S. J.; SCHMIDT, J. M.; VEALE, J. F. (2019): Gender Minority Stress: A Critical Review, *Journal of Homosexuality*, DOI: 10.1080/00918369.2019.1591789

TEIXEIRA, D.S.; VIEIRA, R.C.; JÚNIOR, M. B.; BORRET, R. H; MOURA, R. Abordagem da violência na prática clínica in CIASCA, S. V. *et al* (orgs.). *Saúde LGBTQIA+ – Práticas de cuidado transdisciplinar*. São Paulo: Manole, 2021.

TEIXEIRA-FILHO, F.S.; RONDINI, C.A. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saúde Soc.* 2012;21(3):651-67.

TESTA, R. J., HABARTH, J., PETA, J., BALSAM, K., & BOCKTING, W. Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65–77. 2015. doi:10.1037/sgd0000081

TESTA, R.J.; MICHAELS, M.S.; BLISS, W.; ROGERS, M.L.; BALSAM, K.F.; JOINER, T. Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *J Abnorm Psychol.* 2017 Jan;126(1):125-136. doi: 10.1037/abn0000234. Epub 2016 Nov 10. PMID: 27831708.

VERMETTEN, E; BREMNER, J.D. Circuits and systems in stress. I. Preclinical studies. *Depress Anxiety* 15, p. 126–147. 2002.

VERMETTEN, E; BREMNER, J.D. Circuits and systems in stress. II. Applications to neurobiology and treatment of PTSD. *Depress Anxiety* 16, p. 14–38. 2002

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 19, n. 55, p. 1121–1132, out. 2015

WHITE, J. *et al.* Risk of post-traumatic stress disorder following traumatic events in a community sample. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, v. 24, p. 249-257, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.* 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *FAQ on Health and Sexual Diversity: An Introduction to Key Concepts.* 2016. Disponível em: <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255340/WHO-FWC-GER-16.2-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 14 jun. 2024.

ZOLADZ, P. R.; DIAMOND, D. M. Current status on behavioral and biological markers of PTSD: a search for clarity in a conflicting literature. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 37, p. 860-895, 2013.