

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Ciências Econômicas
Programa de Pós-Graduação em Demografia

Samuel Araujo Gomes da Silva

“Nós que mudamos, eles não”:

A importância do suporte familiar, da idade e do gênero na análise do desenvolvimento da identidade sexual e da saúde mental de lésbicas, gays e bissexuais em Minas Gerais

Belo Horizonte

2021

Samuel Araujo Gomes da Silva

“Nós que mudamos, eles não”:

A importância do suporte familiar, da idade e do gênero na análise do desenvolvimento da identidade sexual e da saúde mental de lésbicas, gays e bissexuais em Minas Gerais

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Demografia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Demografia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Paula Miranda-Ribeiro

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha

Coorientador: Prof. Dr. Gilvan Ramalho Guedes

Belo Horizonte

2021

Ficha Catalográfica

S586n
2021
Silva, Samuel Araújo Gomes da.
“Nós que mudamos, eles não” [manuscrito] : a importância do suporte familiar, da idade e do gênero na análise do desenvolvimento da identidade sexual e da saúde mental de lésbicas, gays e bissexuais em Minas Gerais / Samuel Araújo Gomes da Silva. – 2021.
284 f., il., gráfs e tabs.

Orientadora: Paula Miranda-Ribeiro.
Coorientadora: Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha.
Coorientador: Gilvan Ramalho Guedes.
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional.
Inclui bibliografia (f. 217-240) e anexos.

1. Identidade sexual – Teses. 2. Minorias sexuais – Teses. 3. Saúde mental – Teses. 4. Demografia – Teses. I. Miranda-Ribeiro, Paula. II. Noronha, Kenya Valéria Micaela de Souza. III. Guedes, Gilvan Ramalho. IV. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. V. Título.

CDD: 304.6



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DEMOGRAFIA

ATA DE DEFESA DE TESE DE SAMUEL ARAÚJO GOMES DA SILVA Nº DE REGISTRO 2017653092

Às quatorze horas do dia quinze do mês de setembro de dois mil e vinte e um, reuniu-se por videoconferência a Comissão Examinadora de TESE, indicada “ad referendum” pelo Colegiado do Curso em 27/07/2021, para julgar, em exame final, o trabalho final intitulado “**Nós que Mudamos, Eles Não**”: **A Importância do Suporte Familiar, da Idade e do Gênero na Análise do Desenvolvimento da Identidade Sexual e da Saúde Mental de Lésbicas, Gays e Bissexuais em Minas Gerais**, requisito final para a obtenção do Grau de Doutor em Demografia.

Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Prof^a. Paula de Miranda Ribeiro, após dar a conhecer aos(às) presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato, para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos(as) examinadores(as), com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão composta pelos(as) professores(as): Paula de Miranda Ribeiro (Orientadora) (CEDEPLAR/FACE/UFMG), Gilvan Ramalho Guedes (Coorientador) (CEDEPLAR/FACE/UFMG), Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha (Coorientadora) (CEDEPLAR/FACE/UFMG), Andréa Branco Simão (CEDEPLAR/FACE/UFMG), Cássio Maldonado Turra (CEDEPLAR/FACE/UFMG), Gláucia dos Santos Marcondes (UNICAMP), Juliana Gonzaga Jayme (PUC Minas) e Marco Aurélio Máximo Prado (Departamento de Psicologia/UFMG) se reuniu, sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do resultado final.

A Comissão **APROVOU** o candidato por unanimidade. O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 15 de setembro de 2021.

Prof^a. Paula de Miranda Ribeiro (Orientadora) (CEDEPLAR/FACE/UFMG)
Prof. Gilvan Ramalho Guedes (Coorientador) (CEDEPLAR/FACE/UFMG)
Prof^a. Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha (Coorientadora) (CEDEPLAR/FACE/UFMG)
Prof^a. Andréa Branco Simão (CEDEPLAR/FACE/UFMG)
Prof. Cássio Maldonado Turra (CEDEPLAR/FACE/UFMG)
Prof^a. Gláucia dos Santos Marcondes (UNICAMP)
Prof^a. Juliana Gonzaga Jayme (PUC Minas)
Prof. Marco Aurélio Máximo Prado (Departamento de Psicologia/UFMG)

PROF^a. LAURA LÍDIA RODRÍGUEZ WONG
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Demografia



Documento assinado eletronicamente por **Paula de Miranda Ribeiro, Professora do Magistério Superior**, em 16/09/2021, às 09:30, 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 **Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha, Professora do Magistério Superior**, em 16/09/2021, às 09:41, 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 **Cassio Maldonado Turra, Professor do Magistério Superior**, em 16/09/2021, às 09:42, 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 **Marco Aurelio Maximo Prado, Professor do Magistério Superior**, em 16/09/2021, às 11:47, 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 **Gilvan Ramalho Guedes, Professor do Magistério Superior**, em 16/09/2021, às 14:27, 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 **Andrea Branco Simao, Assistente Social**, em 17/09/2021, às 12:07, 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 **Gláucia dos Santos Marcondes, Usuário Externo**, em 17/09/2021, às 14:55, 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 **Juliana Gonzaga Jayme, Usuário Externo**, em 19/09/2021, às 12:11, 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 **Laura Lidia Rodriguez Wong, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 20/09/2021, às 12:23, 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 **0957637** e o código CRC **FC744495**.

*Às minhas famílias!
A de onde vim, a que escolhi e a que construí!*

AGRADECIMENTOS

A sensação de agradecer por este trabalho já é satisfatória em si, pelo fato que, se agradeço, significa que consegui finalizar. Foram quase cinco intensos anos de dedicação. Todos os minutos contaram! Todos os apoios foram essenciais!

Começo agradecendo aos meus pais, que nunca retiraram a educação do lugar de prioridade na minha trajetória. Que me mostraram que nem sempre a dedicação será sinônimo de sucesso, mas que o respeito por quem encontramos no caminho sempre será motivo de orgulho. Agradeço também à minha tia, aos meus irmãos e primos-irmãos, pela confiança e incentivo ao meu trabalho, mesmo sem entender muitas vezes o que eu estava fazendo e o porquê não poderia estar presente em momentos tão especiais.

Ao Rafael, pelo companheirismo, parceria, paciência, força, carinho e compreensão. Sem você do meu lado, não sei se teria conseguido passar por tudo isso intacto, ou parcialmente intacto.

Aos meus amigos e minhas amigas, recém-feitos ou de longa data, por me escutarem falar sobre minha tese em todo e qualquer lugar, atenderem aos meus pedidos de ajuda para divulgar a pesquisa, e, mesmo assim, continuarem me chamando para sair. Em especial, aos(as) amigos(as) que o CEDEPLAR me deu. Vocês tornaram acolhedora a minha estada nas salas 2.090 e 2.091.

Ao meu *megazord* de orientação. Sim, tive o privilégio de ser orientado por três pessoas incríveis. A leitura cuidadosa, a escuta atenta, as ideias maravilhosas, a paciência e as trocas de receitas fizeram desse processo uma tarefa quase simples.

A Thaires, Francis e Amanda, que se somaram a essa pesquisa e sempre estiveram dispostos(as) a ajudar com tudo o que precisávamos. Pela companhia nos campos, pelas reuniões que se transformavam em conversas intermináveis e, principalmente, por transcreverem as entrevistas. Esse último agradecimento estendo a Cyrana Veloso, que se juntou a essa tarefa no final e foi brilhante.

Ao CEDEPLAR, representando todos(as) os(as) professores(as), pesquisadores(as) e técnicos(as) administrativos. A seriedade, organização e sensibilidade em estudar as populações humanas fizeram com que eu me sentisse em casa.

Ao IPEAD, em especial à equipe de gestão de projetos, pelo apoio em decifrar o que podíamos fazer, alinhar nossas vontades às regras e executar toda a compra de materiais que tornou essa pesquisa possível.

Aos(às) meus/minhas colegas do #VoteLGBT, por me apresentarem novas possibilidades de pensar a pesquisa sobre LGBT+ e me darem a oportunidade de colocar em prática as minhas ideias e conhecimentos. Um agradecimento todo especial a Fernanda Fortes De Lena, que de referência virou coautora, colega, companheira de campo e amiga para toda a vida.

À CAPES, PPSUS, FAPEMIG e Comissão *Fulbright*, por terem acreditado em mim e no meu trabalho. Essas entidades tornaram possível a pesquisa, por meio de financiamento pessoal e de todos os custos envolvidos na elaboração, coleta e análise dos dados do trabalho.

Não poderia deixar de agradecer à Dr.^a Susan Cochran, que não só aceitou me receber em Los Angeles e na UCLA, como também me integrou docemente ao seu grupo com a Dr.^a Vickie Mays. A ela também agradeço as generosas dicas profissionais e a sugestão sobre pensar os estudos de minorias sexuais a partir de novas óticas. Tudo isso regado a muitos cafés e acompanhado por longas conversas sobre o movimento LGBT na Califórnia.

Agradeço, ainda, aos(às) professores(as) que aceitaram participar da qualificação e defesa desta tese. Foram tais apontamentos, críticas e sugestões que aprimoraram enormemente o trabalho em questão.

Por fim, gostaria de agradecer às 756 pessoas que responderam ao questionário da *Pesquisa Manas*, em especial às 33 que também nos cederam entrevistas. Sem a disponibilidade e confiança de vocês, que nos contaram suas histórias, trajetórias, percalços, sofrimentos e desejos, nada do que está aqui teria sido possível.

Eu quero brincar com você.
Papai não deixa.
O Diretor proíbe.
A Esquerda se opõe.

Você me chama
e eu morro de vontade.
Papai me ameaça.
O Diretor me intima.
A Esquerda me aterroriza.

Saio escondido,
procuro por você,
mas eles me acham.
Papai me bate.
O Diretor me põe de castigo.
A Esquerda atenta contra mim.

Fico esperando,
você me procura,
nos encontramos no escuro,
nos pegam em flagrante.
Papai me expulsa.
O Diretor me interna.
A Esquerda me sequestra.

Escapo e sobrevivo,
mas você não está livre.
É filho de seu Papai.
Disciplinado ao seu Diretor.
Prosélito da sua Esquerda.

Vivo solitário, você prisioneiro,
e não podemos brincar.
Castram nossa infância
porque você é igual a mim,
sua vontade igual à minha,
mas nos fazem diferentes. (MATTOSO, 2017, p.
103).

Uma casa de família com duas passagens. Uma porta de entrada onde vê-se quem entra e quem sai. E outra que leva para os fundos da casa. Percebe-se que a área onde acontece as cenas é apenas uma parte da residência. Há uma outra área onde, presume-se, está o restante da casa. (PASSO, 2013, p. 13).

RESUMO

A presente tese teve por objetivo discutir as associações de idade, gênero e suporte familiar com o desenvolvimento da identidade sexual (DIS) e com a saúde mental (SM) de lésbicas, gays e bissexuais (LGB) em Minas Gerais. Para tanto, utilizou-se a abordagem de método misto através da aplicação de um *survey on-line* com 754 LGB residentes no estado em 2019, dos quais 33 também participaram de entrevistas semiestruturadas. O procedimento de seleção de respondentes para o *survey* baseou-se na técnica *Respondent Driven Sampling (RDS)*, visto que não existem informações sobre o tamanho e a composição da população LGB no Brasil. A aplicação do questionário online resultou na construção de um banco de dados inédito com informações sobre minorias sexuais em Minas Gerais, que permitiu compreender a relação entre desenvolvimento da identidade sexual e saúde mental nessa população (objetivo específico 1). A avaliação do *survey* foi feita com base em métricas topológicas das redes formadas pelas cadeias de indicação dos respondentes (conectividade, caminho médio, grau médio e coeficiente de assortatividade). Para analisar os diferenciais de gênero e de idade no DIS e nos resultados de SM (objetivo específico 2) foram feitas análises descritivas, bivariadas, multivariadas e a delimitação de perfis multidimensionais utilizando o método *Grade of Membership (GoM)*. Por fim, as entrevistas semiestruturadas com os 33 indivíduos LGB foram analisadas por meio da combinação das técnicas de análise de conteúdo e redes temáticas. Essa etapa permitiu aprofundar as análises dos resultados quantitativos e verificar se as mudanças institucionais em prol da diversidade sexual e de gênero refletiram-se em alterações no suporte familiar no processo de DIS entre LGB no estado (objetivo específico 3). Os resultados sugerem que as mulheres apresentaram marcadores de DIS em idades mais avançadas do que os homens, mas com um intervalo menor entre se reconhecer e comunicar a sua sexualidade. Elas também tiveram os piores resultados de saúde mental, especialmente entre as mais jovens. Além disso, foi possível identificar que, apesar dos avanços institucionais em prol da diversidade sexual e de gênero na sociedade em geral, houve poucas mudanças no interior dos domicílios de origem em relação à aceitação e acolhimento de filhos(as) LGB. Logo, o papel do apoio familiar e a lacuna entre a igualdade na família e nas instituições orientadas para o indivíduo são elementos fundamentais nas análises sobre saúde mental, na formulação de

políticas públicas e nas estratégias de coleta de dados e informações sobre minorias sexuais.

Palavras-Chave: População LGB. Minorias sexuais. Saúde mental. Desenvolvimento da identidade sexual. Minas Gerais (Brasil).

ABSTRACT

This dissertation aims to discuss the associations of age, gender, and family support on the development of sexual identity (DSI) and mental health (MH) of lesbians, gays, and bisexuals (LGB) in Minas Gerais. Therefore, we used the mixed method approach through the application of an online survey with 754 LGB residents in the state in 2019. Out of this first sample, 33 individuals also participated in semi-structured interviews. The procedure for selecting respondents for the survey was based on the Respondent Driven Sampling (RDS) technique, as the information on the size and composition of the LGB population in Brazil is not available. The application of the online questionnaire resulted in the construction of an unprecedented database with information on sexual minorities in Minas Gerais, which allowed us to understand the relationship between the development of sexual identity and mental health in this population (specific aim 1). The survey evaluation was based on topological metrics of the networks formed by the respondents' indication chains (connectivity, average path, average degree, and assortativity coefficient) of the networks formed by the respondents' indication chains. We used descriptive, bivariate, multivariate analyzes and the delimitation of multidimensional profiles using the Grade of Membership (GoM) method to investigate the gender and age differentials in DSI and MH results (specific aim 2). Finally, the semi-structured interviews with the 33 LGB individuals were analyzed by combining content analysis techniques and thematic networks. This stage allowed deepening the analysis of the quantitative results and verifying whether institutional changes in favor of sexual and gender diversity are reflected in changes in family support in the DSI process among LGB in the state (specific objective 3). The results suggest that women had DSI milestones at older ages compared to men, but with a shorter interval between recognizing and communicating their sexuality. They also had the worst mental health outcomes, especially among the younger ones. Furthermore, it was possible to identify that despite institutional advances towards sexual and gender diversity in society in general, little has changed within the household of origin concerning the acceptance and care of LGB children. Therefore, the role of family support and the gap between equality in the family and individual-oriented institutions are fundamental elements in the analysis of the mental health of sexual minorities, as well as in public policies and data collection strategies about this population.

Keywords: LGB population. Sexual minorities. Mental health. Development of sexual identity. Minas Gerais, Brazil.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo estresse das minorias.....	33
Figura 2 – Linha do tempo – Mudanças no ambiente social e institucional que podem ter afetado a vidas das pessoas LGBTs nos últimos cem anos no Brasil	58
Figura 3 – Cadeia teórica de recrutamento usando RDS.....	80
Figura 4 – Distribuição espacial dos municípios de residência dos respondentes do questionário da PMA em Minas Gerais	84
Tabela 1 – Composição da PNS (2019) e da amostra da PMA, estudo quantitativo.	85
Figura 5 – Equação.....	89
Figura 6 – Distribuição espacial dos municípios de residência dos participantes das entrevistas semiestruturadas da PMA em Minas Gerais	97
Tabela 2 – Características dos(as) entrevistados(as) – fase qualitativa	98
Quadro 1 – Categorias iniciais de análise das entrevistas com LGB em Minas Gerais	101
Quadro 2 – Categorias finais de análise das entrevistas com LGB em Minas Gerais	102
Tabela 3 – Comparativo da composição da PMA em relação a PNS e entre as orientações sexuais.....	106
Figura 7 – Rede Manas Total.....	108
Figura 8 – Rede Manas – sementes lésbicas.....	109
Figura 9 – Rede Manas – sementes gays.....	110
Figura 10 – Rede Manas – sementes bi/pansexuais.....	110
Figura 11 – Rede Manas – sementes bases movimentos sociais.....	111
Figura 12 – Rede Manas – sementes espontâneas de internet	112
Figura 13 – Rede Manas – sementes da Parada do Orgulho LGBT	112
Tabela 4 – Métricas de avaliação da rede da PMA	114
Tabela 5 – Comparativo da prevalência do risco e do diagnóstico prévio de depressão entre a PNS (2019) e a PMA (2019) e entre a amostra da PMA por orientação sexual	120
Gráfico 1 – Comparativo da prevalência do risco de depressão total (a) e condicionada ao risco de depressão entre a PNS (2019) e da PMA (2019) padronizada pela composição de idade, sexo, raça/cor e nível de escolaridade da PNS (2019).....	122
Gráfico 2 – Comparativo da prevalência do risco de depressão entre a PNS (2019) e a PMA (2019) segundo grupo etário.....	123

Gráfico 3 – Comparativo do relato da idade em que sentiu diferente (%) segundo os marcadores de desenvolvimento do ECA por sexo e grupo etário, PMA (2019)	126
Gráfico 4 – Comparativo da média de Idade em que sentiu diferente por sexo e suas respectivas razões (F/M) segundo grupo etário, PMA (2019)	127
Gráfico 5 – Comparativo do relato da idade em que contou para alguém pela primeira vez que era LGB (%) segundo os marcadores de desenvolvimento do ECA por sexo e grupo etário, PMA (2019)	128
Gráfico 6 – Comparativo da média de Idade em que contou para alguém pela primeira vez que era LGB por sexo e suas respectivas razões (F/M) segundo grupo etário, PMA (2019)	129
Gráfico 7 – Comparativo do delta (idade em que contou para alguém pela primeira vez que era LGB – idade em que sentiu diferente) (%) segundo os marcadores de desenvolvimento do ECA por sexo e grupo etário, PMA (2019)	130
Gráfico 8 – Comparativo da média do Delta (idade em que contou para alguém pela primeira vez que era LGB – idade em que sentiu diferente) por sexo e suas respectivas razões (F/M) segundo grupo etário, PMA (2019)	131
Tabela 6 – Estatísticas descritivas e probabilidades (λ) acompanhadas da razão lambdas sobre frequência marginal (RLFM) para as variáveis utilizadas no GoM para agrupamento da amostra da PMA	135
Quadro 3 – Descrição dos perfis extremos (GoM) com indicadores de saúde, sociodemográficos e de desenvolvimento de identidade sexual, PMA (2019)	141
Figura 14 – Rede temática sobre saúde mental entre minorias sexuais em Minas Gerais	148

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABGLT	Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros
ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
AC	Análise de conteúdo
APA	<i>American Psychological Association</i>
ARCA/ISER	Apoio Religioso contra Aids/Instituto de Estudos da Religião
BRFSS	Sistema de Vigilância do Fator de Risco Comportamental
CAAE	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CEDEPLAR	Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
CELLOS/MG	Centro da Luta pela Livre Orientação Sexual em Minas Gerais
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
DCNT	Doença crônica não transmissível
DIS	Desenvolvimento da identidade sexual
DPD	Diagnóstico prévio de depressão
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EDM	Episódios de depressão maior
EGHO	1º Encontro de Grupos Homossexuais Organizados
ESTEEM	<i>Effective skills to empower effective men</i>
FACE	Faculdade de Ciências Econômicas
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
GAPPA	Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS
GEESC	Grupo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade
GoM	<i>Grade of Membership</i>
IF	Institutos Federais
LF	Grupo Lésbico Feminista
LGB	Lésbicas, gays e bissexuais
LGBT	Lésbicas, gays, bissexuais e transgênero
NHANES	<i>National Health and Nutrition Examination Surveys</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde

PDR	Plano Diretor de Regionlização
Pela Vidda	Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids
PH-Q9	<i>9-item Patient Health Questionnaire</i>
PMa	<i>Pesquisa Manas</i>
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral LGBT
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
RDS	<i>Respondent Driven Sampling</i>
SEESP	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
SES	Secretária de Estado da Saúde
SF-8	<i>8-Item Short-Form Health Survey</i>
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SM	Saúde mental
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidades Primárias de Amostragem
YRBSS	<i>Youth Risk Behavior Surveillance System</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 SERÁ QUE SOU LGB?	27
2.1 Diferenciais de saúde mental entre LGB e heterossexuais	27
2.2 Modelo estresse das minorias	31
2.3 Desenvolvimento da identidade sexual LGB	40
2.4 Mudanças sociais, redução do estigma e impacto na saúde de LGB	46
2.5 Mudanças sociais no Brasil em prol da igualdade sexual e de gênero.....	50
2.6 Suporte familiar e saúde mental LGB.....	60
3 PERCURSO METODOLÓGICO	68
3.1 Percurso metodológico da coleta e análise dos dados quantitativos	69
3.1.1 Instrumento – Questionário estruturado com uma amostra de indivíduos LGB	70
3.1.1.1 Informações sociodemográficas.....	71
3.1.1.2 Qualidade de vida relacionada à saúde	71
3.1.1.3 Saúde mental	72
3.1.1.4 Saúde sexual e reprodutiva.....	72
3.1.1.5 Ser LGB e redes sociais e de suporte	72
3.1.1.6 Acesso e utilização dos serviços de saúde	73
3.1.2 Validação e teste dos instrumentos de coleta de dados	73
3.1.3 Definição dos indicadores selecionados	75
3.1.3.1 Critério Brasil – ABEP	75
3.1.3.2 PHQ-9	76
3.1.3.3 Religiosidade.....	77
3.1.3.4 Desenvolvimento das identidades sexuais.....	77
3.1.4 Desenho da amostra	78
3.1.4.1 A pesquisa de campo	82
3.1.5 Método de análise	85
3.1.5.1 Análise de rede da amostra construída com RDS.....	87
3.1.5.2 GoM.....	88
3.2 Percurso metodológico da análise dos dados qualitativos	92

3.2.1 Instrumentos	94
3.2.2 Desenho da amostra	96
3.2.3 Condução das entrevistas	99
3.2.4 Método de análise qualitativa	100
4 LGB EM MINAS GERAIS: A CONSTRUÇÃO DA AMOSTRA DA PESQUISA MANAS	105
4.1 Composição da amostra em comparação com a PNS	105
4.2 Avaliação da amostra segundo os pressupostos do RDS	107
4.3 Potencialidade da amostra	115
5 Sou LGB. E agora?	119
5.1 Saúde mental entre minorias sexuais em Minas Gerais	120
5.2 Desenvolvimento da identidade sexual entre minorias sexuais em Minas Gerais	126
5.3 Compreendendo a relação entre saúde mental e desenvolvimento da identidade sexual entre minorias sexuais em Minas Gerais	134
5.4 Desvendando a relação entre saúde mental e desenvolvimento da identidade sexual entre minorias sexuais em Minas Gerais	147
5.4.1 Saúde Mental	148
5.4.2 Desenvolvimento da identidade sexual	153
5.4.3 Estresse das minorias	168
5.4.4 Ambiente social	172
5.4.5 Relações familiares	181
5.4.6 Gênero	185
5.4.7 Raça/Cor	188
5.4.8 Território	190
5.4.9 Religião/Religiosidade	196
5.5. A associação da idade, do gênero e do suporte familiar com o desenvolvimento da identidade sexual e saúde mental de lésbicas, gays e bissexuais em Minas Gerais	200
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	210
REFERÊNCIAS	217

1 INTRODUÇÃO

O reconhecimento dos sistemas de gênero como um dos princípios constitutivos da sociedade e, conseqüentemente, da sua capacidade de influenciar a dinâmica demográfica resultou em interesse crescente nos estudos de gênero na demografia. A fecundidade, variável demográfica mais associada às mulheres, encabeça os estudos sobre gênero na área (RILEY, 2005). Cabe salientar que o conceito de gênero não se restringe à diferença biológica entre homem e mulher, mas incorpora os processos sociais, culturais, comportamentais e ideológicos que aprofundam essas diferenças e perpetuam desigualdades (MASON, 1997). Em contrapartida, quando atualizamos as discussões de gênero por meio da inclusão das sexualidades nesse escopo, verificamos que esses estudos ainda ocupam espaços de pouca relevância na demografia e nos estudos populacionais. Normalmente, essa discussão se limita aos direitos sexuais e reprodutivos e às práticas sexuais (RILEY, 2005).

Os direitos sexuais e reprodutivos¹ tornaram-se uma área temática dos estudos sobre gênero nos anos 1990, devido aos esforços do movimento feminista, grande porta-voz dessas demandas, principalmente quando o controle da fecundidade é colocado em pauta. Já os trabalhos que englobam o debate sobre práticas sexuais foram introduzidos na área por meio da epidemiologia, especialmente relacionado à vigilância da incidência do HIV/AIDS. Contudo, com a recente inclusão da categoria *orientação sexual* em alguns *surveys*, gera oportunidade para estudos que abordem as sexualidades nos estudos de gênero. A ideia é que essas novas categorias sejam utilizadas não só como uma variável adicional nos estudos demográficos tradicionais, mas especialmente na criação de pressupostos, modelos e teorias capazes de compreender e explicar as experiências de indivíduos não heterossexuais no seu curso de vida (BAUMLE, 2013), entendendo a sexualidade de forma ampla e compreendida sob a lógica das estruturas de gênero.

¹ “Toda pessoa tem direito ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental. Os estados devem tomar todas as devidas providências para assegurar, na base da igualdade de homens e mulheres, o acesso universal aos serviços de assistência médica, inclusive os relacionados com saúde reprodutiva, que inclui planejamento familiar e saúde sexual. Programas de assistência à saúde reprodutiva devem prestar a mais ampla variedade de serviços sem qualquer forma de coerção. Todo casal e indivíduo têm o direito básico de decidir livre e responsavelmente sobre o número e o espaçamento de seus filhos e ter informação, educação e meios de o fazer.” (UNFPA, 1994, n.p.).

A orientação sexual é um dos aspectos centrais da sexualidade e pode ser definida por meio de 3 ideias principais (IOM, 2011). A primeira é de que se trata da esfera íntima dos relacionamentos sexuais, afetivos ou de ambos, que podem ser expressos em comportamentos ou se manterem apenas na esfera do desejo de um indivíduo. A segunda é relativa à para quem esse desejo é direcionado. Nesse caso precisamos incluir a noção de sexo biológico, entendido como aquele ao qual as pessoas são designadas ao nascer com base na sua genitália (bebês com pênis são entendidas como meninos e com vagina como meninas). Usualmente são definidos como heterossexuais as pessoas a quem os/as parceiros(as) atuais ou potenciais são do sexo oposto. Já as homossexuais são aquelas que se atraem por pessoas do mesmo sexo e bissexuais as que o direcionamento do desejo independe do sexo da pessoa. Por fim, as experiências sexuais esporádicas e de experimentação não definem necessariamente a orientação sexual de um indivíduo. Nesse sentido, o *Institute of Medicine – IOM* (2011) define como orientação sexual um padrão duradouro ou a disposição para experimentar desejos sexuais ou românticos e relacionamentos com pessoas do mesmo sexo, do sexo oposto ou de ambos os sexos.

A compreensão social da orientação sexual não se restringe apenas ao direcionamento do desejo ou ao comportamento sexual, mas também se refere aos sentidos de identidades pessoais e coletivas com base no reconhecimento das atrações e comportamentos relacionados a elas. Além disso, também estão compreendidas nas associações a grupos e comunidades de indivíduos que compartilham os mesmos desejos e comportamentos (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2021). Cabe salientar que a construção e a compreensão social dessas identidades sexuais estão em constante disputas, sobretudo em relação aos termos e siglas que as definem (FACCHINI e FRANÇA, 2009). Logo, apesar de reconhecermos que existem e existirão várias identidades e nomenclaturas para definir indivíduos não heterossexuais, trabalharemos com as categorias mais usuais nesse momento histórico. Por lésbicas entendemos as mulheres/pessoas com identidades de gênero² femininas que se atraem por outras

² A identidade de gênero se refere ao senso básico de uma pessoa em se reconhecer homem ou menino, mulher ou menina ou outro gênero. As pessoas que se reconhecem segundo o sexo que lhe foi atribuído ao nascer são entendidas como cisgêneras (homens com pênis e mulheres com

mulheres/pessoas com identidades gênero femininas. Como gays compreendemos os homens/pessoas com identidades de gênero masculinas que se atraem por outros homens/pessoas com identidades de gênero masculinas. Por fim, por bissexuais/pansexuais³ entendemos as pessoas em que a atração não está vinculada ao sexo ou identidade de gênero da pessoa. Para nos referirmos ao grupo como um todo, utilizamos a sigla LGB.

Outro conceito essencial para a nossa análise é o de curso de vida, entendido como uma sequência de eventos e papéis socialmente definidos que são mediados pelos significados sociais das idades e determinam, em grande parte, a experiência dos indivíduos. Em contraposição ao conceito de ciclo de vida, o curso de vida é sempre influenciado pelo ambiente social e histórico. Logo, mesmo os eventos biológicos, como nascimento, puberdade e morte, são entendidos como construções sociais (ELDER JR.; SHANAHAN, 2007). Nesse sentido, compreender as experiências de indivíduos não heterossexuais só é possível por uma perspectiva de curso de vida, visto que a experiência da maioria das pessoas LGB não segue, necessariamente, o ordenamento usual das análises de ciclo de vida. Destarte, estudar a demografia da desigualdade na pós-modernidade requer compreender como as componentes demográficas clássicas interagem com estruturas sociais, culturais e econômicas para gerar novos padrões de estratificação social e de desigualdade na população e, conseqüentemente, novas questões sobre as configurações das populações humanas (CANALES, 2007).

O volume de publicações que contemplam os temas ligados às sexualidades não normativas nas principais revistas de demografia e estudos populacionais no mundo ainda é baixo, incluindo a América Latina e o Brasil. Produzidos majoritariamente por

vaginas). Já as pessoas que não se reconhecem segundo o sexo atribuído ao nascimento são entendidas como trans - transexuais/transgêneros/travestis (mulheres/pessoas com identidades femininas com pênis ou homens/pessoas com identidades masculinas com vagina) ou não-binárias (pessoas que independente de terem pênis ou vaginas não se reconhecem exclusivamente como homens ou mulheres) (IOM, 2011).

³ Por pansexuais entendemos as pessoas que se atraem por pessoas, independente do sexo designado ao nascer, identidade ou expressão de gênero (GREAVES et. al., 2019). Como a participação das pessoas identificadas como pansexuais foi pequena na nossa amostra, além de não estar incluída nos documentos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2011), analisaremos os resultados desse grupo agregado aos das pessoas bissexuais. O critério para a agregação levou em consideração que, assim como os bissexuais, os pansexuais são plurissexuais, ou sejam se atraem por mais de um gênero.

mulheres, pesquisadoras de centros de estudos dos Estados Unidos e da Europa, normalmente a discussão aparece vinculada às áreas de fecundidade, saúde e, especialmente, à nupcialidade (SILVA; LENA; MIRANDA-RIBEIRO, 2018). Parte dessa concentração nos estudos de casamento e formação de famílias pode ser explicada por um processo de reconhecimento das uniões entre pessoas do mesmo sexo ao redor do mundo e a consequente disponibilidade de informações nos registros civis, pesquisas populacionais e censos (ANDERSSON; NOACK, 2010; BANENS, 2014; CORTINA; FESTY, 2014).

No Brasil, a inclusão da variável que possibilitou a identificação de casais do mesmo sexo no Censo de 2010 foi posteriormente replicada em outras pesquisas domiciliares amostrais do IBGE, tais como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - Contínua (a partir de 2012), a Pesquisa Nacional de Saúde (2013 / 2019) e a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) (a partir de 2013-2014). Além dessas bases de dados, esses casais também puderam ser identificados no registro civil de casamentos depois de 2013, quando o Conselho Nacional de Justiça determinou que os cartórios registrassem, além das uniões estáveis, os casamentos homoafetivos (Resolução CNJ nº 175/2013). Já as informações sobre as violações de direitos humanos contra a população LGBT passaram a ser coletadas desde 2011 pelo disque 100 (PINTO et. al., 2020). Em 2014, a inclusão dos campos nome social, orientação sexual e identidade de gênero na ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada viabilizou também outra forma de identificação dos casos de violência contra LGBT (BRASIL, 2016).

Resultados com base no Censo 2010 sugerem que, enquanto raça/cor e escolaridade influenciam mais a seletividade marital entre heterossexuais, raça/cor e grupo etário são mais relevantes para casais do mesmo sexo (DE LENA; HERMETO, 2015). Entre os casais do mesmo sexo, as mulheres são, na média, mais jovens, menos brancas e escolarizadas do que os homens. Os casais de mulheres também tendem a ser mais semelhantes em relação à escolaridade, ao passo que os casais de homens são mais semelhantes em relação à idade. Os arranjos domiciliares são majoritariamente compostos por casais sem filhos, sendo que, para as mulheres, o segundo maior grupo é o de casais com filhos. Os responsáveis pelos domicílios também diferem por sexo. Entre os homens, os mais velhos e com

maior escolaridade têm mais chances de serem indicados como responsáveis pelo domicílio. Para as mulheres, essa posição é mais prevalente entre as brancas e as que estão economicamente ativas (DE LENA, 2016).

Nas avaliações sobre os diferenciais no que se refere ao mercado de trabalho, alguns estudos apontam que os homo/bissexuais teriam maiores rendimentos do que os seus pares heterossexuais (CASARI et. al., 2014; SILVA E SANTOS, 2015; SULIANO et. al., 2016; BARBOSA et. al., 2020; SULIANO et. al., 2021). Esses resultados vão de encontro com a literatura internacional, que documenta que os homens gays e bissexuais ganham menos do que seus pares heterossexuais, mas entre as mulheres lésbicas e bissexuais os rendimentos são semelhantes ou um pouco mais elevado em relação aos seus pares heterossexuais (BADGETT, 1995; PLUG E BERKHOUT, 2004; BLACK, SANDERS E TAYLOR, 2007; AHMED E HAMMARSTED, 2010; MIZE, 2016; AKSOY, CARPENTER E FRANK, 2018; DRYDAKIS, 2019).

Uma possível explicação para as evidências brasileiras não seguirem a mesma direção dos estudos internacionais é o viés gerado pela construção da variável que identifica indivíduos em casais do mesmo sexo nas pesquisas domiciliares brasileiras. No caso brasileiro, só é possível identificar uma pessoa homo/bissexual se ela for parte em um casal na base de dados. Por sua vez, os casais do mesmo sexo só podem ser identificados se um(a) deles(as) for o responsável pelo domicílio/pessoa de referência e identificar o seu cônjuge como sendo alguém do mesmo sexo. Logo, o perfil das pessoas que dispunham de recursos financeiros e sociais para constituírem um domicílio antes mesmo da aprovação do casamento igualitário pode ser influenciado pelo seu nível de escolaridade, lugar de moradia e situação socioeconômica. O que explica o fato de que a maioria dos casais do mesmo sexo identificados no Censo 2010 terem renda e escolaridade mais elevada do que seus pares heterossexuais e morarem nos grandes centros urbanos (SILVA e SANTOS, 2015; DE LENA, 2016; BARBOSA et. al., 2020).

A importância da inclusão dessas variáveis nas pesquisas domiciliares é indiscutível. No entanto, o viés da sua construção e a dificuldade das pesquisas domiciliares abarcarem todas as discussões em disputa no campo das identidades sexuais pode

mascarar a compreensão dos fatores sociais que geram e perpetuam os estigmas sociais em que essa população está exposta e, conseqüentemente, seus impactos na saúde mental (MEYER, 2003). Por saúde mental, entendemos um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade (WHO, 2014). Na interseção entre os paradigmas biomédicos e da determinação social da saúde, entendemos a saúde mental como o campo ampliado de conhecimento e atuação técnica que se dedica não só à identificação e ao tratamento de psicopatologias, como também à sua contextualização social e histórica no âmbito de políticas públicas de saúde (AMARANTE, 2007).

Há evidências robustas que lésbicas, gays e bissexuais estão expostos a maiores riscos de sofrimento mental (SANDFORT *et al.*, 2001; COCHRAN; MAYS; SULLIVAN, 2003; PITTS *et al.*, 2006); vitimizações na infância (ROBERTS *et al.*, 2010); tentativas de suicídio (COCHRAN; BJÖRKENSTAM; MAYS, 2016), mais propenso a uso concomitante de drogas, adoecimento mental e multimorbidade em idades avançadas (HAN *et al.*, 2020); mortalidade mais precoce por todas as causas de morte (COCHRAN; BJÖRKENSTAM; MAYS, 2016); e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (MELO *et al.*, 2011; ALBUQUERQUE *et al.*, 2016) quando comparados com seus pares heterossexuais. Normalmente, esses resultados são atribuídos ao estigma anti-LGB, conforme previsto pela Modelo do Estresse das Minorias (MEYER, 2003). No entanto, desde a publicação dessa teoria, leis e políticas públicas que se propunham a gerar mudanças sociais foram colocadas em práticas em muitos países, no sentido de promover a igualdade para as minorias sexuais. Em teoria, isso deveria levar a um ambiente mais receptivo e inclusivo para os jovens LGB (MEYER, 2016). Todavia, mesmo com as melhorias nas mudanças contextuais, os jovens de minorias sexuais continuam em risco elevado de sofrimento mental (LIU; RECZEK, 2021; MEYER *et al.*, 2021b). Parte da explicação para isso pode ser a permanência de déficits de suporte em algumas instituições, como escolas, comunidades religiosas e, especialmente, dentro da família (RUSSELL; FISH, 2016).

A família como instituição é uma das definidoras e mantenedoras dos valores culturais em todas as sociedades. Por esse motivo, mostra-se muito resistente às

mudanças sociais (MCDONALD, 1994). Também são essenciais para o entendimento das escolhas que as pessoas fazem ao longo do curso de vida, moldadas por suas possibilidades, expectativas e esperanças de como uma transição específica afetará suas vidas no futuro (MCDONALD, 1996). Por isso, em locais onde existe uma lacuna entre a equidade na família e nas instituições orientadas para o indivíduo, as pessoas tendem a otimizar sua liberdade, evitando ao máximo o desgaste com os indivíduos que estão em sua esfera íntima (MCDONALD, 1996; 2000). Logo, não é trivial pensar nos efeitos do suporte familiar nos processos de socialização de minorias sexuais, muitas vezes permeados por violências simbólicas, e nas suas associações com os resultados de saúde mental de LGB (MEYER, 2003).

Para alguns pesquisadores, o processo de desenvolvimento da identidade sexual, que acontece geralmente na adolescência e juventude, está diretamente relacionado com os resultados de saúde mental (D'AUGELLI e GROSSMAN, 2001; CALZO et. al. 2011; MARTOS et. al., 2015; MEYER et. al., 2021). Essa relação, no entanto, parece ser diferente para homens e mulheres em função dos processos de socialização (DIAMOND, 2008; 2016; BRÄNSTRÖM et. al., 2016) e é associada ao nível de suporte da família de origem no que se refere à identidade sexual (RYAN et. al., 2010; SHILO e SAVAYA, 2011; ARANMOLATE et. al., 2017; DONAHUE et.al., 2017; GORSE, 2020; O'REILLEY et. al., 2020). Dessa forma, restringir as análises apenas aos indivíduos adultos e unidos impossibilita compreender inclusive os fatores e as formas em que essas pessoas se reconheceram LGB, comunicaram a sexualidade para a família de origem e constituíram novas famílias e domicílios.

No Brasil, algumas pesquisas discutem os impactos do estigma social contra pessoas LGB nos resultados de saúde (PCAP, 2013; NUDHES, 2018; IBDSEX, 2018; MAGNO *et al.*, 2019; ANDRADE *et al.* 2020; PINTO *et al.* 2020), ou do desenvolvimento da identidade sexual no comportamento sexual (TAQUETTE *et al.*, 2005; TAQUETTE; RODRIGUES, 2015; MATTA *et al.*, 2020). No entanto, em nenhuma delas, as bases de dados permitem compreender a relação entre os marcadores de desenvolvimento sexual e os resultados de saúde mental, levando em consideração os possíveis diferenciais de gênero e idade, bem como os impactos das relações familiares nesse contexto.

No intuito de preencher essa lacuna informacional e teórica, o presente trabalho tem como objetivo geral discutir as associações de idade, gênero e suporte familiar com o desenvolvimento da identidade sexual e com a saúde mental de lésbicas, gays e bissexuais em Minas Gerais. Mais especificamente, esta tese buscou: (1) construir e validar um banco de dados com informações sobre minorias sexuais em Minas Gerais que permita compreender a relação entre desenvolvimento da identidade sexual e saúde mental nesta população; (2) identificar diferenciais de idade e de gênero na relação entre desenvolvimento da identidade sexual e saúde mental entre minorias sexuais em Minas Gerais, e (3) verificar se as mudanças institucionais em prol da diversidade sexual e de gênero refletiram-se em alterações no suporte familiar durante o processo de desenvolvimento da identidade sexual de minorias sexuais em Minas Gerais.

Para responder a esses complexos objetivos, utilizamos a abordagem de métodos mistos, composta por duas fases de coleta e análise dos dados, uma quantitativa e outra qualitativa (AXINN; PEARCE, 2006; MERTENS, 2007; CRESWELL, 2010). A etapa quantitativa nos permitiu estimar alguns indicadores para o agrupamento dos indivíduos em categorias como coorte de nascimento, risco para depressão e marcadores de desenvolvimento de identidade sexual. A etapa qualitativa possibilitou aprofundar os resultados encontrados na fase anterior, em particular na discussão de aspectos intrínsecos das experiências vividas pelos participantes, como as referências sociais e simbólicas sobre o que representava pertencer a uma minoria social durante a sua infância e adolescência, a influência das relações familiares e com os pares.

A escolha do estado de Minas Gerais⁴ como *locus* da pesquisa se deve principalmente ao fato do estado representar, em alguma medida, um retrato do

⁴ Minas Gerais é o quarto maior estado brasileiro em extensão territorial (586.520,732 km²) e o segundo mais populoso (21.040.662 pessoas), com aproximadamente 70% da população entre 15 e 64 anos (IBGE, 2018). Além disso, apesar de ocupar a 9ª posição entre os estados com o melhor IDHM Global do Brasil (0,731 em 2010), o que o coloca na faixa de estados com alto índice de desenvolvimento humano municipal, quando estratificado por município os índices variam da faixa muito alto, como é o caso de Nova Lima (0,813 em 2010), até baixo, que é o caso de São João das Missões (0,529 em 2010) (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2018).

Brasil nos aspectos das desigualdades socioeconômicas e de saúde. Os aspectos geográficos também foram um fator relevante. Essa tese é parte do doutorado em demografia no Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR) da Universidade Federal de Minas Gerais, situada no estado. Além disso, a coleta de dados foi feita no escopo da Pesquisa “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Adequabilidade do Sistema de Saúde para Lidar com as Necessidades da População LGBT em Minas Gerais”, denominado Pesquisa Manas, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG.

Esta tese é composta por cinco capítulos, além desta Introdução. No segundo capítulo, apresentamos as bases teóricas que orientam a pesquisa. Iniciamos pela discussão das evidências sobre a relação entre sexualidade, saúde mental e estresse das minorias. Em seguida, apresentamos o debate sobre as mudanças sociais, sua relação com as famílias e a redução de estigmas contra lésbicas, *gays* e bissexuais. O Capítulo 3 trata dos aspectos metodológicos, incluindo a construção dos instrumentos de coleta de dados, os indicadores escolhidos e os métodos e técnicas de análise. O Capítulo 4 é dedicado à avaliação da base de dados, levando em consideração as suas potencialidades e desafios. No quinto capítulo, analisamos os resultados, divididos em quantitativos, qualitativos e discussão. Por fim, apresentamos as Considerações Finais.

2 SERÁ QUE SOU LGB?

O referencial teórico apresentado neste capítulo está dividido em seis partes. A primeira trata da apresentação das evidências sobre os diferenciais de saúde mental de LGB em relação aos seus pares heterossexuais. Em seguida, apresentamos o modelo de estresse das minorias que explica esses diferenciais. A terceira parte é destinada à discussão sobre o desenvolvimento da identidade sexual e sua relação com a saúde mental dessa população. Na seção quatro, apresentamos os argumentos que embasam a discussão sobre as mudanças em prol da igualdade e seu possível impacto na redução do estigma e dos diferenciais de saúde de lésbicas, gays e bissexuais. Para contextualizar essas mudanças no Brasil, apresentamos um breve histórico de como essas alterações legais e institucionais se deram no país. Por fim, discutimos o impacto do suporte familiar na saúde mental LGB, em especial na sociedade brasileira.

2.1 Diferenciais de saúde mental entre LGB e heterossexuais

A discussão sobre a relação entre as homossexualidades e os resultados de saúde foi inserida oficialmente nos debates médicos no fim do século XIX, quando a medicina tomou oficialmente para si o controle das sexualidades não normativas ao cunhar o termo “homossexualismo”. O argumento inicial para a criação dessa “categoria de doença” foi o de que se tratava de um “[...] desvio do querer que se expressa em uma minoria de indivíduos excêntricos com uma anomalia” (MISKOLCI, 2017, p. 59). Desde então, esse sistema se manteve não só para controlar a sexualidade por meio da naturalização de algumas delas, mas, essencialmente, pela classificação de outras relações do vetor sexo, gênero, desejo e práticas sexuais como anormais ou estranhas (MISKOLCI, 2017). Cabe ressaltar que a compreensão dos desejos e comportamentos homoeróticos como patologias está inserida em um processo ampliado de patologização de todo e qualquer comportamento que não seguia uma lógica social heteronormativa, patriarcal e branca, entendida nesse momento como o “normal” (GARCIA; MATTOS, 2019). Logo, para além da sexualidade, esses processos foram(são) interseccionados pelos marcadores sociais da diferença, como gênero, raça/cor e classe (BRAH; PHOENIX, 2004; GARCIA; MATTOS, 2019).

O questionamento desse entendimento das sexualidades não normativas como patologias ganhou corpo com o fortalecimento do movimento homossexual na década de 1960, nos EUA, por meio dos seus questionamentos aos órgãos reguladores das práticas psicológicas. O principal argumento era de que essas classificações aprofundavam o estigma aos homossexuais. Os resultados das inúmeras manifestações foram a retirada do termo “homossexualismo” do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) em 1973, seguida pela resolução com mesmo teor da *American Psychological Association* (APA), em 1975 (GARCIA; MATTOS, 2019). O eco mundial desse movimento só aconteceu no início dos anos 1990, quando o “homossexualismo” foi retirado da *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde* (CID) (COCHRAN *et al.* 2014).

Parte da justificativa para a manutenção desse conceito na CID por tantos anos se deve ao fato de que, ao identificarem a homossexualidade como comportamento, logo objeto de estudos médicos e passíveis de diagnósticos, foram documentadas diferenças entre os resultados de saúde de pessoas não heterossexuais ou transgêneros, em especial de saúde mental, quando comparadas com seus pares heterossexuais e cisgêneros. Mesmo com a retirada do argumento patologizante regulatório, esses resultados são ainda encontrados em estudos mais recentes. Nestes, é possível verificar a 1) identificação de maior incidência de depressão, ansiedade, uso e abuso de álcool e outras drogas na população lésbicas, gays, bissexuais e transgênero (LGB) (SANDFORT; GRAAF; BJIL, 2003; MUSTANSKI; GAROFALO; EMERSON, 2010; LEVASSEUR; KELVIN; GROSSKOPF, 2013; SANDFORT *et al.* 2014; COCHRAN; BJÖRKENSTAM; MAYS, 2016; PEREIRA; COSTA, 2016; SEMLYEN *et al.*, 2016; FLESCHE *et al.*, 2020); 2) constatação de maior risco de maus-tratos, violência física e simbólica nessa população (ROBERTS *et al.*, 2010; PINTO *et al.*, 2020); 3) verificação de maiores taxas de tentativas de suicídio (MUSTANSKI; GAROFALO; EMERSON, 2010; COCHRAN; BJÖKENSTAM; MAYS, 2016); 4) identificação de maiores riscos de uso concomitante de drogas, adoecimento mental e multimorbidade em lésbicas gays e bissexuais de meia-idade e mais velhos (HAN *et al.*, 2020); e 5) mortalidade mais precoce do que em seus

pares heterossexuais por todas as causas de morte (COCHRAN; BJÖRKENSTAM; MAYS, 2016).

Em uma pesquisa recente com universitários do sul do Brasil, foi observado que os estudantes com orientações sexuais minoritárias apresentavam uma razão de prevalência mais elevada do risco de episódios de depressão maior (homossexuais, RP = 1,64 e bissexuais, RP = 1,69) do que seus pares heterossexuais (FLESCH *et al.*, 2020). Resultado semelhante já havia sido documentado na pesquisa realizada por Sandfort *et al.* (2014) na Holanda, onde se observou maior incidência de doenças psiquiátricas, como ansiedade, fobia social, crise de pânico e abuso de drogas e álcool, em homens com atração e comportamento sexual homossexual, quando comparados aos heterossexuais. No caso dos homens com atração pelo mesmo sexo, mas sem comportamento homossexual, foi detectada maior incidência de depressão, fobia social e ansiedade generalizada. Já no caso das mulheres homossexuais, foi detectada maior incidência de dependência de álcool e drogas do que nas heterossexuais.

Cochran, Björkenstam e Mays (2016) foram um pouco além na investigação dessas diferenças ao verificar se minorias sexuais tinham uma mortalidade mais precoce do que seus pares heterossexuais. Para tanto, foi utilizada a base de dados do *National Health and Nutrition Examination Surveys* (NHANES), de 2001 a 2010, pareada com os resultados de mortalidade da mesma base em 2011. Os resultados apontaram que as mulheres lésbicas ou bissexuais reportaram um pior *status* de saúde, maior presença de transtornos mentais, maior uso de tabaco e álcool e menor cobertura de plano de saúde do que as heterossexuais. Esses resultados foram piores para as bissexuais, que também tiveram maior taxa de obesidade. Entre os homens, os *gays* e bissexuais reportaram transtornos mentais mais frequentes e maior prevalência de HIV do que os heterossexuais. Entre os 338 indivíduos da base que morreram em 2011, os que eram de minorias sexuais tiveram maior taxa de mortalidade por todas as causas do que seus pares heterossexuais. Para as mulheres, as diferenças entre as taxas desapareceram depois de ajustadas pelos diferenciais de saúde e comportamento. Para os homens, o risco de morte de *gays* e bissexuais se assemelhou ao dos heterossexuais quando ajustado pela prevalência de HIV. Os resultados indicam que a possível explicação para os diferenciais estaria em

aspectos ambientais em que as minorias sexuais estão expostas e seus pares heterossexuais, não.

No intuito de avaliar o impacto de fatores ambientais, Pereira e Costa (2016) fizeram um estudo que atestou que a discriminação motivada pela orientação sexual é comum em diversos lugares de Portugal, tanto no setor público, quanto no privado, e tem impactos na saúde emocional e psíquica de lésbicas, gays e bissexuais. Além disso, os resultados demonstraram que homens bissexuais relataram maiores níveis de estresse psicológico do que os homens gays. Essa conclusão é creditada ao fato de os bissexuais encobrirem sua orientação sexual para se prevenir de discriminação, o que afeta diretamente a saúde mental.

Outro estudo realizado por Roberts *et al.* (2010) nos EUA foi na mesma direção, ao constatar que lésbicas, gays, bissexuais e heterossexuais que tiveram parceiros sexuais do mesmo sexo foram expostos a maior risco de maus-tratos durante a infância. Eles também sofreram com maior incidência de violência interpessoal, trauma por algum parente ou amigo próximo, transtorno de estresse pós-traumático e morte inesperada quando comparados a heterossexuais sem atração pelo mesmo sexo. Esse resultado demonstra que as minorias sexuais estão mais expostas à violência, eventos potencialmente traumáticos desde muito novos, quando comparados ao restante da população. Para os autores, isso pode ser um desdobramento do fato de lésbicas, gays e bissexuais estarem mais propensos a um comportamento em conflito ou desacordo com o atribuído ao seu sexo desde a infância, ao estresse percebido por pertencerem a um grupo estigmatizado, ao comportamento de risco associado ao estresse psicossocial e ao isolamento social e abuso de álcool e drogas.

Os estudos anteriores são alguns exemplos que demonstram a centralidade dos “determinantes sociais da saúde” para explicar os diferenciais de saúde entre grupos sociodemográficos, incluindo aqueles definidos pela orientação sexual (COCHRAN *et al.* 2014). Segundo Whitehead e Dahlgren (2006), existe uma relação entre o processo saúde-doença e as condições sociais de uma população. A exposição a determinadas condições de saúde e aos riscos específicos de morte resultam de uma combinação entre uma série de fatores que vão desde as características e

comportamentos individuais até as suas condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais (WHITEHEAD; DAHLGREN, 2006), que se traduzem nas experiências que as pessoas têm no mundo e são refletidas em seus corpos (KRIEGER, 2005).

2.2 Modelo estresse das minorias

A compreensão da saúde como um fenômeno social complexo que demanda políticas intersetoriais no escopo de uma agenda ampla de justiça social não foi iniciado e nem se manteve inalterada com o trabalho de Whitehead e Dahlgren (2006). O conceito já presente na constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que entrou em vigor em 1948 (WHO, 2020), foi ampliado, incluindo a orientação sexual dos indivíduos como um dos determinantes sociais da saúde (BARHII, 2015; KRIEGER, 2005). Para LGB, a influência dos macrodeterminantes nos resultados de saúde é facilmente entendida por meio da teoria do estresse das minorias (MEYER, 2003).

Nesse modelo, Meyer (2003) se valeu do argumento de outros pesquisadores (BROOKS, 1981; FRIEDMAN, 1999) para afirmar que o estigma, o preconceito e a discriminação vivenciados por minorias sexuais as colocam em um ambiente social hostil e estressante, que culmina em maiores ocorrências de problemas mentais. Esses resultados derivam de um processo de estresse mediado por características sociodemográficas, que inclui a experiência iminente e concreta de eventos de violência em decorrência do preconceito em relação à sua condição de minoria social; expectativas de rejeição; tentativa de supressão das identidades; LGBTfobia internalizada; e formas “insalubres” de enfrentamento desse processo. Atualmente, essa relação é a mais validada na literatura para explicar como o estigma social e a exclusão na vida das pessoas LGBT é resultado de um processo discursivo de gênero que reduz a sua qualidade de vida relacionada à saúde (SANDFORT; GRAAF; BJIL, 2003; MONGELLI *et al.*, 2019).

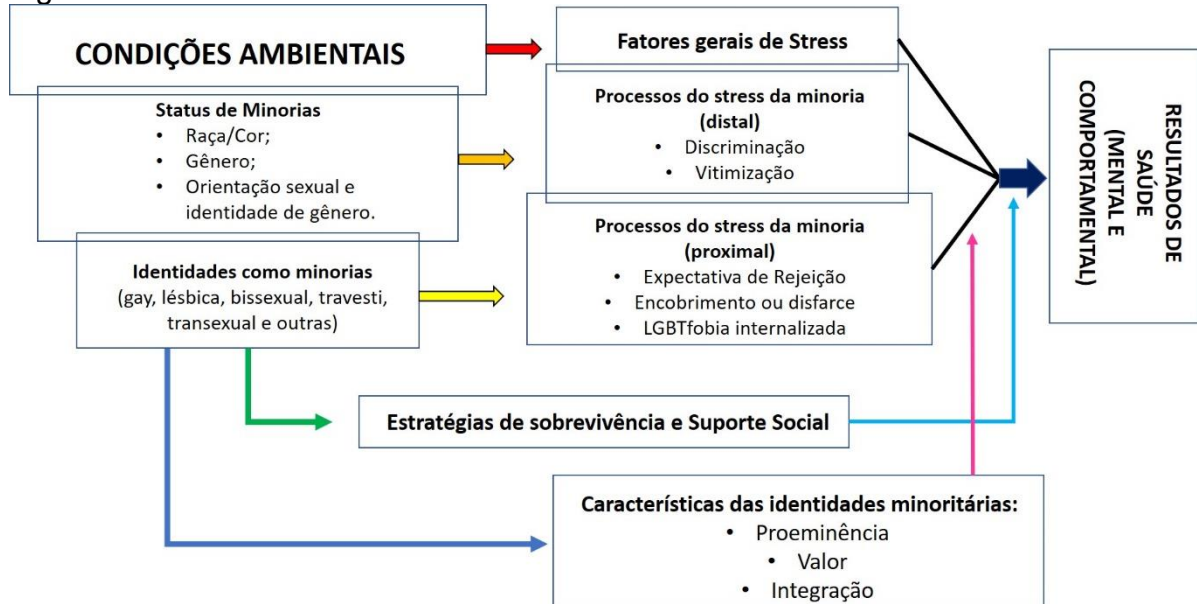
Para a construção do seu modelo conceitual, Meyer (2003) fez uma metanálise de alguns conceitos centrais e de pesquisas recentes que se utilizavam de uma construção teórica semelhante à proposta por ele. No que se refere ao conceito de

estresse social, ele argumentou que essa construção agrega ao que vinha sendo discutido na teoria do estresse até então, ao sugerir que suas fontes não residem apenas em eventos e experiências individuais, mas em condições gerais dos ambientes sociais de cada pessoa ou grupo. Nesse caso, quando falamos de pessoas que pertencem a grupos ou categorias sociais estigmatizadas, o seu reconhecimento como minoria social, combinado com o preconceito e as experiências concretas de violência física ou simbólica, demanda um estado de alerta e adaptações constantes aos ambientes em que frequentam, que pode ser conceituado como estressante. Nesse sentido, o conceito de estresse minoritário se fundamenta em três pressupostos centrais: 1) é aditivo aos fatores de estresse gerais vivenciados por todas as pessoas, pois se agrega inclusive aos esforços contínuos de adaptação às formas de vida e características vivenciadas pelos grupos de pares não estigmatizados; 2) é crônico, pois está relacionado a estruturas sociais e culturais relativamente estáveis; e 3) é socialmente baseado, pois deriva de processos-estruturas sociais e institucionais que estão além do nível do indivíduo.

De forma geral, o modelo conceitual de Meyer (2003) descreve os processos de estresse das minorias em um contínuo que combina fatores estressantes de cunho distais (que se referem a características observáveis e/ou de um grupo) com fatores estressantes proximais (que estão mais ligadas a como esses indivíduos lidam com suas identidades e, conseqüentemente, com as experiências de estigma). Por exemplo, o fato de uma pessoa ser entendida socialmente como LGBT a coloca em uma posição iminente de sofrer violências, que independe da forma como ela lida com suas identidades sexuais e de gênero ou até mesmo com o fato de ela ser ou não LGBT. Contudo, a forma como essa possibilidade de violência ou até mesmo a violência concreta afeta a vivência presente e futura dessa pessoa está muito ligada a como ela se entende como minoria, como ela compreende sua condição politicamente minoritária na sociedade e os impactos positivos ou negativos dessa percepção. Nesse sentido, as afiliações a grupos de pessoas que possuem as “mesmas” características minoritárias podem afetar tanto positiva, quanto negativamente os resultados gerais de saúde. Isso acontece pois, ao mesmo tempo em que este é um ambiente seguro, em que, teoricamente, por estarem entre “iguais” não serão estigmatizados, é também o lugar que possibilita o contato com experiências de violência vivenciadas pelos “iguais”. Isso aprofunda a sua percepção

quanto indivíduo pertencente a um grupo minoritário, logo exposto à iminência de violência por sua condição de minoria social. A Fig. 1 representa essas relações propostas no modelo original de Meyer (2003).

Figura 1 – Modelo estresse das minorias



Fonte: MEYER, 2003, p. 35, tradução nossa.

Para Meyer (2003), há uma tensão entre a forma como as minorias sexuais são entendidas segundo o seu arcabouço teórico. De acordo com o autor, ver as minorias apenas como resultados da estrutura, sem muito poder de agência, é perigoso não só para o entendimento dessas relações, mas pela aparente “imutabilidade” presumida da estrutura. Em contrapartida, ao enxergarmos as pessoas como atores resilientes, as dotamos de agência, ao mesmo tempo em que reconhecemos a força da estrutura sobre elas. Em outras palavras, compreender as pessoas LGBT como atores resilientes, passíveis de modificar as estruturas sociais, na medida em que interagem com elas, no processo de tentar reduzir os estigmas sociais, garante a complexidade necessária na análise dos efeitos do estresse nos resultados de saúde e permite captar essas relações de forma dinâmica no tempo.

Fredriksen-Goldsen *et al.* (2015) fizeram uma aplicação importante da noção de resiliência ao modelo de estresse das minorias para os Estados Unidos. Esse estudo utilizou o conceito de resiliência para entender como os membros de grupos minoritários envelhecem. Para tanto, algumas das relações propostas foram

empiricamente testadas para um grupo de 2.560 adultos LGBT estadunidenses. Em termos práticos, a pesquisa buscou entender como a resiliência (definida como recursos e capacidades comportamentais, funcionais, sociais e culturais utilizados em circunstâncias adversas) é incorporada em uma perspectiva multidimensional no curso da vida. Essa perspectiva inclui o contexto social mais amplo, combinado com os recursos sociais e pessoais de cada um para lidar com fatores estigmatizantes que influenciam a qualidade de vida no processo de envelhecimento.

Para testar as relações propostas, Fredriksen-Goldsen *et al.* (2015) construíram um quadro conceitual referenciado em alguns instrumentos e modelos teóricos compostos por cinco dimensões que afetam a qualidade de vida. A primeira dimensão está ligada aos riscos sociais, incluindo os processos de discriminação e violência vivenciados por cada um durante o curso de vida. A segunda diz respeito aos recursos de “gerenciamento” de identidade, que estão ligados ao senso positivo em relação à identidade sexual e ao lapso temporal entre a compreensão como minoria sexual e a revelação dessa identidade para as pessoas mais próximas. A terceira dimensão se refere aos recursos sociais, que dizem respeito à existência de parceiras(os) afetivas(os) ao longo da vida, o tamanho da rede social e de suporte, atividade religiosa ou espiritual, apoio social e conexão com a comunidade. A quarta dimensão diz respeito aos comportamentos promotores de saúde, como realização de atividade física e de lazer, *check-up* de rotina e não uso de substâncias psicoativas. Por fim, a quinta dimensão está ligada aos recursos socioeconômicos, como renda, emprego e educação.

Segundo os resultados encontrados por Fredriksen-Goldsen *et al.* (2015), a qualidade de vida relacionada à saúde física e mental apresentou uma associação negativa com a discriminação e as condições crônicas. Por um lado, quanto mais expostos à discriminação e quanto maior o número de condições crônicas, piores os indicadores de qualidade de vida relacionados à saúde física e mental. Por outro lado, a presença de apoio social, rede social mais ampla, estilo de vida mais saudável (atividades físicas e de lazer e não uso de substâncias), melhores condições socioeconômicas (estar empregado e ter renda mais elevada) e ser do sexo masculino funcionavam como fatores protetores à saúde física e mental desse subgrupo populacional. Ter um senso positivo de identidade sexual e um menor

lapso temporal entre a compreensão como minoria sexual e a revelação dessa identidade sexual também funcionavam como fatores protetores para a saúde mental (FREDRIKSEN-GOLDSSEN *et al.*, 2015).

Hatzenbuehler (2009) também propôs uma expansão do modelo estresse das minorias, incluindo o papel da mediação psicológica. Para o autor, os estressores distais ativam processos psicológicos gerais que geram risco de psicopatologias, incluindo processos cognitivos (desesperança e pessimismos), sociais (isolamento) e afetivos (desregulação emocional), além dos específicos das minorias sexuais (estigma internalizado, expectativas de rejeição e ocultação da orientação sexual). Para testar essas proposições, Pachankis *et al.* (2014; 2015) propuseram um ensaio clínico randomizado denominado *Effective skills to empower effective men* (ESTEEM). A ideia geral da intervenção cognitiva comportamental foi reduzir o sofrimento mental e comportamentos que aprofundam o risco de psicopatologias entre jovens *gays* e bissexuais. Para tanto, foram utilizadas técnicas como facilitação da consciência sobre a identidade sexual, regulação das emoções e capacitação de comunicação assertiva. Os resultados validam a ideia de mediação psicológica, ao apresentarem reduções significativas no risco de depressão dos pacientes acompanhados, bem como no consumo de álcool e engajamento em relações sexuais desprotegidas.

Outra proposta recente de expansão do modelo estresse das minorias causou debates acalorados no campo. Feinstein (2019) sugeriu a utilização do modelo de sensibilidade à rejeição para ampliar as possibilidades de compreensão da saúde mental de minorias sexuais. Para o autor, o fato de as pessoas LGB passarem por várias situações de rejeição desde muito cedo na vida faz com que essas experiências sejam traduzidas de forma mais sintomática para os que são altamente sensíveis à rejeição. Em outras palavras, as pessoas altamente sensíveis estariam predispostas a detectarem sinais de rejeição em pistas mínimas ou ambíguas e acabariam buscando essas pistas em situações sociais e reagindo de forma mais intensa ao que foi entendido como rejeição. Para exemplificar o seu ponto, o autor se valeu de um exemplo concreto: um homem *gay* que se senta em um ônibus e a pessoa que estava ao seu lado muda de assento. O que levou a pessoa a mudar de assento não é tão claro a priori. Se esse homem *gay* presumir que o que motivou a

mudança foi a sua orientação sexual, sua reação e memória do acontecimento tende a ser mais intensa e gerar mais impacto na sua saúde mental. No entanto, se ele lidar com a mudança apenas como uma busca por mais espaço, essa situação perde relevância na sua vida. Esse fato aponta para o papel da percepção individual na interpretação da experiência e consequente reação, compreendendo a natureza subjetiva dessa experiência e o fato de que algumas pessoas são mais propensas a perceberem a rejeição do que outras.

Um dos argumentos apresentados por Feinstein (2019) que chama atenção nesse texto é a possibilidade de se compreender uma cadeia de acontecimentos que explicaria os resultados de saúde mental. Uma expectativa ansiosa de rejeição (estressor proximal de minorias) levaria a uma percepção de rejeição, desencadeando reações cognitivas e afetivas que culminariam em reações comportamentais que podem ter consequências negativas para seus relacionamentos interpessoais e bem-estar (evitar lidar de forma assertiva com os problemas e se engajar em comportamentos que provocariam mais rejeição). Compreender esse processo sob a lógica do desenvolvimento individual poderia ajudar a explicar melhor os impactos que as experiências de rejeição durante a infância e adolescência têm nas vidas das minorias sexuais. Sabemos que esse período é marcado por questionamentos, vitimizações específicas para esse grupo e uma menor capacidade de gerenciamento do ambiente social hostil, em que a sensibilidade a rejeição pode ser desenvolvida como uma forma de autoproteção. Além disso, à medida que se envelhece, é possível que algumas pessoas desenvolvam estratégias adaptativas para lidar com a rejeição, que, embora protetoras em alguma medida, ainda geram consequências negativas para a saúde mental. O ponto aqui, então, passaria a ser compreender em que medida a sensibilidade à rejeição é adaptativa ou não em relação aos indivíduos de minorias sexuais e contextos em que eles(as) vivem.

A proposição de Feinstein (2019) gerou diferentes reações de teóricos desse campo. Entre as respostas, estavam desde uma corroboração da proposta para entender a saúde de adolescentes de minorias sexuais (BAAMS; KIEKENS; FISH, 2020), até uma proposta de entender a sensibilidade à rejeição como um modelo social-cognitivo da teoria do estresse das minorias (LONDON; MACDONALD; INMAN,

2020), passando por aplicações específicas para a compreensão da ideação suicida nesse grupo (WELLS; TUCKER; KRAINES, 2020) e proposição dessa expansão como guia para intervenções psicológicas (LEBEAU, 2020). No entanto, as respostas de Meyer (MEYER, 2020; MEYER *et al.*, 2021a) e uma crítica direta ao modelo original (BAILEY, 2020) foram as que chamaram mais atenção.

Na sua primeira resposta ao texto de Feinstein (2019), Meyer (2020) argumentou que, apesar da sensibilidade à rejeição já ter sido levada em consideração para intervenções psicológicas em ambientes terapêuticos orientados pela teoria dos estresses das minorias, a inclusão desse elemento como expansão do modelo original não leva em consideração o estresse das minorias como um processo social (pressuposto três do modelo original). Ao contrário disso, ao reconhecer o processo de sensibilidade à rejeição como uma variável individual baseada na interpretação, a proposição de Feinstein reduz o caráter objetivo do estresse para alguns grupos populacionais. Dessa forma, o estresse em que minorias sexuais são submetidas não pode ser avaliado pela forma como ele é compreendido, processado ou avaliado. Ao contrário disso, deve ser avaliado pelo seu potencial de demandar adaptações em relação ao comportamento de um grupo, fundamentado em estruturas sociais vigentes. Logo, compreender estresse como um fenômeno apenas subjetivo implica reconhecer o preconceito e o estigma como um problema de percepção passível de adaptação, o que vai na direção oposta do proposto no modelo inicial. Ao contrário disso, quando visto como social e objetivo, o preconceito e o estigma social devem ser entendidos como algo a se reduzir ou extinguir da sociedade, e não apenas uma questão de tornar as pessoas imunes a eles.

Ainda em resposta a Feinstein (2019), Bailey (2020) argumentou que o modelo estresse das minorias não precisaria de uma extensão, e sim de uma reconsideração. Seu argumento principal foi de que, apesar de um acúmulo de evidências empíricas que confirmam as propostas do modelo, ainda carecemos de estudos que eliminem hipóteses rivais na validação dele. Na opinião do autor, a principal hipótese rival é a de causalidade reversa. Ou seja, não se trata de uma situação em que minorias sexuais experimentem mais estigma e preconceito que seus pares e, conseqüentemente, desenvolvam mais problemas de saúde mental. Ao contrário disso, é possível que pessoas com problemas mentais experimentem

mais estigmatização ou acreditem que o fazem, levando a entender que minorias sexuais estariam mais sensíveis às experiências de estigma devido a sua “condição inata de neuroticismo” (tendência a experimentar facilmente emoções negativas ante eventos comuns da vida). O argumento, então, passa a ser uma possível explicação genética. Para fundamentar sua crítica, o autor se valeu dos resultados de estudos genéticos que encontraram correlação forte entre orientação sexual e depressão (ZIETSCH *et al.*, 2012; GANNA *et al.*, 2019), em que pelo menos um deles (ZIETSCH *et al.*, 2012) indicaria que os mesmos genes afetam tanto o comportamento não heterossexual, quanto a propensão à depressão. Além disso, o autor afirmou que as evidências utilizadas para validar o modelo de Meyer são, em sua maioria, autorreportadas e sensíveis ao viés da percepção do respondente. Logo, o modelo estresse das minorias careceria de uma validação empírica mais ampla do que a realizada até o momento.

Na resposta de Meyer a Bailey (MEYER *et al.*, 2021a) fica clara a demarcação da teoria do estresse das minorias como uma discussão intrinsecamente social. Além disso, os autores apresentam evidências de validação do modelo original e colocam em perspectiva um dos resultados apresentados como fundamento do argumento de Bailey. Segundo eles, no artigo de Ganna *et al.* (2019), os resultados encontraram vários locais “implicados” no comportamento sexual “homossexual”, determinando que o comportamento não heterossexual teria uma determinação poligênica. Logo, os processos causais que explicariam essas correlações não são evidentes e poderiam, inclusive, ser gerados por fatores ambientais resultantes do estigma social direcionados para essa população, não havendo, portanto, uma determinação genética para essa relação. Para Meyer *et al.* (2021a), apesar de o modelo original não dar conta de todos os fatores que podem explicar o diferencial de saúde mental nessa população, a crítica de Bailey é datada, simplista e não se sustenta nos argumentos propostos. Entre os pontos apresentados como possíveis expansões do modelo, Meyer *et al.* (2021a) apresentaram a compreensão da influência das dinâmicas familiares, os traços de personalidade, os aspectos genéticos e neurológicos nos resultados de saúde mental de LGB. No entanto, deixaram explícito que, desde a sua criação, o modelo tem sido reconhecido pelos pares em razão do seu potencial de orientar políticas públicas, de saúde e intervenções

psicológicas no intuito de reduzir as disparidades de saúde mental e bem-estar de minorias sexuais.

A compreensão do modelo estresse das minorias como um arcabouço social, no qual sua validação plena só seria possível por meio da comprovação dos efeitos das mudanças ambientais e sociais nos resultados de saúde das pessoas LGBT, já era apresentada no trabalho original de Meyer de 2003, naquele momento como uma limitação, visto que outros trabalhos já haviam captado esses diferenciais. No seu texto de 2016, Meyer voltou a tocar no assunto como proposição de estudo, em que a compreensão desses diferenciais foi apresentada como uma agenda emergente de pesquisa no campo. Esse reconhecimento do entendimento dos efeitos geracionais como agenda de pesquisa foi fundamentado na leitura de que houve mudanças significativas em vários países do mundo na direção da promoção de melhores condições de vida para essa população antes de 2003, mas massivamente após essa data. Essas mudanças, em especial para lésbicas, gays e bissexuais, aconteceram principalmente na América do Norte, Europa e América do Sul. Nesse sentido, o autor foi na mesma direção de Fredriksen-Goldsen *et al.* (2015), ao acreditar que é possível inferir que os atuais jovens das minorias sexuais experimentam um ambiente social radicalmente diferente do que as gerações anteriores desse grupo. Em vez do ambiente social hostil e violento, visto em estudos de minorias sexuais no passado, alguns pesquisadores sugerem que os jovens LGB, quando não os transgêneros, hoje experimentam um ambiente caracterizado pela inclusão e aceitação. Em termos demográficos, os autores indicaram haver um possível efeito de coorte na relação entre estigma social e indicadores de saúde mental de minorias sexuais.

Para além de apenas indicar essa nova agenda de pesquisa, Meyer também coordenou um estudo que explora essas influências dos efeitos de coorte e período na compreensão das identidades sexuais e de gênero, no estresse e resiliência das minorias em relação ao acesso, cuidados e resultados de saúde. A primeira fase do estudo encontrou três coortes diferentes de minorias sexuais nos EUA que vivenciaram a adolescência e idade adulta em três ambientes sociais distintos. A primeira delas foi denominada de “inclusão cultural” e é composta por pessoas nascidas entre 1990 e 1997. A segunda, denominada “progresso institucional”, é

composta pelas nascidas entre 1974 e 1981. Por fim, a geração “orgulho ou formação de identidade” é composta pelas nascidas entre 1956 e 1963 (FROST *et al.*, 2018).

Os resultados recém-publicados do estudo não encontram evidências de que os avanços legais e as melhorias no ambiente social refletiram em redução dos estressores e, conseqüentemente, nos resultados de saúde mental. Ao contrário disso, os mais jovens apresentaram maior risco de depressão quando comparados aos mais velhos, indicando um impacto limitado das mudanças sociais na saúde mental de minorias sexuais (MEYER *et al.*, 2021b). Resultado semelhante também foi encontrado no recém-publicado estudo de Liu e Reczek (2021), usando dados do *National Health Interview Surveys* (NHIS) dos EUA no período de 2013 a 2018. No entanto, na pesquisa *Generations* (MEYER *et al.*, 2021b), foram encontradas diferenças significativas entre as três coortes no que se refere aos marcadores de desenvolvimento da identidade sexual, com as pessoas mais jovem se reconhecendo LGB mais cedo do que as mais velhas.

2.3 Desenvolvimento da identidade sexual LGB

A discussão recente sobre os marcadores de desenvolvimento da identidade sexual de lésbicas, gays e bissexuais ganhou notoriedade no estudo de D’Augelli e Grossman (2001). Os autores investigaram as idades em que lésbicas, gays e bissexuais se entenderam diferentes dos pares, se reconheceram como LGB e comunicaram sua identidade sexual. A amostra foi composta por 416 indivíduos com 60 anos ou mais. Todos os indicadores de desenvolvimento da identidade sexual foram observados em idades mais jovens nos homens em comparação com as mulheres. A idade média em que os homens se perceberam diferente dos pares foi 13, enquanto que, para as mulheres, foi 16 anos. A autoidentificação foi aos 22 para os homens e 25 anos para as mulheres. Já a primeira comunicação foi aos 28 para os homens e 29 anos para as mulheres. O intervalo entre se reconhecer e comunicar, entre os homens, foi de 5 anos e, para as mulheres, de 3 anos, na média.

Nesse mesmo estudo, os autores identificaram que mais da metade dos entrevistados reportou ter sofrido violência em função da sua orientação sexual. Entre os homens, a prevalência de vitimização foi mais elevada do que a das mulheres. Além disso, fatores como a precocidade em que a identidade foi comunicada e a abertura da sexualidade na sociedade também foram associados a um maior relato de violência. Foi observada uma associação entre ter sido vítima de violência física com a presença dos marcadores de desenvolvimento em idades mais jovens e mais tempo vivido como LGB. Entre esses, também houve maior relato de baixa autoestima, solidão, sofrimento mental e tentativas de suicídio (D'AUGELLI; GROSSMAN, 2001). Mais tarde, ao replicar o estudo, Fredriksen-Goldsen *et al.* (2015) encontraram que quanto maior era o intervalo entre se reconhecer e comunicar a sexualidade a alguém, maior era o risco de sofrimento mental.

Calzo *et al.* (2011) também avaliaram os marcadores de desenvolvimento da identidade sexual, mas buscaram entender se havia diferenças substanciais entre minorias sexuais jovens e mais velhas. Para tanto, foram analisados 1.260 lésbicas, gays e bissexuais adultos californianos, com idades entre 18 e 84 anos. Os resultados apontaram que, ao contrário do que se previa, a compreensão e comunicação como LGB na adolescência e início da juventude foi observado majoritariamente em todos os grupos etários. No entanto, eles identificaram três trajetórias distintas de desenvolvimento. O primeiro foi o que iniciou o processo de reconhecimento por volta dos 12 anos e comunicou por volta dos 20, identificados como precoce e que correspondeu a 75% da amostra. O médio teve seus processos entre os 18 e os 31 anos e foi identificado em 19% da amostra. O tardio se reconheceu por volta dos 32 e comunicou em média aos 43 e foi observado em 6% da amostra. Ao contrário do observado por Troiden (1989) no estudo pioneiro sobre o tema, Calzo *et al.* (2011) identificaram que o processo de desenvolvimento como LGB para esse grupo tinha sido mais focado no desenvolvimento da identidade do que na atividade sexual propriamente dita. Além disso, também foram observados diferenciais entre homens e mulheres, sendo o processo masculino, em média, mais precoce e mais longo do que o feminino. Para os autores, esses diferenciais de sexo podem ser atribuídos a diferenciais de gênero. Acredita-se que os papéis, as pressões e as expectativas sociais de gênero ajudariam a explicar os diferenciais.

Os diferenciais nos marcadores de desenvolvimento da identidade sexual entre homens e mulheres pertencentes a minorias sexuais também foram observados por Martos, Nezhad e Meyer (2015) em um estudo com 395 LGB, moradores de Nova York, entre 18 e 59 anos. Nessa amostra, as mulheres reportaram que, na média, sentiram-se atraídas por alguém do mesmo sexo por volta dos 13, enquanto entre os homens foi, aproximadamente, aos 11 anos. Elas também se autoidentificam como não heterossexuais com aproximadamente 3 anos mais velhas (18) do que quando os homens o faziam (15), sendo a primeira relação para elas aos 19 e, entre eles, aos 18 anos. Para esse grupo, foram observados diferenciais significativos entre as coortes. Os mais jovens se identificaram LGB um pouco antes dos que os mais velhos, tiveram sua primeira experiência sexual, em média, 4,6 anos antes e comunicaram a alguém sobre a sexualidade, aproximadamente, 7 anos antes do que os mais velhos.

No Brasil, apesar de não existirem dados que propiciem a avaliação desses marcadores em grandes amostras, existem algumas experiências qualitativas que nos ajuda a entender esse processo no país. Os primeiros estudos brasileiros desse tipo que temos notícias foram realizados em ambientes clínicos (TAQUETTE *et al.*, 2005; TAQUETTE; RODRIGUES, 2015). No mais recente (TARQUETTE; RODRIGUES, 2015), os resultados das entrevistas apontam que, entre os homens, as primeiras experiências homoafetivas ocorreram de forma circunstancial, motivadas por curiosidade ou em busca de confirmação do desejo pelo mesmo sexo. Entre as mulheres, esse processo aconteceu em ambientes mais íntimos e marcados por relações de afeto com amigas ou outras mulheres próximas.

Em um estudo recente fora do ambiente clínico, Matta *et al.* (2020) realizaram cinco grupos focais com 59 estudantes cariocas, de 13 a 18 anos, para avaliar como o processo de identificação do desejo e a compreensão da orientação sexual eram percebidos. Os resultados vão ao encontro do padrão encontrado nos estudos norte-americanos, ao apontarem que, em geral, o desenvolvimento da atração sexual pelo mesmo sexo é vinculado à puberdade e se desenvolve durante a adolescência e juventude. Entre as mulheres, houve uma percepção de que a confirmação do desejo estava associada à experimentação, embora assumissem que o desejo por

alguém do mesmo sexo não era algo definitivo e poderia ser modificado ao longo da vida. Já para os homens, mesmo vinculando a confirmação do desejo à experimentação, a atração por pessoas do mesmo sexo foi entendida como mais definitiva. No geral, as autoras confirmaram que esse processo entre minorias sexuais é permeado pela heteronormatividade e pelas imposições de gênero desde a infância, o que impacta diretamente nas possibilidades, formas de expressão e experimentação da sexualidade nesse grupo. Esse resultado é semelhante ao encontrado por Stewart *et al.* (2019) em uma amostra representativa nos EUA.

Os diferenciais de gênero encontrados nas pesquisas citadas vão ao encontro da proposição de Diamond (2008) sobre a fluidez da sexualidade e do desejo feminino. O modelo da autora foi considerado inovador (ARRINGTON *et al.*, 2009) por ser um dos primeiros a avaliar as minorias sexuais femininas de forma transversal, levando em consideração experiências únicas de desenvolvimento e socialização das mulheres, em vez de entendê-las sob o mesmo bojo dos homens *gays*. Diamond (2008) acompanhou 89 mulheres, entre 16 e 23 anos, por dez anos e observou que, embora um grupo pequeno delas mantivera o seu comportamento sexual em consonância com sua identidade sexual, a maioria teve experiências com homens ou mulheres, independentes da sua identidade sexual reportada no início do estudo. Além disso, descobriu que poucas mulheres que se relacionam com outras mulheres se consideram representações plenas do imaginário que se tem sobre lésbicas ou bissexuais. Como resultado primário da sua pesquisa, a autora definiu a fluidez sexual feminina como a capacidade de flexibilidade em função da situação na responsividade sexual, que permite que mulheres experimentem alterações no direcionamento do seu desejo no curto ou no longo prazo.

O modelo desenvolvido por Diamond (2008) foi fundamentado em três pressupostos. O primeiro deles é que o desejo sexual é constituído tanto da libido, quanto da capacidade de excitação. O segundo é que a ideia de amor romântico independe do desejo sexual e não implica, necessariamente, uma orientação/identidade sexual. E, por fim, a conexão entre amor romântico e desejo sexual, em que mulheres podem desenvolver afeto profundo por uma pessoa que pode culminar em um desejo sexual inesperado. Mais tarde, a autora examinou se essa leitura de fluidez também poderia ser aplicada aos homens (DIAMOND, 2016). Os resultados apontaram que

por mais que o mesmo comportamento fosse observado entre homens, ele se dava em uma escala consideravelmente menor.

Uma das possibilidades de explicação do diferencial entre homens e mulheres em relação à fluidez da sexualidade é o impacto das estruturas sociais de gênero no processo de desenvolvimento das identidades sexuais. Historicamente, a sexualidade feminina foi objeto de maior vigilância, repressão e controle social do que a masculina. Além disso, as iniquidades no mercado de trabalho e na sociedade, a pressão para o casamento heterossexual e pela maternidade limitaram as possibilidades de mulheres vivenciarem abertamente experiências que fugiam da norma. Por esse motivo, mesmo desenvolvendo desejo pelo mesmo sexo, muitas se viam impossibilitadas de experimentar plenamente e/ou desenvolver uma identidade lésbica ou bissexual. Com os avanços recentes em prol da igualdade de gênero, assistimos ao aumento dos níveis educacionais, das oportunidades econômicas e até mesmo das atitudes sociais em relação às possibilidades de exploração da sexualidade feminina, com menos tabus em determinados contextos. Esse argumento também ajuda a explicar, por exemplo, um aumento de mais de duas vezes no número de mulheres que reportaram comportamento sexual homossexual nos EUA, Holanda e Dinamarca nas últimas décadas, enquanto, entre os homens, não foram observadas mudanças significativas (DIAMOND, 2016).

É importante destacar que, em seus dois estudos (DIAMOND, 2008; 2016), a autora deixou explícito que o seu questionamento é em relação à rigidez presumida na relação entre identidade e comportamento sexual. Em nenhum momento, há um questionamento sobre a validade do desejo, nem a indicação de que os indivíduos podem escolher sua sexualidade de forma deliberada. O que o seu modelo se propôs foi apresentar uma noção de sexualidade moldada por um arranjo complexo de componentes inerentes aos indivíduos e influenciados pelo ambiente, que afetam as suas possibilidades de experienciar o seu desejo de forma plena. A ideia aqui não é dizer que o desejo é socialmente construído ou passível de adaptações, mas sim que a forma de expressar a sexualidade é socialmente construída e influenciada pelos padrões e roteiros de gênero engendrados na sociedade. Logo, o mesmo sistema que compreende que a sexualidade feminina deve ser reprimida e que a masculina é incontrolável gera impactos diferentes em homens e mulheres. Em uma

sociedade em que o afeto entre mulheres não é necessariamente vinculado à sexualidade, como entre homens, a experimentação do desejo de forma fluida é mais possível e menos determinística para elas. Em contrapartida, o “desvio” de comportamento ou o questionamento do desejo entre homens é tido como determinístico da sua homossexualidade, reduzindo as chances de fluidez. No entanto, a autora acredita que os processos de questionamento dos sistemas de gênero já têm produzido alterações na compreensão das possibilidades de fluidez também para os homens.

A ideia de que as mudanças no ambiente social reduziram as amarras de compreensão e comunicação da sexualidade também estão presentes em outros estudos (MARTOS; NEZHAD E MEYER, 2015; MEYER, 2016; RUSSELL; FISH, 2016). Para Russell e Fish (2016), é inegável que as alterações no ambiente social propiciaram que jovens LGB se reconhecessem e comunicassem a sua identidade sexual cada vez mais cedo. No entanto, o que ainda permanece sem resposta é por que, mesmo com avanços institucionais em prol da diversidade sexual e de gênero, bem como uma pretensa redução do estigma social para esse grupo, jovens e adolescentes LGB continuam com altos riscos de sofrimento mental. Parte da explicação reside na ideia de que a adolescência é, em geral, um período de grande turbulência que desencadeia questionamentos e incertezas e possuem impactos na saúde mental (PEW RESEARCH CENTER, 2019; STANFORDCHILDRENS, 2021), especialmente de meninas (AUGNER; HACKER, 2012; MOJTABAI; OLFSON; HAN, 2016). Para minorias sexuais, essas incertezas são aumentadas na medida em que há ainda o questionamento dos próprios desejos afetivos e sexuais e de como a sociedade vai lidar com isso (CALZO *et al.*, 2011). Além disso, Russell e Fish (2016) indicaram que é possível que a redução do estigma e o aumento do suporte social para LGB não tenham sido internalizados completamente por algumas instituições, como escola, família e comunidades religiosas. Logo, entender esse possível descompasso nos ajudaria a compreender não só como o desenvolvimento da identidade sexual é influenciado por efeitos de idade e gênero, mas, essencialmente, a relação desse processo com a manutenção de resultados de saúde mental piores nessa população.

2.4 Mudanças sociais, redução do estigma e impacto na saúde de LGB

A ideia de estigma estrutural reconhece que a materialização dos fundamentos do estresse das minorias pode ser identificada por atitudes preconceituosas concretas em uma população, essencialmente pela presença de legislação e políticas discriminatórias ou ausência de proteção do Estado em relação a esse grupo. Esse arcabouço institucional pode variar entre países ou entes federados em lugares onde a legislação varie em nível estadual. A relação entre o estigma estrutural e o bem-estar de lésbicas, gays e bissexuais foi testada por Pachankis e Bränström (2018) em 28 países europeus. Os autores se valeram da identificação da ocultação de identidade como um mecanismo potencial dessa associação. Seus resultados sugerem que a sensação de bem-estar entre minorias sexuais varia muito entre os países estudados, em grande parte devido ao estigma estrutural desses países e demandas associadas para ocultar a orientação sexual.

Como os sistemas legais e sociais são estruturas em constante mutação, há indícios que suas mudanças também impactam os resultados de saúde e bem-estar das populações. Esses impactos podem ser medidos, por exemplo, em relação à legalização dos casamentos entre pessoas do mesmo sexo. Em um estudo na Inglaterra e no País de Gales, Boertien e Vignoli (2019) detectaram um aumento da sensação de bem-estar entre pessoas do mesmo sexo após a legalização do casamento igualitário, sendo o efeito mais expressivo entre as pessoas que se casaram em relação aos que estavam em coabitação. Efeito semelhante foi encontrado nos EUA, onde ser oficialmente casado impactou positivamente os resultados de saúde mental de lésbicas, gays e bissexuais, quando comparados aos casais que não oficializaram sua união (WIGHT; LEBLANC; BADGETT, 2013). Além disso, o casamento entre pessoas do mesmo sexo, em especial entre homens, aumentou nos EUA o acesso aos serviços e cuidados de saúde (CARPENTER *et al.*, 2018).

Estudos quase experimentais, em que os dados foram coletados antes e depois da implementação de algumas medidas, reforçam a associação entre os estigmas estruturais e os resultados de saúde mental de minorias sexuais (MEYER *et al.*, 2021a). A implementação de leis discriminatórias em relação à união de pessoas do

mesmo sexo, como o *Proposition 8*⁵, ou que negam serviços a esses casais foram associados a uma piora dos indicadores de saúde mental de LGB, mas não de heterossexuais que moravam nos estados em que essas medidas foram aprovadas (HATZENBUEHLER *et al.*, 2010; RAIFMAN *et al.*, 2018; HATZENBUEHLER *et al.*, 2019). O contrário também foi observado, ou seja, em lugares dos EUA onde foram aprovadas leis de proteção aos direitos de minorias sexuais, foi percebida uma redução nos problemas de saúde mental dessa população (EVERETT; HATZENBUEHLER; HUGHES, 2016; RAIFMAN *et al.*, 2017).

No estudo de Hatzenbuehler *et al.* (2010), foi examinada a relação entre o estabelecimento da proibição de casamentos entre pessoas do mesmo sexo, em 2004 e 2005, em alguns estados norte-americanos com a prevalências de morbidades psiquiátricas entre lésbicas, gays e bissexuais. Os autores tinham dados da primeira onda de coleta, que aconteceu em 2001 e 2002, e de uma segunda onda, entre 2004 e 2005. Os resultados apontaram um aumento da prevalência de transtornos do humor, ansiedade generalizada, uso abusivo de álcool e comorbidades psiquiátricas entre as ondas 1 e 2 para LGB, mas os mesmos efeitos não foram observados para as pessoas heterossexuais.

Já Raifman *et al.* (2018) investigaram se a implementação de leis em alguns estados dos EUA que permitiram que indivíduos e estabelecimentos recusassem a prestar serviços para pessoas motivadas pela sua orientação sexual estava associada ao aumento dos relatos de sofrimento mental entre minorias sexuais. Assim como no estudo anterior, os autores tinham dados do Sistema de Vigilância do Fator de Risco Comportamental (BRFSS) de diferentes anos (2014-2016) de nove estados. Em três destes (Utah, Michigan e Carolina do Norte), foi permitido negar a prestação de serviços e, em seis vizinhos a esses (Idaho e Nevada, Ohio e Indiana, e Virgínia e Delaware), a medida não foi aprovada e foram usados como controle. Os resultados apontaram que, nos estados em que as medidas que permitiam a negativa de serviços para LGB foram aprovadas, a proporção de adultos de minorias sexuais que relatou sofrimento mental aumentou em 10% no período analisado, em

⁵ Os eleitores da Califórnia aprovaram a *Proposition 8*, uma iniciativa eleitoral estadual, na eleição estadual de 4 de novembro de 2008. A *Proposition 8* acrescentou uma nova seção à Constituição estadual que estabelece que “Somente o casamento entre um homem e uma mulher é válido ou reconhecido na Califórnia.” (COURTS.CA (<https://www.courts.ca.gov/> /6465.htm – tradução livre).

comparação com os estados-controle, efeito esse não observado em relação às pessoas heterossexuais.

Hatzenbuehler *et al.* (2019) investigaram a associação entre o *bullying* motivado pela orientação sexual de adolescentes e a implementação da *Proposition 8* na Califórnia, que revogou os direitos do casamento igualitário e permitiu esse direito somente aos casais heterossexuais no estado em 2008. Foram utilizados dados de catorze ondas (2001-2014) do *California Healthy Kids Survey*. Os resultados apontaram que o ano acadêmico de 2008-2009 representou um ponto de inflexão no relato de *bullying* motivado por orientação sexual no estado. No período anterior à aprovação do *Proposition 8*, foi observado um aumento e aceleração no relato de *bullying* motivado por orientação sexual, seguido por uma redução gradual desse comportamento. Essa tendência não foi observada para o *bullying* motivado por questões raciais, étnicas, religiosas e de gênero. Os autores advogam que os resultados evidenciam o papel das campanhas públicas contra grupos específicos no risco de *bullying* e de agressão de pares e, conseqüentemente, nos resultados de saúde mental desses grupos.

Os efeitos positivos da redução do estigma estrutural também foram documentados em outros estudos. Everett, Hatzenbuehler e Hughes (2016) investigaram o efeito da legalização das uniões civis entre pessoas do mesmo sexo na percepção de discriminação, consciência do estigma, sintomas de depressão e uso excessivo de álcool e outras drogas entre lésbicas e bissexuais e sua possibilidade de moderação por raça/etnia e nível educacional. As autoras usaram dados no estudo *Chicago Health and Life Experiences of Women*, em que a sua terceira onda se deu logo a aprovação do casamento igualitário no estado de Illinois. Os resultados encontrados demonstraram uma associação com o advento da aprovação da união civil igualitária e a redução dos níveis de percepção de estigma e preconceito, sintomas de depressão e uso abusivo de álcool entre mulheres lésbicas e bissexuais.

Os impactos das mudanças contextuais também foram identificados em diferentes fases do curso de vida. No estudo de Raifman *et al.* (2017) com estudantes norte-americanos, foi identificada uma associação entre a aprovação das políticas de casamento igualitário e a redução no autorrelato de suicídio entre jovens. O estudo

usou diferentes ondas da base de dados do *Youth Risk Behavior Surveillance System* (YRBSS) para definir se esses eventos foram, de fato, significativos para a mudança. Os resultados demonstraram empiricamente a associação entre mudanças sociais na redução do estigma em relação a pessoas LGBT e saúde mental dessa população, visto que os resultados encontrados foram concentrados entre os estudantes que se reconheciam como minorias sexuais.

Os impactos em relação ao bem-estar de minorias sexuais não foram só documentados em relação às mudanças legais. Eventos históricos, como as eleições dos presidentes dos EUA e do Brasil em 2016 e 2018, também impactaram o comportamento de LGBTs em função da incerteza sobre a manutenção dos direitos igualitários recém-reconhecidos nos dois países. Ambos os presidentes compartilhavam, entre outras coisas, a declarada oposição aos avanços dos direitos igualitários e frases de cunho preconceituoso em relação a essa população. Gonzalez, Ramirez e Galupo (2018) demonstraram que, após a posse de Donald Trump em 2017, houve um aumento significativo de experiências de assédio, discriminação, sintomas de depressão, ansiedade e preocupações excessivas em relação à orientação sexual e como ela poderia impactar as experiências a partir daquele momento.

Lannutti (2018), Souza (2020) e De Lena e Silva (2021) identificaram esse efeito por meio de um aumento no número de casamentos entre pessoas do mesmo sexo após as eleições presidenciais em questão. No caso norte-americano, foram identificadas quatro motivações para esse comportamento. Apontado como pessoal, o primeiro motivo se mostrou relacionado ao fato de estar apaixonado(a) pelo(a) companheiro(a), comprometido(a) com o relacionamento e desejando partilhar a vida com o(a) cônjuge. O segundo estava conectado com um medo de que os benefícios materiais resultantes do casamento não estariam mais disponíveis na nova gestão. Identificado como político, o terceiro motivo representava uma declaração pública pela manutenção igualdade e dos direitos LGBT e contra a administração Trump. Por fim, a motivação de esperança estava centrada na ideia de fazer algo de positivo em meio a uma situação política negativa. A autora ainda descobriu que, para além das motivações, os casamentos naquele momento significavam, para as entrevistadas, um ponto de convergência entre seus pares na

luta pelos direitos igualitários e/ou um aumento na percepção de que os casamentos entre pessoas do mesmo sexo representavam uma ameaça para alguns grupos que entendiam essa instituição como algo exclusivamente heterossexual (LANNUTTI, 2018). No Brasil, as razões e os motivadores dos casamentos após as eleições, levantadas por Cardoso (2020) e discutidas por De Lena e Silva (2021), foram similares aos norte-americanos, demonstrando que eventos adversos contra a população LGBT impactam diretamente as experiências e as respostas dessa população às transições ao longo do curso de vida. O impacto da eleição de Trump e Bolsonaro não representam só a presença de uma figura abertamente LGBTfóbica no cargo máximo do Poder Executivo, mas, essencialmente, o reconhecimento de que os avanços legais em prol dos direitos LGBT ainda não foram assimilados culturalmente nessas sociedades (DE LENA; SILVA, 2021).

2.5 Mudanças sociais no Brasil em prol da igualdade sexual e de gênero

O estranhamento dos relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo data desde o período colonial no Brasil, quando os colonizadores achavam as práticas homossexuais entre os indígenas uma abominação (TREVISAN, 2018). A Santa Inquisição, que já investigava e punia a sodomia em Portugal, passou a operar no Brasil desde a chegada dos portugueses (MOTT, 2001). O caso Felipa de Sousa é um dos exemplos que ficou marcado na história como sendo a primeira mulher a assumir o desejo por outras mulheres nas Américas. Felipa era uma portuguesa que veio morar no Brasil e, após ser denunciada por sodomia, foi condenada ao açoite público, multada pelas custas do processo e expulsa da Bahia em 1591-92 (FONTOURA, 2020). O primeiro registro de execução motivada por orientação sexual no Brasil é de 1614, quando um indígena Tupinambá foi amarrado à boca de um canhão, a mando de religiosos que tentavam “purificar a terra da sodomia” (MOTT, 2014). Inúmeros casos semelhantes foram documentados durante o Brasil Colonial (MOTT, 2001).

Apesar do imaginário de ser uma terra liberal, em que os desejos, inclusive por pessoas do mesmo sexo, poderiam ser vividos com certa tranquilidade se bem encobertos, os séculos seguintes também foram marcados por estigmas sociais e subalternização dos corpos homossexuais (PARKER, 2002; TREVISAN, 2018;

GREEN, 2019). Foi só no século XX, entre o final da década de 1960 e o início da de 1980 que, assim como boa parte das sociedades mundiais, assistimos, no Brasil, a um processo de mudanças e inflexões dessas mudanças nas formas como a sexualidade, o desejo e as possibilidades relacionais eram e são compreendidos e potencialmente vivenciados (PARKER, 2002; MISKOLCI, 2017).

No período em que se instaurou uma ditadura militar (1964-1985), houve impactos não só na contenção dos avanços sociais trazidos pela revolução sexual, mas na desigualdade como essas discussões atingiram a sociedade brasileira como um todo. Se, inicialmente, a “geração do desbunde” (nome dado à juventude que vivenciou o auge da revolução sexual) era quase exclusivamente formada por uma classe média com nível universitário, as populações alvo das perseguições policiais no centro da cidade de São Paulo em meados da década de 1970 (“Operação Cidade”, “Operação Limpeza”, “Operação Sapatão” e “Operação Tarântula”, por exemplo) tinham como alvo os denominados “marginais sexuais” ou, mais precisamente, homossexuais, travestis e prostitutas que frequentavam e trabalhavam nesses espaços (MISKOLCI, 2017; GREEN *et al.*, 2018; TREVISAN, 2018).

Apesar do endurecimento da ditadura no combate a tudo que era não seguia a “moral e os bons costumes”, a resistência de grupos de minorias sexuais foi emblemática durante a década de 1970. Segundo Trevisan (2018), esse período pode ser definido como o “boom gay”, pois o amor *gay* foi parar nas capas de revistas, como *IstoÉ*, e em campanhas publicitárias, como a dos perfumes Rastro. Nas artes, foi nessa época também que surgiram grandes nomes, como Jean Genet, José Celso Martinez, Caio Fernando Abreu, James Baldwin, Glauber Rocha, Sandra Werneck, Hector Babenco e Ney Matogrosso com os Secos e Molhados, que abordaram com naturalidade a humanidade das pessoas homossexuais. No fim da década, assistimos, ainda, ao surgimento da primeira publicação abertamente homossexual do país, o *Lampião de Esquina*, e do Grupo SOMOS, que ficou conhecido como a principal organização da época na luta pelos direitos homossexuais (MACRAE, 2018).

Tanto o *Lampião*, quanto o SOMOS foram fundados por um grupo de jovens de classe média, entre eles, João Silvério Trevisan, que acabara de voltar dos EUA, todos altamente conectados com os movimentos estadunidenses e mundiais da revolução sexual e da luta por direitos das pessoas homossexuais. Segundo Facchini (2003), esse período pode ser entendido como a primeira onda do movimento homossexual⁶ no Brasil, que pode ser caracterizada como o surgimento e a expansão desse movimento, até então ainda muito concentrado no eixo Rio-São Paulo e que tinha um caráter antiautoritário e comunitarista. Cabe salientar que já no surgimento do Grupo SOMOS a ideia de redes de suporte homogêneas aparece. Era quase consensual que o grupo tinha como objetivo a “sociabilidade” entre homossexuais, logo era exclusivo para esse grupo. Entendia-se que a condição de minoria sexual lhes garantia um caráter de oprimido que os deixava em desvantagem na convivência com heterossexuais e, possivelmente, lhes retiraria a autonomia nas relações e discussões no interior do grupo. Parte desse ideário de convivência entre iguais e a forma como o Grupo SOMOS organizava sua militância o transformou em uma das referências do movimento no Brasil e catalizador de encontros, como o 1º Encontro de Grupos Homossexuais Organizados (EGHO), em 1980. Contudo, na prática, a ideia de igualdade entre homossexuais se mostrou frágil, dada a heterogeneidade das(os) homossexuais que frequentavam o grupo e o movimento como um todo. Foi, então, que novas demandas começaram a ser inseridas no movimento, como, por exemplo, as das mulheres lésbicas (MACRAE, 1985 *apud* FACCHINI, 2003).

As demandas por maior visibilidade de mulheres no movimento homossexual resultaram na ruptura desse grupo com o SOMOS e no surgimento do Grupo Lésbico Feminista (LF) em São Paulo, rebatizado posteriormente inúmeras vezes (MESQUITA, 2004; LINO, 2019). As tensões com o movimento homossexual fizeram com que o LF e os outros coletivos que surgiram depois se alinhassem, em alguma medida, aos movimentos feministas, onde também não tiveram suas pautas plenamente acolhidas (FACCHINI, 2003; MESQUITA, 2004; LINO, 2019). Para Lino

⁶ “O termo movimento homossexual é aqui entendido como o conjunto das associações e entidades, mais ou menos institucionalizadas, constituídas com o objetivo de defender e garantir direitos relacionados à livre orientação sexual e/ou reunir, com finalidade não exclusivamente, mas necessariamente políticas, indivíduos que se reconheçam a partir de qualquer uma das identidades sexuais tomadas como sujeito desse movimento.” (FACCHINI, 2003, p. 84).

(2019), os conflitos, debates, encontros e desencontros, ora com o movimento homossexual, ora com o movimento feminista, é uma das marcas da constituição do movimento lésbico não só no Brasil, mas no ocidente como um todo.

A segunda onda do movimento homossexual, também denominado por Facchini (2003) como declínio ou período de transformações, data de meados dos anos 1980. Nessa época, o Brasil vivenciava o retorno ao “regime democrático” e o surgimento da epidemia de HIV/Aids, identificada pela mídia como “peste gay”. Houve, então, um declínio considerável no número de grupos que trabalhavam com a temática dos direitos homossexuais e o arrefecimento dessa militância no Brasil. Para Miskolci (2017), o advento da epidemia de Aids, nos anos 1980, ou o que ele denomina “construção social da doença”, foi apresentada como um risco não só para gays e travestis, mas para a sociedade como um todo, imaginada como essencialmente heterossexual. Contudo, foi a preocupação com a ordem a ser preservada diante da epidemia, reforçada pelo imaginário epidemiológico de controle dos vetores de transmissão da doença, que uniu os movimentos sociais, o governo e as instituições nacionais e internacionais contra o inimigo comum, a Aids (FACCHINI, 2003; CAETANO *et al.*, 2018).

Nesse contexto, surgiram as primeiras ações de saúde voltadas especificamente para o que mais tarde denominaríamos de população LGBT no Brasil, com foco no controle da epidemia de HIV/Aids. No entanto, cabe salientar que o Estado pouco fez, naquele estágio inicial, para a contenção da epidemia. Foram as ONGs e grupos homossexuais organizados, como o Grupo Gay da Bahia e o SOMOS, que tomaram frente na tentativa de conscientizar a população dos riscos do HIV/Adis, formas de contaminação e prevenção. Foi só em 1983, por meio da pressão da sociedade civil, que a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SEESP) iniciou um grupo de trabalho para o enfrentamento da Aids. Entre as ações propostas pelo grupo, estavam a vigilância epidemiológica e atividades educacionais de saúde com a sociedade. Entretanto, no período de redemocratização brasileira e até meados do governo Collor, as iniciativas advinham muito mais de voluntários. Nesse contexto, há o surgimento de diversas ONGs focadas no combate à Aids. Entre as principais estão o Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPPA), a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), o Grupo Pela Valorização, Integração e Dignidade

do Doente de Aids (Pela Vidda) e o Apoio Religioso contra Aids/Instituto de Estudos da Religião (ARCA/ISER) (CÁCERES; CHEQUER, 2000).

Os anos 1990, por sua vez, são marcados pelo que Facchini (2003) denominou reflorescimento do movimento homossexual brasileiro ou terceira onda. Essa parte da história do movimento é marcada pela retomada do trabalho pela conquista de direitos sociais e civis para as minorias sexuais, mas agora orientado por uma forte presença institucional por parte dos grupos na articulação desses com o governo e com as redes internacionais de direitos humanos e prevenção à Aids. Pode-se dizer que, ao mesmo tempo em que a epidemia de Aids reascendeu o pânico moral contra gays e travestis, foi a busca por controle da epidemia que deu fundamentos e recursos para a institucionalização dos grupos de militância pró-liberdade sexual. Nesse período, houve a criação de várias organizações nacionais e/ou locais, como a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros (ABGLT) e o Fórum Paulista de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros. Para Pereira e Nichiata (2011), é exatamente essa articulação entre sociedade civil e Estado que deu ao Brasil o reconhecimento internacional quanto à forma de construção de políticas de enfrentamento da epidemia de Aids, combinada com estratégias de prevenção, tratamento e cuidado para os que já viviam com o HIV.

As articulações com as redes internacionais e entre as redes nacionais também foram responsáveis pelo surgimento das paradas do orgulho LGBT e por constantes mudanças na sigla no decorrer da década de 1990. A principal evidência dessas reflexões é o fato de a década ter sido iniciada com um movimento chamado homossexual e terminado com um movimento GLBT. Essas mudanças foram pautadas pelas demandas de grupos que não se viam contemplados no movimento até então, combinadas por um crescente movimento internacional sobre a utilização da autoidentificação para as identidades sexuais e de gênero (FACCHINI, 2003; GREEN *et al.*, 2018).

Ainda nos anos 1990, tivemos outro elemento que auxiliou na consolidação dessas identidades das minorias sexuais na sociedade, a internet. O advento e a popularização da Rede deram a oportunidade, ainda que silenciosa, para que pessoas de fora dos grandes centros conseguissem encontrar semelhantes e se

entenderem como pertencentes a um grupo, com base no seu desejo ou forma de identificação. Pode-se dizer que as ferramentas virtuais possibilitaram, inclusive, a interação com uma “identidade gay”, por exemplo, sem a necessidade de se expor a um risco de violências e/ou de quebra de expectativas sociais (MISKOLCI, 2017).

Nos anos 2000, por sua vez, assistimos a uma popularização não só da internet, mas das suas plataformas de acesso, como os *smartphones* e seus aplicativos. Também vimos várias das demandas iniciadas nas décadas anteriores se consolidarem institucionalmente e/ou legalmente, com o fortalecimento do movimento transexual/travesti e, conseqüentemente, o aumento do embate dos grupos pró-direitos LGBT com os grupos conservadores e religiosos contrários à pauta (BAHIA; VECCHIATTI, 2013; POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; MISKOLCI, 2017; GREEN *et al.*, 2018; TREVISAN, 2018; COACCI, 2015; 2018).

No que se refere à saúde, um marco histórico nas políticas públicas para população LGBT foi a criação do Programa Brasil sem Homofobia, em 2004, demonstrando a compreensão da importância em se tratar os aspectos psicossociais que afetam a saúde da população LGBT. Nesse ano também foi criado Comitê Técnico de Saúde da População GLBT (Portaria nº 2.227, do Gabinete do Ministro, de 14 de outubro de 2004) no Ministério da Saúde. Coordenado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), esse Comitê se constituiu em espaço de articulação, debate de demandas de representações do movimento social, envolvendo todas as áreas pertinentes do Ministério da Saúde, no sentido de promover a inserção das especificidades de saúde desse contingente populacional nas políticas e ações do SUS, propiciando a formulação de políticas concretas, como é o caso do Processo Transexualizador no âmbito do SUS, instituído pela Portarias GM nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 e regulamentado pela Portaria SAS nº 457, de 19 de agosto de 2008 (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017). Cabe ressaltar que, antes dessas portarias, foi estabelecida, em 2006, a Carta de Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006), que incluiu o uso nome social nos atendimentos e no cadastro dos usuários como forma de integrar as(os) transexuais e travestis aos ambientes da saúde notadamente resistente.

No fim de 2011, o governo brasileiro criou a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT) com o objetivo de legitimar as demandas específicas e nortear o atendimento integral dessa população. No texto da política, é clara a orientação dos preceitos dos determinantes sociais da saúde e do modelo estresse das minorias como motivadores da sua criação. A PNSILGBT reúne esforços das três esferas do governo e da sociedade civil organizada em prol da promoção, atenção e cuidado com saúde, com vistas à redução das desigualdades causadas por orientação sexual e identidade de gênero. Também busca o combate à homofobia, lesbofobia e transfobia, além da redução ou extinção da discriminação nas instituições e serviços do SUS (BRASIL, 2013).

Em Minas Gerais, no intuito de aplicar a política em âmbito estadual, foi estabelecida, em 2016, a criação de comitê técnico de saúde LGBT no estado. Essa esfera participativa, com formação paritária entre o governo e a sociedade civil e com integrantes de todas as identidades que compõem a sigla, tem como principais atividades discutir, propor e monitorar ações para aumento da informação e redução das barreiras para a promoção da saúde entre pessoas LGBT (Resolução Conjunta SES-MG/SEDPAC-MG/SEE-MG nº 207, de 17 de novembro de 2016). Um dos resultados da criação e da atuação do comitê foi a publicação, em 14 de agosto de 2020, da Resolução CIB-SUS/MG nº 3.202, que “Aprova, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, a Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT” (n.p.). Entretanto, o plano operativo da política estadual ainda será desenvolvido pelo comitê.

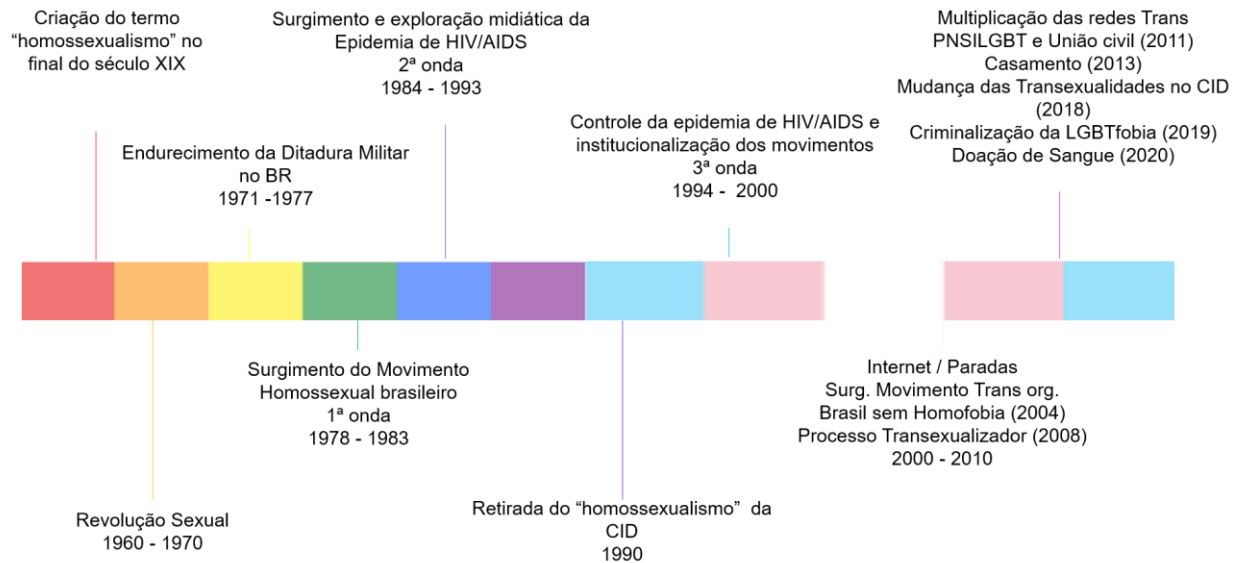
Nas poucas avaliações dos serviços de saúde sobre o tema, profissionais da saúde pública de Belo Horizonte reconhecem que a implantação de atenção integral à população LGBT é um desafio. Entre as dificuldades elencadas, estão o respeito à identidade de gênero, por meio da utilização do nome social nas unidades de saúde, até a falta de serviços especializados que promovam intervenções nos corpos das(os) transexuais, passando pelo precário apoio psicossocial disponível ao grupo e pela falta de preparo dos profissionais para tratar as especificidades de cada identidade/orientação que compõe essa população (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015). Essas dificuldades cotidianas no acesso e utilização dos serviços de saúde são decorrentes da falta de formação específica para os

profissionais de saúde cuidarem dessa população, o que se traduz na imposição de atitudes heteronormativas nos serviços de saúde, afastando, cada vez mais, essa população do SUS (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016; FERREIRA *et al.*, 2017).

Outros grandes avanços institucionais em prol dos direitos da população LGBT foi o reconhecimento do casamento entre pessoas do mesmo sexo, em 2013, a equiparação da LGBTfobia ao crime de racismo, em 2019, e a retirada das restrições de indivíduos que se relacionam sexualmente com pessoas do mesmo sexo para a doação de sangue, em 2020. No entanto, é importante salientar que todas essas decisões aconteceram via Poder Judiciário, na tentativa de garantir o direito constitucional à igualdade, e não do Poder Legislativo, que é de onde essas mudanças deveriam partir. Essa situação demonstra um vácuo de representatividade na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, cujos representantes são eleitos pela população, em propor e aprovar mudanças sociais em prol da igualdade (BAHIA; VECCHIATTI, 2013; ROESLER; SANTOS, 2014; QUINALHA, 2019).

Na Fig. 2, apresentamos uma linha do tempo das mudanças recentes que podem ter afetado o ambiente social e institucional que as pessoas LGBTs vivenciaram nos últimos cem anos no Brasil.

Figura 2 – Linha do tempo – Mudanças no ambiente social e institucional que podem ter afetado a vidas das pessoas LGBTQs nos últimos cem anos no Brasil



Fonte: Elaborada pelo autor.

Apesar das mudanças apresentadas anteriormente, as semelhanças da população LGBTQ no Brasil com as de outros lugares do mundo não é exclusividade apenas dos recentes avanços sociais e institucionais, mas dos problemas vivenciados por ela e na forma como a sociedade a compreende. Por exemplo, segundo os dados do *World Value Survey*, que avalia a percepção dos indivíduos de vários países em relação a determinados temas, quando perguntado a(o) respondente que tipo de pessoa ela ou ele não gostaria como vizinho(a), vemos uma queda de 30% dos que mencionaram homossexuais na rodada de 1989-1993 para 11% na rodada de 2010-2014. Já quando perguntadas se a homossexualidade é justificável, em que 1 significa nunca justificável e 10 sempre justificável, a média sai de 2,4 na rodada de 1989-1993 para 4,6 na rodada de 2010-2014. Quando estratificamos as respostas da última rodada por idade, verificamos que, entre os que responderam que a homossexualidade nunca é justificada, aproximadamente 43% tinha 50 anos ou mais, seguidos por 30% entre 30 e 49 anos e 27% até 29 anos (INGLEHART *et al.*, 2014). Esses dados indicam que, apesar de experimentarmos uma melhora na forma como a sociedade entende e trata as(os) homossexuais, ainda existe um estigma voltado para essa população, que parece se acentuar com o aumento da idade das(os) respondentes.

A despeito da pouca disponibilidade de dados para essa população no Brasil, especialmente de cunho oficial, é possível identificar a presença e manutenção do estigma nos poucos dados que temos disponíveis. Há evidências de que, no país, a população LGBT é exposta a níveis mais elevados de violência do que seus pares heterossexuais-cisgêneros (NAME; ROMIO, 2016; SILVA; LENA; CARVALHO, 2018; PINTO *et al.*, 2020). Quando analisamos as violências que não culminaram em mortes, uma pesquisa realizada com homens que fazem sexo com homens (HSH) no centro de São Paulo, em 2011, encontrou que, entre os 1.217 homens entrevistados, 16% já haviam sofrido violência física, 33% já haviam sofrido ameaças de agressão física e 60% já haviam sido vítimas de agressão verbal. Além disso, 30% relataram que já haviam sido excluídos ou marginalizados por professores ou colegas de alguma instituição de ensino; 29% haviam sido maltratados ou excluídos do grupo de família ou amigos; 17% já haviam sido maltratados por policias ou foram mal atendidos em delegacias; e 12% não haviam sido selecionados ou foram demitidos em razão da sua sexualidade (NUDHES, 2018).

Para os diagnósticos de doenças, apesar das evidências também serem escassas, os estudos existentes apontam um cenário preocupante, sobretudo para doenças e transtornos mentais. Em uma pesquisa de abrangência nacional, chama atenção a alta proporção de pessoas LGBTI+ que relatou ter pensado em suicídio em algum momento da vida (IBDSEX, 2018). No que se refere aos dados relacionados à prevalência de HIV/Aids, dos 771 testes feitos na pesquisa paulistana (NUDHES, 2018), 15,4% deram resultado positivo, sendo que 54,2% destes não tinham ciência prévia do seu diagnóstico. Destes, 6,4% tinham entre 18 e 24 anos, 14,2% de 25 a 34 anos, 33,1% de 35 a 49 anos, 19,2% de 50 a 77 anos, e, aproximadamente, 44% eram das classes socioeconômicas C, D e E.

As proposições de Russell e Fish (2016) sobre um descompasso entre os avanços institucionais e a aceitação de LGBs na família, na escola e nas instituições religiosas, como explicação da manutenção dos diferenciais de saúde mental entre jovens de minorias sociais, ganha eco nos achados de Carmo e Cunha (2017). Após uma revisão sistemática sobre a experiência de homossexuais brasileiros, os autores deixaram explícito que, mesmo após algumas conquistas institucionais,

lésbicas e *gays* ainda estão submetidos a muito estigma e preconceito no Brasil. Além disso, apontaram que a família e a igreja são consideradas as principais reforçadoras e promotoras de ações homofóbicas pela maioria dos estudos.

Mais detalhes sobre o papel do suporte familiar na saúde mental LBG são apresentados a seguir.

2.6 Suporte familiar e saúde mental LGB

O suporte familiar é entendido como fator protetivo de comportamentos que geram riscos à saúde de adolescentes (RESNICK *et al.*, 1997; RESNICK *et al.*, 2012). Entre minorias sexuais, a compreensão dos pais sobre a identidade sexual dos filhos, por um lado, é associada com melhores resultados de saúde física e mental e bem-estar (RYAN *et al.*, 2010; SHILO; SAVAYA, 2011). Por outro lado, a falta de suporte familiar para esse grupo é associada a maior exposição a experiências de violência, automutilação e tentativas de suicídio (ARANMOLATE *et al.*, 2017; DONAHUE *et al.*, 2017; GORSE, 2020; O'REILLY *et al.*, 2020).

Por medo de rejeição, vergonha ou culpa (MEREISH *et al.*, 2021), muitos adolescentes e jovens LGB não comunicaram ou mesmo pretendem comunicar sua identidade sexual para pais, mesmo morando nos mesmos domicílios (CHAN; HUANG, 2021). Logo, a convivência familiar é marcada por tensão proveniente de uma antecipação ou a experimentação da desaprovação da sua sexualidade pelos seus familiares (BOURIS *et al.*, 2010; SIMONS; BURT; TAMBLING, 2013; NEWCOMB *et al.*, 2019). Nesses casos, os estressores específicos das minorias sexuais são somados aos gerais e afetam aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais dos indivíduos, aumentando o seu risco de sofrimento mental (HATZENBUEHLER, 2009). Como resultado, podemos observar, no curto prazo, o uso excessivo de álcool e outras drogas como forma de lidar com a possibilidade de rejeição ou até mesmo o desenvolvimento de sensibilidade à rejeição no longo prazo, por exemplo. Fato é que experimentar situações de estresse e rejeição em estados críticos de desenvolvimento, como a puberdade e adolescência, pode alterar os mecanismos de resposta à rejeição, culminando em um aumento da vulnerabilidade, mesmo no longo prazo (HAMMEN *et al.*, 2000; ESPEJO *et al.*,

2007), e até mesmo em uma saída precoce de casa para morar nas ruas (CHOI *et al.*, 2015).

O apoio familiar também pode variar dentro do lar. Evidências apontam que, em domicílios com pai e mãe presentes, os níveis de aceitação variam entre eles (NEWCOMB *et al.*, 2018; NEWCOMB *et al.*, 2019). Normalmente, a primeira comunicação sobre a sexualidade na família é feita para mãe, antes do pai (SAVIN-WILLIAMS; REAM, 2003; LASALA, 2010; NEWCOMB *et al.*, 2019). Por consequência, as mães tendem a se engajar mais nesse processo de compreensão da sexualidade dos filhos (SIMONS; SIMONS; BURT; TAMBLING, 2013), reforçando o papel de responsáveis pelo cuidado da família engendrado nos sistemas de gênero (MASON 1997; GOIS, 2017).

Do ponto de vista individual, o senso de apoio familiar também parece variar entre os grupos sociodemográficos. Nos EUA, homens latinos *gays* e bissexuais relataram mais episódios de rejeição familiar devido à sua identidade sexual durante a adolescência do que seus pares brancos (RYAN *et al.*, 2009). Essa relação também se confirma quando analisada do ponto de vista dos pais. Richter *et al.* (2017) documentaram que pais de jovens LGB pertencentes a minorias raciais e étnicas no sul dos EUA apresentaram maior rejeição e homonegatividade em relação às identidades sexuais dos filhos do que os pais de brancos. Para os autores, é importante apontar que essa discussão não deve ser feita de forma individualizada, e sim com base nos fatores culturais. Muitos desses grupos raciais e étnicos minoritários estavam imersos em contextos culturais e religiosos marcados por valores tradicionais e centrados na família heteronormativa e nos papéis de gênero derivados dela. Logo, nesses casos, a tensão entre aceitar a sexualidade do(a) filho(a) seria aumentada por confrontarem os valores preexistentes sobre sexualidade e gênero nas suas comunidades.

A centralidade da família como instituição reguladora da vida das pessoas, mesmo nas idades adultas, ganha mais relevância quando avaliamos contextos latino-americanos. O “familismo” é entendido como um valor cultural difundido entre essas populações. Segundo Marín e Marín (1991), o “familismo” pode ser entendido como o forte envolvimento e apego dos indivíduos com suas famílias nucleares e

estendidas, expresso pelos sentimentos de lealdade, reciprocidade, solidariedade e identificação entre seus membros. Na prática, esse valor se desdobra em um sentimento de que a família deve sempre vir em primeiro lugar na vida do indivíduo e que é necessário proteger coletivamente seu nome e honra. No entanto, mesmo geralmente tendo impactos positivos na saúde, cuidado e bem-estar dos seus membros no geral, esses valores são embebidos nos sistemas patriarcais e heterossexistas (PATRÓN, 2021). Logo, para minorias sexuais latinas, isso acaba refletindo em uma vivência da sexualidade marcada por mais conflitos ou por um distanciamento físico e emocional das suas famílias de origem (ACOSTA, 2008; OCAMPO, 2014; PATRÓN, 2021).

Apesar de, no Brasil, não haver dados disponíveis que possibilitam averiguar essas diferenças em grandes amostras, alguns estudos qualitativos apresentam resultados que corroboram os resultados encontrados em outros países e nos ajudam a compreender o impacto da relação com a família no processo de reconhecimento e comunicação da sexualidade no país. Para Hauer e Guimarães (2015), na maioria das famílias, a descoberta da homossexualidade de um(a) filho(a) significa a quebra concreta das expectativas que foram construídas pelos pais, pela família estendida e pela sociedade como um todo desde a gestação, em que em nenhum momento se cogitou que aquela criança poderia ser LGB. Para piorar esse processo, surgem ainda medos dos julgamentos e preconceitos que os(as) filhos(as) vão sofrer, quem seria “culpado(a)” por isso e qual a punição divina para tal ato, no caso das famílias religiosas. Normalmente, esse processo de culpabilização recai sobre a mãe, reforçando, mais uma vez, as desigualdades de gênero.

Silva *et al.* (2015) concluíram, após algumas entrevistas com jovens *gays*, que as lacunas de aceitação da homossexualidade pela família são geralmente fundamentadas pelas leituras sociais que os pais têm sobre minorias sexuais. Esses entendimentos são, muitas vezes, permeados pelo desconhecimento ou invisibilidade sobre como as pessoas LGB vivem, fruto de um constante esforço de retirada dessas discussões do cotidiano (COSTANTIN, 2011). O resultado disso é um ciclo de reforço do preconceito contra minorias sexuais na sociedade e um aprofundamento da invisibilidade das vivências não normativas (PRADO; MACHADO, 2008).

Para muitos dos jovens e adolescentes LGB brasileiros, o medo da reação familiar faz com que tentem reprimir ou até mesmo fingir para si mesmos que são heterossexuais, no intuito de não desapontar a família (MATTA *et al.*, 2020). Outros comunicam de forma truncada sua sexualidade para a família ou não falam nada, na tentativa de alcançarem a autonomia financeira e, assim, poderem sair de casa para viver a sexualidade afastados da família (SILVA *et al.*, 2015). Esses resultados vão ao encontro de pesquisas que apontam para a independência financeira (WHITE *et al.*, 2016) e as redes de apoio positivo (FROST; MEYER; SCHWARTZ, 2016) como fundamentais para o desenvolvimento da capacidade de gerenciar o processo de comunicação da identidade sexual e, conseqüentemente, o impacto na saúde mental.

Para aqueles cuja sexualidade é colocada em xeque, ou que o desejo por alguém do mesmo sexo é percebido pelos pais, a tentativa de controle, invasão de privacidade, proibições de sair para determinados lugares ou encontrar com amigos, ameaças, chantagens e até mesmo agressões físicas são constantemente experimentadas (TOLEDO; FILHO, 2013). Todas essas situações no ambiente familiar potencializam os efeitos das violências sofridas na sociedade como um todo (TOLEDO; FILHO, 2013; SANTOS *et al.*, 2007) e parecem afetar, em maior ou menor grau, a saúde mental, por meio do desenvolvimento de depressão, ideação e tentativa de suicídio, diminuição no desempenho escolar e redução da autoestima (CRUZ *et al.*, 2019).

Na Demografia, a discussão sobre a influência direta das famílias e dos valores familiares nas escolhas que as pessoas fazem ao longo do curso de vida é compreendida pela avaliação das possibilidades, expectativas e esperanças de como uma decisão específica afetará suas vidas no futuro, variando em função do contexto cultural (MCDONALD, 1996; 2000). A família como instituição social primária é entendida como um dos princípios definidores da cultura de toda sociedade e, por esse motivo, é muito resistente à mudança (MCDONALD, 1994), devido à sua centralidade no patriarcado e na moralidade familiar (MCDONALD, 2000), o que pode gerar descompassos entre as discussões sociais e a forma como elas são acolhidas no interior dos domicílios.

A teoria da equidade de gênero (MCDONALD, 1994; 1996; 2000) é calcada no reconhecimento de que, durante o século XX, houve uma expansão nos níveis de equidade de gênero, fruto de uma revolução que garantiu que as mulheres pudessem estudar e trabalhar fora do domicílio, especialmente nos países desenvolvidos. No entanto, essa igualdade ainda não foi alcançada plenamente em nenhum país do mundo, o que faz com que diferentes níveis de equidade sejam observados nos países.

Para construir seu argumento, McDonald (2000) se valeu do conceito de sistema de gênero de Mason (1997), entendido como expectativas socialmente construídas para o comportamento masculino e feminino que prescrevem uma divisão de trabalho e responsabilidades entre homens e mulheres e concedem direitos e obrigações diferentes a eles. Tendo isso em mente, McDonald (2000) argumentou que, em países com altos níveis de equidade de gênero em instituições que lidam com pessoas como indivíduos (educação e mercado de trabalho), mas níveis baixos de equidade nas instituições que lidam com pessoas como membros de famílias (transferências governamentais e a própria família), os níveis de fecundidade serão mais baixos. Nesses contextos, as mulheres teriam que balancear suas expectativas educacionais, profissionais e familiares sem ajuda dos maridos, o que fica cada vez mais difícil quanto mais filhos se tem. Já em contextos em que há maior igualdade no interior da família, as obrigações familiares seriam mais equilibradas, propiciando um número maior de filhos, como observados em alguns países desenvolvidos (MCDONALD, 2000). Essa discussão nos ajuda a explicar, por exemplo, a queda da fecundidade influenciada por um adiamento (MIRANDA-RIBEIRO, 2019) ou até mesmo a saída das mulheres do mercado de trabalho para terem filhos e, em alguns casos, a penalidade sofrida pelas mulheres no mercado de trabalho em função da maternidade no Brasil (GUIGINSKI; WAJNMAN, 2019).

O descompasso entre os níveis de equidade na sociedade e na família advém de uma incidência restrita do Estado e das instituições de mercado na mudança dos sistemas de valores culturais, em especial das famílias. Isso significa dizer que, mesmo que políticas sejam criadas no intuito de promover equidade nos domicílios, a adesão plena delas depende das expectativas sociais construídas nesses contextos. Um exemplo disso é a política de licença parental existente em alguns

países, que pode ser utilizada por qualquer membro do casal. Em contextos em que o cuidado dos filhos é entendido como responsabilidade exclusiva da mãe, mesmo que haja essas políticas, a probabilidade de que a licença seja utilizada pelo pai é muito menor. Esse comportamento representaria uma quebra de expectativas sociais e, conseqüentemente, conflitos no interior do domicílio e até mesmo na família estendida. A questão a ser investigada, então, não é simplesmente a dicotomia famílias *versus* indivíduos, mas a natureza da organização familiar predominante, isto é, se a família é caracterizada por um modelo patriarcal e heteronormativo, ou pela equidade de gênero (MCDONALD, 2000).

Pensar a existência de uma dicotomia ou descompasso entre as discussões sociais e a sua apropriação dentro e fora do domicílio, ou até mesmo a forma como a família vive seu cotidiano e se mostra para sociedade, se faz ainda mais relevante no contexto brasileiro. Esse fenômeno é utilizado para descrever a sociedade brasileira e suas relações de diversas formas desde a literatura, com *Dona Flor e seus dois maridos*, de Jorge Amado (1976), até o pensamento social Brasileiro em *Casa-Grande e senzala*, de Gilberto Freyre (1933), *Raízes do Brasil*, de Sergio Buarque de Holanda (1936) e, mais diretamente, em *A casa & a rua*, de Roberto Damatta (1997).

Nos estudos clássicos sobre as minorias sexuais brasileiras, essa dicotomia também se apresenta ao descrever a forma como a sexualidade, em especial as homossexualidades, é, ao mesmo tempo, naturalizada e reprimida, vivenciada em espaços privados e públicos, ressignificada pelos papéis sociais e sexuais dos seus membros e vista com certa aceitação social e repressão familiar (FRY; MACRAE, 1983; MOTT, 1988; PERLONGHER, 1987; MACRAE, 1990; 2018; PARKER, 1991; 2002; GREEN, 2019; GUIMARÃES, 2004; TREVISAN, 2018). Duas passagens específicas desses clássicos deixam esses elementos muito claros. Ao descrever a instauração e ampliação do movimento homossexual no Brasil, nos anos 1970, e uma aparente aceitação social de personagens *gays* nas rádios e televisões da época, João Silvério Trevisan (2018) afirmou que esse processo era restrito ao mundo fora da família, em que a “modernização” aconteceu no estilo “Tudo bem, desde que não na minha família!” (p. 314). Mais direta no que tange à resistência em se transformar é a frase de Peter Fry no prefácio da primeira edição de *Além do*

Carnaval, de James Green (2018). Ao indicar que o autor poderia atualizar suas análises para além de 1980, Fry afirmou que acredita que muitas das mesmas tensões relatadas seriam encontradas, uma vez que “[...] o processo social não descarta o passado quando inaugura o aparentemente novo” (p. 25).

Tendo em vista as características dicotômicas da sociedade brasileira, em especial em relação às sexualidades não normativas, propomos uma transposição da lógica de pensamento da teoria da equidade de gênero (MCDONALD, 2000) para compreender a relação entre o estigma social e os resultados de saúde mental das minorias sexuais. Dessa forma, podemos inferir que os avanços conquistados pela população LGBT nos últimos anos, motivados pelos movimentos sociais e operacionalizados pelo Estado, são, em sua maioria, voltados para as instituições que tratam os cidadãos como indivíduos. Mesmo quando levamos em consideração o casamento igualitário ou a adoção, ligados a formação de famílias, estamos lidando com avanços que só podem ser acessados por indivíduos adultos, que já estão em estágios mais avançados do desenvolvimento da sua identidade sexual. Como indicado por De Lena (2016), grande parte dos LGB casados é mais escolarizada e, em sua maioria, moradora do sudeste do Brasil, em especial dos grandes centros, onde os níveis de secularização são mais altos (CARVALHO; IRFFI, 2019). Ou seja, o potencial de utilização dos benefícios diretos dos avanços sociais pró-equidade LGBT nos últimos anos está conectado à etapa do curso de vida, local de moradia e contexto em que o indivíduo se encontra.

No entanto, quando pensamos nos possíveis benefícios indiretos, entendidos com a redução do estigma social e resultados de saúde mental, especialmente para os mais jovens (MEYER, 2016), deparamo-nos com o impacto da família de origem, combinado aos estágios mais conflituosos do desenvolvimento da identidade sexual. Ou seja, esses benefícios indiretos são dependentes da capacidade de adesão dos avanços pró-LGBT nos valores e expectativas familiares. Como documentado por Hauer e Guimarães (2015), em geral, as famílias brasileiras ainda são heteronormativas, o que pode gerar um descompasso entre a sensação dos avanços na sociedade e nos domicílios. Nesse caso, para lésbicas, gays e bissexuais, especialmente os mais jovens e que ainda moram com os pais, a avaliação das possibilidades, expectativas e esperanças que envolvem as transições

para a vida adulta é construída, muitas vezes, nesse descompasso, que por si só pode gerar impactos nos resultados de saúde mental. A depender da percepção que se tem do grau de descompasso, o processo de desenvolvimento da identidade sexual pode ser adiado ou adiantando. Para os que adiantam esse processo, os embates nos domicílios podem ser aumentados exatamente na etapa do curso de vida marcado por conflitos e menor estabilidade financeira, econômica e emocional. Essas indicações nos ajudariam a explicar não só a manutenção dos piores resultados de saúde entre minorias sexuais, mesmo com avanços substanciais em prol dos direitos LGBT, mas um aumento da incidência de depressão entre os mais jovens.

Fundamentado nessas discussões, o presente trabalho se orienta pela seguinte questão: de que forma o desenvolvimento da identidade sexual e saúde mental de lésbicas, gays e bissexuais em Minas Gerais são afetados pelos efeitos de idade, gênero e suporte familiar? Para responder à pergunta, não se pode ignorar a natureza social do modelo estresse das minorias (MEYER, 2003; 2021a), a conexão entre o desenvolvimento da identidade sexual e a puberdade (MATTA *et al.*, 2020), a maior prevalência dos marcadores de desenvolvimento da identidade sexual entre a adolescência e início da juventude (CALZO *et al.*, 2011), a consideração das diferenças das experiências de desenvolvimento e socialização de homens e mulheres (DIAMOND, 2008), o possível impacto dos avanços institucionais pró-equidade na redução do estigma social para coortes mais jovens (MEYER, 2016) e um possível descompasso entre as mudanças sociais nas instituições orientadas para os indivíduos e nas instituições orientadas para a família (MCDONALD, 2000).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico desta tese baseia-se em uma abordagem de métodos mistos e utiliza os dados coletados pela *Pesquisa Manas* (PMA)⁷. O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CAAE – 85561717.0.0000.5149) em 15 de maio de 2018, e todos os participantes incluídos no estudo tiveram acesso e concordaram com os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na primeira parte do capítulo, apresentamos a abordagem quantitativa, incluindo a construção do instrumento, seu processo de validação e teste, a definição dos indicadores, o desenho da amostra e os métodos de análise. Na segunda parte, apresentamos a abordagem qualitativa, que compreende a definição do roteiro utilizado, a seleção da amostra, a descrição do processo de coleta e a análise dos dados.

Os métodos mistos nas pesquisas das Ciências Sociais consistem na combinação explícita de elementos de dois ou mais métodos, utilizados simultânea ou sequencialmente, com o intuito de aumentar os ganhos quanto à compreensão de determinados problemas em ambientes culturalmente complexos, com foco na mudança social. O pressuposto central dessa estratégia é o de que a diversificação das formas de coleta e de análise de dados permite contrabalancear as fragilidades de um método com as potencialidades de outro. Como resultado, aumenta-se a abrangência de compreensão e, conseqüentemente, a possibilidade de respostas em relação ao fenômeno em estudo (AXINN; PEARCE, 2006; MERTENS, 2007; CRESWELL, 2010).

Os processos de combinação entre métodos qualitativos e quantitativos produzem evidências sobre as tendências e dimensões dos problemas em estudo, ao mesmo tempo em que apresentam elementos para sua compreensão mais aprofundada, os quais auxiliam no conhecimento, sistematização, justificativa e formulação de uma política pública para responder a uma ou mais demandas específicas (WEAVER-

⁷ O projeto *Qualidade de vida relacionada à saúde e adequabilidade do Sistema de Saúde para lidar com as necessidades da população LGBT em Minas Gerais*, batizado de *Pesquisa Manas* (PMA), foi financiado pelo Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) (Chamada nº 07/2017 da FAPEMIG – MS/CNPQ/FAPEMIG/SES).

HIGHTOWER, 2004). Embora haja diversas estratégias de uso da combinação de métodos qualitativos e quantitativos em pesquisas que utilizam a abordagem de métodos mistos, a presente tese se baseia na estratégia “sequencial transformativa”, proposta por Creswell (2010). Em linhas gerais, essa estratégia caracteriza-se pelo uso sequencial de técnicas quantitativas e qualitativas, orientadas por um marco teórico para compreender melhor um fenômeno (nesta tese, a relação entre desenvolvimento da identidade sexual e saúde mental entre minorias sexuais), ao mesmo tempo em que oferece elementos que podem influenciar uma mudança na sua forma de compreensão e apropriação prática dos pressupostos teóricos na aplicação de políticas e outras chamadas para ação.

Para operacionalizar nossas análises, era necessário um questionário que nos permitisse estimar alguns indicadores para o agrupamento dos indivíduos em categorias, como coorte de nascimento, risco para depressão e marcadores de desenvolvimento de identidade sexual. Entretanto, apenas com dados transversais de natureza quantitativa não conseguiríamos compreender os impactos das mudanças sociais no processo de desenvolvimento das identidades sexuais e sua relação com a saúde mental. Além disso, não poderíamos discutir aspectos intrínsecos das experiências vividas pelos participantes, como as referências sociais e simbólicas sobre o que representava pertencer a uma minoria social durante a sua infância e adolescência, a influência das relações familiares e com os pares, ou mesmo o exercício hipotético de o quão diferente seria sua experiência de compressão e divulgação da sexualidade, se as deslocássemos temporalmente para a atualidade. Nenhuma dessas respostas poderia ser resumida em um questionário ou apenas em entrevistas semiestruturadas. Dessa forma, a combinação entre questionários e entrevistas permite análises que são complementares para o entendimento da relação entre identidade sexual e saúde mental da população LGB.

3.1 Percurso metodológico da coleta e análise dos dados quantitativos

A análise quantitativa baseia-se em uma pesquisa de campo inédita, realizada com uma amostra de lésbicas, gays e bissexuais em Minas Gerais. Essa pesquisa foi desenvolvida no âmbito desta tese e contou com financiamento do PPSUS. A construção e a validação da base de dados se configuraram como o primeiro

objetivo específico desta tese; tal base conta com informações sociodemográficas, de saúde, desenvolvimento da identidade sexual, composição de redes sociais e acesso aos serviços de saúde desse subgrupo populacional. A partir dos dados daí extraídos, também podemos responder ao segundo objetivo específico desta tese, que é identificar os diferenciais de idade e de gênero na relação entre desenvolvimento da identidade sexual e saúde mental entre minorias sexuais em Minas Gerais.

3.1.1 Instrumento – Questionário estruturado com uma amostra de indivíduos LGB

O instrumento utilizado na etapa quantitativa desta tese foi construído por meio da combinação de questionários já testados e reconhecidos para estimar comportamentos e condições de saúde, tanto na população LGB, quanto na população geral. A combinação de diferentes questionários permitiu a comparação dos nossos resultados com a Pesquisa Nacional de Saúde 2019, aplicada a um contingente populacional representativo da população geral brasileira⁸, bem como com os resultados encontrados na literatura internacional para a população LGB (SANDFORT *et al.* 2001; COCHRAN; MAYS; SULLIVAN, 2003; PITTS *et al.* 2006; KING *et al.*, 2008; CALZO *et al.*, 2011; MARTOS; NEZHAD; MEYER, 2015). Essa fase foi operacionalizada pela autoaplicação do instrumento pela internet. Os nossos achados permitem discutir não só a raiz dos estigmas vivenciados por minorias sexuais, mas suas interações com outras condições minoritárias na sociedade, como raça/cor, gênero, classe e território. Além disso, a metodologia de amostragem e coleta dos dados nos permitiu avançar na discussão das relações entre as variáveis estudadas, ao passo que revelam alguns mecanismos sociais adjacentes que reforçam os diferenciais entre LGB no que se refere à saúde e ao desenvolvimento da identidade sexual. Essa composição vai ao encontro do

⁸ A PNS é um estudo transversal que compõe o conjunto de pesquisas oficiais de base populacional do Estado brasileiro. A amostra é calculada partindo dos setores censitários de base operacional geográfica do Censo Demográfico de 2010 e possui três estágios, iniciados com a estratificação do que se denominou como Unidades Primárias de Amostragem (UPA), formado pelos setores censitários ou por um conjunto deles. Os outros dois níveis são o domicílio e os indivíduos. As informações sobre os domicílios foram coletadas por meio de um questionário aplicado ao responsável sobre todos os moradores. Já as perguntas do nível individual foram respondidas por um dos moradores com 18 anos ou mais escolhido aleatoriamente (BARROS *et al.*, 2017).

proposto por Meyer (2003) sobre o desenho ideal para um estudo que visa entender seu modelo.

O questionário estruturado da PMA foi composto por seis blocos: 1) informações sociodemográficas; 2) qualidade de vida relacionada à saúde; 3) saúde mental; 4) saúde sexual e reprodutiva; 5) ser LGB, redes sociais e de suporte; e 6) acesso e utilização dos serviços de saúde (Anexo 3).

3.1.1.1 Informações sociodemográficas

Foram coletadas as seguintes informações sociodemográficas: idade, sexo, identidade de gênero, orientação sexual, raça/cor, município de residência, escolaridade, ocupação, indicadores de bens e ativos para classificação dos indivíduos segundo classes socioeconômicas – conforme critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)⁹ –, informações sobre religião (incluindo religiosidade (frequência) e a religião em que foi criado), composição domiciliar (com quem reside e número de pessoas no domicílio) e *status* marital.

3.1.1.2 Qualidade de vida relacionada à saúde

Para estimar a qualidade de vida relacionada à saúde, foi utilizado o instrumento SF-8 (*Medical Outcomes Study 8-Item Short-Form Health Survey*), uma versão reduzida do instrumento SF-36 (o primeiro e mais completo instrumento da família SF). O SF-8 é composto por oito questões, distribuídas nas seguintes dimensões: 1) capacidade funcional, 2) desempenho físico, 3) dor corporal, 4) avaliação geral do estado de saúde, 5) vitalidade, 6) aspectos sociais ou de sociabilidade, 7) aspectos emocionais e 8) saúde mental. Para este estudo, utilizamos a versão que investiga a presença desses sintomas nas últimas quatro semanas anteriores à aplicação do questionário (CAMPOLINA; CICONELLI, 2008).

⁹ Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 12 jan. 2021.

3.1.1.3 Saúde mental

Utilizamos o instrumento PH-Q9 (*9-item Patient Health Questionnaire*) para mapeamento de questões ligadas à depressão. O questionário é composto por nove perguntas que avaliam a presença dos sintomas de depressão nas duas últimas semanas, segundo descritos pelo DSM-V, que são: 1) humor deprimido; 2) perda de interesse ou prazer em fazer as coisas; 3) dificuldades de pegar no sono, permanecer dormindo ou dormir mais do que o costume; 4) cansaço ou falta de energia; 5) falta de apetite ou comer demais; 6) sentimento de culpa ou inutilidade; 7) dificuldades de concentração; 8) lentidão para se movimentar ou falar, ou inquietação; e 9) pensamentos suicidas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; SANTOS, *et al.*, 2013). Como o mesmo instrumento foi aplicado na PNS, permite comparação dos indicadores do grupo estudado com a população geral brasileira.

3.1.1.4 Saúde sexual e reprodutiva

Adotamos uma parte da seção 5 (Conjugalidade e atividade sexual) do questionário da mulher da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS). Apesar de pensada inicialmente para uma pesquisa direcionada às pessoas do sexo feminino, as perguntas se referiam às experiências sexuais recentes das respondentes. Logo, não se fez necessária nenhuma adaptação substancial para a aplicação na nossa amostra. Para as pessoas que responderam que tiveram atividade sexual no último ano, perguntamos sobre a(s) identidade(s) de gênero do(s) parceiro(s), o uso de camisinha na última relação e sobre as razões pelo não uso. Por fim, questionamos a todos os entrevistados se sabiam onde era possível pegar ou comprar camisinhas (peniana e vaginal) e onde buscavam por esse insumo quando necessitavam.

3.1.1.5 Ser LGB e redes sociais e de suporte

A percepção dos entrevistados sobre “ser LGB” foi avaliada a partir da combinação dos seguintes instrumentos utilizados no *National health aging, sexuality and gender study* (FREDRIKSEN-GOLDSSEN *et al.*, 2015): escala de estigma homossexual;

escala *outness*; tempo de duração da revelação da identidade sexual/delta do desenvolvimento da identidade sexual; redes sociais e de suporte. Após alguns testes internos e junto a movimentos sociais, decidimos excluir as perguntas relacionadas à violência presente no instrumento proposto por Fredriksen-Goldsen et. al. (2015). Apesar de reconhecermos o impacto das violências sofridas ao longo da vida nos resultados de saúde, essas perguntas podem gerar desconfortos psicológicos e, conseqüentemente, demandar recursos e profissionais de saúde mental durante a aplicação dos questionários. A exclusão dessas perguntas foi, portanto, necessária devido à indisponibilidade desses recursos pela equipe do projeto, devido à estratégia de amostragem e em função da aplicação dos questionários de forma virtual.

3.1.1.6 Acesso e utilização dos serviços de saúde

As perguntas sobre acesso e utilização dos serviços de saúde foram baseadas no Módulo X – atendimento médico – da PNS de 2013-2014, permitindo, assim, comparabilidade com a população geral. Esse bloco contempla questões sobre o acesso e o atendimento propriamente dito, como, por exemplo, duração da consulta e se sentiu algum tipo de preconceito durante o atendimento. Também avalia como o estigma e o estereótipo podem ameaçar a busca pelo cuidado e o relacionamento com o profissional de saúde, tendo como base a escala criada por Abdou e Fingerhut (2014).

3.1.2 Validação e teste dos instrumentos de coleta de dados

Apesar de serem inspirados em instrumentos já validados em outros países ou para a população geral brasileira, os instrumentos quantitativos utilizados nesta tese foram avaliados de forma integral antes da aplicação. Para essa validação, foram feitas parcerias com grupos de pesquisa e organizações da sociedade civil voltados para a política de saúde e defesa dos direitos de minorias sexuais e de gênero.

Em um primeiro momento, foi realizada uma discussão com os integrantes do Grupo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade (GEESC), do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR), da Faculdade de Ciências

Econômicas (FACE), da UFMG. Nessa etapa, a discussão foi focada nos instrumentos referentes à qualidade de vida relacionada à saúde, depressão e acesso aos serviços de saúde, tendo como principal preocupação a garantia da comparabilidade com os dados da população geral.

A segunda rodada de discussão do instrumento de coleta de dados ocorreu com o coletivo #VoteLGBT. Essa fase buscou avaliar a comunicabilidade dos instrumentos, visando abranger as experiências de LGBT+ brasileiros de forma clara, objetiva e diversa.

A terceira fase de discussão foi durante o processo de qualificação de doutorado desta tese. Apesar de não ser uma fase de validação e teste dos instrumentos, possibilitou avaliar a pertinência dos instrumentos na coleta dos dados para responder aos objetivos propostos nesta tese. Os principais pontos de debate foram em relação ao tamanho dos instrumentos e à pertinência de se utilizar os mesmos instrumentos para toda a sigla LGBT. A discussão sobre a separação entre os instrumentos utilizados entre as pessoas LGBT foi acatada após a qualificação, resultando na delimitação desta tese apenas a lésbicas, gays e bissexuais. Essa ideia se fundamentou na compreensão das diferenças entre LGB e pessoas trans/travestis no que se refere às demandas de saúde e experiências de estigma e preconceito, tanto na sociedade de forma geral, quanto nos serviços de saúde.

As discussões realizadas nessas três fases contribuíram para a elaboração da primeira versão do questionário estruturado. Essa versão foi posteriormente testada em pessoas do grupo LGB para avaliar o entendimento das perguntas e o tempo necessário para responder todo o questionário. Apesar de a divulgação do teste ter sido realizada entre os indivíduos de toda a sigla LGB, no dia agendado para a sua realização, nenhuma mulher lésbica apareceu. Dessa forma, o teste foi realizado apenas com o grupo G e B, sendo necessária a organização de uma segunda rodada com as mulheres lésbicas. A primeira rodada ocorreu nas dependências da Faculdade de Direito da UFMG, no dia 20 de fevereiro de 2019, e contou com a presença de treze pessoas, sendo gays ou pessoas bissexuais (masculinas ou femininas) de diferentes grupos etários e raciais. A segunda foi realizada no dia 28 de fevereiro de 2019, nas dependências do Centro de Referência LGBT do

município de Belo Horizonte, e contou com a participação de quatro lésbicas de diferentes grupos etários e raciais.

Os testes foram estruturados com a aplicação conjunta do questionário e posterior discussão com o grupo sobre as perguntas que geravam mais dúvidas ou questões que não continham categorias de respostas abrangentes. Após esses testes e discussões, foram feitas alterações no instrumento, procurando contemplar os pontos levantados, sem perder a comunicabilidade com todos os grupos de interesse da pesquisa. Esse teste foi importante para identificarmos, entre outros pontos, a necessidade de estratégia de divulgação direcionada e específica para mulheres lésbicas.

3.1.3 Definição dos indicadores selecionados

A maior parte das variáveis utilizadas nesta tese foi definida diretamente a partir das respostas dos indivíduos ao questionário estruturado, como idade, município de residência, orientação sexual, identidade de gênero, se o pai e a mãe sabem sobre identidade sexual, número de pessoas no domicílio, composição domiciliar, cobertura privada de saúde, acompanhamento psicológico, uso de álcool, uso de tabaco e diagnóstico prévio de depressão. Os indicadores que medem o *status* socioeconômico, risco de depressão, religiosidade e desenvolvimento das identidades sexuais foram construídos com base em metodologias específicas, conforme detalhado nas subseções seguintes.

3.1.3.1 Critério Brasil – ABEP

O *status* socioeconômico dos entrevistados foi avaliado com base no Critério Brasil 2015 – ABEP (KAMAKURA; MAZZON, 2016). Esse indicador busca avaliar o nível de riqueza de um indivíduo com base na estrutura do domicílio (número de banheiros e se possui água encanada), os bens de consumo existentes (automóveis, motocicletas, microcomputador, lava-louças, lava-roupas, seca-roupas, geladeira, *freezer*, DVD e micro-ondas), a presença de um ou mais empregados domésticos no domicílio, as características do território em que o domicílio está

instalado (se o trecho da rua em que a casa está situada é pavimentada) e o maior nível de escolaridade alcançado pelos membros da família.

Com base no somatório dos pontos atribuídos a cada categoria, os indivíduos são categorizados nas seguintes classes: 1) classe A (de 45 a 100 pontos); 2) classe B1 (de 38 a 44); 3) classe B2 (de 29 a 37); 4) classe C1 (de 23 a 28); 5), classe C2 (de 17 a 22); e 6) classes D/E (de 0 a 16). Neste trabalho, devido ao pequeno número de observações, reclassificamos os indivíduos em três categorias: 1) A, 2) B1/B2 e 3) C1/C2/D/E.

3.1.3.2 PHQ-9

O PHQ-9 é um instrumento validado em diversas línguas e países para identificar o risco de depressão, bem como para a triagem em serviços de saúde mental. O instrumento permite classificar os indivíduos em três categorias: 1) sem risco de episódio de depressão (SD); 2) com risco de episódio de depressão menor (EDMn); e 3) com risco de episódio de depressão maior (EDM). Essa classificação foi realizada utilizando os pontos de corte propostos em um estudo realizado para a população geral brasileira com base na PNS 2013-2014 (BARROS *et al.*, 2017). Segundo Barros *et al.* (2017), são classificadas na categoria de EDM as pessoas que apresentaram pelo menos cinco dos nove aspectos investigados pelo PHQ-9 nos sete dias ou mais anteriores à aplicação do instrumento, estando necessariamente entre eles “humor deprimido” ou “falta de interesse ou prazer”. No outro extremo, indivíduos que relataram menos de dois sintomas no período de referência ou ausência de “humor deprimido” e “falta de interesse ou prazer” foram categorizados como SD. Os indivíduos que não se enquadram em nenhuma dessas duas categorias extremas são classificados como tendo risco de EDMn (BARROS *et al.*, 2017).

A utilização desse algoritmo, definido por Barros *et al.* (2017), pode gerar uma subestimação de até 40% na proporção de pessoas que deveriam ser classificadas com risco de EDM e acabam sendo inseridos na categoria EDMn (SANTOS *et al.*, 2013; MANEA *et al.*, 2015; BARROS *et al.*, 2017). Entretanto, para garantir a comparabilidade com os resultados encontrados pelos autores para a população

geral, optamos por manter essa metodologia de categorização dos indivíduos segundo o grau de depressão.

3.1.3.3 *Religiosidade*

A influência da religião no comportamento sexual já foi verificada em alguns estudos demográficos (MIRANDA-RIBEIRO *et al.*, 2009; MIRANDA-RIBEIRO *et al.*, 2014; VERONA, 2011; VERONA; REGNERUS, 2014). Sabe-se que a prática sexual antes do casamento é reprimida por algumas religiões, o que pode influenciar diretamente no nível de informação sobre saúde sexual e de liberdade para a experimentação dos desejos sexuais (LONGO, 2002; VERONA, 2011; VERONA; REGNERUS, 2014). Dessa forma, a classificação da existência de uma religião combinada com sua frequência aos eventos religiosos é considerada uma boa *proxy* para classificar a religiosidade de uma pessoa (COUTINHO; MIRANDA-RIBEIRO, 2014). Para a definição das categorias da variável religiosidade, combinamos duas perguntas presentes no questionário estruturado: 1) qual a religião ou culto que você frequenta atualmente? E 2) com que frequência você costuma ir a essa igreja, culto ou serviço religioso? A partir dessa combinação, classificamos os indivíduos em três categorias: 1) “Sem religião / Ateu / Agnóstico”; 2) “Religiosos praticantes” (indivíduos que professam alguma religião e frequentam eventos religiosos até uma vez por mês); e 3) “Religiosos não praticantes” (indivíduos que professam alguma religião, mas não frequentam eventos religiosos há mais de um mês).

3.1.3.4 *Desenvolvimento das identidades sexuais*

D’Augelli e Grossman (2001) foram os primeiros a propor o uso de marcadores de desenvolvimento das identidades sexuais como métricas para a avaliação de impactos na saúde mental de minorias sexuais. Os autores valeram-se de nove medidas diferentes criadas pela utilização direta ou combinada das respostas sobre 1) idade em que se entendeu diferente dos pares; 2) idade em que se reconheceu como LGB pela primeira vez; 3) idade em que contou pela primeira vez a alguém que era LGB; 4) tempo de autopercepção (idade atual subtraída da idade em que se entendeu diferente dos pares); 5) período antes do reconhecimento (idade de reconhecimento como LGB subtraída da idade em que se entendeu diferente dos

pares); 6) período antes da primeira comunicação da sexualidade (idade em que contou pela primeira vez a alguém que era LGB subtraída da idade em que se reconheceu como LGB pela primeira vez); 7) anos vividos como LGB (idade atual subtraída da idade em que contou pela primeira vez a alguém que era LGB); 8) proporção da vida em que se reconhece LGB (razão entre a idade em que se sentiu diferente dos pares e a idade atual); e 9) proporção da vida vivida no “armário” (idade em que se reconheceu como LGB subtraída pela idade em que se entendeu diferente dos pares, dividido pela idade atual).

Essas medidas foram utilizadas em outros estudos (CALZO *et al.*, 2011; FREDRIKSEN-GOLDSSEN *et al.*, 2015), de forma integral ou parcial, para discutir a saúde mental de minorias sexuais. Como estamos interessados em averiguar a relação entre a idade em que se entendeu diferente dos pares, comunicou a sexualidade a alguém e a relação entre elas na saúde mental, considerando os possíveis efeitos de idade, gênero e coorte, limitamo-nos à manutenção dessas variáveis, seguindo o proposto por D’Augelli e Grossman (2001).

O desenvolvimento da identidade sexual pode ocorrer em diferentes fases de da vida do indivíduo. Neste estudo, utilizamos as faixas de idade propostas nos Estatutos da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL,1990) e da Juventude (BRASIL, 2013) para a definição de cada uma dessas fases: 1) infância (eventos ocorridos até 11 anos); 2) pré-adolescência (entre 12 e 14 anos); 3) adolescência (entre 15 e 17 anos); 4) juventude (entre 18 e 24 anos); e 5) juventude adulta ou fase adulta (acima de 25 anos).

3.1.4 Desenho da amostra

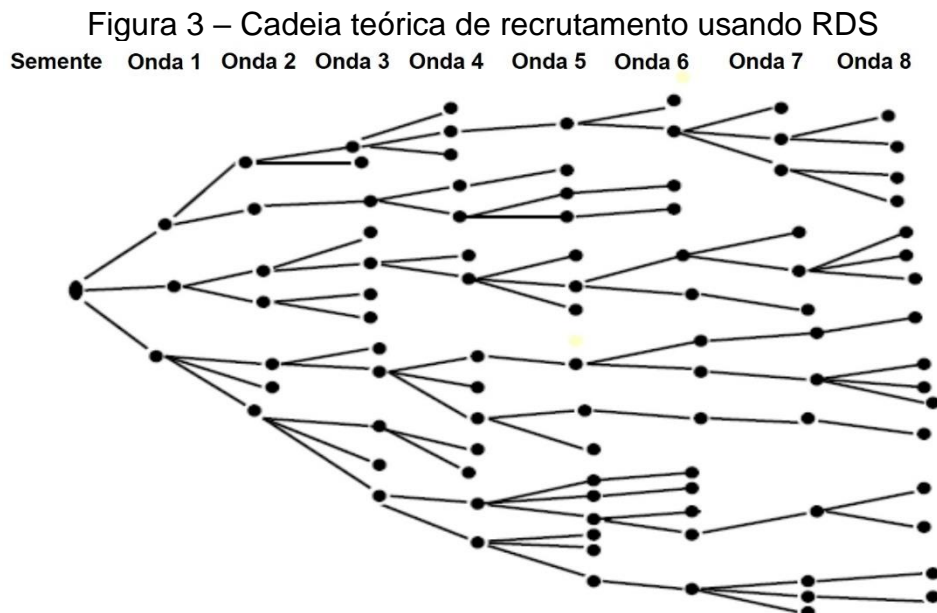
Estratégias de amostragem probabilísticas convencionais não podem ser utilizadas em um contexto de indisponibilidade de informações sobre o tamanho da população estudada. Por sofrer estigmas sociais e preconceitos, os indivíduos do grupo em estudo (LGB) são de difícil acesso, comprometendo ainda mais o uso dessas estratégias para a definição da amostra. Para contornar essas dificuldades, utilizou-se o método *Respondent-Driven Sampling* (RDS). A técnica caracteriza-se pela escolha não aleatória de um grupo de pessoas da população-alvo, denominadas

“sementes”. Um número pré-determinado de cupons é distribuído para cada uma das sementes, que devem encaminhá-las a outros membros da sua rede pessoal pertencentes à população-alvo. Uma vez verificada a elegibilidade dos indicados e com o seu aceite de participação, inicia-se a primeira onda de recrutamento, denominada “filhos das sementes”. A estes serão entregues o mesmo número de cupons distribuídos às sementes, resultando, assim, em uma nova onda de recrutamento. Esse processo é repetido o máximo de vezes possível, com o intuito de alcançar o maior número de participantes pertencentes a essa população. O procedimento demonstra-se vantajoso para esse tipo de população-alvo, pois os convites são feitos pelos próprios pares, minimizando o viés de “mascaramento”. Além disso, como o número de cupons é restrito, a influência da semente na composição final da amostra é minimizada, evitando o estabelecimento de super-recrutadores (ALBUQUERQUE, 2009).

A amostragem por meio do RDS é fundamentada em um entendimento de que sucessivas ondas de recrutamento reduz a semelhança dos participantes em relação a semente inicial, resultando em uma amostra assintoticamente aleatória (ALBUQUERQUE, 2009). Logo, quando mantidos os pressupostos analíticos e funcionais da coleta dos dados, é possível estabelecer uma relação entre as pessoas que foram incluídas na amostra e suas respectivas características com a proporção das pessoas que não foram alcançadas pela amostra e, assim, estimar o tamanho de uma população e a prevalência conhecida de uma determinada condição de saúde, por exemplo. O peso de expansão é dado pelo inverso da probabilidade de seleção de cada observação. Essa medida é construída com base na informação sobre a quantidade de pessoas que cada entrevistado reporta conhecer da população-alvo. Dessa forma, indivíduos que declaram ter redes grandes de pessoas LGB recebem peso menor do que os que declaram pertencer a redes mais compactas. Em termos práticos, quanto mais difícil é acessar uma determinada pessoa, maior será o seu peso para a expansão da amostra (UNAIDS, 2013).

A ideia central do RDS é acessar as redes sociais da população-alvo, beneficiando-se dos laços fortes (amizades) e fracos (pessoas conhecidas) para transmitir a sensação de segurança na participação da pesquisa e aumentar, assim, a taxa de

resposta e de indicação. Nesse sentido, a escolha das sementes deve observar o potencial que essas pessoas têm de influenciar seus pares a participarem da pesquisa. Por essa razão, as sementes precisam ser compostas por pessoas com algum destaque no grupo estudado, não somente no que se refere ao número de pessoas conhecidas e amigas, mas especialmente na sua reputação entre seus pares. A intenção é que essas sementes se tornem recrutadores de outros participantes que se tornarão recrutadores de outros participantes, e assim sucessivamente. O resultado desse processo é a expansão da amostra de forma exponencial, resultando em uma rede em que os indivíduos das últimas ondas não tenham mais conexão direta com as sementes iniciais, simulando um processo de seleção probabilística (Fig. 3). A reputação e o reconhecimento entre pares também são importantes para garantir que o recrutamento seja simétrico e entre laços recíprocos, sendo este um dos pressupostos centrais da técnica RDS. Isso significa que, teoricamente, todos os recrutados também recrutariam os seus recrutadores caso esses já não tivessem participado da pesquisa (HECKATHORN, 2002; HECKATHORN *et al.*, 2006; JOHNSTON; SABIN, 2010).



Fonte: Elaborado pelo autor com base em JOHNSTON e SABIN (2010).

A aplicação da técnica possui alguns desafios que impactam diretamente a validade dos dados coletados. O primeiro deles é conseguir acessar a população-alvo. Na maioria dos casos, esse acesso é feito presencialmente, nos lugares de socialização dessas pessoas. No nosso caso, essa estratégia não seria factível, dado o vasto

número de lugares de socialização do público LGB em Minas Gerais e o reduzido número de pessoas na equipe. Para contornar esse problema e otimizar o nosso processo de coleta de dados, optamos por aplicar o método em uma plataforma *on-line*.

Segundo Wejnert e Heckathorn (2008), o RDS baseado na *web* (WebRDS) é altamente eficaz, pois permite que as cadeias de referência progridam muito rapidamente, até vinte vezes mais rápido do que com os métodos tradicionais de amostragem. Além disso, dado o estigma vivenciado pela população em estudo, o WebRDS permite que as pessoas sejam indicadas e respondam o questionário de forma anônima e sem contato presencial com os pesquisadores, o que aumenta as chances de resposta. Por fim, o WebRDS tem o potencial teórico de amostrar rapidamente grandes populações conectadas eletronicamente, com o mínimo de recursos humanos e recursos monetários, desde que não haja diferenciais de acesso digital entre o público em estudo.

O último desafio da utilização do RDS está ligado à capacidade dos entrevistados em informar o tamanho da sua rede pessoal, o que permite estimar a sua probabilidade de seleção em relação ao grupo como um todo. Essa informação é essencial, dados os pressupostos funcionais e analíticos da técnica. Os pressupostos funcionais do RDS são os seguintes: 1) os entrevistados se conhecem como membros da população-alvo; 2) as redes dos entrevistados estão conectadas e formam um único componente conexo; e 3) a amostragem ocorre com reposição, podendo uma pessoa ser sugerida para participar da pesquisa mais de uma vez. Os pressupostos analíticos são estes: 1) os entrevistados podem informar com precisão o tamanho da sua rede pessoal (pessoas que ela conhece e convive), definida como o número de parentes, amigos e conhecidos que se enquadram na população-alvo; e 2) o recrutamento de pares é uma seleção aleatória da rede do recrutador, em que idealmente cada respondente recruta um par uma única vez.

Para garantir esses pressupostos, é preciso definir o tamanho da rede social pessoal (o número de pessoas que o entrevistado conhece na população-alvo), o número do cupom do participante (cupom com o qual o participante foi recrutado); e os números de cupons de recruta (os números dados aos recruta de cada participante). Em

nossa pesquisa, o uso da plataforma online permitiu vincular os respondentes aos seus recrutados. Além disso, conforme sugerido por UNAIDS (2014), incluímos as seguintes perguntas para estimar o tamanho das redes pessoais: 1) Quantas pessoas [do público-alvo] você conhece e que também te conhecem? Por conhecer queremos dizer pessoas [do público-alvo] que você saiba o nome ou veja com frequência; 2) Quantas dessas pessoas [do público-alvo] moram em [território pesquisado]? 3) Quantas dessas pessoas você diria que são próximas (amigas/amigos, parceira/parceiro ou familiar)? 4) Quantas dessas pessoas você diria que são apenas conhecidas (pessoas com quem você tem um contato mais superficial)?

3.1.4.1 A pesquisa de campo

Diferentes estratégias foram utilizadas para acessar a população-alvo do estudo. Essas estratégias foram definidas a partir do uso dos contatos dos seguintes bancos de dados sobre essa população em Minas Gerais: 1) lista dos participantes da última conferência de políticas públicas para a população LGBT de Minas Gerais, a qual conta com pessoas de 21 movimentos sociais em catorze cidades diferentes do estado; 2) lista atualizada dos movimentos sociais da pauta LGBT em Minas Gerais que estão em atividade, fornecida pelo Centro da Luta pela Livre Orientação Sexual em Minas Gerais (CELLOS/MG), o qual conta com dezessete movimentos em nove regiões diferentes do estado; 3) lista com o levantamento de grupos de alunos LGBT em Universidades e Institutos Federais em MG – onze Universidades; IFMG – onze *campi*, seis *campi* avançados e um polo de inovação, outros quatro IF; e 4) busca ativa de grupos de discussão com a temática LGBTQ+ (com os mais variados focos) no *Facebook*¹⁰. Além dessas fontes de informações, contamos com a divulgação da equipe de comunicação da UFMG entre os alunos e servidores e de entidades de jovens e adolescentes trabalhadores de Belo Horizonte. Também criamos perfis de divulgação da pesquisa no *Facebook* e *Instagram* para aumentar a heterogeneidade do grupo e fizemos busca ativa de contatos com os participantes da 22ª Parada do Orgulho LGBT de Belo Horizonte, em 14 de julho de 2019.

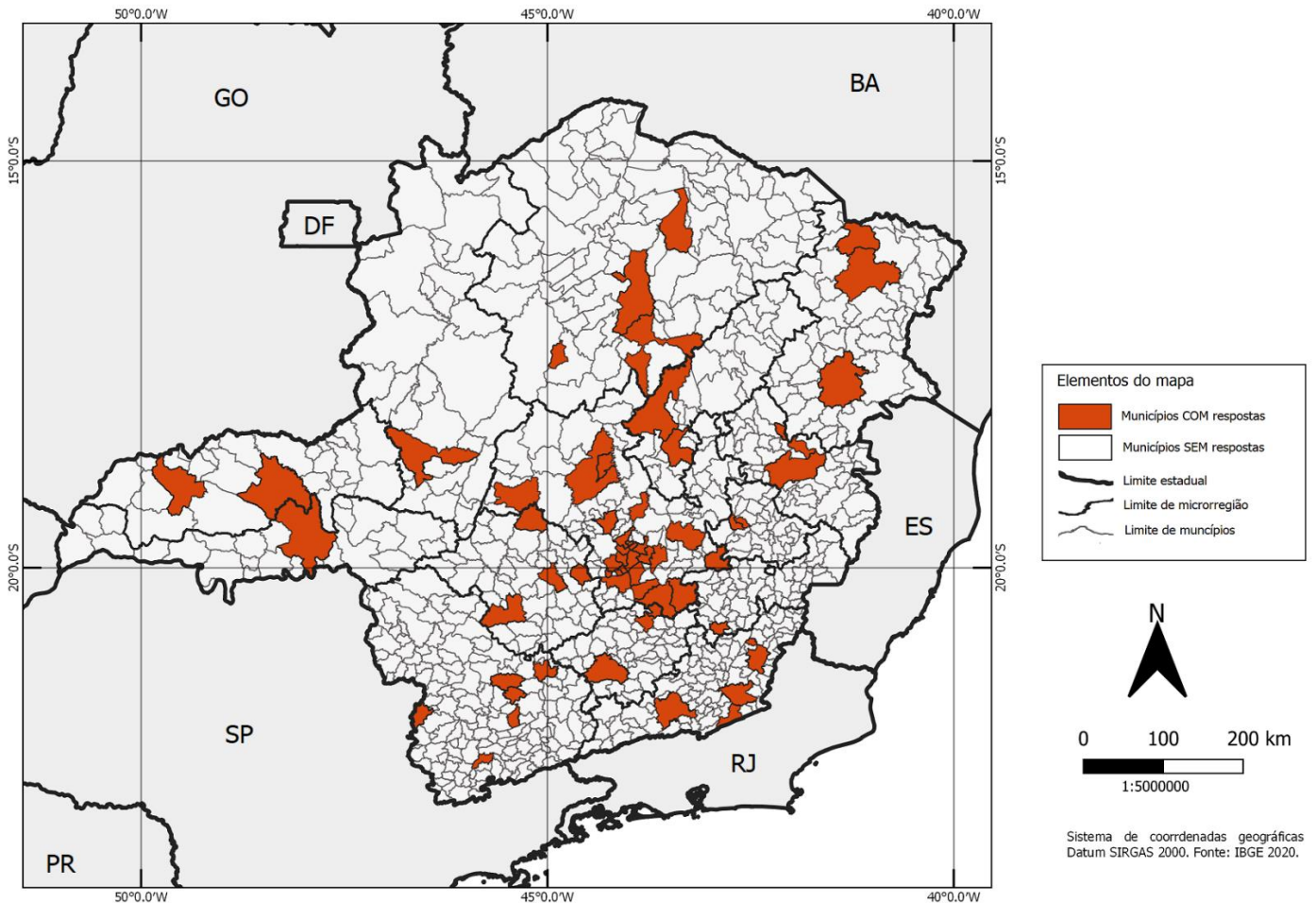
¹⁰ Esta mídia social foi escolhida por ser a única que permitia a criação de grupos de discussão temáticos abertos ou fechados

Uma vez que conseguíamos o contato de um primeiro respondente, denominado semente pelo método de amostragem RDS, solicitávamos que a pessoa entrevistada indicasse o *e-mail* ou o telefone de outras 3 pessoas LGB amigas ou conhecidas ao final do questionário. Esse contato foi feito majoritariamente por telefone ou por *WhatsApp* em um número utilizado apenas para os contatos da pesquisa. O processo se repetiu a cada onda de recrutamento.

O envio dos questionários foi feito pela plataforma *LimeSurvey*. Sua escolha baseou-se em uma análise de ferramentas disponíveis para construções de questionários online e se mostrou mais segura para a proteção dos dados coletados e das informações dos participantes. Nessa plataforma, conseguimos criar links individualizados que, uma vez respondidos, paravam de funcionar. Essa estratégia reduz a possibilidade de invasão e roubo cibernético do questionário e da base, uma vez que o link não era público e tinha duração limitada. O questionário ficou disponível *online* por aproximadamente 4 meses, entre os dias 25 de abril e 23 de agosto de 2019.

Foram enviados 1.506 links com a pesquisa para indivíduos que se identificavam como lésbicas, gays, bissexuais ou pansexuais, indicados pelas bases iniciais, por pares ou que entraram em contato direto com a pesquisa após verem as peças de divulgação nas mídias sociais. Desses, 948 iniciaram o questionário, sendo que 756 (79,75%) responderam completamente e 192 (20,25%) responderam parcialmente. Dos 756 que completaram o questionário, em duas observações encontramos inconsistências nas respostas de sexo, identidade de gênero e orientação sexual, que inviabilizariam a categorização desses indivíduos nas categorias de análise da tese. Por esse motivo, a amostra final utilizada nessa tese é composta por 754 observações. A taxa de acesso aos links enviados foi de 62,95%. A taxa de resposta completa foi de 50,20% quando se levam em consideração todos os links enviados, e de 79,75%, quando se consideram apenas os respondentes que iniciaram o questionário.

Figura 4 – Distribuição espacial dos municípios de residência dos respondentes do questionário da PMA em Minas Gerais



Fonte: PMA (2019).

Como podemos observar Fig. 4, o questionário da PMA foi respondido por moradores de todas as macrorregiões do estado de Minas Gerais. A região noroeste foi a de menor proporção de respostas, especialmente nos municípios que fazem fronteira com Goiás, Distrito Federal e oeste da Bahia. No entanto, é inegável que o trabalho de divulgação do estudo, com combinação de diferentes estratégias para acessar lésbicas, gays e bissexuais em Minas Gerais, resultou em uma difusão espacial dos entrevistados.

A amostra final foi composta por 754 moradores de 61 municípios de Minas Gerais (Fig. 4), com idade mínima de 18 e máxima de 65 anos em 2019. A definição dos grupos etários levou em consideração os recortes feitos pelo Estatuto das Juventudes - Lei 12.852 (BRASIL, 2013). Além disso, buscamos garantir que o número de observações em cada faixa etária permitisse a comparação entre elas.

Como o desenvolvimento da identidade sexual acontece geralmente na juventude e as mudanças contextuais foram mais prevalentes a partir do fim da década de 1990, deixamos no intervalo aberto as pessoas com 35 anos ou mais.

Aproximadamente 60% dos entrevistados tinham até 29 anos e 22% tinham mais de 35 anos. A maioria é do sexo masculino (58%), *gay* (53%), branco ou amarelo (54%) e com ensino superior incompleto ou mais (60%) (Tab. 1).

Tabela 1 – Composição da PNS (2019) e da amostra da PMA (2019)

Variável	Categorias de resposta	PMa %	PNS %	p-valor *
		n = 754	n = 207.845	
Idade	18 - 24	34,79	13,87	<0,001
	25 - 29	25,00	8,23	
	30 - 34	18,25	9,86	
	35+	21,95	68,04	
Sexo	Masculino	58,36	46,84	0,024
	Feminino	41,64	53,16	
Raça/Cor	Branco/Amarelo	53,84	44,18	<0,001
	Preto/Pardo/Indígena	46,16	55,82	
Escolaridade	Até superior incompleto	40,53	84,17	<0,001
	Superior completo ou mais	59,47	15,83	
Orientação Sexual	Lésbica	23,02	-	-
	Gay	52,78	-	
	Bi/Pansexual	24,21	-	
* Teste não-paramétrico de diferença de proporções - Kruskal-Wallis				

Fonte: PMA (2019) e PNS (2019).

3.1.5 Método de análise

No intuito de identificar os diferenciais de idade e gênero na relação entre desenvolvimento da identidade sexual e saúde mental entre minorias sexuais em Minas Gerais (objetivo específico 2), foram feitas análises descritivas dos marcadores de desenvolvimento das identidades sexuais, análises bivariadas dos resultados do risco de depressão e as características sociodemográficas e análises multivariadas, buscando verificar em que medida os riscos de depressão se diferenciavam entre as identidades sexuais e grupos etários. Todas as análises

bivariadas foram submetidas ao teste qui-quadrado, sendo apresentadas aquelas em que as proporções foram estatisticamente diferentes a um nível de significância de 5%. As análises condicionais foram realizadas por meio de regressões logísticas multinomiais, tendo como variável dependente a orientação sexual.

Para fins de comparação com o perfil sociodemográfico e de saúde da população brasileira, utilizamos como parâmetros as informações provenientes da PNS 2019. Para analisar diferenças entre a composição da PMA e da PNS no que se refere aos grupos etários, sexo, raça/cor, escolaridade e risco de depressão foi realizado o teste *Kruskal-Wallis*. Todos os testes foram feitos utilizando o *software Stata 13®*.

Como podemos observar na Tab. 1, a composição das amostras da PNS e da PMA são diferentes em atributos que afetam os resultados de depressão, como idade, sexo e escolaridade. Dessa forma, para reduzir um possível efeito de composição da amostra LGB no risco de depressão e, assim, tornar possível a comparação com os dados da população geral brasileira, foi necessário realizar uma padronização direta dos dados da nossa amostra em relação à composição populacional da PNS 2019. A padronização direta por idade e sexo consiste na multiplicação da participação proporcional de cada grupo etário e sexo de uma população considerada como padrão (a população geral brasileira) pelas taxas específicas por idade e sexo do indicador em análise de uma outra população (amostra LGB) (CARVALHO; SAWYER; RODRIGUES, 1998). Nesta tese, para melhorar a comparabilidade de nossos resultados com os da população geral, além de idade e sexo, utilizamos informações de raça/cor e nível educacional. Dessa forma, multiplicamos as taxas específicas dos indicadores estimados para a amostra LGB (taxa de risco de depressão maior e taxa de risco de depressão menor e taxa dos sem risco de depressão) pela composição etária, sexo, escolaridade e raça/cor da população geral, segundo os dados da PNS 2019, utilizando duas distribuições como padrão: da população brasileira e da população de Minas Gerais.

3.1.5.1 *Análise de rede da amostra construída com RDS*

Um dos resultados provenientes do processo de amostragem com base na técnica RDS é a definição de uma rede social construída por meio de estruturas relacionais (GILE; JOHNSTON; SALGANIK, 2015). Logo, uma primeira análise relevante é avaliar a topologia da rede por meio da descrição das estruturas relacionais. Essa análise é realizada com base na teoria de grafos. Para isso, precisamos conhecer quais são os vértices, que geralmente representam os atores sociais, e as arestas, que representam as relações interdependentes e as trocas entre si (LAZEGA; HIGGINS, 2014).

Em nossa pesquisa, os vértices são os respondentes do questionário estruturado e as arestas são as relações direcionadas de indicações (das sementes para filhas das sementes) entre dois vértices. Para avaliar se a amostra segue os pressupostos centrais do RDS, utilizamos a análise descritiva de algumas métricas topológicas da rede. Analisamos se a rede era uma componente conexa, o comprimento médio do caminho (sequência de vértices conectados por uma sequência de arestas) e a quantidade de ondas de recrutamento. Usamos o comprimento médio do caminho, comparando as redes induzidas por sementes iniciais de lésbicas, gays e bissexuais para saber em qual delas o processo de múltiplas ondas de recrutamento foi mais bem-sucedido. Ademais, a combinação dessa métrica com o grau médio de saída permite saber se os três cupons foram atendidos. Essa análise permite verificar se a amostra foi feita a partir de sucessivas ondas de recrutamento, sendo considerada assintoticamente semelhante a uma amostra aleatória (GILE e HANDCOCK, 2010).

Outro ponto de extrema importância na análise do RDS é compreender se os participantes perdem as características da semente original. A sugestão é que a homofilia (semelhança) seja suficientemente baixa entre os atores para se considerar que uma amostra atingiu independência das suas sementes (GILE e HANDCOCK, 2010). A avaliação da homofilia dos vértices foi feita em relação a algumas variáveis por meio do coeficiente de assortatividade. Esse coeficiente varia entre -1 e 1, sendo que quanto mais próximos de 1 mais semelhantes entre si são os indivíduos segundo o critério analisado. Como os diferenciais entre lésbicas, gays e

bissexuais nos processos de desenvolvimento da identidade sexual é uma das nossas variáveis de interesse, avaliamos a homofilia com relação às identidades sexuais dos participantes em referência a quem os indicou e seus indicados. Todas as análises topológicas das métricas da rede foram feitas usando as bibliotecas “*igraph*” (versão 1.2.6) e “*network*” (versão 1.17.1) do *software* R 4.0.1.

Por fim, buscamos compreender o que as estruturas identificadas apontavam, mesmo quando os pressupostos do RDS eram violados. Uma rede ou estrutura social é uma representação simplificada de um sistema social complexo. Sua análise nos permite “identificar as regularidades na composição e agenciamento das interdependências” (LAZEGA e HIGGINS, 2014, p.6). Dessa forma, foi possível avaliar em que medida a violação dos pressupostos seguiu um viés sistemático que pode revelar aspectos e significados sociais desse grupo como um todo, ou em relação aos subgrupos que o compõe. Para essa tese, identificar que um subgrupo foi mais prevalente na rede, ou que na cadeia de indicações foi mais indicado do que outro, ajuda a avaliar em que medida alguns subgrupos podem ser mais ou menos reconhecidos e evocados socialmente como LGB. Esses processos são em si reveladores de aspectos que podem influenciar a capacidade de comunicação da identidade sexual, o reconhecimento social desses subgrupos e, conseqüentemente, os diferenciais dos resultados de saúde e mental entre lésbicas, gays e bissexuais de Minas Gerais.

3.1.5.2 GoM

Para avaliarmos a relação entre os diferenciais de saúde mental e marcadores de desenvolvimento das identidades sexuais entre lésbicas, gays e bissexuais na nossa amostra, criamos perfis utilizando o método *Grade of Membership* (GoM). O GoM é um método matemático fundamentado na teoria de conjuntos nebulosos e considera que as características das observações (pessoas, domicílios, municípios, eventos ou elementos) definem perfis multidimensionais, permitindo identificar semelhanças e descrever diferenças entre eles a partir de um espaço convexo. A principal diferença dessa técnica com as outras de agrupamento é o fato de ela não considerar que os elementos se organizam em conjuntos bem definidos. Ao contrário, assume-se que as observações podem pertencer, majoritariamente, a um perfil extremo ou

parcialmente a mais de um grupo (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002; GUEDES *et al.*, 2016).

O GoM destaca-se entre os métodos de agrupamento por possuir a capacidade de delimitação de perfis extremos, considerando a heterogeneidade individual da amostra. Para os estudos de população em específico, e nas Ciências Sociais em geral, essa técnica multivariada é especialmente relevante, pois se vale da utilização de variáveis categóricas e não se restringe à lógica de pertencimento e não pertencimento, possibilitando maior adequação às complexidades sociais do mundo real (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002; GUEDES *et al.*, 2010; MIRANDA-RIBEIRO *et al.*, 2010; GUEDES *et al.*, 2016).

Mensurada no nível da observação, a heterogeneidade no GoM é “[...] transformada em partições difusas de cada elemento em relação ao conjunto do atributo” (GUEDES *et al.*, 2016, p. 20). Logo, cada categoria de respostas (l) de sua respectiva variável (j) de uma observação (i) é entendida como independente e representada por uma variável aleatória, Y_{ijl} . A criação dos perfis extremos e o respectivo pertencimento de cada observação a cada perfil são determinados por um modelo de probabilidade descrito na Fig. 5, com parâmetros estimados por máxima verossimilhança (GUEDES *et al.*, 2016).

Figura 5 – Equação

$$E(Y_{ijl}) = \sum_{k=1}^k g_{ik} \lambda_{kjl} \leq 1$$

Fonte: Elaborada pelo autor.

Como se pode observar na Fig. 5, esse processo de estimação dos parâmetros é resultado de uma iteração entre dois parâmetros. O primeiro deles é a “[...] probabilidade de resposta l , para a j -ésima questão, pelo indivíduo com o K -ésimo perfil extremo” (GUEDES *et al.*, 2016, p. 21), representado por λ_{kjl} , em que $\lambda_{kjl} \geq 0$ para cada k, j, l e $\sum_{l=1}^L \lambda_{kjl} = 1$ para k e j . O segundo é o grau de pertinência de cada observação (i) a um perfil (K), representado por g_{ik} , em que $g_{ik} \geq 0$ para cada i e j e $\sum_{k=1}^k g_{ik} = 1$ para cada i (GUEDES *et al.*, 2016).

Em termos práticos, com o GoM, obtemos um escore que indica a distância do indivíduo em relação a cada perfil k , ou o seu grau de pertinência ao perfil. Os que obtiverem 0 são os que não possuem nenhuma característica do perfil em questão, enquanto aqueles que obtiverem 1 são os que possuem todas as características do perfil (MANTON *et al.*, 1994). Importante salientar que os escores não precisam necessariamente ser 0 ou 1, e sim se encontrar em algum ponto dessa distribuição que varia entre 0 e 1.

Para delimitar os perfis, levamos em consideração algumas características dos indivíduos que nos ajudam a compreender sua associação com o risco de depressão na nossa amostra. Para isso, utilizamos as seguintes variáveis disponíveis na PMA: 1) risco de depressão construído com o PHQ-9; 2) grupo etário; 3) identidade de gênero; 4) orientação sexual; 5) idade em que se sentiu diferente, agrupada segundo os parâmetros do ECA e do Estatuto da Juventude; 6) idade em que disse a alguém que era LGB, segundo os parâmetros do ECA e Estatuto da Juventude; 7) o Delta, construído pela subtração da idade em que se sentiu diferente da idade em que contou a alguém pela primeira vez que era LGB; 8) se a mãe sabe sobre a identidade sexual; 9) se o pai sabe sobre a identidade sexual; 10) raça/cor; 11) escolaridade; 12) região, determinada pela divisão apenas entre capital e interior; 13) se mora na cidade em que passou a infância; 14) classe socioeconômica, determinada pelos Critérios da ABEP; 15) *status* ocupacional; 16) tamanho do domicílio; 17) arranjo domiciliar; 18) religiosidade, definida pela declaração de possuir alguma religião, combinada à frequência em que se vai aos eventos religiosos; 19) plano de saúde; 20) acompanhamento psicológico; 21) diagnóstico prévio de depressão; 22) diagnóstico prévio de ansiedade; 23) diagnóstico prévio de alguma doença crônica não transmissível (DCNT); 24) uso de tabaco; e 25) uso de álcool.

A operacionalização do GoM foi feita utilizando o Stata 13®. O *software* permite a utilização da técnica em sua formulação Bayesiana por meio do pacote *ugom*. Diferente da formulação multinomial tradicional, o GoM bayesiano utilizado nesta tese assume uma distribuição de probabilidade a priori Dirichlet para os parâmetros que governam o grau de pertinência (*gamma*, g_{ik}) de cada elemento aos conjuntos convexos (perfis extremos), caracterizados por um conjunto de parâmetros *lambda*

$(\lambda_{jk}) \cdot f(g_1, \dots, g_K | \alpha)$. A distribuição de Dirichlet é caracterizada por um vetor de parâmetros *alpha* (α), que tem o mesmo comprimento que o número de conjuntos convexos (perfis extremos). Dados os valores para α , a formulação incondicional da verossimilhança é definida como:

$$L_u = \int \prod_{i=1}^I \prod_{j=1}^J \left(\sum_{k=1}^K g_{ik} \lambda_{jk} \right)^{y_{ij}} \left(1 - \sum_{k=1}^K g_{ik} \lambda_{jk} \right)^{1-y_{ij}} f(g_{i1} \dots g_{iK} | \alpha) dg_{i1} \dots g_{iK}$$

A verossimilhança incondicional dos dados é obtida pela integração de g_{ik} . Para evitar a integração, utilizou-se a técnica Bayesiana de MCMC (Markov Chain Monte Carlo), considerando um descarte dos 2500 valores simulados no período *burn-in* em um total de 7500 simulações via amostrador de Gibbs. O resultado é um banco de dados com as distribuições *a posteriori* dos λ_{jk} com 5000 realizações (linhas). Os valores *a posteriori* do grau de pertinência (g_{ik}) podem ser obtidos, mas por ser um conjunto excessivamente grande utiliza-se a média da sua distribuição *a posteriori* como valores finais. A estimativa pontual do vetor α também representa seu valor médio da distribuição *a posteriori*. Utilizando $\alpha_0 = \sum_k \alpha_k$, e reparametrizando α como $\xi = (\xi_1, \dots, \xi_K)$, em que $\xi_k = \alpha_k / \alpha_0$, obtemos interpretações interessantes para esses parâmetros: ξ_k corresponde à proporção dos itens de resposta (categorias das variáveis) que pertencem a cada perfil extremo, e α_0 reflete a dispersão da distribuição *a posteriori* dos graus de pertencimento. Assim, quando α_0 é próximo de zero a probabilidade estará concentrada próximo dos perfis extremos (EROSHEVA et al., 2007).

Embora seja possível usar valores conhecidos de *alpha*, na maior parte das aplicações seus valores precisam ser estimados a partir dos dados. Nesta tese, consideramos o vetor de *alphas* como desconhecidos, os quais foram estimados diretamente dos dados. Ademais, só consideramos as observações que não possuem informação faltante (*missing*) em nenhuma das variáveis, o que levou a uma amostra final para o GoM com 739 observações. A definição do número de perfis levou em consideração a avaliação da “significância substantiva” (SAWYER et al., 2002). Foram estimados os parâmetros para agrupamentos com 2, 3, 4 e 5 perfis. Os agrupamentos que apresentaram a melhor definição foram os com 4 e 5

perfis. No entanto, o agrupamento com 5 perfis apresentou redundância entre dois perfis para a maioria das variáveis. Levando em consideração essa informação e o tamanho da amostra, optamos por manter, na análise desta tese, o GoM com 4 perfis.

A caracterização de cada perfil se deu pela razão entre o *lambda* estimado (λ_{kjl}) e a frequência marginal daquela categoria de reposta na variável em questão (RLFM). Para os que obtiveram o RLFM igual ou maior a 1,20, considerou-se essa característica como definidora do perfil extremo. Em termos práticos, essa razão nos aponta que a probabilidade daquela característica aparecer naquele perfil é 20% maior do que a concentração de pessoas com essa característica na amostra (GUEDES et. al., 2016). Para as características com RLFM entre 1,15 e 1,19 foi considerada uma dominância marginal em relação àquele perfil. Apesar de não ser tão forte na definição do perfil extremo, se justificadas teoricamente, essas características devem ser levadas em consideração na caracterização do perfil (GUEDES et. al., 2010).

A avaliação da predominância de cada perfil na amostra foi feita por meio da prevalência *fuzzy*. Para a utilização deste critério, avaliamos o somatório dos valores de todos os g_{ik} de cada perfil dividido pelo tamanho da amostra, ou seja, $\pi_k = \sum_{i=1}^n g_{ik} | k / n$. Em termos práticos, resultados dessa prevalência indicam a real participação de cada perfil, levando em consideração a participação relativa da pertinência de todos os participantes da amostra para aquele perfil.

Além dos dados quantitativos, foram coletados dados qualitativos, cuja estratégia de análise está descrita a seguir.

3.2 Percorso metodológico da análise dos dados qualitativos

Na demografia, o uso de métodos qualitativos pode ser entendido com uma ferramenta adequada para se entender como regras, normas e valores afetam o comportamento dos indivíduos (CASTERLINE, 1999). Para o Brasil, por exemplo, os métodos qualitativos já foram utilizados em estudos populacionais para compreender

o impacto das telenovelas na transição do comportamento sexual entre adolescentes (MIRANDA-RIBEIRO, 1997), sistemas de uso do solo entre diferentes coortes de assentamento (GUEDES et al., 2017), os significados da discrepância entre a fecundidade desejada e realizada (CARVALHO; WONG; MIRANDA-RIBEIRO, 2018), a dinâmica da composição domiciliar em famílias transnacionais (JORGENSEN et al., 2019), as formações de famílias e intenções de parentalidade de casais do mesmo sexo (SOUZA, 2020) e o desejo por filhos entre mulheres de alta escolaridade (SIMÃO; COUTINHO; GUEDES, 2020), entre muitos outros.

Nos estudos que se baseiam na teoria do estresse das minorias, há a indicação de que a expansão do campo depende de pesquisas que compreendam se a natureza do estigma e do preconceito contra pessoas LGBTs tem mudado ao longo dos tempos, como essas mudanças afetam a vida das pessoas e se existem novos processos de enfrentamento desses estresses minoritários (MEYER, 2016). Além disso, reconhece-se que entender essas questões passa por compreender se e como mudanças sociais afetam as percepções e as experiências de discriminação e preconceito de pessoas LGBT em diferentes estágios do seu curso de vida (FROST, 2017). Logo, as pesquisas qualitativas são fundamentais para compreender se padrões dos diferenciais refletem mudanças sociais ou apenas efeitos de idade.

Para esta tese, a dimensão qualitativa vai ao encontro da nova agenda das pesquisas sobre o estresse das minorias por compreender os diferenciais de saúde mental e de desenvolvimento da identidade sexual acessando aspectos simbólicos dessa relação, que podem revelar indícios de mudanças sociais e que só poderiam ser feitos por meio de entrevistas. Em particular, auxiliam na compreensão do significado dos diferenciais de idade e gênero na relação entre desenvolvimento da identidade sexual e saúde mental entre minorias sexuais em Minas Gerais (objetivo específico 2), e na verificação de se as mudanças institucionais em prol da diversidade sexual e de gênero refletiu em alterações no suporte familiar durante o processo de desenvolvimento da identidade sexual de minorias sexuais em Minas Gerais (objetivo específico 3).

3.2.1 Instrumentos

A técnica de coleta dos dados qualitativos utilizada foi a entrevista semiestruturada individual (YIN, 2003). Esse tipo de entrevista é recomendado quando se pretende não somente verificar os dados, mas aprofundar as informações sobre o fenômeno estudado (RUQUOY, 2005), por meio da interação social entre o pesquisador e o sujeito de pesquisa (BRITTEN, 2005). Apesar de o número ideal de entrevistas ser definido, geralmente, pelo critério de saturação das informações coletadas, para pesquisas com características de teorias fundamentadas, recomenda-se algo em torno de trinta entrevistas. Além disso, é preferível que elas sejam guiadas por um roteiro, gravadas e, posteriormente, transcritas para categorização e análise (CRESWELL, 2014).

A operacionalização da dimensão qualitativa baseou-se em uma pesquisa realizada pelo professor Ilan Meyer (FROST *et al.*, 2016) denominada *Generations*, que explora as influências dos efeitos de coorte e período na compreensão das identidades sexuais e de gênero, no estresse e resiliência das minorias, no acesso aos cuidados de saúde e nos resultados de saúde. Como descrito no Capítulo 2, o resultado dessa pesquisa encontrou três gerações diferentes de minorias sexuais (“inclusão cultural” – composta por pessoas nascidas entre 1990 e 1997; “progresso institucional” – composta pelas nascidas entre 1974 e 1981; e “orgulho ou formação de identidade” – composta pelas pessoas nascidas entre 1956 e 1963) (FROST *et al.*, 2016).

Apesar de orientada pelo protocolo de entrevista da pesquisa *Generations* (FROST *et al.*, 2018), identificamos que seria necessário fazer algumas adequações para a aplicação no contexto da PMA. As principais mudanças foram no sentido de transformar o protocolo em um roteiro de entrevista semiestruturada. A intenção de manter os temas em análise, com a organização das perguntas em blocos e deixá-las mais abertas, foi dar aos entrevistados mais liberdade de contar aspectos da sua história de vida sem a necessidade de responder tão prontamente a uma pergunta estruturada.

O roteiro de entrevistas (Anexo 4) está organizado em cinco partes. A primeira aborda questões sobre as identidades sociais e comunitárias dos(as) entrevistados(as). Nessa parte, buscamos conhecer melhor como foi o processo de ser reconhecido(a) LGB, a relação desse processo com o senso de comunidade e como a identidade sexual se relacionava com as identidades raciais e de gênero, por exemplo.

A segunda parte do roteiro é dedicada ao entendimento e percepções sobre marcos históricos e sociais, bem como eventos marcantes ao longo da vida. Essa parte nos permitiu acessar as lembranças sobre o que significava socialmente ser LGB e como foi o processo de compreensão desses signos e símbolos sociais quando se era criança e adolescente. Em seguida, perguntamos como essas questões afetavam o comportamento individual. Também questionamos sobre uma possível mudança desse ambiente ao longo do tempo. Por fim, propusemos um exercício hipotético de reflexão de como a pessoa acha que seria o processo de desenvolvimento da identidade sexual se o deslocássemos temporalmente para atualidade, mantendo todos os outros elementos, como família, escola, território e religião, constantes.

Na parte três, dedicamo-nos a compreender o acesso aos sistemas de saúde e sua utilização. Perguntamos sobre as últimas consultas, aquelas que se destacaram pela experiência positiva ou negativa e o que seria um atendimento ideal. Para compreender melhor os aspectos de saúde mental, questionamos sobre as demandas por esse tipo de atendimento, se a pessoa estava em acompanhamento psicológico, se sim, como era e, em caso negativo, se existia um interesse em fazer esse tipo de acompanhamento.

Na quarta parte, pedimos para que o(a) participante recontasse, rapidamente, sua história de vida, colocando em perspectiva a primeira lembrança, os pontos considerados como os mais positivos da vida, os períodos considerados difíceis e os eventos que marcaram pontos de virada na história de vida. Por fim, a parte cinco é uma reflexão sobre os aspectos positivos em ser LGB e quais são os planos para o futuro.

3.2.2 Desenho da amostra

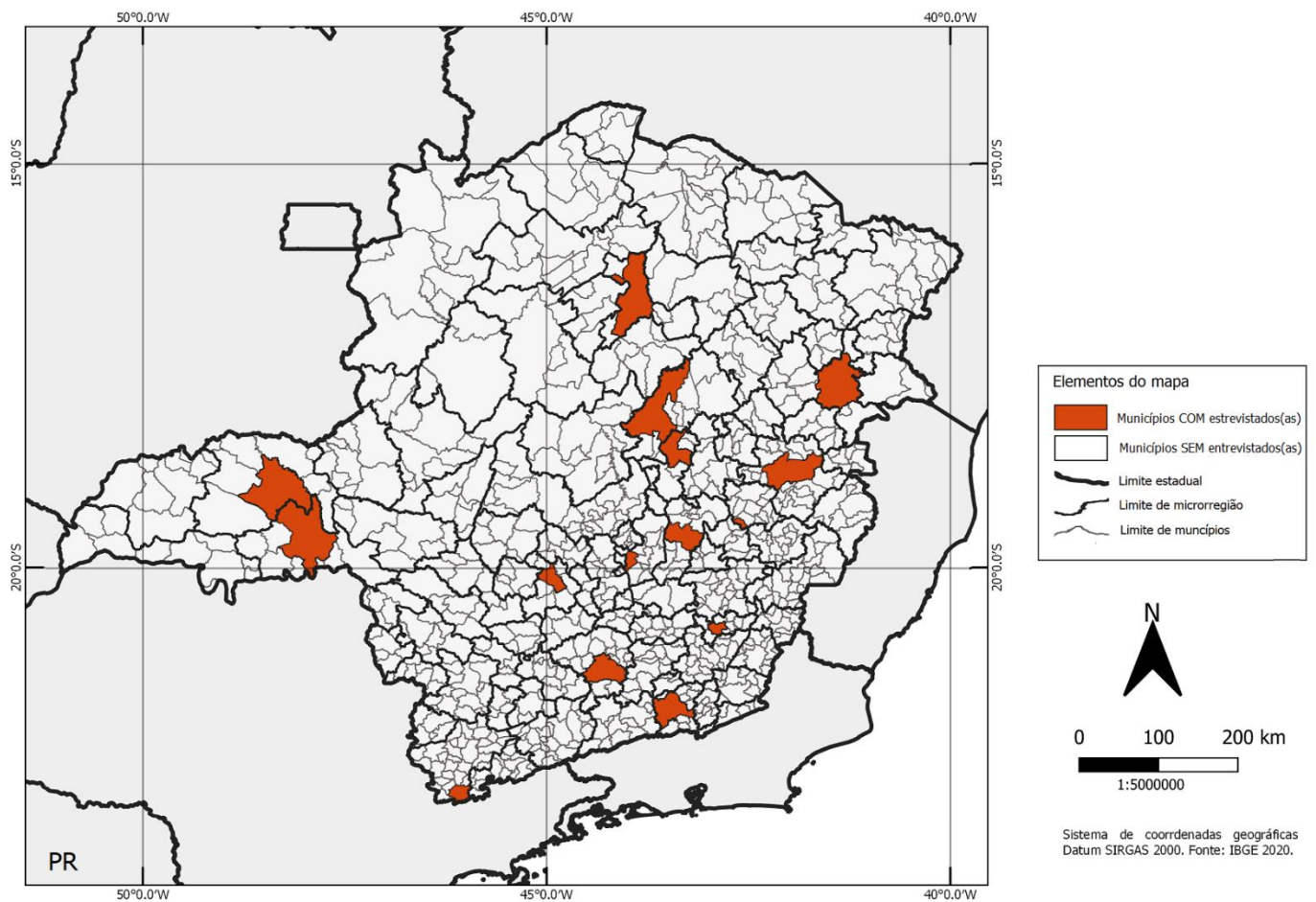
A estratégia de amostragem para as entrevistas semiestruturadas levou em consideração que o objetivo central desse estudo é compreender um fenômeno específico (a relação entre o processo de desenvolvimento da identidade sexual e saúde mental de lésbicas, gays e bissexuais em Minas Gerais), levando em consideração a influência de aspectos intervenientes que podem ajudar a compreender o fenômeno em estudo (idade, gênero e suporte familiar), confirmando ou refutando as proposições apresentadas no capítulo teórico. Logo, nos preceitos de *Creswell (2014)*, localizamo-nos mais próximos dos estudos de teorias fundamentadas (*grounded theory*). Por esse motivo, a seleção dos participantes da subamostra LGB para a dimensão qualitativa considerou a sua heterogeneidade em relação aos aspectos que podem ser intervenientes nesse processo (idade, sexo, raça/cor, local de moradia e padrão de utilização dos serviços de saúde). Dessa forma, conseguimos compreender como, mesmo nascendo no mesmo ano ou com as mesmas identidades sexuais, o contexto social em que a descoberta e comunicação da sexualidade se deu pode ter influenciado a duração do desenvolvimento da identidade sexual e os resultados de saúde mental.

Outro fator relevante na seleção dos participantes foi a compreensão de que uma narrativa individual não representa apenas o indivíduo que a proferiu de forma atomizada. Ao contrário, diz sobre a localização desse indivíduo entre sistemas sociais que compreendem uma cultura e refletem relações de poder pautadas em idade e gênero (GARGEN, 1994; CRESWELL, 2014).

A seleção dos entrevistados foi feita entre as pessoas que haviam respondido o questionário estruturado. Na escolha, priorizamos os usuários do SUS, moradores do interior do estado, com identidades de gênero femininas e pretos, pardos e indígenas. Como esses grupos não compunham a maioria dos indivíduos que havia respondido ao questionário, acreditamos que, priorizando sua participação nas entrevistas, poderíamos complementar a limitação na etapa quantitativa, contemplando um grupo LBG mais seletivo e, assim, entender mais completa e adequadamente os diferenciais que investigamos nesses estudos.

Levando em consideração a heterogeneidade regional do estado de Minas Gerais, definimos como critério de seleção dos entrevistados ter pelo menos um representante de cada macrorregião de saúde do estado, conforme definido pela Secretária de Estado da Saúde (SES) no Plano Diretor de Regionlização (PDR) 2019 e representado na Fig. 6.

Figura 6 – Distribuição espacial dos municípios de residência dos participantes das entrevistas semiestruturadas da PMa em Minas Gerais



Fonte: PMa (2019).

A subamostra selecionada para as entrevistas é composta por 33 indivíduos LGB, residentes em quinze municípios que compreendem todas as macrorregiões de saúde do Estado. Como podemos observar na Tab. 2, foram incluídos indivíduos de todos os quatro grupos de idade e de todas as orientações sexuais analisadas nesta tese. Para fins de identificação dos respondentes, atribuímos nomes fictícios. A

escolha dos nomes levou em consideração as iniciais das identidades afetivo-sexuais como referência.

Tabela 2 – Características dos(as) entrevistados(as) – fase qualitativa

	Nome fictício	Grupo etário	Raça/Cor	Identidade de gênero	Orientação sexual
1	Beatriz	18-24	Preta	Feminina	Bissexual
2	Bento	25-29	Branca	Masculina	Bissexual
3	Bernardo	18-24	Branca	Masculina	Bissexual
4	Bianca	25-29	Branca	Feminina	Bissexual
5	Brenda	35+	Parda	Feminina	Bissexual
6	Bru	18-24	Branca	Agênero	Bissexual
7	Gabriel	18-24	Preta	Masculina	Gay
8	Gael	25-29	Parda	Masculina	Gay
9	Galileu	25-29	Preta	Masculina	Gay
10	Garrido	25-29	Branca	Masculina	Gay
11	Gaspar	30-34	Branca	Masculina	Gay
12	George	18-24	Branca	Masculina	Gay
13	Geraldo	35+	Parda	Masculina	Gay
14	Gerson	25-29	Preta	Masculina	Gay
15	Giacomo	25-29	Preta	Masculina	Gay
16	Gilberto	18-24	Branca	Masculina	Gay
17	Gilmar	35+	Preta	Masculina	Gay
18	Gilson	35+	Parda	Masculina	Gay
19	Giovanni	25-29	Parda	Masculina	Gay
20	Gregório	30-34	Branca	Masculina	Gay
21	Guido	35+	Preta	Masculina	Gay
22	Guilherme	35+	Branca	Masculina	Gay
23	Guto	25-29	Branca	Masculina	Gay
24	Laila	35+	Branca	Feminina	Lésbica
25	Laís	18-24	Branca	Feminina	Lésbica
26	Larissa	18-24	Branca	Feminina	Lésbica
27	Laura	18-24	Parda	Feminina	Lésbica
28	Lia	30-34	Branca	Feminina	Lésbica
29	Lídia	18-24	Parda	Feminina	Lésbica
30	Liliane	25-29	Preta	Feminina	Lésbica
31	Lola	25-29	Preta	Feminina	Lésbica
32	Luana	18-24	Branca	Feminina	Lésbica
33	Patrícia	18-24	Branca	Feminina	Pansexual

Fonte: PMA (2019).

3.2.3 Condução das entrevistas

As entrevistas foram realizadas entre os dias 16 de julho e 21 de agosto de 2019, na cidade de moradia dos(as) entrevistados(as). A estada em cada cidade foi de, aproximadamente, dois dias, sendo necessárias dezenove viagens, incluindo as voltas para Belo Horizonte. Ao todo, a equipe da pesquisa percorreu próximo de 4.260 quilômetros dentro do estado de Minas Gerais. As despesas das viagens foram custeadas pelo programa PPSUS.

A equipe que realizou as entrevistas foi composta por dois pesquisadores e dois estagiários, que estiveram envolvidos na pesquisa desde a concepção. A condução da entrevista foi feita presencialmente, em sua maioria, por um dos pesquisadores e, na maior parte das vezes, ocorreu em locais públicos, como universidades, *shopping centers* e cafés. Alguns participantes solicitaram que as entrevistas fossem feitas em suas residências. Nesses casos, as entrevistas foram realizadas sempre por uma dupla de pesquisadores.

Cabe salientar que a equipe que conduziu a entrevista era majoritariamente composta por lésbicas, gays e bissexuais. Sempre que possível, era designado um entrevistador que se identificava com a mesma identidade do entrevistado. Essa escolha se baseou no entendimento que a relação entre pares poderia ser benéfica para ambas as partes. Para o entrevistado, seria mais fácil relatar questões específicas da sua vivência como LGB a alguém que potencialmente tenha vivenciado algo parecido. Já para o(a) entrevistador(a), essa estratégia permitia identificar e aprofundar aspectos que poderiam passar despercebidos por indivíduos que não vivenciaram processos semelhantes de desenvolvimento da sexualidade.

Orientadas pelo roteiro semiestruturado descrito anteriormente e disponível nos Anexo 4, as entrevistas foram feitas individualmente com cada entrevistado(a). Nos casos em que os(as) entrevistados(as) eram um casal ou dividiam o mesmo domicílio, as entrevistas aconteceram simultaneamente, mas em ambientes separados. Como descrito anteriormente, no que se refere aos aspectos de permissão e questões éticas, todas as pessoas que integram o estudo tiveram

acesso ao TCLE e concordaram em participar, por meio da assinatura do documento. Uma cópia do TCLE foi entregue a(o) participante e outra ficou retida com a equipe da pesquisa, armazenada em local seguro para fins de proteção de confidencialidade. Para além das questões éticas já reguladas pelo comitê de ética, descritas no TCLE e seguidas pela equipe da pesquisa, não foi observado nenhum incidente que justificasse a interrupção do estudo ou a reorientação das estratégias adotadas para coleta de dados.

3.2.4 Método de análise qualitativa

A organização e a investigação dos dados qualitativos foram feitas a partir do método análise de conteúdo (AC), conforme proposta por Bardin (2009). Segundo a autora, essa técnica de tratamento de dados tem o objetivo de interpretar a comunicação por meio de uma descrição sistemática e objetiva dos sujeitos analisados. Além disso, permite uma leitura aprofundada e diversa dos dados coletados (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011), que favorece a compreensão dos elementos da comunicação, como o “[...] conteúdo manifesto ou latente e as significações explícitas ou ocultas” (CHIZZOTTI, 2006, p. 98).

Como sugerido por Creswell (2014), para operacionalizar a análise, foram feitas transcrições literais dos áudios, o que gerou arquivos em formato *.docx* com uma média de 23 páginas por entrevista, sendo a mais curta com dez e a mais longa com 42 páginas. As análises foram feitas com o auxílio do *software NVivo* (versão 12 Pro). O processo de categorização inicial consistiu na leitura das unidades de texto em análise, seguida pela marcação dos trechos correspondentes às suas respectivas categorias e subcategorias, disponíveis no Quadro 1. Entre as categorias em análise, encontravam-se as já propostas no roteiro e os fatores intervenientes que, apesar de não estarem previstos como categorias de análises individuais inicialmente, mostraram-se de extrema relevância e foram integradas ao processo como categorias de análise. Essas ações foram feitas pelo pesquisador diretamente no *software*.

Quadro 1 – Categorias iniciais de análise das entrevistas com LGB em Minas Gerais

Identidade Sociais e Comunitárias	Identidades Sociais	Reconhecimento de identidades
		Desenvolvimento das identidades sociais
	Identidades Comunitárias	Desenvolvimento da identidade sexual
		Pertencimento à grupos e comunidades
Percepções sobre Marcos Históricos e Sociais	Marcos Históricos	Intersecção entre as identidades
		Lembranças da infância e adolescência
		Eventos marcantes na sua história de vida
		Questões LGBTs na sociedade durante infância e adolescência
	Percepções Sociais	Sentimentos sobre as percepções da sociedade sobre LGBTs durante infância e adolescência
		Questões LGBTs na sociedade atualmente
Indicadores de Saúde	Autopercepção de saúde	Percepção sobre a redução do estigma e preconceito em relação aos LGBTs na sociedade
		Lacuna entre aceitação LGBTs na sociedade e na família
	Saúde Mental	Individual
		Em relação aos pares
Fatores Intervenientes	Gênero	Experiência prévia
		Demanda
		Encargos financeiros
	Território	Diferenciais de Sexo
		Papéis de Gênero
		Tamanho da Cidade de Moradia
	Religião/Religiosidade	Pressão Social da Sociedade na Cidade que passou infância e adolescência
		Relação da Religião em que foi criado com a Sexualidade
	Estresse das Minorias	Relação da Religião atual com a Sexualidade
		Bullying
		Estigma Social
		Preconceito
Discriminação		
	Compensação da Sexualidade	

Fonte: PMa (2019).

Uma vez finalizadas as categorizações do conteúdo das entrevistas nas categorias iniciais, teve início a análise do material que havia sido categorizado, no intuito de possibilitar um reagrupamento entre as categorias de análise. Para auxiliar a avaliação do pesquisador quanto ao reordenamento, foram levados em consideração os relatórios de similaridade de palavras utilizadas, bem como de palavras categorizadas e categorias mais prevalentes. Todas essas funcionalidades estavam disponíveis no *software NVivo* e ajudaram a ter uma dimensão de como os dados estavam organizados na estrutura de análise proposta.

Ao fim, combinamos a estrutura da análise de conteúdo com a das redes temáticas para potencializar a compreensão dos resultados das entrevistas com os indivíduos

LGB (ATTRIDE-STIRLING, 2001). Essa proposição analítica caracteriza-se pela organização das categorias em uma rede de significados que resume as proposições contidas nos dados, levando em consideração 6 passos principais: 1) codificação do material; 2) identificação dos temas; 3) construção da rede temática; 4) sua descrição e exploração; 5) criação de uma estrutura resumo dos padrões e conexões dessas redes; e 6) sua análise segundo os pressupostos teóricos da pesquisa.

Quadro 2 – Categorias finais de análise das entrevistas com LGB em Minas Gerais

Nível 1	Saúde Mental	Demandas
		Experiências
		Desafios
		Relação com a Sexualidade
Nível 2	Desenvolvimento da Identidade Sexual	Compreensão da Identidade Sexual
		Relação com Pares
		Role Models
	Relações Familiares	Suporte Familiar
		Lacuna de aceitação entre Família e Sociedade
	Ambiente Social	Família
		Escola
		Infância/Adolescência
		Mudanças Legais
		Internet/Mídia
		Estigma Social
	Estresse das Minorias	Preconceito
Discriminação		
Bullying		
Compensação da Sexualidade		
Diferenças por Sexo		
Nível 3	Gênero	Papéis de Gênero
		Interseção da Raça/Cor com a Sexualidade
	Raça/Cor	Tamanho da Cidade de Moradia
		Pressão Social da Sociedade na Cidade que passou infância e adolescência
	Território	Interseção da Classe Socioeconômica com a Sexualidade
		Relação da Religião em que foi criado com a Sexualidade
	Classe	Relação da Religião atual com a Sexualidade
		Relação da Religião /Religiosidade

Fonte: PMA (2019).

Como podemos observar no Quadro 2, o resultado das análises das categorias, e consequente organização dos temas e criação das redes temáticas, gerou nova estrutura de análise organizada em três níveis. O primeiro nível e nó central dessa rede foi composto pela categoria *saúde mental*, que representa não só uma das variáveis de interesse desta tese, mas o desfecho proposto pelo modelo do estresse das minorias. Esse tema compreendeu as experiências identificadas como demandas de acompanhamento com profissionais de saúde mental, a experiência de acompanhamento psicológico propriamente ditas, os desafios para acessar esse tipo de serviço, os desafios que um (não) acompanhamento impõe e as possíveis relações da sexualidade com a saúde mental.

No segundo nível, foram organizados temas entendidos como moderadores da relação entre a sexualidade e a saúde mental. O primeiro deles é desenvolvimento da identidade sexual. Nesse tema, agrupamos o reconhecimento da identidade sexual, como a relação com os pares e as referências ou ausência delas afetou esse processo. O segundo tema desse nível diz respeito às relações familiares, mais especificamente ao suporte dado à família em relação à sexualidade e à lacuna de aceitação da identidade sexual na família e na sociedade. Em seguida, agrupamos elementos do ambiente social, como escola, família, as experiências da infância/adolescência, os avanços legais/institucionais pró equidade e o papel da internet e das mídias na difusão de histórias e meios de convivência de pessoas não heterossexuais. Os quatro temas moderadores não afetam somente os resultados de saúde mental, mas uns aos outros.

No terceiro e último nível, foram agrupados temas transversais, entendidos como estruturantes dos diferenciais observados na relação entre saúde mental e sexualidade. Nesse nível, agrupamos aspectos socioeconômicos que interseccionam com a sexualidade e afetam todos os processos moderadores e, consequentemente, os resultados de saúde mental. O primeiro deles é o gênero, representado não só pelos diferenciais entre sexo, mas, essencialmente, pela pressão dos papéis de gênero nas vivências da sexualidade, tanto pelos indivíduos LGB, como das suas famílias. Os outros dois, raça/cor e classe, dizem respeito a como as questões raciais e de classe socioeconômica afetam não só a

disponibilidade de recursos sociais para lidar com as experiências de estigma e preconceito, mas como essas questões são perpetuadas na própria comunidade LGB após o reconhecimento das identidades. O território agrega como os lugares em que se nasce e se é criado pode afetar a possibilidade de encontrar pessoas que passam pelo mesmo processo de compreensão da sexualidade e como a relação entre o que é individual e o que é comunitário é moldado pelo lugar em que se vive e afeta a vivência das sexualidades não normativas. Por fim, as religiões e a religiosidade foram descritas como um fator que estrutura a forma como a própria pessoa, a família e a comunidade lidam com a sua sexualidade e, conseqüentemente, intervêm nos fatores moderadores e na saúde mental.

4 LGB EM MINAS GERAIS: A CONSTRUÇÃO DA AMOSTRA DA PESQUISA MANAS

O processo de produção e organização de dados para compreender aspectos específicos do curso de vida das minorias sexuais no Brasil é, por si só, um desafio, dada a carência de informações oficiais sobre essa população no país. Nesse sentido, essa tese se propôs a construir e validar um banco de dados inédito com informações sobre minorias sexuais em Minas Gerais que permita compreender a relação entre desenvolvimento da identidade sexual e saúde mental nesta população (objetivo específico 1). O banco de dados da Pesquisa Manas foi construído com base no método *Repondent-Driven Sampling* (RDS) por não possuímos dados disponíveis sobre o tamanho e a composição dessa população no Brasil e em Minas Gerais. Por esse motivo, antes de avaliarmos os resultados em relação as variáveis resposta dessa tese (Saúde Mental e Desenvolvimento de Identidade Sexual), fez-se necessário compreender os possíveis vieses, se o resultado viola algum pressuposto do RDS e as potencialidades da amostra. A análise inicia pela comparação das composições dessa amostra em relação à Pesquisa Nacional de Saúde (2019) para o Brasil e Minas Gerais, seguida da avaliação da amostra segundo os pressupostos do RDS. Por fim, são apresentadas as potencialidades do banco de dados para análises futuras.

4.1 Composição da amostra em comparação com a PNS

No intuito de avaliar os diferenciais de composição da dimensão quantitativa da PMA em relação ao Brasil e Minas Gerais, comparamos as estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas que são compatíveis entre PNS e PMA.

Como podemos observar no painel (a) da Tab. 3, as composições populacionais em todas as variáveis analisadas na Pesquisa Manas foram estatisticamente diferentes ($p < 0,05$) das estimativas da PNS para o Brasil e para Minas Gerais. Dois pontos que chamam atenção na comparação entre as duas amostras são as discrepâncias em relação à idade e escolaridade. Na PNS aproximadamente 70% das pessoas foram classificadas no grupo etário 35 anos ou mais, em comparação a 22% na amostra da

Manas. Para a escolaridade, enquanto 16% da população brasileira e 14% da mineira declaram possuir ensino superior completo ou mais, entre os respondentes da Manas essa proporção é de 60%.

O viés observado na PMA com pessoas mais jovens, mais escolarizadas, brancas e amarelas (participação de 60% de pessoas com até 29 anos e mais escolarizadas, e 54% de pessoas brancas e amarelas) é usual em estudos que envolvem coleta de dados baseada em *WebSurvey* (PITTS *et al.*, 2006; BENGTTSSON *et al.*, 2012). Essa concentração se justifica por esses grupos serem os que possuem mais acesso e engajamento em plataformas *on-line*.

Tabela 3 – Comparativo da composição da PMA em relação a PNS e entre as orientações sexuais, Minas Gerais, 2019

Variável	Painel (a)					Painel (b)			
	Categorias de resposta	PNS - BR	PNS - MG	PMA - LGB	p-valor *	PMA - L (23%)	PM a- G (53%)	PMA - B (24%)	p-valor*
Idade	18 - 24	13,87	13,28	34,79	<u><0,001</u>	37,93	26,32	49,72	<u><0,001</u>
	25 - 29	8,23	7,82	25,00		29,31	22,56	26,52	
	30 - 34	9,86	8,27	18,25		18,39	19,3	16,02	
	35 +	68,04	70,62	21,95		14,37	31,83	7,73	
Sexo	Masculino	46,84	47,05	58,36	<u>0,024</u>	0	100	22,65	<u><0,001</u>
	Feminino	53,16	52,95	41,64		100	0	77,35	
Raça/Cor	Branco/Amarelo	44,18	42,72	53,84	<u><0,001</u>	52,87	54,14	54,14	0,958
	Preto/Pardo/Indígena	55,82	57,28	46,16		47,13	45,86	45,86	
Escolaridade	Até ensino médio completo	84,17	85,85	40,53	<u><0,001</u>	40,8	36,18	50,28	<u>0,006</u>
	Superior incompleto ou mais	15,83	14,15	59,47		59,2	63,82	49,72	
n		207.845	11.645	754		174	399	181	

* Teste não-paramétrico de diferença de proporções – Kruskal-Wallis

** Teste Chi2 em regressão multinomial

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados da PNS (2019) e PMA (2019).

As diferenças de composição também aparecem quando analisamos a amostra da Manas por identidades sexuais. Os homens gays representam 53% da amostra, sendo que 49% deles tinham até 29 anos. Entre lésbicas (23% da amostra) e bissexuais (24% da amostra), essa proporção é mais elevada, correspondendo a 67% e 76%, respectivamente. No grupo etário de 35 anos ou mais, observamos 32% dos gays, 14% das lésbicas e 8% dos bissexuais. Como esperado, nas composições por sexo, 100% da amostra para as identidades sexuais exclusivas do sexo feminino

ou masculino seguia essa orientação. Entre as pessoas bissexuais, a maioria (77%) é do sexo feminino. Para a escolaridade, 64% dos gays declaram ter ensino superior completo ou mais, em comparação com 59% das lésbicas e 49% das pessoas bissexuais.

A comparação das composições da amostra da PMA em relação à população geral e entre as identidades sexuais apontam para diferenciais que devem ser levados em consideração na análise das variáveis de interesse desta tese. Sabe-se que o risco de depressão está associado à idade e ao sexo (BARROS *et al.*, 2017), sendo os mais velhos e as mulheres mais propensos a apresentarem maior risco de depressão. Além disso, o processo de desenvolvimento das identidades sexuais está diretamente correlacionado com idade e coorte (CALZO *et al.*, 2011).

Não podemos ignorar um possível efeito das mudanças sociais em direção aos direitos igualitários para minorias sexuais de gênero na autoidentificação como LGB. Um estudo recente feito pela Gallup (2021) nos EUA demonstra que os mais jovens têm mais chances de se identificarem como bissexuais em detrimento da identificação como lésbica e gay. Entre os mais velhos, essa relação é oposta. Além disso, entre os mais jovens, a identificação com outras identidades sexuais não heterossexuais, além da LGB, é mais prevalente do que nos grupos mais velhos. Como a idade está relacionada com a possibilidade de alcance de um nível mais elevado de escolaridade e, conseqüentemente, de renda, isso pode afetar a independência financeira, a capacidade de lidar com o estresse das minorias e o acesso aos serviços de saúde, influenciando os indicadores de saúde mental.

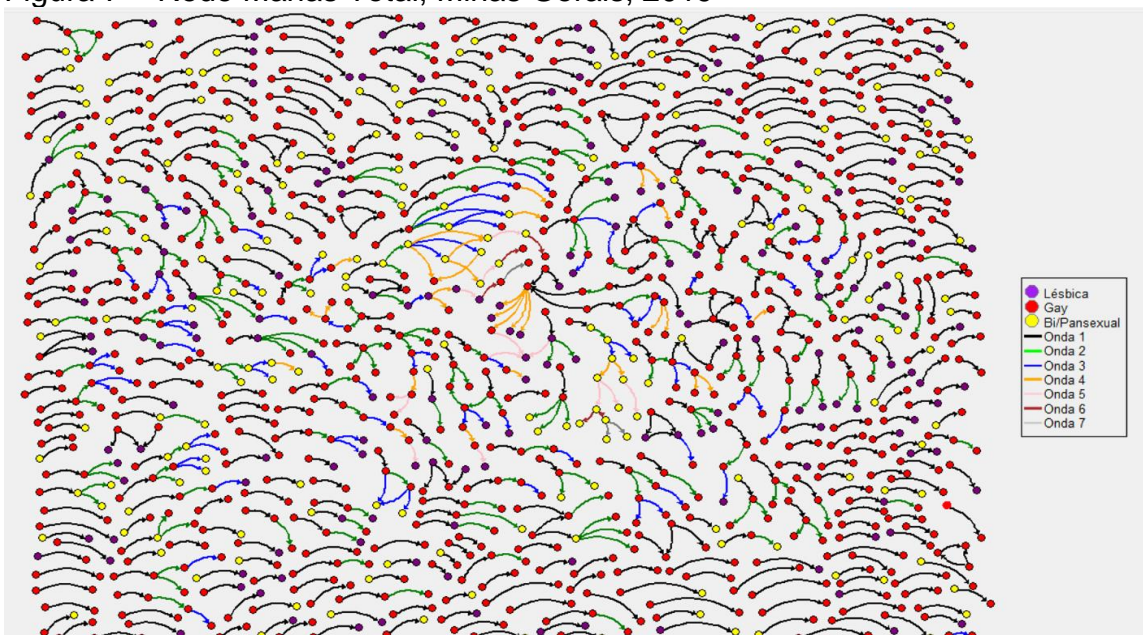
4.2 Avaliação da amostra segundo os pressupostos do RDS

No que se refere à avaliação dos resultados da amostra segundo os pressupostos do RDS, a topologia da rede dos respondentes da Pesquisa Manas (Fig. 7) difere-se do ideal teórico, conforme discutido no Capítulo 3 (Fig. 3). No intuito de verificar a garantia do segundo pressuposto funcional do RDS, analisamos a conectividade da rede geral (Fig. 7) ou das induzidas por sementes lésbicas (Fig. 8), gays (Fig. 9) e bi/pansexuais (Fig. 10). Nenhuma delas forma uma componente conexa, tendo

respectivamente 21, 343 e 74 clusters. Além disso, apesar de termos atingido 7 ondas de recrutamento, uma a mais do sugerido por Watts (2004), observamos que a eficácia das indicações (pessoas indicadas se tornarem participantes) foi baixa, não resultando em uma expansão exponencial da amostra. Ao contrário, observamos que, a cada onda, o número de respondentes se reduzia, sendo o número de sementes superior (443) ao de filhos da semente (311). Entre as sementes, 208 foram provenientes das bases iniciais, 194 de pessoas que buscaram a pesquisa pela internet após contato com o material de divulgação e 41 recrutadas na parada do orgulho LGBT. Ou seja, quanto mais nos distanciamos do perfil de pessoas envolvidas em grupos e espaços de militância ou socialização LGB, menor foi a disposição em participar da pesquisa.

Mesmo com o esforço em recrutar mulheres lésbicas e bissexuais, ao analisar a cadeia de referência entre os participantes, detectamos maior prevalência da participação de homens *gays* tanto como recrutadores, quanto recrutados. Próximo de 43% da amostra é composta por *gays* que foram indicados por *gays*. Entre lésbicas e bissexuais, esse comportamento representou 2% e 3%, respectivamente. Os *gays* também foram responsáveis pela indicação da maioria das lésbicas (20%) e bissexuais (13%). Entre as lésbicas, 6% indicaram *gays* e 1% bissexuais. Entre os bissexuais, 10% indicaram *gays* e 2% lésbicas.

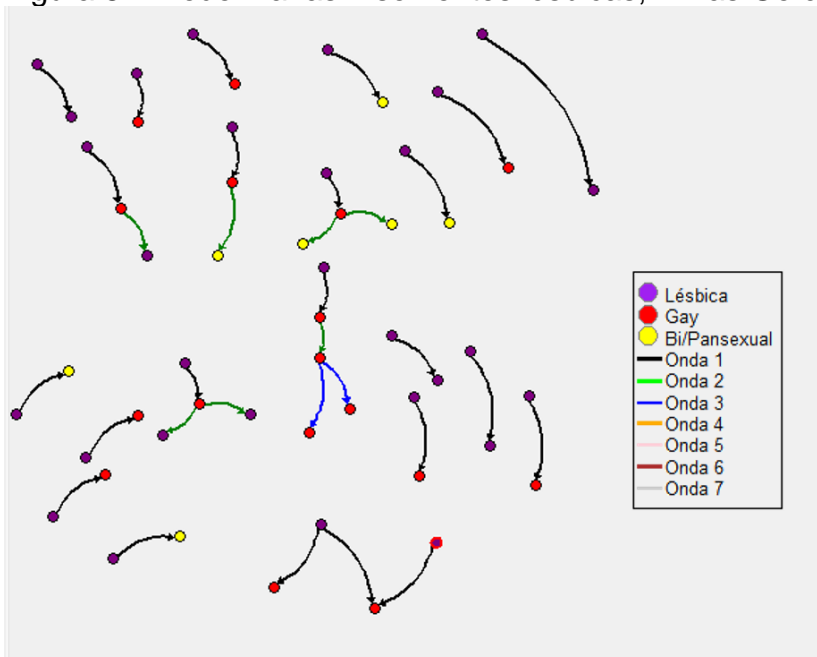
Figura 7 – Rede Manas Total, Minas Gerais, 2019



Fonte: PMA (2019).

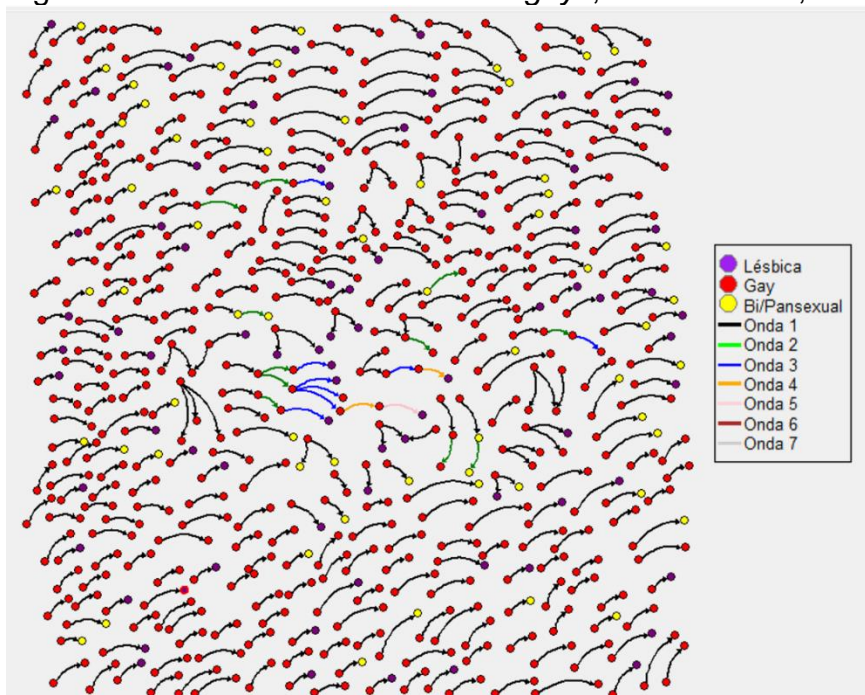
Quando analisamos as redes levando em consideração a orientação sexual das sementes, percebemos, em todos os casos (Fig. 8, 9 e 10), maior prevalência de conexões que não ultrapassaram a primeira onda. Além disso, como observado na descrição da rede geral, as iniciadas por mulheres lésbicas são as que aparecem em menor número e com indicações que não ultrapassam a terceira onda. Já, entre *gays*, observamos uma rede com maior participação em relação as outras orientações sexuais e com um número maior de redes que atingiram as ondas finais. Por fim, nas redes iniciadas por sementes bi/pansexuais, observamos que, apesar de não serem tão numerosas quanto as dos *gays*, há uma heterogeneidade na composição das indicações e, em alguns casos, uma evolução até a sétima onda.

Figura 8 – Rede Manas – sementes lésbicas, Minas Gerais, 2019



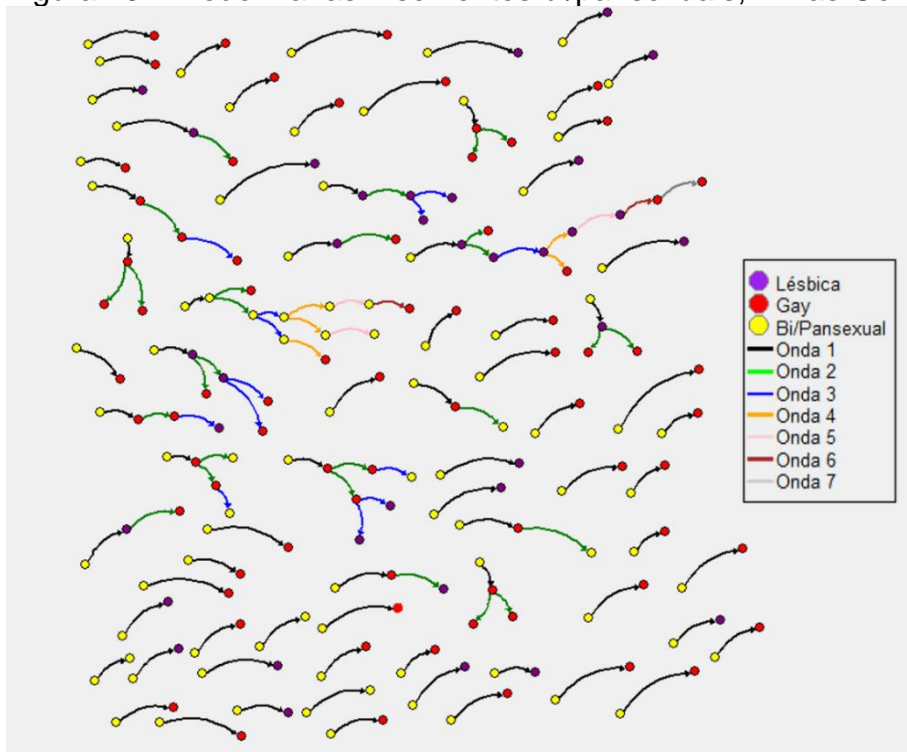
Fonte: PMa (2019).

Figura 9 – Rede Manas – sementes gays, Minas Gerais, 2019



Fonte: PMA (2019).

Figura 10 – Rede Manas – sementes bi/pansexuais, Minas Gerais, 2019

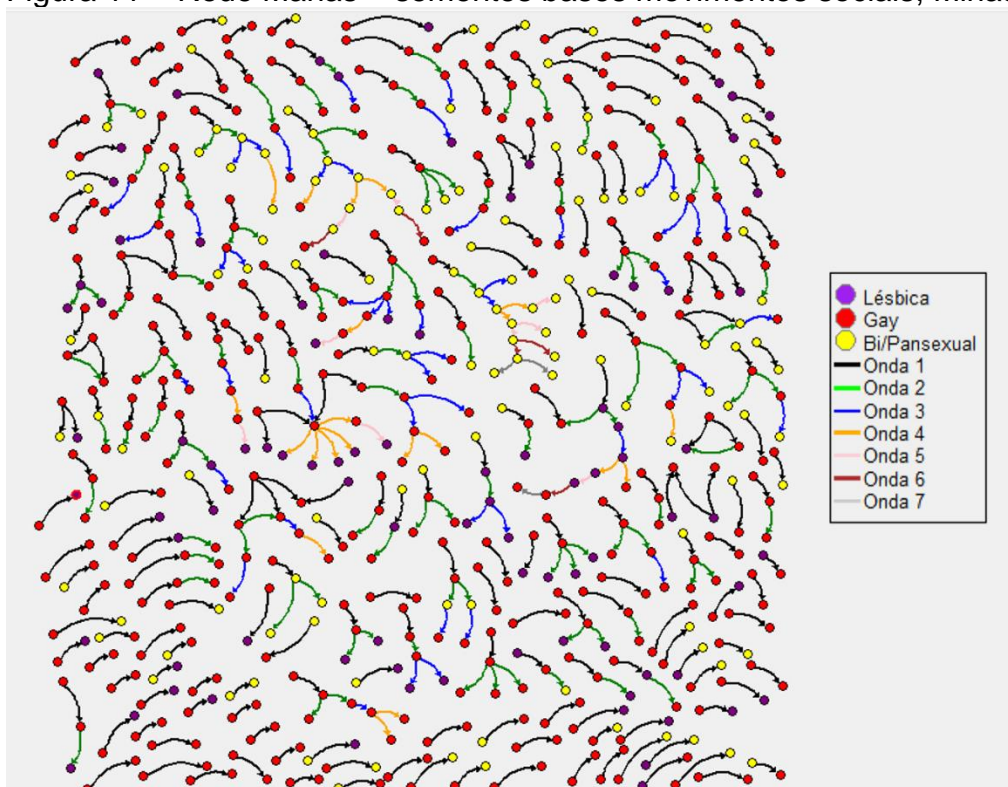


Fonte: PMA (2019).

Na análise por origem da semente (Fig. 11, 12 e 13), observamos que as redes iniciadas pelas pessoas do banco de contatos construído com informações sobre

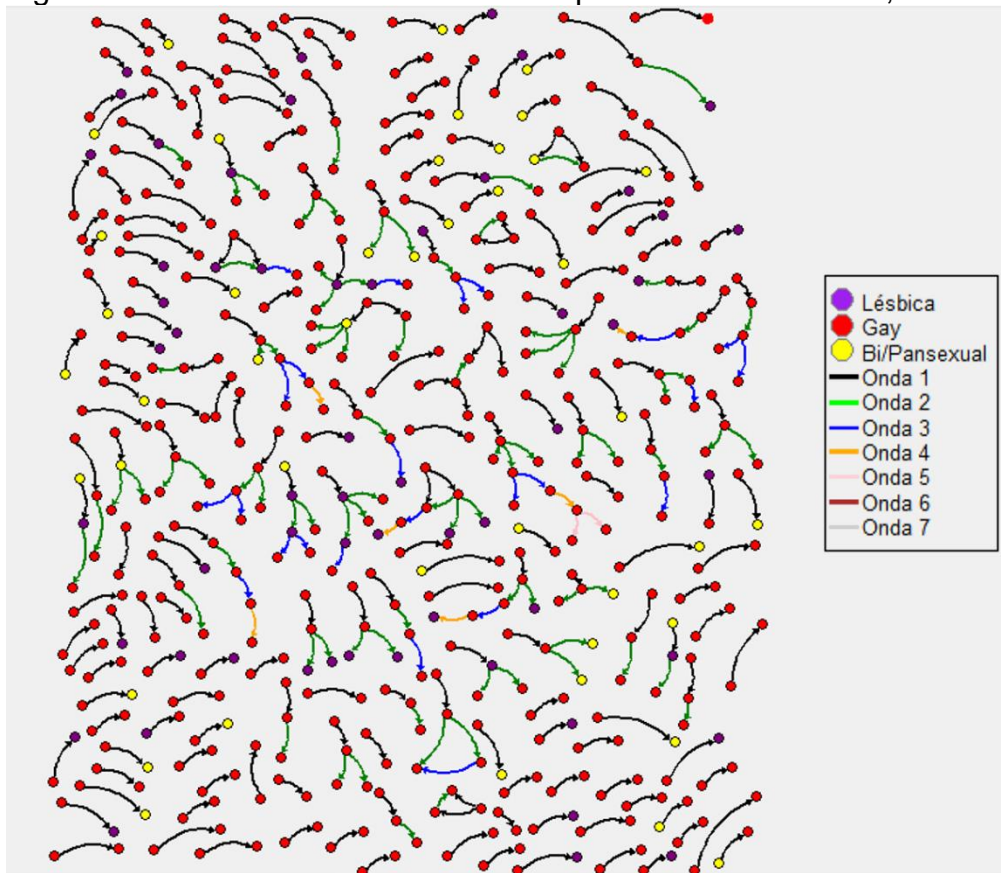
participantes dos movimentos LGBT de MG foram as mais diversas, com maior eficácia de indicações e evolução das redes, embora ainda com maior prevalência de gays. As redes com sementes que surgiram espontaneamente pelas plataformas *on-line* foram as com maior prevalência de gays e, apesar de possuírem poucas redes com evolução além da primeira onda, tiveram desempenho melhor do que as formadas pelas sementes coletadas na Parada do Orgulho LGBT de BH em 2019.

Figura 11 – Rede Manas – sementes bases movimentos sociais, Minas Gerais, 2019



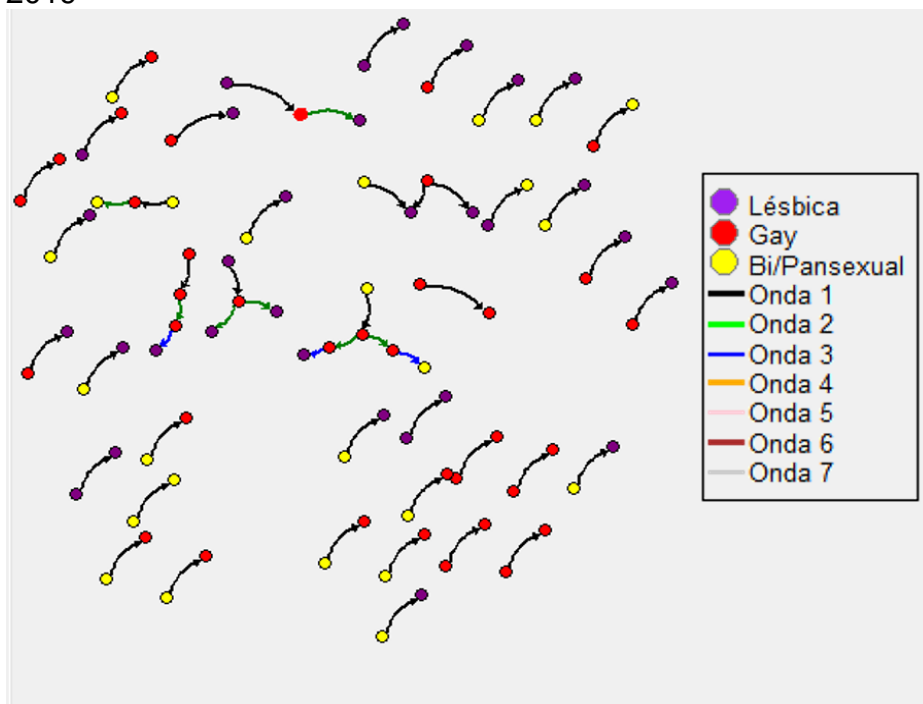
Fonte: PMA (2019).

Figura 12 – Rede Manas – sementes espontâneas de internet, Minas Gerais, 2019



Fonte: PMA (2019).

Figura 13 – Rede Manas – sementes da Parada do Orgulho LGBT, Minas Gerais, 2019



Fonte: PMA (2019).

A análise das métricas da rede confirma as análises visuais. Como podemos observar na Tab. 4, apesar de termos alcançado sete ondas de recrutamento, o caminho médio é menor do que dois, indicando que, na média, as redes não evoluíram para além da segunda onda. Quando analisamos por identidade sexual, observamos que, na média, as redes iniciadas por *gays* (1,12) foram as que tiveram a menor evolução, seguida por lésbicas (1,30) e bissexuais (1,80).

A análise do grau médio ajuda a explicar as possíveis razões da não evolução das redes de forma exponencial, como indicado pelo método quando se usa um número fixo de cupons por semente/filha. Os vértices tiveram um grau médio pouco superior a 1. Em termos práticos, isso significa que grande parte da amostra não conseguiu que suas indicações se transformassem em respostas. Ao final, tivemos mais sementes do que filhas das sementes. Como a semente tem, por definição, apenas os seus graus de saída, um alto número de sementes com grau de entrada igual a 0 (fontes) e grau de saída menor do que 3 pode resultar em um grau médio baixo. Quando analisamos por identidade sexual, vemos que a tendência do caminho médio se repete. As pessoas bissexuais são as que possuem o maior grau médio (1,26), seguidas por lésbicas (1,20) e *gays* (1,06).

A análise da homofilia em relação à sua identidade sexual entre os indivíduos que se indicaram sugere que a evolução da rede não só não cresceu como desejado, mas que as filhas das sementes ainda carregaram bastante das informações da semente. Em geral, o coeficiente de assortatividade (que varia entre -1 e 1) foi de 0,13, demonstrando uma tendência um pouco maior de semelhança entre os vértices do que de diferença entre eles. Para *gays* e bissexuais, esse coeficiente foi maior que zero (0,10), indicando que, nas redes iniciadas por pessoas dessas identidades sexuais, as pessoas tenderam a se identificar da mesma forma. Entre lésbicas, o coeficiente ficou em zero, demonstrando um equilíbrio entre pessoas de identidades sexuais semelhantes e diferentes.

Tabela 4 – Métricas de avaliação da rede da PMA, Minas Gerais, 2019

	Total	Sementes Lésbicas	Sementes Gays	Sementes Bissexuais
Caminho Médio	1,60	1,30	1,12	1,80
Grau Médio	1,32	1,20	1,06	1,26
Assortatividade	0,13	0,00	0,10	0,10

Fonte: PMA (2019).

Cabe ressaltar que a coleta dos dados aconteceu poucos meses depois da posse do presidente Jair Bolsonaro, reconhecido, entre outras questões, pela declarada oposição aos avanços dos direitos igualitários e frases de cunho preconceituosas em relação a essa população. Como discutido no Capítulo 2, esse ambiente de incerteza sobre a manutenção dos direitos igualitários recém-reconhecidos no país e de possível hostilidade a essa população pode ter gerado, ao mesmo tempo, dois sentimentos com efeitos ambíguos em relação à decisão de participação na pesquisa: o primeiro é o de anseio de participação como forma de resistência; e o segundo, de medo em relação a possíveis retaliações futuras, situação documentada nos EUA anos antes com a eleição de Donald Trump (GONZALEZ *et al.*, 2018; LANNUTTI, 2018), que tinha comportamento semelhante ao de Bolsonaro no que tange à população LGB. Essa conjuntura pode ter aumentado o número de pessoas que não se interessava em participar da pesquisa, o que ajuda a explicar o fato de que a proporção de indicações que aceitaram participar da pesquisa foi se reduzindo à medida que foram se afastando das sementes, grupos formados por pessoas pertencentes a movimentos LGBTQ+, que acessavam espaços virtuais de socialização dessa população ou estiveram na Parada do Orgulho LGBTQ em 2019, em Belo Horizonte.

A topologia das redes, apresentada nas Fig. 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13, em conjunto com as métricas da Tab. 4, confirmam a afirmação de Gile e Handcock (2010) e de Salganik (2012) de que, no mundo real, o número de ondas normalmente usadas no RDS é insuficiente para garantir os pressupostos e, assim, atingir o critério de independência necessário para que a amostra se aproxime de uma amostra probabilística. Esse resultado decorre do comportamento de seleção e de indicação de novos participantes ser mediado pelo que o recrutador compreende como indivíduos ideais para a amostra, o que leva a um viés persistente em casos em que essas percepções são permeadas por representações sociais de alguns grupos.

Essa situação pode gerar uma sub-representação de uma parcela da população-alvo na amostra, o que gera um viés substancial aos estimadores propostos pela técnica para corrigir o viés da amostra.

4.3 Potencialidade da amostra

O reconhecimento da violação dos pressupostos do RDS em uma amostra não significa, necessariamente, que esta não deva ser utilizada. Como a técnica normalmente é aplicada em situações nas quais os parâmetros populacionais não estão disponíveis, os resultados podem auxiliar na compreensão da população-alvo mesmo que não seja adequado para a expansão da amostra como sugerido pela técnica.

McCreesh *et al.* (2012) avaliou o potencial do RDS em estimar a prevalência de HIV em uma população de homens responsáveis pelo domicílio em relação aos dados do Censo dos domicílios e de questionários individuais sobre a condição de saúde da população em alguns vilarejos rurais em Uganda. Os resultados apontaram para uma melhor representação dessa população nos dados brutos do que naqueles expandidos a partir dos estimadores mais comuns do RDS. Uma possível justificativa foi a de que, quando os estimadores ajustavam os dados brutos, acontecia uma compensação exagerada dos grupos sub-representados na amostra, aumentando e modificando a direção do viés, deixando os resultados ainda mais distantes da composição real e, conseqüentemente, da prevalência de HIV nessa população. Durante as entrevistas qualitativas, os pesquisadores perceberam que a principal explicação para a sub-representação de homens jovens chefes de domicílio no estudo em Uganda era de que, mesmo preenchendo todos os requisitos de seleção da amostra, homens com menos de 50 anos não eram reconhecidos socialmente como responsáveis pelo domicílio, não sendo, portanto, indicados para participar do estudo. Isso demonstra que nem sempre os critérios e as classificações propostas pelos pesquisadores estão claros e alinhados com as representações sociais para os respondentes. A projeção dos dados das populações subrepresentadas por meio dos estimadores do RDS nesses casos pode, portanto, piorar e mudar a direção do viés em relação à composição da população real (MCCREESH *et al.*, 2012)

Os resultados apresentados por McCreesh *et al.* (2012) compõem um conjunto de estudos que justifica a discussão em torno dos benefícios do RDS como técnica de amostragem, mas não necessariamente como método de inferência. O reconhecimento do RDS (GILE; HANDCOCK, 2010; BADOWSKI *et al.*, 2017) e do WebRDS (BAUERMEISTER *et al.*, 2012) como uma boa estratégia de amostragem entre jovens adultos e adultos de grupos de difícil acesso é inegável. No entanto, acredita-se que as propriedades estatísticas necessárias para as estimativas são fortemente dependentes de pressupostos muitas vezes impossíveis de serem garantidos em amostras de populações reais (GILE; HANDCOCK, 2010), como a nossa. Além disso, dependem fortemente da definição dos critérios para a geração das sementes iniciais.

A preocupação dos autores quanto ao uso do RDS como método de inferência estatística advém não só da produção de viés e da dificuldade em detectar a sua origem e padrão, mas, essencialmente, na incapacidade dos estimadores em reduzir tanto o viés quanto em garantir eficiência, ao produzirem estimativas com uma variância maior do que o esperado (GILE e HANDCOCK, 2010). Esse problema se agrava na medida em que muitos estudos recentes não têm reportado seus resultados com os dados utilizados para as estimativas, o que dificulta a avaliação da sua qualidade (WHITE *et al.*, 2012). Em uma revisão sistemática de trabalhos que coletaram amostras biológicas por meio de RDS, Johnston *et al.* (2016) concluíram que a maioria dos estudos só reportou as informações básicas de implementação da pesquisa, as estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas e o tamanho final da amostra estimada. Sem os dados específicos que orientam a expansão da amostra no RDS, como o tamanho das redes e suas características, não há como avaliar a qualidade dos dados e apontar a segurança da utilização do método como inferencial.

O RDS como método de amostragem e inferência foi introduzido por Heckathorn em 1997 e, apesar de pouco ter sido modificado na sua lógica de amostragem, muito tem sido feito desde então na produção de estimadores confiáveis. Para as populações de difícil acesso, é inegável o valor metodológico da técnica de amostragem, mas raramente conseguiremos defender as estimativas como precisas

na ausência completa de parâmetros para sua validação (SALGANIK, 2012). Logo, para esses casos, o RDS deve ser considerado como um método de amostragem de conveniência com alto potencial de alcance de populações de difícil acesso. No entanto, se utilizado, é importante ter cautela na interpretação e no alcance dos resultados gerados pelos estimadores propostos na literatura estatística da técnica RDS (MCCREESH *et al.*, 2012; BADOWSKI *et al.*, 2017).

A composição da amostra da PMA indica que é possível que, além da conjuntura política, fatores e percepções sociais tenham afetado a preferência do recrutamento dos participantes entre seus pares e, assim, violado os pressupostos de utilização da técnica. As dificuldades na participação de lésbicas desde os testes de validação do questionário, combinadas com os padrões de indicação e com a participação predominante de *gays*, apontam para um possível diferencial de compreensão social sobre quem compõe essa população de minorias sexuais.

É possível que, ao utilizarmos termos que aglutinam as identidades sexuais (LGB) para nos referirmos a essa população nas nossas divulgações, possamos ter evocado de forma mais predominante a imagem/memória de homens *gays* em detrimento de mulheres lésbicas e pessoas bissexuais. Como resultados, obtivemos uma proporção menor de lésbicas e bissexuais, mesmo com métricas de indicação e evolução das redes um pouco melhores do que a dos *gays*.

Outro fator que pode ter influenciado esse resultado da amostra é a base que utilizamos para selecionar as sementes, proveniente, em sua maioria de movimentos sociais e grupos LGBTs. Sabemos que nos movimentos outrora homossexuais e agora LGBT+, as disputas por espaço e representação entre homens e mulheres sempre foram um ponto de embate. Como resultado, tivemos quase sempre uma participação maior de homens *gays* nesses espaços (MACRAE, 1990; FACCHINI, 2003; TREVISAN, 2018), combinada com uma maior aproximação mais frequente das mulheres lésbicas aos movimentos feministas e um reconhecimento tardio das pessoas bissexuais nas siglas que representam as minorias sexuais e de gênero. Ou seja, por mais que a forma de identificar o movimento de dentro para fora tenha se modificado com a inclusão de novas identidades, isso não significa que as

assimetrias de gênero presentes na sociedade e reproduzidas dentro dos movimentos organizados foram automaticamente anuladas (FACCHINI, 2009).

Portanto, podemos pensar que, assim como no caso de McCreesh *et. al.* (2012), a violação dos pressupostos do RDS e, conseqüentemente, a sub-representação de alguns grupos na nossa amostra, ajudam a compreender melhor as estruturas sociais que permeia o nosso tema de estudo. Logo, a baixa aderência das lésbicas desde os testes do questionário, combinada com a discrepância de participação dos homens *gays*, pode ser reflexo de assimetrias de gênero que afetam as possibilidades de vivenciar e falar abertamente sobre a sexualidade, participar de espaços de representação dos movimentos LGBTQ+, o desenvolvimento da identidade sexual e os indicadores de saúde mental. Por esse motivo, como estamos orientados por perguntas em que os diferenciais de gênero nos processos sociais são relevantes, seguiremos as indicações de Gile e Handcock (2010) de utilização do RDS apenas como técnica de amostragem, compreendendo os vieses da amostra nos resultados como possíveis indicadores de estruturas sociais subjacentes.

5 Sou LGB. E agora?

Este capítulo está organizado em duas partes. Na primeira, apresentamos os resultados quantitativos estimados com base nas informações geradas pela pesquisa realizada com indivíduos LGB residentes de Minas Gerais. Nessa parte, avaliamos os diferenciais de saúde mental entre os indivíduos LGB e a população geral, apresentamos os marcadores de desenvolvimento sexual e, posteriormente, avaliamos a associação desses marcadores com a saúde mental dos indivíduos LGB. Essa última análise é realizada a partir da construção de perfis extremos por meio do GoM.

A segunda parte do capítulo apresenta os resultados atinentes às entrevistas semiestruturadas realizadas com uma subamostra de indivíduos LGB participantes do estudo quantitativo. Apresentamos as redes temáticas construídas para avaliar a saúde mental e o desenvolvimento da identidade sexual entre minorias sexuais em Minas Gerais. Por fim, discutimos esses resultados das entrevistas qualitativas procurando integrá-los aos achados da pesquisa quantitativa.

As análises possibilitadas pelo banco de dados construídos nessa pesquisa (objetivo específico 1) permitiu-nos discutir os efeitos de idade, gênero e suporte familiar no desenvolvimento da identidade sexual e saúde mental de lésbicas, *gays* e bissexuais em Minas Gerais (objetivo geral). Primeiramente observamos uma maior prevalência de risco de depressão severa entre LGB na nossa amostra, quando comparados com a população geral. Esse risco é ainda mais elevado para mulheres e pessoas mais jovens.

Em geral, os marcadores do desenvolvimento da identidade sexual acontecem para a maioria das pessoas entre a pré-adolescência e a juventude. Para os homens, esses processos costumam acontecer em idades mais jovens, mas as mulheres tendem a ter intervalos menores entre se sentir diferente e comunicar à sua identidade sexual. Além disso, observamos que os perfis de mulheres eram também os com algum risco de depressão, independentemente da idade. Entre os homens, os mais velhos foram definidos sem risco de depressão em contraposição aos mais jovens (objetivo específico 2).

As entrevistas possibilitaram compreender como esses diferenciais de idade e gênero são também influenciados por uma série de fatores que se relacionam entre si. Além do processo de desenvolvimento das identidades sexuais, os elementos descritos pela teoria de estresse das minorias, o ambiente social em que cada indivíduo está inserido e suas relações familiares afetam diretamente o risco de sofrimento mental. Dada a heterogeneidade dessa população, conseguimos identificar também o impacto de alguns temas transversais, como gênero, raça/cor, território e religião/religiosidade, que operam no aprofundamento desses diferenciais. Por fim, identificamos que, apesar dos avanços institucionais em prol da diversidade sexual e de gênero ter aumentado a possibilidade de se reconhecer LGB e encontrar apoio entre os pares, essas alterações culturais ainda não foram plenamente absorvidas pelas famílias. Parece haver uma discrepância entre os níveis de aceitação na sociedade e na família que afetam não só o desenvolvimento da sexualidade, mas a sensação de rejeição e o risco de sofrimento mental (objetivo específico 3).

5.1 Saúde mental entre minorias sexuais em Minas Gerais

A prevalência de episódios de depressão maior (EDM) entre as pessoas LGB investigadas (32,67%) é expressivamente maior do que na população geral, tanto para o Brasil (5,56%) como para Minas Gerais (5,45%). Esse resultado repete-se quando avaliamos a prevalência de auto relato de diagnóstico prévio de depressão (DPD), sendo igual a 26,59% entre as pessoas LGB *versus* 10,24% e 13,69% na população geral brasileira e de Minas Gerais (Tab. 5).

Tabela 5 – Comparativo da prevalência do risco e do diagnóstico prévio de depressão entre a PNS (2019) e a PMA (2019) e entre a amostra da PMA por orientação sexual, Minas Gerais, 2019

Variável	Categorias de resposta	PNS - BR	PNS - MG	PMA - LGB	p-valor *	PMA - L (23%)	PMA - G (53%)	PMA - B (24%)	p-valor*
Nível de depressão	Ep. Depressão Maior (EDM)	5,56	5,45	32,67	<0,001	39,08	27,07	38,67	<0,001
	Ep. Depressão Menor (EDMn)	10,87	11,30	30,03		28,16	28,07	36,46	
	Sem depressão (SD)	83,57	83,25	37,3		32,76	44,86	24,86	

Variável	Categorias de resposta	PNS - BR	PNS - MG	PMa - LGB	p-valor *	PMa - L (23%)	PMa - G (53%)	PMa - B (24%)	p-valor*
Diagnóstico prévio de depressão (DPD)	Sim	10,24	13,69	26,59	<u><0,001</u>	32,18	20,05	35,36	<u><0,001</u>
	Não	89,76	86,31	73,41		67,82	79,95	64,64	
N		207.845	11.645	754		174	399	181	

* Teste não-paramétrico de diferença de proporções - Kruskal-Wallis

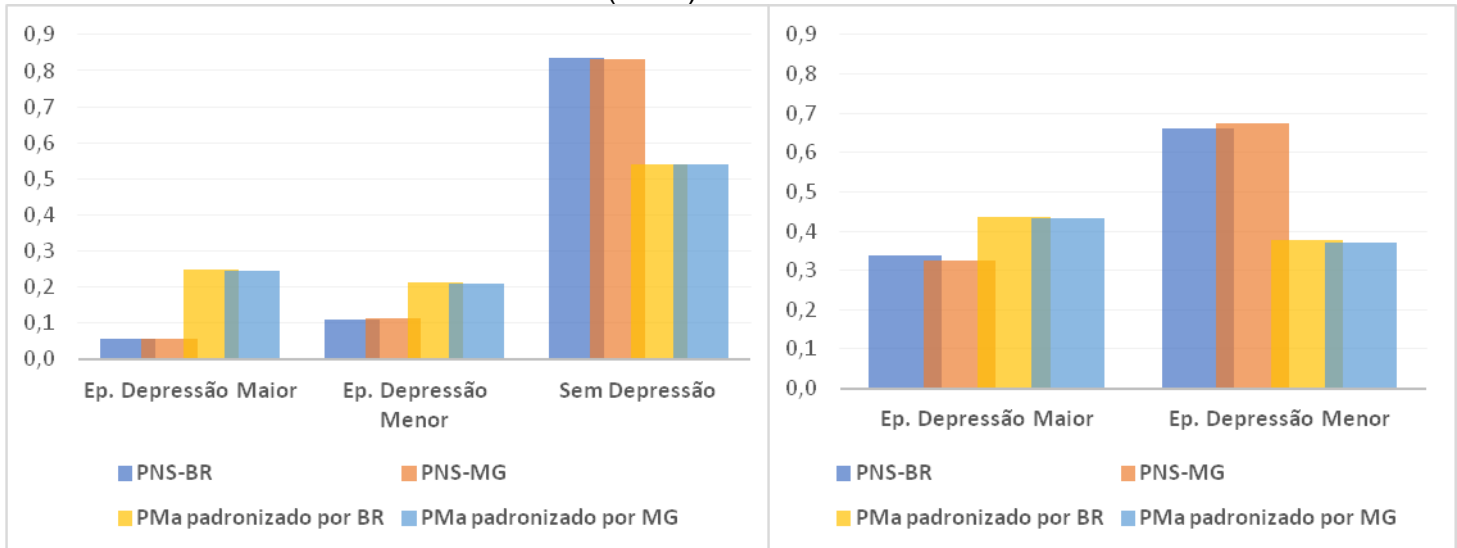
** Teste Chi2 em regressão multinomial

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados da PNS (2019) e PMa (2019).

As diferenças de composição também aparecem entre os grupos definidos segundo orientação sexual. Enquanto lésbicas e bissexuais possuem uma prevalência de aproximadamente 39% de EDM, entre os gays, esse percentual é menor, igual a 27%. Situação similar é observada em relação à prevalência de DPD, sendo igual a 20% entre gays, 32% entre lésbicas e 35% entre bissexuais (Tab. 5).

Para reduzir o efeito da composição das amostras na comparação entre a prevalência do risco de depressão, apresentamos os resultados das taxas padronizadas. Como podemos observar no painel (a) do Gráfico 1, mesmo após a padronização dos resultados, a prevalência de EDM entre as minorias sexuais se mantém substancialmente mais elevada (24%). Quando consideramos na análise apenas os indivíduos com algum nível de severidade de depressão (depressão maior + depressão menor), a proporção dos classificados nos níveis mais severos também é maior na população LGB (Gráfico 1, painel b). Enquanto, na população geral, apenas 30% dos que possuem algum grau de depressão são classificados no nível EDM, na população LGB investigada, essa proporção é mais da metade (52%).

Gráfico 1 – Comparativo da prevalência do risco de depressão total (a) e condicionada ao risco de depressão entre a PNS (2019) e da PMA (2019) padronizada pela composição de idade, sexo, raça/cor e nível de escolaridade da PNS (2019)



(a) Prevalência não condicionada ao risco de depressão

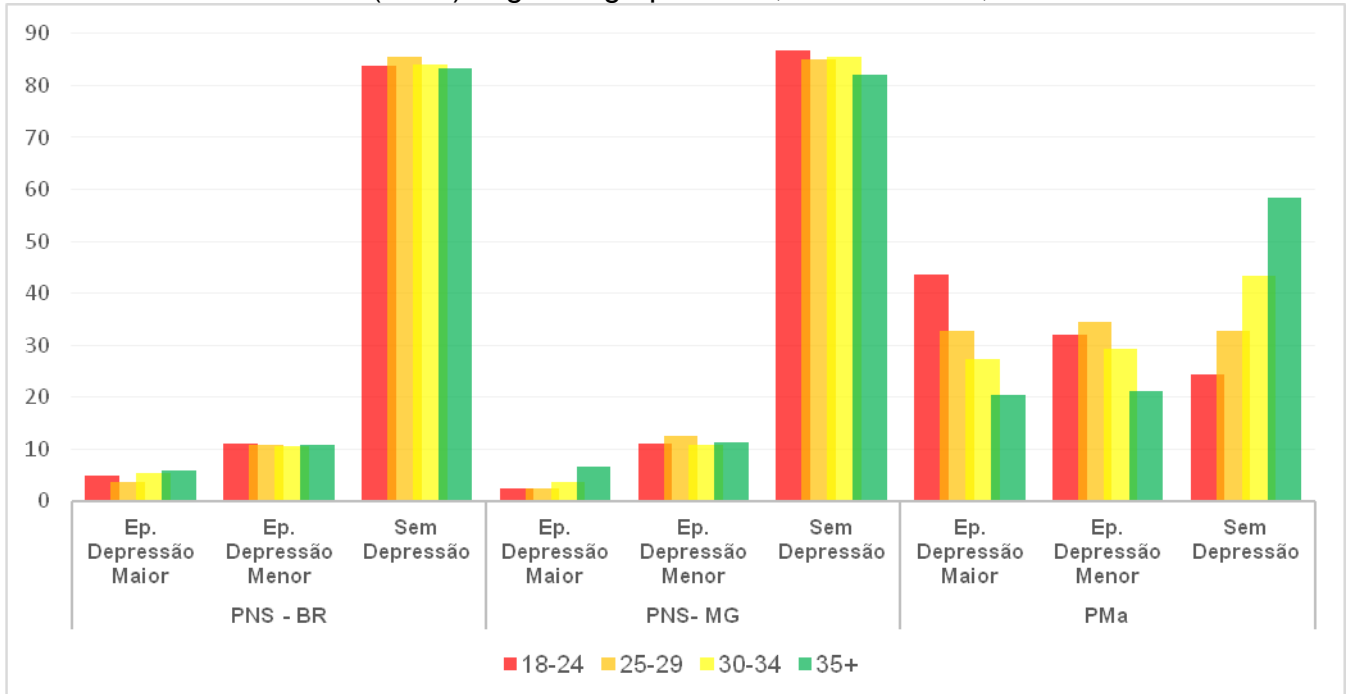
(Total)

(b) Prevalência condicionada ao risco de depressão

Fonte: PMA (2019) e PNS (2019).

Quando avaliamos o risco de depressão por grupos etários, percebemos algumas diferenças na PMA em relação à população geral. Enquanto para a Manas o risco de depressão maior (EDM) é mais prevalente entre os mais jovens (43,7%) e se reduz nos grupos etários mais velhos (20,5% no grupo com 35 anos ou mais), para a população geral em Minas Gerais o oposto é observado (2,34% no grupo 18-24 e 6,58% no grupo 35+). No caso do Brasil, observamos uma prevalência ligeiramente mais elevada nos grupos mais velhos (6%) em relação ao grupo mais jovem (5% no grupo 18-24 anos e 3,68% no grupo de 25-29 anos) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Comparativo da prevalência do risco de depressão entre a PNS (2019) e a PMa (2019) segundo grupo etário, Minas Gerais, 2019



Fonte: PMa (2019) e PNS (2019).

Como já observado em outros países (SANDFORT; GRAAF; SCHNABEL, 2001; COCHRAN; MAYS; SULLIVAN, 2003; PITTS *et al.*, 2006; KING *et al.*, 2008), nossos resultados corroboram, no contexto brasileiro, a prevalência mais elevada de episódios de depressão maior entre lésbicas, gays e bissexuais (24%) quando comparados com a população geral (3,9%). Além disso, nossas estimativas estão contidas no intervalo dos resultados de prevalência de EDM entre LGBs encontrados em outros estudos, com prevalências mais elevadas para lésbicas e bissexuais. Estudo realizado com homens gays holandeses estimou uma prevalência de EDM igual a 9,8% (SANDFORT; GRAAF; SCHNABEL, 2001). Entre mulheres lésbicas e bissexuais norte-americanas, esse percentual foi igual a 33,5% (COCHRAN; MAYS; SULLIVAN, 2003). As evidências empíricas, portanto, apontam para um diferencial de gênero na prevalência de EDM entre LGB, expressas em maiores riscos de depressão em pessoas com identidades de gênero femininas, já constatado tanto na população geral brasileira (STOPA *et al.*, 2015; FLESCHE *et al.*, 2020), como em estudos entre minorias sexuais (SANDFORT; GRAAF; SCHNABEL, 2001; COCHRAN; SULLIVAN; MAYS, 2003; PITTS *et al.*, 2006).

O diferencial de gênero é também verificado em relação ao autorrelato de diagnóstico prévio de depressão. Entre as pessoas LGB investigadas pela PMA, 27% reportam diagnóstico prévio de depressão, com prevalência mais elevada entre lésbicas (32%) e bissexuais (35%). Nossos resultados vão na mesma direção dos estudos realizados para o Brasil (STOPA *et al.*, 2013) e para outros países (BJÖRKENSTAM *et al.*, 2017). Björkenstam *et al.* (2017) realizaram um estudo na Suécia com 69.695 participantes. Do total de entrevistados, 1.715 se declaram LGB. As pesquisadoras encontraram que não só as minorias sexuais estariam em maior risco de transtornos mentais (ansiedade e depressão), como esse risco era maior para mulheres, em especial as bissexuais. O gradiente de autorelato prévio de depressão variou de 16% entre mulheres heterossexuais, 31% entre as bissexuais até 30% entre lésbicas.

Os resultados por idade mostram um comportamento diferenciado para os indivíduos LGB participantes da PMA, em relação à população geral. Nossos resultados apontam que a prevalência de EDM é mais elevada entre os indivíduos LGB mais jovens, com 18 a 24 anos (43%), reduzindo-se monotonicamente com o aumento da idade. Esse resultado, em um primeiro momento, pode ser contraintuitivo na medida em que as evidências empíricas nacionais e internacionais encontradas para a população geral apontam uma deterioração da condição de saúde, física e mental, à medida que a idade avança (FERRARI *et al.*, 2010; WHO, 2017; STOPA *et al.*, 2015). No entanto, o aumento da incidência e prevalência de depressão entre jovens já foi observado em lugares como Austrália (AUSTRALIA'S HEALTH, 2016), Estados Unidos (MOJTABAI *et al.*, 2016; PEW RESEARCH CENTER, 2019) e Reino Unido (CLARKE *et al.*, 2020; NHS DIGITAL, 2020). Nos EUA, ainda foi identificado que as meninas possuem maior incidência e propensão a procurar ajuda profissional para lidar com essas questões do que os meninos (MOJTABAI *et al.*, 2016; PEW RESEARCH CENTER, 2019).

No Brasil, há indícios de aumento da prevalência de depressão entre jovens. As autoridades sanitárias já haviam se atentado para o fenômeno pelos dados de acesso aos serviços de saúde. No período de 2015 a 2018, foi registrado um aumento de 52% no atendimento ambulatorial em função da depressão. Entre as

pessoas de 15 a 29 anos, esse aumento foi de 115%. Preocupados com essa situação, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Mulher, Família e dos Direitos Humanos, criou uma campanha de valorização da vida e combate a depressão voltada para os jovens, denominada “Se liga! Dê um *like* na vida” (APS. SAUDE, 2019).

Entre as justificativas para um aumento da incidência de depressão entre jovens estão as pressões acadêmicas e sociais que são impostas a esse grupo (PEW RESEARCH CENTER, 2019). Essas pressões são agravadas por alterações hormonais, uso de álcool e outras drogas e ambiente familiar estressante, com privações e/ou violência e *bullying* (STANFORDCHILDRENS, 2021). Além disso, acredita-se que o fluxo de informação a que os jovens e adolescentes são expostos na sociedade contemporânea os coloca na pressão de atender a demandas e padrões irrealistas do ponto de vista corporal, comportamental e material, imaginados como essenciais para sua realização pessoal. Logo, como os jovens e adolescentes ainda não possuem ferramentas para lidarem plenamente com as frustrações, os que não se enquadram nos padrões retratados pelas mídias sociais se sentem diferentes, piores, em desvantagem ou tratados inadequadamente quando comparados aos pares, o que pode afetar a autoestima e a confiança e desencadear processos depressivos (ACTION MENTAL HEALTH, 2021). Para as meninas, o maior uso de aplicativos de mensagens nos celulares leva a um risco elevado de *cyberbullying*, que está associado à presença de humor deprimido (AUGNER; HACKER, 2012; MOJTABAI *et al.*, 2016).

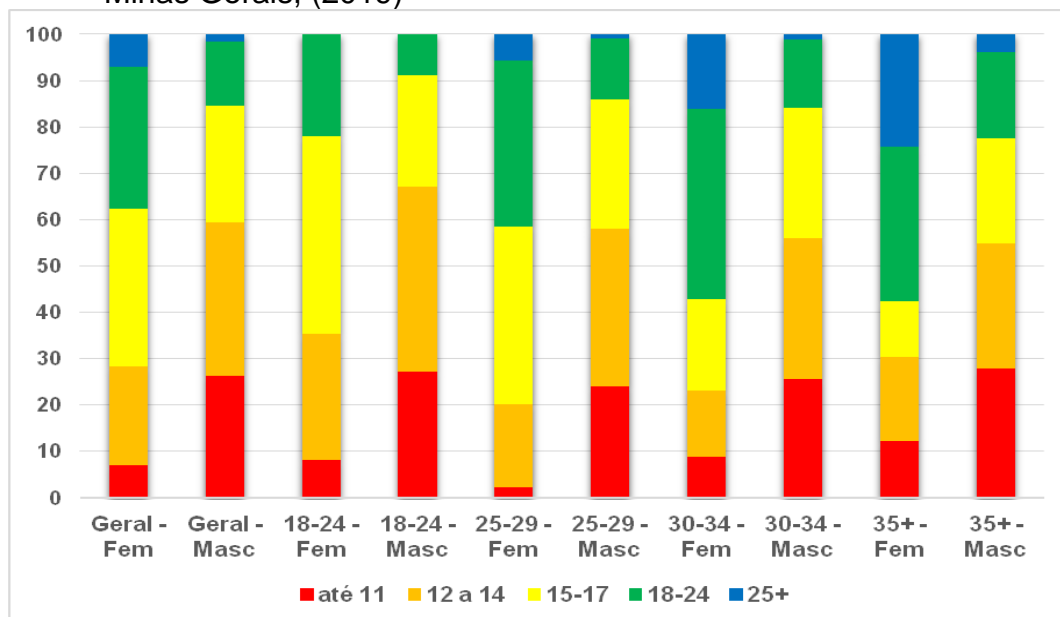
A maior prevalência de depressão entre jovens também é encontrada em pesquisas realizadas com jovens de minorias sexuais (FERGUNSSON *et al.*, 1999; RUSSEL; FISH, 2016; IRISH *et al.*, 2019; FLESCHE *et al.*, 2020). Nesse caso, a observação de prevalência mais elevada de depressão nesse grupo é atribuída aos processos de desenvolvimento, compreensão e comunicação das identidades sexuais (D’AUGELLI; GROSSMAN, 2001; CALZO *et al.*, 2011). A puberdade e a juventude de minorias sexuais normalmente são permeadas por questionamentos, dúvidas e estigmas que se somam aos usuais nessa fase da vida; isso afeta não apenas a saúde mental no período em que esses dilemas se instalam, mas seus efeitos podem ser carregados ao longo da vida. Nesse caso em específico, a preocupação

com as condições de saúde mental de jovens homo/bissexuais não deve se restringir a essa fase do seu curso de vida, mas nos seus impactos no envelhecimento desses indivíduos (CALZO *et al.*, 2011).

5.2 Desenvolvimento da identidade sexual entre minorias sexuais em Minas Gerais

No que se refere aos marcadores de desenvolvimento da identidade sexual, percebemos que, tanto para homens, como mulheres, a maior proporção, 58% e 55% respectivamente, iniciou a descoberta da sexualidade não heterossexual durante a pré-adolescência (12-14) e adolescência (15-17). Algumas diferenças por gênero, entretanto, são observadas, com essa percepção ocorrendo de forma mais precoce entre os homens, 33% na pré-adolescência e 26,5% durante a infância (até 11 anos de idade). Entre as mulheres, a maior parte se percebe diferente dos seus pares durante a adolescência (34%) ou na juventude (18-24 anos) e vida adulta (25+) (38%), com uma menor parcela na pré-adolescência e durante a infância, 21% e 7%, respectivamente.

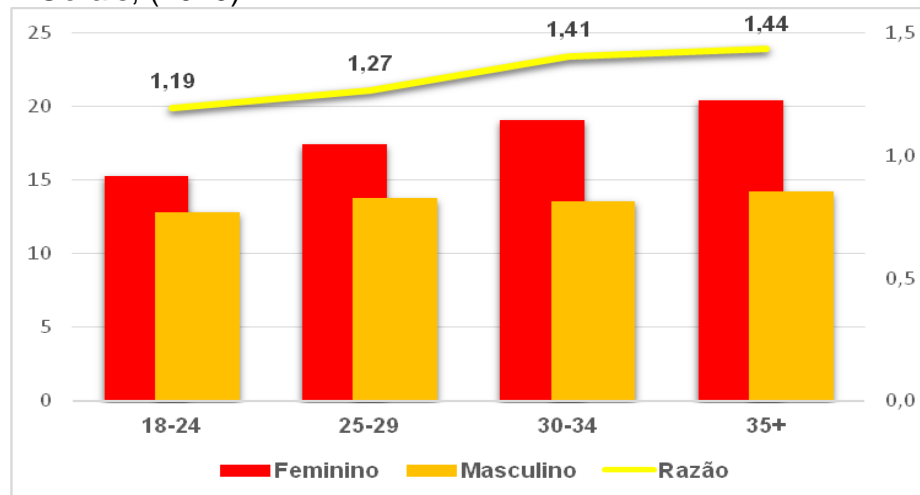
Gráfico 3 – Comparativo do relato da idade em que sentiu diferente (%) segundo os marcadores de desenvolvimento do ECA por sexo e grupo etário, PMA, Minas Gerais, (2019)



Fonte: PMA (2019).

Quando avaliamos por grupos etários definidos pela idade atual, esses diferenciais por gênero são mantidos, com o início do desenvolvimento da identidade sexual ocorrendo de forma mais precoce entre os homens (Gráfico 3). Independentemente do grupo de idade atual, a maior parte dos homens se percebe diferente durante a infância ou pré-adolescência, com o percentual variando de 55% (entre os que têm idade atual igual a 30 anos ou mais) a 67% (entre os que têm idade atual de 18 a 24 anos). Entre as mulheres, o início desse desenvolvimento ocorre de forma majoritária a partir dos 15 anos para todos os grupos etários. A faixa de idade em que as mulheres se perceberam diferente, contudo, variou segundo a coorte de nascimento analisada. Entre as mulheres mais jovens, com 18 a 24 anos e 25 a 29 anos, uma parcela relativamente maior, 43% e 38%, respectivamente, começaram a se sentir diferente dos seus pares durante a adolescência (entre 15 e 17 anos). Para as mulheres com idade atual acima de 30 anos, o período da vida em que essa percepção ocorre com mais frequência é durante a juventude (18 a 24 anos): 41% entre as que têm 30 a 34 anos e 33% entre as com 35 anos e mais de idade.

Gráfico 4 – Comparativo da média de Idade em que sentiu diferente por sexo e suas respectivas razões (F/M) segundo grupo etário, PMA, Minas Gerais, (2019)



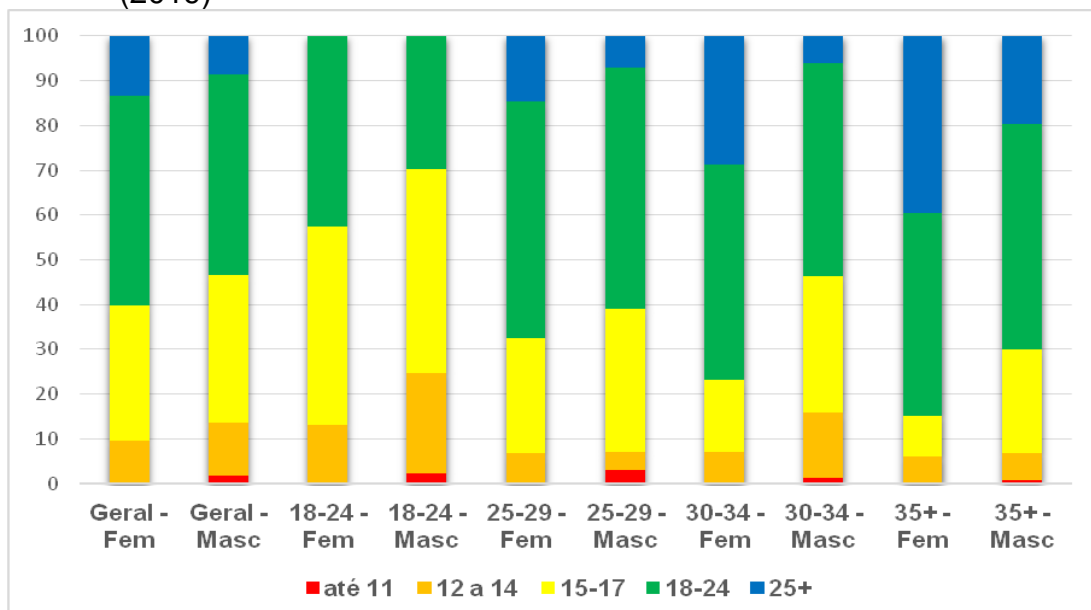
Fonte: PMA (2019).

Como podemos observar no Gráfico 4, a idade média em que se sentiu diferente é superior para as mulheres em todos os grupos etários e com tendência de aumento nos grupos etários mais velhos. Para os homens, essa variação entre os grupos etários não é muito evidente, com os homens reportando ter se sentido diferente de seus pares quando tinham, em média, 14 anos de idade. Entre as mulheres, a idade

média que marca o início do desenvolvimento da identidade sexual, varia de 15 anos (entre as que possuem idade atual de 18 a 24 anos) a 20 anos (entre as que têm 35 ou mais de idade). Esses resultados se refletem na razão das idades médias das mulheres em relação à dos homens, com uma tendência de crescimento desse diferencial, saindo de 19% superior no primeiro grupo etário até 44% no último.

O relato da idade em que a pessoa contou pela primeira vez a alguém que era lésbica, *gay* ou bissexual também apresenta diferenciais entre homens e mulheres, mas menos acentuado do que o encontrado para a percepção de início do desenvolvimento da identidade sexual. No geral, a maioria dos entrevistados (47% das mulheres e 45% dos homens) relata ter feito a comunicação da identidade sexual pela primeira vez na juventude, quando tinha entre 18 e 24 anos, seguido da fase de adolescência (30% entre as mulheres e 33% entre os homens). A comunicação da identidade sexual é mais rara durante a infância, com nenhuma mulher e apenas 2% dos homens reportando a sua orientação sexual nesse período do curso de vida. A proporção que comunica pela primeira vez sua identidade sexual durante a fase adulta também é menos comum, sendo ligeiramente maior entre as mulheres, 13% contra 9% entre os homens.

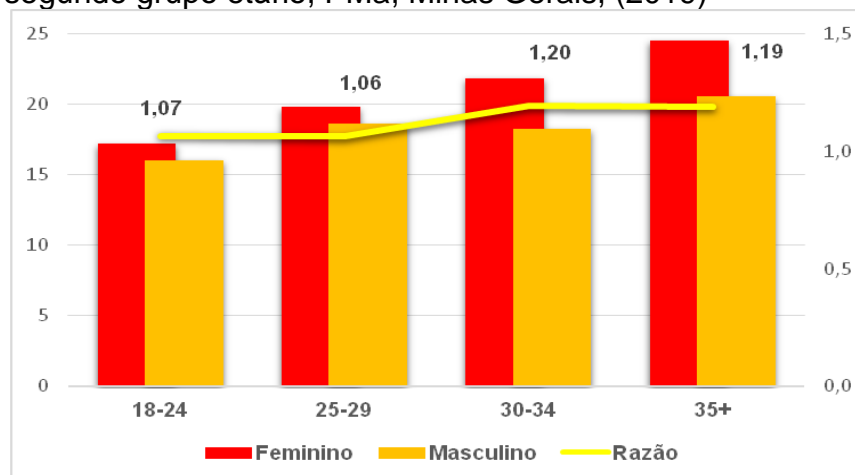
Gráfico 5 – Comparativo do relato da idade em que contou para alguém pela primeira vez que era LGB (%) segundo os marcadores de desenvolvimento do ECA por sexo e grupo etário, PMA, Minas Gerais (2019)



Fonte: PMA (2019).

Entre os grupos etários (definidos pela idade atual), a revelação dessa identidade ocorre de forma mais precoce entre os homens *vis a vis* às mulheres. Esse resultado acompanha o padrão de comportamento encontrado para a percepção do início de desenvolvimento da identidade sexual. Entre os mais jovens (idade atual de 18 a 24 anos), a proporção de homens que comunica pela primeira vez sua identidade sexual até o período da adolescência (70%) é bem mais elevado do que entre as mulheres (57%) (Gráfico 5). Para ambos os sexos, essa proporção se reduz com a idade e se observa um concomitante aumento da parcela que comunica pela primeira vez apenas quando estão na idade adulta, alcançando 40% e 19% entre mulheres e homens com idade atual acima de 34 anos, respectivamente. Nesse último grupo de idade, apenas 15% e 30%, nessa ordem, comunicam sua identidade sexual até o período da adolescência (Gráfico 5).

Gráfico 6 – Comparativo da média de Idade em que contou para alguém pela primeira vez que era LGB por sexo e suas respectivas razões (F/M) segundo grupo etário, PMA, Minas Gerais, (2019)



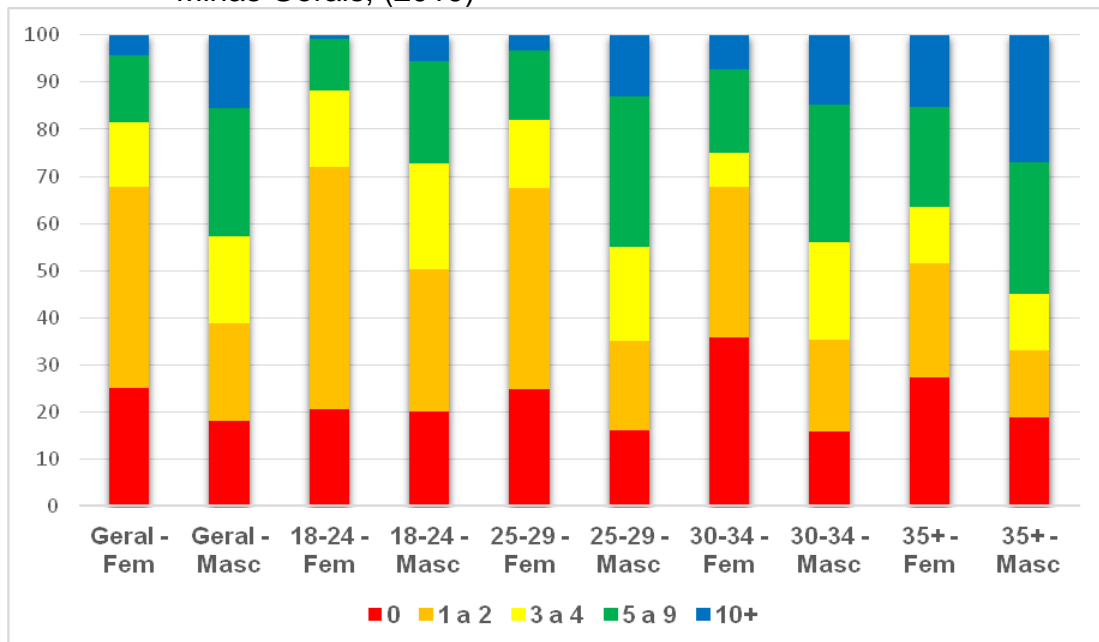
Fonte: PMA (2019).

Como podemos observar no Gráfico 6, a idade média em que contou para alguém pela primeira vez que era LGB novamente é superior para as mulheres em todos os grupos etários e com tendência de aumento nos grupos etários mais velhos. Entre as mulheres, a idade média de revelação é de 17 anos no primeiro grupo etário, alcançando 25 anos no grupo com idade acima de 34. Entre os homens, a variação de idade média de comunicação entre os grupos etários é menor, saindo de 16 anos

(entre os que têm de 18 a 24 anos) até 20 anos (entre os que têm 35 anos e mais). Quando avaliamos a razão das idades médias das mulheres em relação à dos homens, observamos uma tendência de crescimento desse diferencial, partindo de 7% no primeiro grupo etário até, aproximadamente, 20% nos dois últimos grupos.

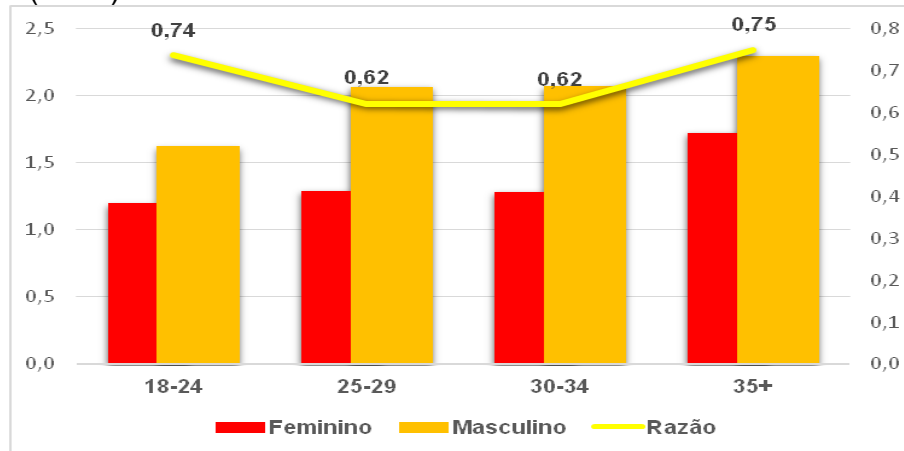
O Gráfico 7 mostra o delta, definido pela diferença entre a idade em que se sentiu diferente e a idade da comunicação da sexualidade. No geral, apesar de os homens se sentirem diferentes em idade mais precoce, o delta é menor entre as mulheres. Como pode ser observado, em torno de 25% das mulheres fizeram a comunicação de sua identidade com a mesma idade em que se sentiram diferente (delta igual a zero), e 43% tiveram entre 1 e 2 anos de delta. Entre os homens, esses percentuais são mais baixos, igual a 18% e 21%, respectivamente. O diferencial de gênero se mantém entre os grupos etários, com os homens consistentemente tendendo a fazer a comunicação mais de 3 anos depois do início de desenvolvimento da identidade sexual (Gráfico 6).

Gráfico 7 – Comparativo do delta (idade em que contou para alguém pela primeira vez que era LGB – idade em que sentiu diferente) (%) segundo os marcadores de desenvolvimento do ECA por sexo e grupo etário, PMA, Minas Gerais, (2019)



Fonte: PMA (2019).

Gráfico 8 – Comparativo da média do Delta (idade em que contou para alguém pela primeira vez que era LGB – idade em que sentiu diferente) por sexo e suas respectivas razões (F/M) segundo grupo etário, PMa, Minas Gerais (2019)



Fonte: PMa (2019).

Como podemos observar no Gráfico 8, o delta médio dos homens é superior ao das mulheres em todos os grupos etários. Entre as mulheres, o delta médio varia de 1,2 anos no primeiro grupo etário a 1,7 no último. Entre os homens essa variação está entre 1,6 anos no primeiro grupo etário a 2,3 no grupo de 35 anos ou mais. Quando avaliamos a razão dos deltas médios das mulheres em relação ao dos homens, observamos uma curva em formato de “u”. No primeiro e último grupo etário, o delta feminino é 25% menor do que o masculino. Nos grupos etários intermediários, esse diferencial é de 38%.

Assim como outros estudos sobre os marcadores de desenvolvimento das identidades sexuais (SAVIN-WILLIAMS; DIAMOND, 2000; D’AUGELLI; GROSSMAN, 2001; CALZO *et al.*, 2011; MARTOS *et al.*, 2015), nossos resultados apontam diferenciais de gênero nesse processo. Usualmente, os homens se reconhecem diferentes e comunicam a sexualidade mais cedo do que as mulheres. No entanto, o tempo entre se reconhecer diferente e dizer a alguém que é LGB é menor para as mulheres do que para os homens.

As evidências empíricas mostram resultados variados em relação à idade média em que se percebe diferente e comunica a identidade sexual. Os resultados dependem do recorte populacional utilizado, da sociedade analisada e do período em que o estudo foi realizado (CALZO *et al.*, 2011, TROIDEN, 1979, D’AUGELLI;

GROSSMAN, 2001, MARTOS *et al.*, 2015). Entretanto, os estudos, em geral, encontram que o processo de desenvolvimento da sexualidade ocorre em grande parte no período entre a pré-adolescência (12-14 anos) até o fim da adolescência (18 anos). Esse período se assemelha ao processo de desenvolvimento da sexualidade para todos os indivíduos, independente da orientação sexual, intensificado com a puberdade e “consolidado” até a juventude (HERDT; BOXER, 1993; ROSARIO *et al.*, 1996; DIAMOND, 1998; CALZO *et al.*, 2011). Para as mulheres, a compreensão de uma sexualidade não normativa ocorre de forma um pouco mais tardia do que para os homens, pois, geralmente, só é de fato consolidada após um processo de experimentação para a sua confirmação. Para os homens, um dos fatores que ajudam a explicar um início mais precoce da compreensão como não heterossexual é o fato de a família e a sociedade responderem de forma mais negativa aos comportamentos que não são entendidos como tipicamente masculinos, sendo mais tolerantes com possíveis performances das meninas que não se encaixem perfeitamente no ideal de feminilidade (LYTOON; ROMNEY, 1991; D’AUGELLI *et al.*, 2008; MARTOS *et al.*, 2015). Qualquer pequeno desvio de comportamento dos meninos em relação ao que se entende como “ser homem” é, em geral, considerado um indicativo de ser *gay*, fazendo com que aqueles que de fato se sentem atraídos por outros meninos compreendam sua sexualidade mais cedo. Em contraposição, como para as meninas, há uma flexibilidade maior do que se entende como comportamento feminino durante a infância, existe um período maior de compreensão do desejo, que pode fazer com que elas se entendam lésbicas ou bissexuais mais tarde. Logo, é possível que, quando se compreendam como minorias sexuais, as mulheres se percebam em uma fase da vida com menor risco de rejeição do que quando esse processo ocorre na maioria dos homens, justificando um menor tempo entre se reconhecer e comunicar para as mulheres (D’AUGELLI *et al.*, 2008).

Outro fator que ajuda a explicar a diferença entre a compressão e a comunicação da sexualidade é a espera para que a revelação aconteça em um momento em que haja menos possibilidade de rejeição por parte dos pais e dos colegas. Alguns estudos apontam uma associação entre o plano de entrada na faculdade e o adiamento da busca por parceiros sexuais do mesmo sexo (EVANS; D’AUGELLI, 1996; HALPERN *et al.*, 2000; SANLO, 2004).

Devido às limitações de nossa amostra e por dispormos apenas de dados transversais, não podemos determinar diferenciais de coorte. Contudo, nossos resultados vão na mesma direção de estudos que fizeram essa discussão com dados representativos das coortes. Assim como Calzo *et. al.* (2011), Martos *et. al.* (2015) e Russell e Fish (2016), encontramos que os grupos etários mais jovens possuíam marcadores de desenvolvimento da identidade sexual mais precoce do que os grupos mais velhos, sobretudo entre as mulheres e em relação à idade em que revela sua identidade sexual. No que se refere à idade em que se percebe diferente, a precocidade é verificada em todos os grupos etários, desmitificando que esse comportamento é exclusivo de coortes mais jovens (CALZO *et al.*, 2011).

O ambiente social mais propício tem sido apontado como um dos fatores que tem permitido a identificação e comunicação da sexualidade mais precocemente (MARTOS *et. al.*, 2015; RUSSELL e FISH, 2016). No entanto, as diferenças observadas são mais em relação à idade em que comunicou a sexualidade pela primeira vez, do que propriamente a idade em que se sentiu diferente, que não varia muito entre as coortes, especialmente para os homens (D'AUGELLI; HERSHBERGER; PILKINGTON, 1998; KERTZNER *et al.*, 2009; MORGAN, 2013; MARTOS *et al.*, 2015).

Evidências empíricas têm apontado que o processo de comunicação da sexualidade em idades muito jovens pode expor os indivíduos a maiores riscos de violência (D'AUGELLI; GROSSMAN, 2001) e uso de álcool e outras drogas em função da rejeição (ROSÁRIO *et al.*, 2009). A adolescência já é entendida como um período de conflito intenso, em que a opinião dos pares em relação às normas de gênero e sexualidade se impõe mais fortemente (MULVEY; KILLEN 2015; PASCO, 2011), deixando os indivíduos mais suscetíveis a *bullying* e isolamento social (HORN, 2006; NESDALE, 2001) motivados por comportamentos homofóbicos (POTEAT; ANDERSON, 2012). Todos esses comportamentos afetam diretamente os indicadores de saúde mental.

Dessa forma, acredita-se que, mesmo com mudanças que aumentaram a aceitação social de LGB e tornaram o reconhecimento das sexualidades não normativas mais

possível durante a adolescência, esse processo não deixa de impactar a saúde mental de minorias sexuais. Isso acontece pois, ao se reconhecerem e comunicarem a sexualidade mais precocemente, o fazem em período marcado por conflitos e instabilidades, inclusive financeiras, que pode se agravar a depender do ambiente social em que essa pessoa está inserida, afetando, assim, sua saúde mental (RUSSELL; FISH, 2016).

5.3 Compreendendo a relação entre saúde mental e desenvolvimento da identidade sexual entre minorias sexuais em Minas Gerais

Para compreender a relação entre os marcadores de desenvolvimento sexual e saúde mental, levando em consideração aspectos sociais, familiares e de saúde, criamos perfis extremos utilizando a metodologia de agrupamento GoM. A construção dos perfis extremos levou em consideração o indicador de risco de depressão (PHQ-9) e as variáveis relacionadas aos marcadores de desenvolvimento da identidade sexual (orientação sexual, Idade em que se sentiu diferente dos pares, idade em que disse a alguém que era LGB e o delta entre essas duas medidas), conforme indicado por D'Augelli e Grossman (2001). Foram considerados também, na construção dos perfis, indicadores associados à depressão no Brasil, conforme apontados por Stopa *et al.* (2015) e Barros *et al.* (2017) (grupo etário, identidade de gênero, raça/cor, escolaridade, região de moradia, classe socioeconômica, plano de saúde, acompanhamento psicológico, diagnóstico prévio de depressão, diagnóstico prévio de ansiedade, diagnóstico prévio de alguma DCNT, uso de tabaco e uso de álcool). Adicionalmente, consideramos variáveis relacionadas ao contexto familiar e social, tais como: 1) se o pai e/ou a mãe sabem sobre a identidade sexual; 2) se mora na cidade em que passou a infância; 3) tamanho do domicílio; 4) arranjo domiciliar; 5) religiosidade, conforme sugerido por Resnick *et al.*, (1997), Resnick *et al.* (2012) e Russell e Fish (2016).

Identificamos 4 perfis extremos. Na nossa amostra, os perfis 1 e 2 apresentam uma prevalência ponderada pelo grau de pertinência de 22% cada um. Nos perfis 3 e 4, a prevalência ponderada foi igual a 21% e 35%, respectivamente.

Antes de passarmos para a discussão dos perfis, é preciso analisar a frequência absoluta e marginal para examinarmos se alguma das categorias de resposta teve uma concentração consideravelmente maior do que as outras naquela variável. Essa análise é importante para avaliarmos, por exemplo, se uma categoria não foi definidora de nenhum perfil por ser muito prevalente na amostra; logo, seria menor provável de ter uma maior concentração dessa característica em algum perfil extremo. No nosso caso, pela análise descritiva, já conseguimos identificar algumas variáveis em que essa situação pode ter acontecido (Tab. 6). Na nossa amostra, a grande maioria havia comunicado a sua identidade sexual para as mães (80%) e os pais (60%). Os moradores da capital e da Região Metropolitana (BH/RMBH) também tiveram uma alta prevalência na amostra de 80%. Observamos também uma maior concentração (56%) de Ateus, Agnósticos e Sem Religião (SR/Ateu/Agn), em comparação com os religiosos praticantes (25,5%) e os religiosos não praticantes (18,5%). Essas diferenças de concentrações precisam ser levadas em consideração na avaliação dos perfis.

Tabela 6 – Estatísticas descritivas e probabilidades (λ) acompanhadas da razão lambdas sobre frequência marginal (RLFM) para as variáveis utilizadas no GoM para agrupamento da amostra da PMA, Minas Gerais, 2019

Variável	Freq. Absoluta	Freq. Marginal	Perfil 1 - λ (RLFM)	Perfil 2 - λ (RLFM)	Perfil 3 - λ (RLFM)	Perfil 4 - λ (RLFM)
Risco de depressão (PHQ-9)						
0 (Sem depressão)	278	0,376	0,07 (0,18)	0,14 (0,38)	0,24 (0,64)	0,79 (2,10)
1 (Depressão Menor)	219	0,296	0,36 (1,23)	0,36 (1,23)	0,33 (1,11)	0,20 (0,67)
2 (Depressão Maior)	242	0,328	0,55 (1,68)	0,49 (1,50)	0,43 (1,30)	0,04 (0,11)
Idade						
0 (18-24)	254	0,344	0,02 (0,07)	0,70 (2,04)	0,93 (2,69)	0,01 (0,02)
1 (25-29)	183	0,248	0,48 (1,95)	0,23 (0,95)	0,10 (0,42)	0,20 (0,82)
2 (30-34)	136	0,184	0,30 (1,65)	0,06 (0,34)	0,02 (0,10)	0,30 (1,62)
3 (35+)	166	0,225	0,13 (0,60)	0,02 (0,07)	0,01 (0,04)	0,56 (2,50)
Identidade de Gênero						
0 (Feminina)	308	0,417	0,98 (2,35)	0,01 (0,02)	0,99 (2,37)	0,01 (0,01)
1 (Masculina)	431	0,583	0,02 (0,04)	0,99 (1,70)	0,01 (0,02)	0,99 (1,70)

Continuação						
Variável	Freq. Absoluta	Freq. Marginal	Perfil 1 - λ (RLFM)	Perfil 2 - λ (RLFM)	Perfil 3 - λ (RLFM)	Perfil 4 - λ (RLFM)
Orientação Sexual						
0 (Lésbica)	173	0,234	0,66 (2,82)	0,01 (0,04)	0,42 (1,81)	0,01 (0,03)
1 (Gay)	392	0,530	0,01 (0,02)	0,99 (1,86)	0,01 (0,01)	0,99 (1,86)
2 (Bissexual)	174	0,236	0,37 (1,57)	0,01 (0,06)	0,68 (2,88)	0,01 (0,05)
Idade Diferente						
0 (até 11)	129	0,175	0,05 (0,28)	0,38 (2,20)	0,02 (0,14)	0,23 (1,29)
1 (12 a 14)	209	0,283	0,15 (0,53)	0,46 (1,63)	0,22 (0,79)	0,30 (1,05)
2 (15-17)	217	0,294	0,24 (0,83)	0,23 (0,79)	0,54 (1,83)	0,22 (0,74)
3 (18-24)	156	0,211	0,43 (2,02)	0,01 (0,05)	0,22 (1,05)	0,21 (1,00)
4 (25+)	28	0,038	0,14 (3,64)	0,01 (0,21)	0,02 (0,40)	0,02 (0,58)
Idade Disse						
0 (até 11)	7	0,010	0,01 (0,70)	0,05 (4,81)	0,01 (0,67)	0,01 (0,60)
1 (12 a 14)	79	0,107	0,09 (0,85)	0,24 (2,21)	0,08 (0,76)	0,06 (0,58)
2 (15-17)	237	0,321	0,11 (0,33)	0,55 (1,72)	0,50 (1,55)	0,21 (0,65)
3 (18-24)	338	0,457	0,55 (1,21)	0,17 (0,36)	0,43 (0,94)	0,60 (1,31)
4 (25+)	78	0,106	0,26 (2,48)	0,02 (0,18)	0,01 (0,13)	0,13 (1,27)
Delta						
0 (0)	156	0,211	0,33 (1,55)	0,13 (0,61)	0,21 (1,00)	0,20 (0,94)
1 (1 a 2)	223	0,302	0,29 (0,95)	0,25 (0,82)	0,65 (2,14)	0,14 (0,45)
2 (3 a 4)	122	0,165	0,14 (0,87)	0,25 (1,52)	0,11 (0,69)	0,17 (1,01)
3 (5 a 9)	161	0,218	0,20 (0,91)	0,28 (1,28)	0,06 (0,27)	0,30 (1,37)
4 (10+)	77	0,104	0,05 (0,44)	0,11 (1,08)	0,01 (0,10)	0,21 (1,99)

Continuação						
Variável	Freq. Absoluta	Freq. Marginal	Perfil 1 - λ (RLFM)	Perfil 2 - λ (RLFM)	Perfil 3 - λ (RLFM)	Perfil 4 - λ (RLFM)
Mãe Sabe						
0 (Não)	149	0,202	0,10 (0,47)	0,10 (0,49)	0,40 (1,96)	0,22 (1,10)
1 (Sim)	590	0,798	0,90 (1,13)	0,90 (1,13)	0,61 (0,76)	0,78 (0,97)
Pai Sabe						
0 (Não)	290	0,392	0,19 (0,48)	0,30 (0,77)	0,67 (1,70)	0,41 (1,04)
1 (Sim)	449	0,608	0,81 (1,34)	0,70 (1,15)*	0,34 (0,55)	0,59 (0,97)
Raça/Cor						
0 (Branco/Amarelo)	395	0,535	0,69 (1,29)	0,35 (0,65)	0,33 (0,62)	0,68 (1,28)
1 (Preto/Pardo/Indígena)	344	0,466	0,31 (0,66)	0,65 (1,40)	0,67 (1,45)	0,31 (0,68)
Escolaridade						
0 (Até ensino superior incompleto)	296	0,401	0,02 (0,06)	0,88 (2,20)	0,96 (2,41)	0,01 (0,02)
1 (Superior completo ou mais)	443	0,600	0,98 (1,63)	0,12 (0,19)	0,04 (0,06)	0,99 (1,65)
Região						
0 (Interior)	149	0,202	0,14 (0,67)	0,35 (1,72)	0,27 (1,35)	0,12 (0,58)
1 (BH/RMBH)	590	0,798	0,86 (1,08)	0,65 (0,82)	0,73 (0,91)	0,89 (1,11)
Mora na cidade que passou infância						
0 (Não)	302	0,409	0,54 (1,33)	0,51 (1,25)	0,17 (0,42)	0,41 (1,00)
1 (Sim)	437	0,591	0,45 (0,77)	0,49 (0,83)	0,83 (1,41)	0,59 (1,00)
Classe Socioeconômica						
0 (A)	64	0,087	0,08 (0,95)	0,03 (0,37)	0,19 (2,18)	0,07 (0,85)
1 (B1/B2)	360	0,487	0,44 (0,91)	0,22 (0,44)	0,49 (1,01)	0,68 (1,40)
2 (C1/C2/D/E)	315	0,426	0,48 (1,12)	0,77 (1,80)	0,33 (0,76)	0,24 (0,57)
Status Ocupacional						
0 (Sem ocupação)	154	0,208	0,06 (0,27)	0,45 (2,16)	0,43 (2,09)	0,02 (0,09)
1 (Ocupado)	585	0,792	0,94 (1,19)*	0,55 (0,70)	0,56 (0,71)	0,98 (1,24)

Continuação						
Variável	Freq. Absoluta	Freq. Marginal	Perfil 1 - λ (RLFM)	Perfil 2 - λ (RLFM)	Perfil 3 - λ (RLFM)	Perfil 4 - λ (RLFM)
Tamanho do domicílio						
0 (1)	138	0,187	0,24 (1,29)	0,07 (0,40)	0,02 (0,09)	0,34 (1,83)
1 (2)	200	0,271	0,39 (1,45)	0,18 (0,68)	0,11 (0,41)	0,36 (1,32)
2 (3)	180	0,244	0,32 (1,29)	0,19 (0,78)	0,29 (1,18)*	0,21 (0,88)
3 (4+)	221	0,299	0,07 (0,24)	0,55 (1,84)	0,62 (2,09)	0,09 (0,30)
Arranjo Domiciliar						
0 (sozinho)	138	0,187	0,24 (1,27)	0,08 (0,40)	0,02 (0,09)	0,34 (1,83)
1 (companheiro/filhos)	119	0,161	0,35 (2,15)	0,02 (0,12)	0,02 (0,11)	0,24 (1,47)
2 (pais/irmãos)	322	0,436	0,19 (0,43)	0,52 (1,19)*	0,87 (1,99)	0,27 (0,62)
3 (república/outros)	86	0,116	0,05 (0,46)	0,33 (2,81)	0,13 (1,11)	0,03 (0,23)
4 (amigos)	74	0,100	0,16 (1,61)	0,08 (0,84)	0,03 (0,32)	0,13 (1,26)
Religiosidade						
0 (SR/Ateu/Agn)	415	0,562	0,57 (1,01)	0,54 (0,97)	0,58 (1,04)	0,56 (0,99)
1 (ReligPrat)	188	0,254	0,25 (0,99)	0,35 (1,37)	0,25 (0,98)	0,21 (0,81)
2 (ReligNPrat)	136	0,184	0,19 (1,04)	0,12 (0,66)	0,18 (0,95)	0,24 (1,28)
Plano de Saúde						
0 (Não)	288	0,390	0,20 (0,50)	0,96 (2,45)	0,42 (1,07)	0,12 (0,30)
1 (Sim)	451	0,610	0,80 (1,32)	0,04 (0,07)	0,58 (0,96)	0,88 (1,45)
Acompanhamento Psicológico						
0 (Não)	427	0,578	0,09 (0,15)	0,82 (1,42)	0,67 (1,16)*	0,68 (1,18)*
1 (Sim)	312	0,422	0,91 (2,16)	0,18 (0,43)	0,33 (0,79)	0,32 (0,75)

Variável	Freq. Absoluta	Freq. Marginal	Conclusão			
			Perfil 1 - λ (RLFM)	Perfil 2 - λ (RLFM)	Perfil 3 - λ (RLFM)	Perfil 4 - λ (RLFM)
Diagnóstico de Depressão						
0 (Não)	544	0,736	0,16 (0,22)	0,80 (1,09)	0,85 (1,16)*	0,99 (1,34)
1 (Sim)	195	0,264	0,83 (3,16)	0,20 (0,75)	0,15 (0,58)	0,01 (0,04)
Diagnóstico de Ansiedade						
0 (Não)	433	0,586	0,02 (0,03)	0,55 (0,93)	0,65 (1,11)	0,96 (1,63)
1 (Sim)	306	0,414	0,98 (2,37)	0,46 (1,10)	0,35 (0,85)	0,04 (0,10)
Diagnóstico de DCNT						
0 (Não)	502	0,679	0,49 (0,72)	0,69 (1,02)	0,63 (0,92)	0,82 (1,21)
1 (Sim)	237	0,321	0,51 (1,59)	0,31 (0,96)	0,37 (1,17)*	0,18 (0,56)
Uso de Tabaco						
0 (Não)	502	0,679	0,42 (0,61)	0,56 (0,82)	0,71 (1,04)	0,90 (1,33)
1 (Sim)	237	0,321	0,58 (1,82)	0,45 (1,39)	0,29 (0,92)	0,10 (0,30)
Uso de Álcool						
0 (Não)	119	0,161	0,03 (0,19)	0,21 (1,31)	0,18 (1,11)	0,21 (1,32)
1 (Sim)	620	0,839	0,97 (1,16)*	0,79 (0,94)	0,82 (0,98)	0,79 (0,94)
Prevalência Fuzzy			0,22	0,22	0,21	0,35

* Dominância marginal (RLFM entre 1,15 e 1,19)

Fonte: PMA (2019).

Como podemos observar no Quadro 3, três dos quatro perfis extremos foram caracterizados pela presença do risco de depressão. O perfil quatro, que responde por 35% da amostra, foi o único caracterizado como sem depressão. Esse perfil tem predominância de pessoas com identidade de gênero masculina, gays, brancos ou amarelos, acima dos 30 anos, com ensino superior completo ou mais, das classes socioeconômicas B1/B2, ocupados, com plano de saúde, sem nenhum diagnóstico prévio de depressão ou doenças crônicas, sem uso de álcool ou tabaco e religiosos não praticantes. Apresenta uma alta prevalência de indivíduos que residem sozinhos ou em domicílios menores, com uma ou duas pessoas, podendo ser o companheiro(a) ou filhos(as). Congrega uma proporção mais elevada de indivíduos

que se sentiu diferente dos pares durante a infância, mas só comunicou a sexualidade na juventude ou idade adulta, resultando em um delta de pelo menos 5 anos.

O perfil dois (com 22% de prevalência relativa) também é caracterizado por pessoas de identidade masculina e *gay*. No entanto, apresenta predominância de indivíduos com risco de depressão menor ou maior, mais jovens (18-24) e com piores condições socioeconômicas. Congrega uma parcela maior de pessoas do grupo racial preto, pardo ou indígena, residentes no interior do estado, com menor escolaridade, das classes socioeconômicas C/D/E, sem ocupação, que não fazem uso de álcool, mas fazem uso de tabaco, não têm plano de saúde e não fazem acompanhamento psicológico. Sentiram-se diferentes dos pares durante a infância ou na pré-adolescência, e a comunicação da sexualidade ocorreu entre a infância e adolescência, com um delta que varia de 3 a 9 anos. Em geral, não residem na cidade em que passaram a infância, moram em domicílios maiores, com quatro pessoas ou mais, podendo ser com pais, irmãos, república ou outros. Esse perfil se caracteriza por ser religioso praticante.

Os perfis três (21% da amostra) e um (22% da amostra) são caracterizados pela predominância de pessoas com risco de depressão e com identidades femininas, lésbicas ou bissexuais. A principal diferença entre os dois perfis se refere basicamente às condições socioeconômicas e à idade, com predominância de mais jovens (18 a 24 anos) e uma maior proporção de indivíduos da classe socioeconômica A, residentes em cidades do interior do estado, pretos, pardos ou indígenas, com escolaridade mais baixa, e em geral, sem ocupação, residindo com os pais e irmãos em domicílios com 3 ou mais pessoas no perfil 3. Têm risco de depressão maior, mas não fazem acompanhamento psicológico e não possuem diagnóstico prévio de depressão. Têm predominância elevada de indivíduos com diagnóstico prévio de alguma doença crônica. Em relação aos marcadores de desenvolvimento da identidade sexual, as participantes desse perfil extremo sentiram-se diferentes dos pares na adolescência e comunicaram a alguém ainda nesse período, resultando em um delta mais baixo, que varia entre 1 e 2 anos. Apesar de residirem com os pais, nem o pai nem a mãe sabem sobre a identidade sexual da filha.

O perfil um caracteriza-se pela predominância de indivíduos com risco de depressão maior ou menor, com identidades femininas, lésbicas ou bissexuais. Compreende as pessoas com idade entre 25 e 34 anos, brancas ou amarelas, com ensino superior completo ou mais, ocupadas, com plano de saúde, que fazem acompanhamento psicológico, possuem diagnóstico prévio de depressão, ansiedade e outras doenças crônicas não transmissíveis, além de fazerem uso de tabaco e álcool. Elas se sentiram diferente dos pares na juventude ou idade adulta e comunicaram a identidade sexual no mesmo período, resultando em um delta de 0. Atualmente, moram em domicílios com uma, duas ou três pessoas, sozinhas, com companheira(o), filhos(as) ou amigas(os), em uma cidade diferente daquela que residiu durante a infância. Em geral, o pai foi comunicado sobre a identidade sexual, mas a proporção que relatou ter comunicado para mãe não diferiu da média da amostra.

Quadro 3 – Descrição dos perfis extremos (GoM) com indicadores de saúde, sociodemográficos e de desenvolvimento de identidade sexual, PMA, Minas Gerais (2019)

Variável	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4
Risco de depressão (PHQ-9)	Depressão Menor / Maior	Depressão Menor / Maior	Depressão Maior	Sem Depressão
Grupo etário	25-29/30-34	18-24	18-24	30-34/35+
Identidade de gênero	Feminina	Masculina	Feminina	Masculina
Orientação sexual	Les/Bi	Gay	Les/Bi	Gay
Idade em que se sentiu diferente	18-24/25+	Até 11/12-14	15-17	Até 11
Idade em que disse a alguém que era LGB	18-24/25+	Até 11/12-14/15-17	15-17	18-24/25+
Delta	0	3-4/5-9	1-/2	5-9/10+
Mãe sabe que é LGB	-	-	Não	-
Pai sabe que é LGB	Sim	Sim*	Não	-
Raça/Cor	Branco/Amarelo	Preto/Pardo/Indígena	Preto/Pardo/Indígena	Branco/Amarelo
Escolaridade	Superior completo ou mais	Até ensino superior incompleto	Até ensino superior incompleto	Superior completo ou mais
Região	-	Interior	Interior	-
Mora na cidade que passou infância	Não	Não	Sim	-

Classe socioeconômica	-	C1/C2/D/E	A	B1/B2
Status ocupacional	Ocupado*	Sem ocupação	Sem Ocupação	Ocupado
Tamanho do domicílio	1-/2/3	4+	3/4+	1-/2
Arranjo domiciliar	sozinho/compañheiro/filhos/amigos	pais/irmãos/república/outros	pais/irmãos	sozinho/compañheiro/filhos/amigos
Religiosidade	-	Religioso(a) Praticante	-	Religioso(a) Não Praticante
Plano de saúde	Sim	Não	-	Sim
Acompanhamento psicológico	Sim	Não	Não*	Não*
Diagnóstico de depressão	Sim	-	Não*	Não
Diagnóstico de ansiedade	Sim	-	-	Não
Diagnóstico de DCNT	Sim	-	Sim*	Não
Uso de tabaco	Sim	Sim	-	Não
Uso de álcool	Sim*	Não	-	Não
* Dominância marginal (RLFM entre 1,15 e 1,19)				

Fonte: PMA (2019).

Os resultados mostram que há uma associação entre os marcadores de desenvolvimento da identidade sexual e o risco de depressão, com diferenciais determinados por idade e gênero. Os dois perfis de mulheres são também os de pessoas com risco de depressão, independentemente da idade. No caso dos homens, o risco de depressão depende da idade. Para os mais velhos, não há risco, enquanto para os mais jovens há algum risco de depressão. Esse resultado pode ser entendido segundo o proposto por Bränström, Hatzenbuehler, Pachankis (2016), de que as disparidades dos resultados de saúde são persistentes ao longo do curso de vida para as mulheres lésbicas e bissexuais, embora sejam atenuadas com o passar dos anos. Para os homens de minorias sexuais, as disparidades existentes na adolescência e juventude desaparecem a partir do início da vida adulta.

Parece haver também um diferencial socioeconômico. As pessoas mais velhas apresentam uma situação socioeconômica mais estável e são independentes financeiramente da família de origem. Os grupos mais jovens são caracterizados pelos indivíduos com menor escolaridade, sem ocupação e que moram com a família de origem (pais/irmãos), enquanto os mais velhos possuem maior escolaridade, estão ocupados e moram em arranjos domiciliares diferente da casa

dos pais. Não podemos ignorar o fato de que os grupos mais jovens podem ainda estar em um processo de formação, o que afeta diretamente a sua possibilidade de estar ocupado e de construir um novo núcleo familiar. No entanto, o fato de ainda serem dependentes financeiramente dos pais e vivendo sob o seu teto pode ajudar a explicar os piores resultados de saúde, como indicado por Russell e Fish (2016).

Esses resultados são ainda mais relevantes quando discutidos contexto brasileiro, marcado por padrões de coresidência, em que os filhos moram mais tempo na casa dos pais (CUNHA; WAJNMAN; TURRA, 2018) e transitam mais tarde para a vida adulta (MENEZES QUEIROZ; VERONA, 2018). Sabe-se que os níveis de independência financeira (WHITE *et al.*, 2016) influenciam a capacidade de gerenciamento da comunicação das identidades sexuais, que, por sua vez, são relacionados com os indicadores de saúde mental. No nosso caso, essas relações nos ajudam a explicar também uma ausência de acompanhamento psicológico para esse grupo. Para muitos desses jovens, procurar ajuda pode significar uma comunicação prematura ou acidental da sua sexualidade aos pais e outros familiares, fazendo com que, mesmo necessitando, a busca por ajuda profissional seja postergada.

Na nossa amostra, a maioria comunicou a sua sexualidade para os pais, sendo esse número mais elevado para as mães (80%), o que vai na mesma direção do apontado na literatura (SAVIN-WILLIAMS; REAM, 2003; LASALA, 2010; NEWCOMB *et al.*, 2019). Essa elevada proporção de pessoas que contou para a mãe que era LGB pode explicar o fato de essa categoria não ter definido três dos quatro perfis. A exceção foi o perfil de mulheres lésbicas e bissexuais mais jovens, definidas por não terem comunicado à mãe. Entre esse grupo, a comunicação também não havia sido feita ao pai. Contar para o pai também foi definidor do perfil de mulheres mais velhas e homens mais jovens de forma marginal. Para os homens mais velhos, não houve diferença em relação à média da amostra. Esse resultado aponta que os diferenciais de gênero também operam na relação dos filhos LGB com os pais em ambas as direções, como sugerido por Hauer e Guimarães (2015).

No que se refere aos marcadores de desenvolvimento de identidade sexual, observamos que os diferenciais também são determinados por idade e gênero. Os

dois perfis de mulheres têm delta mais baixos, sendo ligeiramente maiores para as mais jovens. No caso dos homens, o delta é maior, mas ligeiramente mais baixo entre os mais jovens. Uma possível explicação para esse resultado é que, entre os homens, o perfil mais jovem se entendeu diferente dos pares mais ou menos na mesma época do que os mais velhos. No entanto, a comunicação dos mais jovens se deu mais cedo do que os mais velhos. Isso vai ao encontro do proposto por Calzo *et al.* (2011), Martos, Nezhad e Meyer (2015), de que, embora exista uma diferença dos marcadores entre coortes, essa é mais relacionada ao período em que se comunica a sexualidade pela primeira vez do que a compreensão de quando se sente diferente dos pares, especialmente para os homens.

Entre as mulheres, os dois marcadores de desenvolvimento são anteriores para o perfil mais jovem. No entanto, o fato de as mais jovens se entenderem mais cedo pode ajudar a explicar o delta ligeiramente maior, visto que, para elas, a compreensão da sexualidade se deu em fases da vida caracterizados pela dependência da família de origem, o que torna mais difícil essa comunicação. Em ambos os casos, elas contaram para alguém pela primeira vez mais ou menos no mesmo período em que se compreenderam diferentes, corroborando o que foi encontrado por D'Augelli, Grossman e Starks (2008) e Calzo *et al.* (2011), de que, geralmente, uma vez entendidas como lésbicas ou bissexuais, as mulheres não demoram muito a comunicar sua sexualidade.

No que se refere à discussão de religião/religiosidade, essas características só determinaram os perfis masculinos, sendo os mais jovens religiosos praticantes e os mais velhos, não praticantes. Essa discussão entre religião/religiosidade entre minorias sexuais ainda é pouco documentada na literatura, em função do estigma que essa relação enfrenta. No entanto, sabemos que a prática de relações sexuais, mesmo entre heterossexuais, quando não realizada dentro de um casamento heteronormativo, é reprimida por algumas religiões (LONGO, 2002; VERONA, 2011; VERONA; REGNERUS, 2014). Quando falamos especificamente da interseção entre religiosidade e minorias sexuais, estudos norte-americanos apontam que lésbicas, *gays* e bissexuais que se identificam cristãs enfrentam estigma e preconceito por serem entendidos como pessoas que violam as normas e valores fundacionais dessas religiões, ao mesmo tempo em que são incompreendidas pelos

pares LGBT por se manterem em espaços que tratam a sexualidade não normativa como errada ou pecaminosa (O'BRIEN, 2004; SUMERAU, 2013; SUMERAU, 2017).

As justificativas da coexistência das identidades LGBT e cristã passam pela negação de que se atrair pelo mesmo sexo invalida suas práticas cristãs, de que a religião preenche vazios emocionais, como um autossacrifício do controle dos desejos sexuais (SUMERAU, 2017) ou até mesmo de criação de uma rede de suporte (MAYNARD; GORSUCH, 2001). No dia a dia, esses entendimentos se traduzem em esforços de 1) desconstrução das narrativas que separam sexualidade e religião, construindo estratégias para dissipar a culpa e o medo geradas pelos discursos estigmatizados (MOON 2004; MCQUEENEY, 2009; WILCOX, 2009; SUMERAU; CRAGUN, 2014); 2) adoção de práticas de repressão da sexualidade por meio do celibato (CREEK, 2013), afirmando o discurso de “não tem problema sentir atração, o problema é concretizar o ato sexual com alguém do mesmo sexo”; 3) rejeitar em alguma medida os direcionamentos dos líderes religiosos, mas exercer sua sexualidade em segredo (PITT, 2010); ou 4) combinar as práticas supracitadas com a construção de identidades LGBT próprias, por meio de uma diferenciação do seus comportamentos em relação a outros LGBT (SUMERAU, 2013). Em geral, o que há de comum entre todas essas estratégias é que elas derivam de uma percepção de que a religião preenche um vazio em suas vidas e que só por meio delas a vida faz sentido pleno, mesmo reconhecendo aspectos prévios de traumas gerados por situações de estigma e preconceito vivenciados nos ambientes religiosos (SUMERAU, 2017).

Nos nossos resultados, um ponto que chama atenção é a relação entre religiosidade e saúde mental. Estudos para a população geral apontam que a religião tem um impacto positivo na saúde mental, sendo entendida não só como fator protetivo para possíveis transtornos psicológicos, mas como auxílio no processo terapêutico (MURAKAMI; CAMPOS, 2012). No nosso caso, observamos um padrão oposto, tendo os religiosos mais frequentes nos perfis com maior risco de depressão do que os não frequentes. É possível que essa relação seja explicada por um gerenciamento intenso de um processo duplo de estigma, tanto dos pares religiosos, quanto dos LGBT. Esse lugar pode aprofundar a sensação de rejeição, o que pode causar sofrimento nos indivíduos e impacto na saúde mental daqueles que

frequentam esses templos e serviços religiosos. Por fim, outro resultado contraintuitivo é o fato dessa variável ser indeterminada nos perfis femininos, uma vez que, no Brasil, as mulheres geralmente são mais frequentes que os homens nas cerimônias e cultos religiosos (CARVALHO; IRFFI, 2019).

Em relações aos indicadores de saúde geral, percebemos que apenas as mulheres mais velhas apresentaram diagnósticos prévios de ansiedade, depressão e doenças crônicas não transmissíveis. O perfil das mulheres mais jovens também foi caracterizado marginalmente pelo diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis. Nossos resultados vão na mesma direção dos estudos de Cochran Björkenstam; Mays (2017) e Björkenstam *et al.* (2017), que indicam que não só as minorias sexuais estariam em maior risco de transtornos mentais (ansiedade e depressão), abuso de substâncias e limitações funcionais, como esse risco era maior para mulheres, em especial as bissexuais e mais velhas. Além disso, Björkenstam *et al.* (2017) identificaram maior utilização de serviços de saúde para tratamento de depressão e ansiedade por esse grupo, resultando em um maior número de diagnósticos. Esse resultado também é encontrado em uma pesquisa com minorias sexuais nos EUA (COCHRAN; MAYS; SULLIVAN, 2003). Nesse caso, mesmo com uma maior proporção de diagnósticos, a atuação dos profissionais de saúde mental foi questionada, uma vez que, apesar de homossexuais e bissexuais acreditarem que deveriam ter suas especificidades levadas em consideração no processo terapêutico, muitos profissionais não acharam que esses processos se diferem muito do realizado em pessoas heterossexuais.

Assim como no estudo com os dados da população geral do Brasil (BARROS *et al.*, 2017), nos perfis em que foram determinados pelo uso de tabaco e álcool, também se caracterizaram por algum nível de depressão. Em nenhum dos estudos é possível identificar a direção dessa associação, por se tratar de uma análise de dados transversais. Contudo, a presença simultânea e mais elevada de depressão e consumo excessivo de drogas entre minorias sexuais é vastamente observada na literatura (SANDFORT; GRAAF; BJIL, 2003; SANDFORT *et al.*, 2014; COCHRAN; BJOKENSTAM; MAYS, 2016; PEREIRA; COSTA, 2016; SEMLYEN *et al.*, 2016). Esses resultados apontam não apenas para um possível efeito bidirecional, como pontuado no caso brasileiro (BARROS *et al.*, 2017), mas para a possibilidade de o

estigma social atuar na produção de ambos os desfechos, como proposto pela teoria estresse das minorias (MEYER, 2003). Nesse caso, o consumo de álcool e outras drogas seria mediado pelas estratégias de sobrevivência e suporte social de minorias sexuais. Ou seja, ao mesmo tempo em que o estigma afeta diretamente a saúde mental de LGBs, ele também atua nas formas como esse grupo se reconhece, identifica e constrói seus espaços e estratégias de socialização, muitas vezes permeados por ambientes com uso de álcool e outras drogas em maior quantidade do que seus pares cis-heterossexuais.

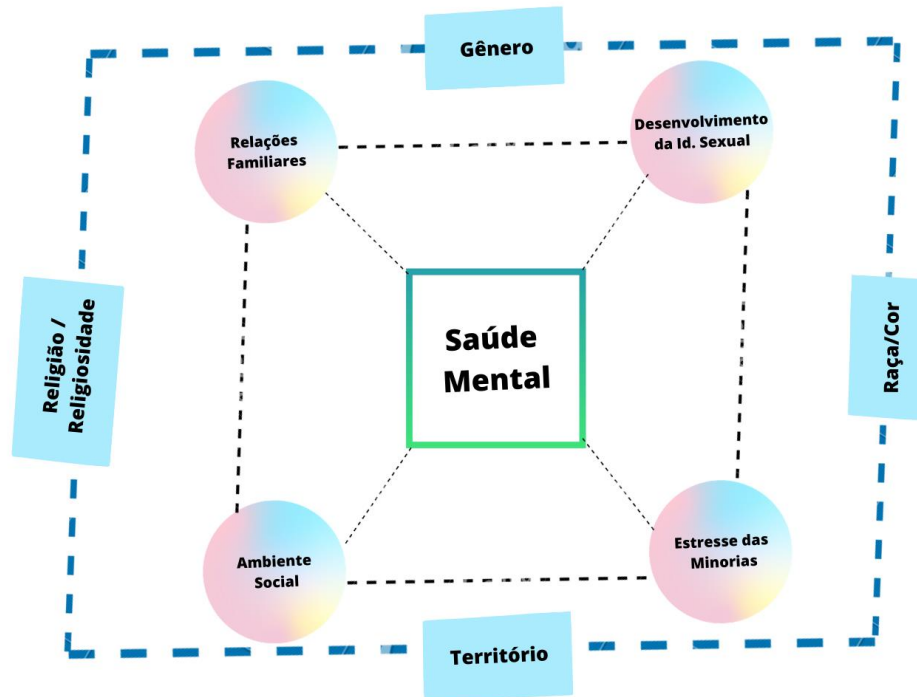
Por fim, os resultados apontam que, assim como previsto por Calzo *et al.* (2011), não se pode afirmar que os efeitos de coorte expliquem completamente os diferenciais de saúde mental. Além disso, como já prevíamos pelas discussões apresentadas no capítulo de análise da amostra, há indícios que existem, de fato, diferenciais de gênero e idade entre lésbicas, gays e bissexuais que podem afetar não só a propensão a participar do estudo, como também os indicadores de saúde mental. Aspectos ligados à independência financeira e ao ambiente familiar também parecem ajudar a explicar essa relação. Por consequência, fez-se necessário investigar, de forma mais aprofundada, os mecanismos sociais que operam no estabelecimento e na manutenção desses diferenciais, tendo em vista que os possíveis efeitos das mudanças institucionais em prol da diversidade sexual e de gênero refletiram no aumento do suporte familiar durante o processo de desenvolvimento da identidade sexual de minorias sexuais em Minas Gerais.

5.4 Desvendando a relação entre saúde mental e desenvolvimento da identidade sexual entre minorias sexuais em Minas Gerais

A análise e a organização do conteúdo das entrevistas resultaram na definição de uma rede temática centrada na saúde mental dos indivíduos LGB. Foram identificados quatro temas que, em alguma medida, estariam relacionados à saúde mental desse grupo: 1) processo de desenvolvimento da identidade sexual; 2) elementos abordados pela teoria do estresse das minorias; 3) ambiente social em que o indivíduo está inserido; e 4) relações familiares. Há uma inter-relação entre esses temas, que, além de influenciarem os resultados de saúde mental, afetam-se mutuamente. Além desses elementos gerais, encontramos também alguns temas

transversais que estruturam essas relações e ajudam a entender os diferenciais de saúde mental e desenvolvimento da identidade sexual entre minorias sexuais, motivados por gênero, raça/cor, território e religião/religiosidade (Fig. 14).

Figura 14 – Rede temática sobre saúde mental entre minorias sexuais em Minas Gerais, 2019



Fonte: PMA (2019).

5.4.1 Saúde Mental

Entre os entrevistados, há um reconhecimento de que o estigma, o preconceito e a discriminação ao longo da vida das pessoas LGB afetam diretamente sua saúde mental, especialmente durante a adolescência. Grande parte acredita que o processo de entendimento da identidade sexual e os dilemas que envolvem a comunicação da sexualidade têm um peso enorme no bem-estar psíquico das pessoas LGB, afetando as demais esferas da vida, tais como a família e o trabalho.

Sim, a gente sempre é colocada num lugar e reforçada essa nossa inadequação o tempo inteiro. De que a gente é errada. Que a gente não é isso ou se a gente é a gente é promíscua, a gente é vagabunda. (*Brenda – mulher bissexual, parda, 35 anos ou mais*).

Porque eu acho que a maioria de quem é LGBT, sofre. Sofre muito psicologicamente. A maior parte da gente se entender e a gente se abrir. A gente sofre muito calado. (*Jacomo – gay, preto, 25-29 anos*).

[...] eu vivia tensionado, eu vivia com tensão, com medo de mim, medindo o que eu fazia, medindo meus passos, medindo meu comportamento, o que eu dizia, tudo sabe, me mascarando. Da adolescência até 30 anos eu vivia me vigiando, me vigiava, “não faça isso! Se controle. Não pode olhar para o cara. O que ele pode pensar?” [...] É uma tortura mental. (*Geraldo – gay, pardo, 35 anos ou mais*).

Eu estava com a saúde mental horrível e me sentindo numa prisão. Todo lugar que eu ia eu tinha que ficar com medo de que alguém da minha família ou alguém que não saiba poderia estar ali. O que eu ia falar? Como que eu ia reagir? Eu ficava das 8h às 23h na faculdade. Voltava só para dormir. Aí era algo que não estava me fazendo bem. A gente brigava lá em casa, foi uma série de consequências que não deixava a situação toda mais tranquila. (*Laís – lésbica, branca, 18-24 anos*).

A gente passa um processo interno, de se entender, de passar por um processo de vergonha, negatividade, de não poder, de não permissão para esse lugar de eu sou [LGB e] está tudo bem, não vou sofrer [...] mas você tem medo. Medo das consequências sociais que vai recair sobre a sua vida. Tem gente que tem medo de perder o emprego, da família não aceitar e ficar isolado. (*Gregório – gay, branco, 30-34 anos*).

O medo da rejeição pelos pares, pela família e pela sociedade é um aspecto relevante para a saúde mental ao longo da vida. Além disso, a solidão, em especial nas idades mais avançadas, também se mostrou uma questão presente.

[...] eu acho que o LGBT ele sempre tem uma ansiedade latente, uma angústia, quando ele adentra em qualquer lugar, em qualquer grupo, porque acontece [o questionamento] “Será que vou ser aceito?” (*Gael – gay, pardo, 25-29 anos*).

Quando a pessoa já é LGBT ela já tem, por exemplo, um *bullying* que ela sofreu, traumas que precisam ser tratados [...] não que eu seja solitário, mas quando você é LGBT é mais solitário no decorrer da vida”. (*Garrido – gay, branco, 25-29 anos*).

Essas situações muitas vezes se concretizam em uma percepção de que há uma necessidade de se ter um rendimento acima da média na escola e no trabalho, para “compensar” o fato de não ser heterossexual, desencadeando em um alto nível de cobrança e ansiedade.

[...] eu acho que [as minhas demandas de ajuda psicológica] não são por eu ser homossexual e me cobrar por isso. Mas por ter que ser escondido. E aí querer fazer outras coisas bem para mostrar que isso não vai me afetar, entendeu? Para mostrar meus pais, por exemplo, que isso não vai ser empecilho que eu continue sendo quem eu sempre fui. (*Laura – lésbica, parda, 18-24 anos*)

Eu percebi muito isso quando comecei a trabalhar no meu segundo emprego, porque eu sempre preocupe em fazer meu serviço muito certo porque eu não gostava de, acho que ninguém gosta, de errar e eu sempre me cobre muito. (*Giovanni – gay, pardo, 25-29 anos*).

Além dos processos de estigma, preconceito, medo, cobrança e violências na infância e adolescência, alguns entrevistados receberam o diagnóstico de depressão. Nesses casos, apesar dos sintomas melhorarem com o passar dos anos e com o desenvolvimento da identidade sexual, as marcas desses eventos não desaparecem completamente.

[...] na adolescência tive uma experiência de depressão. No início da vida adulta que teve uma melhora que foi com essa questão da sexualidade, desmistificação e tal. (*Gael – gay, pardo, 25-29 anos*).

[...] isso [a compreensão da sexualidade] acabou desencadeando depressão, no meu caso, eu faço tratamento e tudo mais. Hoje, 'estou curado', mas foi uma coisa que demorou um tempo, assim, para eu realmente ter certeza, assumir mesmo. Eu acho que eu tive dúvida da heterossexualidade a partir de uns 10 anos. [...] lógico que depressão é uma coisa que ainda deixa umas marcas, durante muito tempo, então a gente ainda tem umas quedinhas. (*Gabriel – gay, preto, 18-24 anos*).

No intuito de lidar com questões relacionadas à sua sexualidade e às estratégias de enfrentamento dos estigmas, muitas pessoas LGB enxergam no acompanhamento psicológico uma possibilidade de alívio desses questionamentos e desconfortos.

[...] comecei a fazer um tratamento com psicólogo para eu tentar, pelo menos, amenizar as consequências que esses comportamentos homofóbicos tinham em mim. (*Gabriel – gay, preto, 18-24 anos*).

[...] [a saúde] mental melhorou 1000%. Porque do momento que eu assumi para os meus pais no outro dia eu falei "mãe, amanhã eu começo terapia e é isso". (*Laís – lésbica, branca, 18-24 anos*).

Porque eu estou doente da cabeça. Eu acho que eu não estou necessitando de médico de nada físico, não. Real é a cabeça da gente mesmo. Boa parte dessas [coisas eu falei na entrevista] são análises que eu consegui entender, me ver, me reconhecer, resistir e me amar [...] através da terapia. [...] Me amar eu ainda estou no processo. (*Liliane – lésbica, preta, 25-29 anos*).

[ter feito acompanhamento psicológico mais cedo e por mais tempo] podia ter feito e ter andado, ter convivido comigo, com aspectos de mim com mais facilidade. Ficar mais fluente. Acho que essa é a intenção da análise, tornar a pessoa mais fluente [em si]. O mais de fora parecido com o de dentro. Que você tenha a vida mais satisfatória, mais em paz, mais tranquila, sem atritos, sem conflitos. (*Geraldo – gay, pardo, 35 anos ou mais*).

Para as pessoas bissexuais, essas questões se mostram ainda mais desafiadoras. Além de questionarem a norma heterossexual, questionam também a compreensão de que as pessoas têm o seu desejo direcionado para um ou outro gênero, e nunca para ambos.

[...] A gente cria na cabeça das pessoas que elas precisam ter um projeto de vida igual ao da minha avó. Mas o mundo é outro. Isso gera um conflito, isso gera depressão. (*Bento – homem bissexual, branco, 25-29 anos*).

Quando a gente fala de saúde mental das lésbicas e das bissexuais é muito diferente. O que adocece as mulheres lésbicas é muito diferente do que adocece as mulheres bissexuais. A lesbofobia está muito colada com a homofobia. Essa coisa de você romper padrão, ser o extremo oposto. A bifobia ela já se aproxima mais transfobia, porque na verdade não é de você ser o oposto da norma, mas você questionar a existência desses padrões dicotômicos. De você ficar transitando entre um lugar e outro nessa norma de orientação sexual ou de gênero. São violências que estão no outro lugar, no outro patamar e vão nos afetar de uma outra forma. (*Brenda – mulher bissexual, parda, 35-39 anos*).

No entanto, a busca por acompanhamento de saúde envolve alguns desafios. As primeiras dificuldades de acesso aos profissionais de saúde mental referem-se às formas como esse tipo de serviço é ofertado. Na maioria das vezes, o acesso contínuo a um psicólogo ou psiquiatra só é possível por meio de desembolso direto. Muitos planos de saúde só autorizam um pacote limitado de seções e no SUS essa demanda normalmente é limitada, demorada e restrita a alguns tipos de condições de saúde (SILVA; COSTA, 2011; ALBUQUERQUE *et al.*, 2016). Dessa forma, alguns indivíduos relataram optar por pagar pelos serviços psicológicos, mesmo que os gastos incorridos representassem uma parcela relevante da sua renda disponível. Entre as mulheres, esse comportamento foi mais prevalente, o que pode indicar um diferencial de gênero na busca pelo cuidado. Esse resultado vai ao encontro da análise realizada pelo GoM, em que apenas o perfil caracterizado por mulheres lésbicas ou bissexuais, que eram mais velhas, independentes e com alguma ocupação apresentou alta predominância de pessoas que fizeram o acompanhamento psicológico.

Ainda bem que deu tudo certo esse processo, aí comecei estágio na faculdade e a receber um dinheiro. Bem pouco, mas falei 'Não, é isso aí. É com esse dinheiro que vai mesmo'. Aí eu fui focando na terapia e minha saúde mental melhorou 1000%. Eu continuo fazendo, é algo que eu não quero sair tão cedo. (*Laís – lésbica, branca, 18-24 anos*).

Esse psiquiatra é o que eu pago particular [...] a psicóloga também pago particular. Porque [pelo plano] tem dois psicólogos na cidade que atende. Um não atende, a clínica dele você vai lá onde está o endereço e ela não existe. E a segunda psicóloga que tem, acho que foi na terceira ou na quarta sessão ela falou assim: “aqui, você tem que procurar um psiquiatra, não posso mais te ajudar não”. Me deu um abraço e me mandou embora com 15 minutos de consulta. Aí assim, eu tenho que pagar tudo no particular, porque não consigo. (*Luana – lésbica, branca, 18-24 anos*).

Faço particular. Pago uma nota, mas funciona. Não funcionaria o serviço de saúde [público] para mim não. SUS, psicologicamente, não. Não. As psicólogas que estão ocupando esses espaços não. Pelo menos as daqui, né? Boa parte delas, ainda não está preparada para ir de forma aberta. (*Liliane – lésbica, preta, 25-29 anos*).

Para aqueles em que é inviável arcar com esses gastos devido às limitações financeiras, a procura por esse tipo de cuidado não é realizada, mesmo compreendendo que o acompanhamento traria benefícios para a sua saúde mental. A dificuldade em se obter o acompanhamento psicológico no setor público e restrições orçamentárias ajudam-nos a entender a baixa proporção de indivíduos que reportaram receber cuidado, conforme resultados da pesquisa quantitativa.

Se eu pudesse, eu faria assim constantemente [acompanhamento psicológico]. Mas aí tem a limitação financeira também. Meu convênio cobria algumas sessões só. Que iam se esgotar também. (*Gilson – gay, pardo, 35 anos ou mais*).

Porque [o acompanhamento psicológico] era no SUS e aí não era tão bom assim, para marcar demorava muito então eu parei”. (*Garrido – gay, branco, 25-29 anos*).

Vou fazer [acompanhamento psicológico]. Muito bacana, [mas] falta dinheiro. Porque aqui só cobrando. Nem SUS, nem plano, 240 [reais] a sessão. (*Guilherme – gay, branco, 35 anos ou mais*).

Um segundo aspecto refere-se às experiências prévias malsucedidas nesse tipo de serviço, muitas vezes por condutas inadequadas do profissional. Essas situações não são específicas do cenário brasileiro sendo reportadas por Cochran, Mays e Sullivan (2003) para os Estados Unidos. Segundo os resultados encontrados pelos autores, os pacientes LGB relataram que suas demandas não eram atendidas ou até mesmo desrespeitadas durante o atendimento.

A psicóloga falava de atendimento de outras pessoas, isso foi em [nome da cidade]. Ela não citava nomes, mas todo mundo se conhecia, então não foi uma coisa muito legal. (*Brenda – mulher bissexual, parda, 35 anos ou mais*).

Uma quando eu era criança, que meus pais levaram, por conta de um episódio que aconteceu na escola. Eu briguei com a professora que eu não queria a bexiga azul, queria a bexiga rosa. Não porque, necessariamente, eu queria a rosa porque as meninas que estavam com a rosa. É porque eu não gosto de azul! Tipo assim, o azul piscina, eu acho uma cor feia, mas isso é outra história. Mas, lógico, a diretora chamou meus pais e aí, meu Deus! 'Vamos levar esse menino na psicóloga!' Depois, aos 15 anos, eu procurei a psicóloga da [escola]. Eu procurei a psicóloga de lá. Meu Deus, do céu! Talvez eu devesse não ter procurado. Não me ajudou em nada. Foi uma época que a minha depressão já começou a se fazer bem mais presente. Foi quando eu comecei com a automutilação. E como se diz, ela [depressão] ficou adormecida, porque não teve tratamento, não teve nada. (*Gabriel – gay, preto, 18-24 anos*).

Os relatos das entrevistas demonstram que o estigma, o preconceito, o medo, a cobrança e a solidão presentes na experiência de muitos LGB podem afetar, de forma específica, a saúde mental desse grupo. A busca por ajuda, por sua vez, nem sempre é possível por questões financeiras. Para as mulheres, parece haver maior prevalência de tentar se manter em acompanhamento psicológico, mesmo quando isso representa um comprometimento de parte considerável da renda. No entanto, acessar os serviços de ajuda psicológica não resolve todos os problemas. Alguns relatos apontam que os profissionais de saúde mental nem sempre estão preparados para lidar com as demandas específicas das pessoas LGB. Por fim, há indicativos de que, mesmo com uma melhora dos sintomas de depressão com o desenvolvimento da identidade sexual e o envelhecimento, as marcas desses eventos não se dissipam completamente.

5.4.2 Desenvolvimento da identidade sexual

Os processos de desenvolvimento das identidades sexuais impactam diretamente a saúde mental de minorias sexuais. Há um reconhecimento de que esse processo acontece, em sua maioria, durante a adolescência e o início da juventude, períodos que já são marcados por inúmeros questionamentos para toda a população (D'AUGELLI *et al.*, 2008, CALZO *et al.*, 2011, MARTOS; NEZHAD; MEYER, 2015). Entre lésbicas, gays e bissexuais, o sentimento de inadequação em relação aos pares, de incompreensão do desejo, combinado a um processo de repressão dos sentimentos e receio da rejeição pela família e pelos pares, pode impactar enormemente os resultados de saúde mental. Além disso, embora esse processo

ocorra no mesmo período da vida para a maioria, ele varia de acordo com o contexto.

Eu acho que eu tive dúvida da heterossexualidade a partir de uns 10 anos. Mas para chegar e [entender] “não, eu realmente sou homossexual”, foi com uns 16, 17 anos. (*Gabriel – gay, preto, 18-24 anos*).

[...] meu processo de descoberta começou quando eu tinha acho que em torno de 15 a 17 anos, da entrada no Ensino Médio, quando eu comecei a sentir interesses sexuais por garotos e eu entrei naquele conflito: “meu Deus, o que é isso? Que porra é essa?”. [...] Então comecei a ler sobre essa questão da sexualidade e tal, entre os 15 ao 16 era um conflito maior, a partir dos 17 em diante já estava mais tranquilo, eu tive até minha primeira experiência, mas antes disso eu entrei em estado depressivo, tive um começo de anorexia, nunca compartilhei com minha família isso na época, então até eu me aceitar em si foi um processo doloroso. (*Gael – gay, pardo, 25-29 anos*).

[...] desde meus 11, 12 talvez, eu não sou muito bom de data, mas por aí, começo da adolescência. [...] eu contei para alguém... Já era adulto, aos 22 talvez, 23. [...] acho que foi um colega de faculdade que também era gay. (*Geraldo – gay, pardo, 35 anos ou mais*).

Então eu demorei muito tempo para eu me permitir a isso, então eu acabei tendo experiências relacionadas à homossexualidade, muito de forma, não tardia, mas eu já estava bem mais velho [...] 21 anos mais ou menos, tipo assim, foi bem de forma tardia, até então, tipo, todas as experiências que eu tinha tido antes tinha sido heterossexuais. (*George – gay, branco, 18-24 anos*).

Apesar de não ser exclusividade feminina, a ideia de reconhecer o desejo como algo legítimo e se permitir vivenciar essas relações parece ser um processo ainda mais complexo para as mulheres. Além dos questionamentos próprios de se interessar por alguém do mesmo sexo, algumas entrevistadas apontam a ausência de diálogos sobre sexualidade em geral e a falta de representatividade lésbica/bissexual como dificultadores do reconhecimento desse desejo. Essas experiências vão na mesma direção dos resultados do GoM, em que os perfis de mulheres apresentaram médias de idade em que se reconheceram diferente dos pares mais elevadas do que os dos homens.

[...] rolava uma coisinha assim de tipo: “o que é isso que eu estou sentindo por essa menina? Não é atração, não é atração”, botava isso na minha cabeça inconscientemente, não era algo consciente, e eu tenho certeza que a falta de representatividade, a falta de referências, influenciou muito nisso, no fato de eu ter percebido a minha orientação sexual tarde. [...] dá aquela confusão mental sabe, de “ok, eu estava com um boyzinho, foi muito bom, mas aí surgiu essa menina”, na época foi assim, eu comecei a gostar de uma menina. (*Patrícia – mulher pansexual, branca, 18-24 anos*).

[...] eu tinha 15 para 16 anos. Para mim sempre foi muito negado e muito digamos proibido as questões que envolviam corpo, sexo, isso me atrapalha até hoje inclusive, sempre foi proibida essa questão, tocar no assunto sabe, nunca conversei com meus pais sobre masturbação [...] foi um processo bem solitário. (*Lola – lésbica, preta, 25-29 anos*).

[...] Na verdade só aos 20 anos que eu me dou conta que eu sou bissexual, eu passei por uma fase heterossexual, achava que era heterossexual, até que num dado momento me apaixono por uma mulher específica e aí nesse momento eu entendi que eu não era heterossexual, durante um tempo eu fiquei meio sem entender qual que era o processo, “será que eu sou lésbica e tudo que eu vivi era uma mentira? Eu não gostava de homens como achava que gostava? (*Brenda – mulher bissexual, parda, 35 anos ou mais*).

Os homens normalmente iniciam o seu processo de reconhecimento como *gays* ou bissexuais mais cedo do que as mulheres, mas leva mais tempo desde a percepção até a comunicação com alguém. Esses resultados foram encontrados na análise quantitativa de nosso estudo, sendo também constatados pelas evidências empíricas internacionais (D’AUGELLI *et al.*, 2008, CALZO *et al.*, 2011, MARTOS; NEZHAD; MEYER, 2015). Algumas possíveis explicações para esse diferencial, conforme evidenciado pelos resultados das entrevistas semiestruturadas, são as imposições dos papéis de gênero. Como socialmente é esperado de um homem, uma postura masculina marcada por um desejo em se relacionar com mulheres desde muito cedo, todo e qualquer desvio dessa leitura é entendida como um sinal de não heterossexualidade.

É uma coisa que você sabe desde que você nasce, mas devido à pressão da sociedade e família, você fica meio assim, será que sim? Será que não? Acaba que você vai levando. Então eu demorei muito tempo para eu me permitir a isso, então eu acabei tendo experiências relacionadas à homossexualidade, muito de forma, não tardia, mas eu já estava bem mais velho [...] 21 anos mais ou menos, tipo assim, foi bem de forma tardia, até então, tipo, todas as experiências que eu tinha tido antes tinha sido heterossexuais. (*George – gay, branco, 18-24 anos*).

[...] desde pequeno a gente sabe, mas acho que eu fui me aceitar mesmo quando eu tinha 16 anos. Começar a aceitar, né? Pelo menos para os meus amigos assim, e acho que lá para os 18 por aí eu já estava tranquilo, já estava de boa. (*Garrido – gay, branco, 25-29 anos*).

[...] eu acho que desde criança eu já sabia que tinha alguma coisa diferente comigo, né? [...] quando criança eu me sentia como os outros garotos, mas no início da puberdade, eu me sentia um pouco diferente. Eu sentia que eu me sentia atraído por coisas que, a maioria dos garotos, não se identificava. A partir desse momento também, passei a entender que talvez, seria uma coisa errada. [...] quando eu percebi que pessoas que não gostam do sexo oposto são gays. [percebi] oh, tem um nome para isso? (*Giacomo – gay, preto, 25-29 anos*).

[...] me percebi gay na creche ainda com 6 anos mais ou menos. (Gregório – gay, branco, 30-34 anos).

Para as mulheres, a imposição dos papéis de gênero atuava em outra direção. Por haver uma resistência em discutir a sexualidade feminina no geral, a tolerância com comportamentos que não são necessariamente lidos como femininos durante a infância, a recusa em se envolver afetivamente com meninos, o carinho e a demonstração de afeto entre as amigas não são lidos inicialmente como interesse pelo sexo oposto (CALZO *et al.*, 2011; DIAMOND, 2008; 2016). Isso ajuda a explicar maior tempo de compreensão da sexualidade, marcadores de desenvolvimento de identidade sexual mais tardios e um intervalo entre se reconhecer e falar menor do que o dos homens.

[...] eu demorei muito a saber disso, porque eu achava que desde pequena eu fosse uma pessoa que eu tivesse uma boa relação com as outras meninas. Eu julgava assim “ah, eu tenho uma boa relação com outras mulheres” porque eu sempre fui assim de admirar muito e tal, nunca fui de ter rivalidade com amiga, aquela coisa que a gente sempre é incitada desde nova. Eu via na escola as meninas brigavam por causa de uma estar imitando a outra e não sei o que. E eu só era aquela menina que admirava as outras, estava sempre junto e tal mas nunca tinha tido atração por nenhuma amiga assim, nem nada parecido. [...] Depois de um tempo cresci, ensino médio, formei e comecei a perceber que eu me interessava, olhava diferente para as outras meninas. (Luana – lésbica, branca, 18-24 anos).

[...] eu fui me descobrir mesmo já estava na graduação, eu comecei a me envolver com uma pessoa pela internet, outra menina no caso, e aí ela veio para cá para gente se conhecer e foi minha primeira experiência. Fiquei com essa pessoa 2 anos e 2 meses e a partir daí eu me descobri, foi quando eu comecei a me envolver com outras mulheres”. (Laura – lésbica, parda, 18-24 anos).

[...] A bissexualidade veio mais devagar assim. Porque eu nunca tinha pensado em ficar com mulheres, eram uma heterossexualidade compulsória, não pensava em ficar com garotas. E aí eu conheci a minha atual namorada que já tinha uma vivência bissexual. Ela [falou] ‘estou apaixonada’ e aí eu falei, ‘quer saber, vamos vem qual é esse negócio de ficar com mulheres’. E aí foi assim, nunca tinha imaginado, pensado nisso, nunca tinha sentido atração, não até então. Foi um mesmo de descobrir de qual é que é isso, que eu gostava dela, e já tem 5 anos que eu estou nesse relacionamento com ela. [...] tinha 21 anos. (Bianca – mulher bissexual, branca, 25-29 anos).

[...] [com a primeira mulher que fiquei] foi meio que amizade, no início, e eu contava para ela as coisas, do meu ex. Em nenhum momento ela falou termina com ele ou não. Ela só ouvia de boa e tal. E aí, do nada, a gente se beijou. E eu já estava muito a fim daquilo, só que não deixava, né? E aí, fui e terminei com ele. Terminei um noivado, assim. Minha mãe pirou, a família dele e todo mundo [...] A minha irmã [que também é lésbica] eu fui contar para ela 6 meses depois. (Lia – lésbica, branca, 30-34 anos).

A percepção de se sentir diferente dos pares acontece usualmente antes da experiência sexual propriamente dita. Para alguns homens, a sensação em relação à pornografia e à relação sexual se mostram como um elemento relevante para a compreensão, desenvolvimento ou confirmação da identidade sexual, especialmente entre os mais velhos. Nesses casos, as primeiras experiências sexuais são entendidas como esporádicas, secretas, confirmatórias do desejo e quase sempre desconectadas de uma afetividade e, em alguns casos, marcadas por situações de abuso.

[...] quando eu começo a perceber que eu não me sinto atraído sexualmente, não fico excitado vendo pornografia de mulheres, que é o comum nessa época. [...] começo a olhar para garotos de uma forma sexual, até então no meu ensino fundamental eu ficava próximo dos garotos e ficava sem entender por que “nossa eu quero ficar perto dele, nossa ele é bonito e tal”, mas no ensino médio a questão de o sexual mesmo de tipo querer uma coisa mais além, de já querer beijar. Então a partir do momento que eu vi que não sentia atração sexual por mulher que eu comecei esse processo de descoberta da questão da identidade sexual como gay. [...] mas minha primeira experiência foi com um cara mais velho assim, acho que ele tinha 20 e alguma coisa e eu tinha 17 [...] não contei para ninguém não, na época não. (Gael – *gay, pardo, 25-29 anos*).

[...] eu descobri minha sexualidade eu tinha uns doze anos com uma pessoa bem mais velha do que eu, na época ele tinha uns 28, mas eu nunca denunciei porque eu achava que estava sendo bom pra mim [...] era só mesmo de encontro para o sexo mesmo, não tinha nada firmado, eu tinha uns 12, 13 anos, aí depois eu fiquei com outras pessoas, mas também só questão sexual, não passou disso. (Gaspar – *gay, branco, 30-34 anos*).

[...] quando eu era pequeno, não foi abusado porque eu gostei, então não era abuso não, porque eu que queria. Eu tinha um tio e um primo que era, mais primo que tio, e ele era da fazenda, eu fui passar por lá e à gente ficava direto. Depois o outro primo meu, mais velho, ficava comigo. Tudo assim, entre a gente, escondido. [...] eu morria de medo de alguém descobrir, se alguém falasse comigo eu chorava. [...] na igreja eu vivi até os 26 anos [...] quando eu saí da igreja eu fiquei louco, eu pegava gente demais assim escondido, mas eu fiquei com muita gente, era sexo demais [...] Boate eu ficava com medo de ter alguém que me conhecia, como sauna era uma coisa mais fechada eu ia para outra cidade [...] Às vezes eram casas, construções, lugares vagos [...] eu gostava de ficar com uma pessoa que eu nunca mais ia ver [...] por que eu ficava com medo de ficar preso e essa pessoa fazer chantagem e querer contar. [...] eu gostava muito quando falam que era casado, porque o casado não tinha problema, estávamos na mesma situação. Se ele falasse de mim eu falava dele. (Guido – *gay, preto, 35 anos ou mais*).

[...] muito tempo eu vivi minha sexualidade escondido. Foi quando eu mudei para [capital] para estudar, aí eu falei aqui você pode, na cidade grande você encontra pessoas uma vez só, nunca mais e tal e pronto [...] era uma alternativa que se encaixava bem numa alternativa que podia viver naquele momento [...] opções que você tinha, eram boates ou aqueles cinemões, acabou que meu início [da vida sexual], foi em cinemão mesmo. [...] eu não julgo como à melhor maneira de iniciar sua sexualidade. Eu lembro de bem

no início eu me sentia sujo e muito culpado, de ter ido e experimentado aquilo. Aí meu primeiro namorado foi quando eu ganhei uma bolsa para ir para [outro país] e conheci ele lá [...] às vezes eu sinto falta de ter [tido] um primeiro amor e uma primeira paixão, o primeiro beijo, uma coisa mais romântica. (Gilson – *gay, pardo, 35 anos ou mais*).

[...] eu cheguei a me casar [com mulher], fiquei casado 18 anos, mas nessa época que eu casei já sabia muito bem, ela sabia disso, era compartilhado, ela sabia e não se importava com isso [ficar com outros homens] [...] primeiro eu tinha a ilusão de que era muito difícil encontrar caras que topassem ter uma relação de fato. Sempre duvidava de que homens fossem capazes de ter uma relação duradoura, intensa e sincera porque eu não encontrava esses caras, só encontrava caras que queriam ter relações episódicas, portanto nunca tive nenhuma relação duradoura e forte [...] agora não quero ter histórias paralelas [...] achei, tem 3 anos, eu tenho certeza de que a gente vai ficar até o resto da vida. Ele quer, eu quero, porque é muito bom né, estou vivendo uma vida maravilhosa, uma relação maravilhosa, estou sendo contemplado por tudo isso. (Geraldo – *gay, pardo, 35 anos ou mais*).

Para as mulheres, esse processo é marcado ainda mais por dúvidas e questionamentos. A sexualidade feminina não é necessariamente conectada com o comportamento ou discutida entre pares desde muito cedo (DIAMOND, 2008; CALZO *et al.*, 2011). O processo de reconhecimento da identidade como lésbica ou bissexual pode ser marcada por um período mais longo de experimentação de relações com homens no intuito confirmar o desejo. Para as mulheres bissexuais, essa situação pode ser ainda mais conflituosa, visto que o desejo por homens pode ser entendido como heterossexualidade (DIAMOND, 2008; RUST, 2000; CALZO *et al.*, 2011).

[...] com 11 anos, eu beijei um rapaz, um menino, também era da minha idade. Mas não tive nenhuma relação sexual, assim, foi um beijo porque estava minhas amigas, estava todo mundo beijando e você tinha quer perder o BV [boca virgem] e para mim só era cabível, naquele momento, perder BV com homem. [...] depois disso eu comecei a viver a vida do beijo, assim, de sair, de paquerar. Mas sempre menino, mas eu nunca tinha uma satisfação real, sabe? [...] com 14 anos e tive meu primeiro namorado. Eu falo até namoradinho porque eu tenho um carinho pela história, entende?! Porque foi, realmente, namoradinho. A gente se apoiou um no outro, a gente trocava poemas. Ele era afeminado, também... Não é gay. Ele é o hétero afeminado. [...] eu tive 2 namorados e nenhum também, exigia sexo, assim, queria. Era algo que todo mundo achava que era um respeito, assim sabe? [...] com 16 anos eu beijei a minha primeira menina. [...] eu sofri pela minha primeira mulher. Na verdade, não foi pela minha primeira mulher, na verdade eu sofri pelo meu primeiro amor, real assim. Porque, com os meninos, eu terminava, eu não tive esse momento de sofrimento com nenhum dos dois. [...] até então, eu não tinha transado com ninguém, dessas histórias nenhuma. Nem com os homens, nem com as mulheres. (Liliane – *lésbica, preta, 25-29 anos*).

[...] eu tive meu primeiro namorado com 15 mais ou menos no meio do ano , aí eu tive a minha primeira relação, eu vi que aquilo não era o que eu

gostava, aí eu terminei com ele tipo acho que 8 meses depois e antes, quando a gente já estava naquele processo de terminar já, que eu já fui descobrindo, que eu já fui vendo que não era aquilo, vendo que não gostava e tudo mais, então eu já fui dando um jeito de ao mesmo tempo terminar com ele e já tendo contato com outras meninas, então foi muito rápido assim, quando eu terminei com ele e acho que sei lá, algumas semanas depois eu já beijei a primeira menina e aí me apaixonei, me ferrei como sempre. [...] foi tudo muito rápido, depois essa mina não quis nada mesmo, eu fui e comecei a procurar namorada, comecei a namorar e foi isso. (Lola – *lésbica, preta, 25-29 anos*).

Na verdade só aos 20 anos que eu me dou conta que eu sou bissexual, eu passei por uma fase heterossexual, achava que era heterossexual, até que num dado momento me apaixono por uma mulher específica e aí nesse momento eu entendi que eu não era heterossexual, durante um tempo eu fiquei meio sem entender qual que era o processo, “será que eu sou lésbica e tudo que eu vivi era uma mentira? Eu não gostava de homens como achava que gostava?”, mas esse processo não durou tanto tempo, eu pensei “não”, não era isso, “eu sou bissexual, existe, eu conheço essa palavra, essa nomenclatura”. [...] Eu demorei possivelmente um ano mais ou menos para contar para primeira amiga, nesse primeiro momento eu dialogava mais com a pessoa que eu ficava, porque eu namorei essa mulher por 3 anos, e algumas amigas dela que eram lésbicas, enfim com essas pessoas, mas o meu grupo de amigos mesmo demorei um ano para falar com a primeira pessoa. (Brenda – *mulher bissexual, parda, 35 anos ou mais*).

Um fator que chama atenção é que entre as mulheres os relatos dos primeiros relacionamentos são em geral com pessoas próximas e em contextos afetuosos, o que se diferencia dos homens. Esses relatos, em combinação com os dos homens, demonstra a centralidade dos papéis de gênero nesse processo.

[...] mas desde então nunca tinha me relacionado com nenhuma outra menina, aí comecei a namorar um cara, ele era tipo uns 9 anos mais velho que eu na época. [...] desde o começo do namoro eu fui bem sincera com ele no sentido de que eu me atraía por outras mulheres e ele como um bom hétero que era achou isso um máximo, falou “não, legal, respeito isso e tal e vamos ver isso aí, vou te dar essa oportunidade aí de você ficar com uma mulher, isso aí a gente vê”, falei “ok”, aí passou. Só que com o tempo eu cheguei aqui, há aproximadamente 1 ano, 1 ano e meio que eu estava aqui eu me apaixonei por uma amiga minha e aí eu vi que o negócio era sério. Isso eu não contei pra ele na época e tal, eu fui descobrindo, “realmente o negócio é sério, eu acho que eu sou bissexual”, aí passou aquilo e o que aconteceu, eu tive essa conversa com ele e acabei contando depois a história com essa amiga que eu acabei me envolvendo com ela, um tempo depois ele perdoou e tal e ele queria continuar com essa história de eu ficar com outra mulher e ele queria o negócio, a parada e tal, só que aconteceu que eu comecei a entender que eu não queria ele no meio das coisas, aí falei “não quero ele no meio das coisas, eu quero só ela”, fiquei a fim de uma amiga dele também na época, aí depois que eu terminei com ele fiquei com alguns caras mais assim, só que eu não quis mais, aí depois que eu realmente comecei a me envolver com outras mulheres, falei “não, acho que não sou bissexual, sou homossexual” e foi isso. (Luana – *lésbica, branca, 18-24 anos*).

[...] Estava parando pra lembrar hoje de como que foi na adolescência, eu já dava meio que indícios de que eu gostava de mulher só que eu não entendi que era gostar de mulher, então tratava mais como sentir uma amizade por alguém só que era uma amizade mais forte e pra mim era aquilo [...] na adolescência que todas amigas começavam a ficar com os meninos e eu ficava “nossa, como assim?”, aí era algo que eu falava “ah, não querendo ficar com ninguém, com meninos no caso, então vou continuar na minha tranquilamente” aí eu ficava só brincando, só jogando bola, meio que reprimia essa parte pra não ter que lidar. Mas aí foi chegando ensino médio, que aí eu fui percebendo, falei “não, é isso”, só que aquela coragem de assumir que é aquilo é uma verdade pra mim é bem mais complicado essa auto aceitação, mas aí eu fui abrindo minha mente aos poucos e foi na faculdade que eu falei “é isso”. (Laís – *lésbica, branca, 18-24 anos*).

A comunicação da sexualidade também apresenta um diferencial de gênero. Como demonstrado pela análise quantitativa, as mulheres tendem a contar a alguém um pouco mais tarde do que os homens, embora esse processo aconteça em um intervalo menor considerando a idade de compreensão. Para algumas mulheres, esse processo só é completo quando comunicado à família. No entanto, contar para a família se mostra um processo marcado pela pressão das mães, por desconfiarem de algo, ou por um medo de que essa informação chegue à família de alguma forma por terceiros. Em alguns poucos casos, a comunicação foi feita primeiro ao pai, seguindo uma tendência oposta ao apontado pela literatura.

[...] aí estava ficando insustentável e a informação estava correndo, a informação chegou na minha prima que é irmã desse primo meu, chegou no ouvido da mãe dele, e por pessoas diferentes, aí eu fiquei “é, não tem jeito, vou ter que me assumir porque senão outra pessoa vai me tirar do armário” [...] Tanto que quando eu morava em casa, antes de me assumir eu odiava vestir aquela máscara sabe, estar ali escondida, porque as relações que eu tenho com as pessoas que eu amo são muito importantes e elas precisam ser honestas, eu sou uma pessoa muito transparente. (Patrícia – *mulher pansexual, branca, 18-24 anos*).

[...] umas das primeiras pessoas que eu contei foi para o meu pai. [...] ele falou “oh minha filha, tudo bem, fiquei feliz que você me confidenciou isso, só toma cuidado com os amigos, sociedade é muito cruel” e é isso, foi. [...] então, 5 anos depois [eu falei para minha mãe]. (Beatriz – *mulher bissexual, preta, 18-24 anos*).

[...] eu acho que quando eu falo pra minha mãe é o momento que ali eu estou fora [do armário], enquanto eu não falo isso com minha mãe especificamente eu ainda estou dentro porque ainda escondia de alguém, ainda que eu tivesse falado pra várias pessoas e várias pessoas soubessem eu só saio do armário mesmo em definitivo quando eu falei pra última pessoa que era importante pra mim. (Brenda – *mulher bissexual, parda, 35 anos ou mais*).

A reação das algumas famílias ao ser comunicadas da sexualidade das filhas confirmou a possibilidade de rejeição e afastamento nesses casos. Em um dos relatos, a dificuldade em verbalizar a sexualidade fez com que a filha contasse por meio de uma carta para o pai que, após um longo período de leitura, nunca mais tocou no assunto. Em outro relato, o afastamento não veio imediatamente após a comunicação da sexualidade e sim ao ter conhecimento que mais pessoas já sabiam que a filha era lésbica.

[...] depois que eu terminei esse relacionamento com esse cara eu contei pra minha mãe, ela teve que me pressionar um pouquinho, ela viu que tinha alguma coisa errada, sou muito amiga da minha mãe, ela viu que tinha alguma coisa que estava fora do lugar, falou assim “você tá me escondendo alguma coisa, o que é?”. Eu tive que contar pra ela, ela aceitou bem, depois ela acabou tendo algumas... “ah, não sei o que, minha princesa, achei que você ia encontrar um príncipe encantado num cavalo branco, netinhos”, aquela história toda [...] depois eu acabei contando pro meu pai que eu estava namorando uma menina, eu não consigo esconder nada deles, escrevi uma carta pra ele, não ia conseguir falar porque sou muito chorona, ele pegou a carta entrou no quarto e ficou 5 horas sem falar com ninguém, nunca tocou no assunto comigo, não sei o que vai ser, desde então a gente não fala mais nisso, mas é isso”. (Luana – lésbica, branca, 18-24 anos).

[...] eu saí do armário e minha mãe me recolocou no armário, ignorou minha postura enquanto mulher lésbica, ela sabe que eu sou, mas nunca comentou nada sobre e continua querendo que eu tenha uma postura, um comportamento e um jeito mais feminino possível para não deixar margens de dúvida acerca da minha sexualidade”. (Larissa – lésbica, branca, 18-24 anos).

[...] eu sou lésbica e nunca tive problema em assumir isso, sabe?! Foi algo que foi muito tranquilo. Na minha família eu tive problemas ao apresentar essa situação, mas eu nunca resisti em viver a minha sexualidade porque eu sempre fui muito... Com 16 anos, assim, eu comecei a viver a minha sexualidade enquanto lésbica mesmo. Isso me... Eu falei para a minha mãe, porque meus pais são separados. Eu falei para ela, aí ela se afastou de mim [...] E o que me chama atenção nisso, é que ela não se afastou de mim quando ela soube que eu era lésbica, mas quando ela soube que mais gente sabia. Aí, para ela assim... Era um absurdo que mais pessoas soubessem. [...] eu acho que foi um período de muitas descobertas, assim, tanto da sexualidade quanto de sonhos, expectativas, sabe? Tristezas porque fiquei muito melancólica, também... As coisas são muito intensas, né, na adolescência, então, era uma pessoa muito intensa. As coisas tinham um peso maior, nesse meio aí que a gente não sabe se é adulto ou se é criança”. (Lídia – lésbica, parda, 18-24 anos).

No geral, as mulheres demonstraram maior abertura para falar da sua identidade sexual com a família do que os homens, que usualmente preferiam deixar subentendido. No entanto, entre as entrevistadas, algumas mulheres também não comunicaram a sua sexualidade à família. Nesses casos, precisar omitir uma parte tão importante da vida é um processo que gera sofrimento. Para uma das

entrevistadas, o fato de ser bissexual torna o processo ainda mais complicado de ser entendido pelos pais do que se ela se apresentasse como lésbica.

[...] na verdade vivo essa pressão até hoje, eu não sou assumida em casa [...] hoje em dia poucas pessoas sabem sobre mim porque eu sou muito reservada em relação a isso por causa dos meus pais também [...] Mas eu sinto vontade de não precisar esconder mais, em algum momento da minha vida não precisar esconder mais isso e se alguém perguntar eu falar tranquilamente sobre minha sexualidade. (Laura – *lésbica, parda, 18-24 anos*).

[...] minha família não sabe. Não sabe por que eu nunca contei, nunca cheguei lá contando, mas não sei, devem saber. A gente [o casal] já morou junto e veio morar aqui. [...] não houve um momento em que eu precisasse comunicar, mas a minha mãe insistiu muito para eu não vir. [...] ela já falou várias coisas. Ela não pergunta também, por que eu fico na verdade um pouco desconfortável e acho que ela sente. Desconfortável porque meus pais são muito, muito religiosos. Eu acho que não vai ser tranquilo assim, de rolar essa conversa. Então isso me gera muita ansiedade. Ansiedade para terapia, entender como vai ser esse processo, por que no momento, alguma coisa vai precisar acontecer, nesse processo aí. E inclusive pela questão da bissexualidade, porque se fosse só comunicar que eu vou ficar só com meninas, acho que seria mais tranquilo do que comunicar uma bissexualidade. Isso seria menos difícil deles entenderem. (Bianca – *mulher bissexual, branca, 25-29 anos*).

Entre os homens, deixar a sexualidade subentendida pode ser reflexo das imposições de gênero. Como para eles o comportamento que desvia do ideal de masculinidade já é entendido socialmente como uma demonstração de desejo por homens, o simples fato de não seguir esse padrão passa a ser uma forma de comunicação indireta. Além disso, como normalmente essas descobertas acontecem muito cedo, eles estão em uma fase da vida com pouca capacidade de gerenciar os conflitos que se identificar publicamente como *gay* ou bissexual causaria, postergando a comunicação da identidade sexual (CALZO *et al.*, 2011).

[...] eles [pais] pegaram uma conversa pelo WhatsApp, e eu já tinha mandado *nude* e umas coisa pesada [...] se não tivesse um sofá entre meu pai e eu, tenho certeza de que ele me batia. Ele quase derrubou o sofá, eu fiquei assustado. Depois foram duas semanas sem ter conversa em casa, ninguém conversava o assunto estava pesado, eu não dormia e chorava à noite. Meu pai nunca soube lidar com nada, com as emoções e as coisas que aconteciam na casa [...] A salvação foi eu começar a namorar com a [ex-namorada], foi logo depois, eu inclusive estava com a [ex-namorada] quando eu me assumi para eles e aí calhou de eu ter declarado namoro com a [ex-namorada], daí eles pensaram é só uma fase, mal sabe eles querido. (Bernardo – *homem bissexual, branco, 18-24 anos*).

Faz 12 anos [que eu contei para minha família] [...] nunca é fácil, não foi para mim, foi muito difícil, mas foi uma decisão que eu tomei, falei “bom, vou falar porque não vou ficar mais segredando”. Foi difícil, primeiro foi para o

meu pai e aí depois falei para os outros irmãos. (Geraldo – *gay, pardo, 35 anos ou mais*).

[...] meu pai na época era bastante preconceituoso, eu falei não, não é por causa disso eu não queria contar para o meu pai, até hoje não contei para ele. Acho que foi uma das coisas que ajudou, rolou aquele trauma de infância, isso foi uma das coisas que ajudou bastante a atrasar. (George – *gay, branco, 18-24 anos*).

[...] desde o dia que eu me assumi, eu não tratei isso como um problema. Foi um problema lá em casa, porque eu não contei para os meus pais, enquanto era muito mais novo, então vivia uma vida dupla. [...] eu brinco muito, falando que não tem como esconder um veado do meu tamanho dentro do armário. Então, é meio complicado. Desde pequeno, eu sempre tive trejeitos e tudo mais e... Acho que eles sempre souberam, no fundo, sabe? (Guto – *gay, branco, 25-29 anos*).

Em alguns relatos, fica evidente que, mesmo sem ter comunicado abertamente à família, há a sensação de que essa comunicação já foi feita de alguma forma. Esse sentimento parece ser mais prevalente no caso das mães, que, segundo um dos entrevistados, sempre percebem quando seus filhos não são heterossexuais.

[...] nem os [amigos] que eu moro atualmente eu não cheguei a contar. Se eles sabem... foi por causa de algum boy que foi ou alguém que contou para eles. [...] meus irmãos eu contei. Cheguei a contar diretamente. Minha mãe, eu sei que ela sabe, mas a gente nunca conversou sobre isso. Meu pai, provavelmente deve saber, mas a gente também, nunca conversou sobre isso. (Giacomo – *gay, preto, 25-29 anos*).

[...] nunca teve o momento de chegar e falar, eu sou gay, eles foram percebendo que eu nunca levei nenhuma menina para casa e aí eu apareci com um rapaz, eles já estavam ok, mãe sempre percebe. (Gilson – *gay, pardo, 35 anos ou mais*).

A presença ou a ausência de referências também pode influenciar diretamente a forma como as pessoas se compreendem como lésbicas, *gays* ou bissexuais (GOMILLION; GIULIANO, 2011; BIRD; KUHNS; GAROFALO, 2012). Para a maioria dos entrevistados, as referências eram ausentes durante o processo de desenvolvimento da sexualidade, marcado por estigmas ou pessoas que não discutiam abertamente a sexualidade.

[...] quando nova eu acho que não tinha ninguém de referência. (Patrícia – *mulher pansexual, branca, 18-24 anos*).

[...] nessa época eu morava no interior, num lugar que na época era bastante pequeno. Então gay era sinônimo de infâmia, de gente que ninguém queria ser, era o escárnio da sociedade, era quase um joga pedra, só faltava isso porque eram detestados, eram malvistas, pessoas malvistas como doente, como asqueroso, enfim pessoas antissociais, não eram típicas, então ninguém queria ser. (Geraldo – *gay, pardo, 35 anos ou mais*).

Acho que a primeira vez que eu vi um casal lésbico de meninas negras foi [na capital] em 2015. [...] então já tinha uns 8 anos que eu tinha saído do armário. (Lola – *lésbica, preta, 25-29 anos*).

Alguns entrevistados reportaram possuir pessoas próximas que serviram de referências, como parentes ou vizinhos.

[...] tem um vizinho, ele é casado. Ele é bem mais velho. Ele é gay. Eu olhava para ele e pensava: “Nossa, um dia eu quero ser igual a ele.” Não no sentido só de casar-se, mas porque ele fazia as coisas sem ligar, sabe? Ele estava feliz. Transbordava felicidade. Então, para mim, era algo que eu pensava que eu deveria encontrar os meios de eu conseguir exercer a minha orientação sexual e fazer as coisas que eu queria fazer sem importar. (Gabriel – *gay, preto, 18-24 anos*).

[...] elas [vizinhas e amigas] tinham uma prima que também frequentava essa casa, que era tipo casa de vó, que todo mundo vai, referência da família, e ela é lésbica. E aí um dia esse assunto surgiu na família delas e a gente era muito próxima jogava truco todo mundo. Eu não sabia nem falar a palavra “lésmica”. Ela que me ensinou que era lésbica, foi a primeira referência. Surgiu esse assunto, ela sentou a gente na mesa, nós três. Eu e as gêmeas e falou: “Tem essa mulher que era o amor da vida dela, mas elas nem estavam juntas mais”. E aí ficou por isso mesmo, e aí depois uma das gêmeas também descobriu que era lésbica e tal. Acho que esse foi o primeiro contato que eu lembro. [...] eu já sabia que era uma possibilidade mulheres ficarem com mulheres e homens ficarem com homens. Lembro, que tipo assim, a novidade não foi essa. A novidade foi que ela era uma pessoa assim. (Bianca – *mulher bissexual, branca, 25-29 anos*).

[...] uma das minhas referências foi esse primo meu que se assumiu antes, ele foi o primeiro da minha família a se assumir. Depois dele, se assumiu uma prima minha já com seus 30 anos. Se separou do marido, começou a ter relação com uma mulher e falou “não sou bissexual, estava num casamento de fachada, hoje eu sou feliz porque eu sou assim”, então as minhas referências começaram relativamente tarde. (Patrícia – *mulher pansexual, branca, 18-24 anos*).

[...] meu tio é gay, aí através do meu tio descobri outras pessoas da comunidade. (Gilmar – *gay, preto, 35 anos ou mais*).

[...] um tio meu porquê tinha esse mistério na família sobre ele ser gay, [...] ele é gay e é casado faz muito tempo, sempre teve esse mistério na família sobre ele. [...] ele era abusado ainda, ele olhava para mim e falava assim “esse aí é dos meus hein” na frente de todo mundo, “pode esperar que esse aí vai crescer e vai ficar igualzinho a mim” e minha família ficava aterrorizada, assustada. (Bru – *peessoa agênera bissexual, branca, 18-24 anos*).

Um(a) dos(as) entrevistados(as) apontou que, apesar de não tocar no assunto na sua sala de aula, entende sua presença ali como referência para as novas gerações de LGB, em especial os(as) estudantes com quem tem contato.

[...] dentro da sala [de aula], o foco aqui é a disciplina. Mas eu tive alunos que se descobriram gays ao longo do curso, e eles sabendo disso, às vezes

procuram falar. Teve um aluno agora, que formou ano passado e falou: o professor e se eu for igual a você? Isso eu acho bonitinho. Eu estou meio que dando uma referência para ele, mostrar que é possível viver no mundo da [profissão] e ser gay. (*gay, pardo, 35 anos ou mais*).

A aparição de pessoas LGB na mídia foi, em alguma medida, o primeiro contato com alguma imagem de alguém não heterossexual para muitos dos entrevistados. Na maioria, essas figuras eram homens *gays* ou mulheres trans/travestis que sempre apareciam em contextos de piada e sátiras. A aparição de casais do mesmo sexo em novelas ou programas não humorísticos ou de personalidades abertamente lésbicas ou bissexuais é mais recente e parece ter tido um papel fundamental na vida de alguns (algumas) entrevistados(as).

[...] eu não tinha muita referência, na minha juventude, de gays. A não ser os gays caricatos que a gente vê na tv. Não tinha nenhum conhecido gay, adulto, no círculo social dos meus pais, de escola [...] eu era o gay do colégio. (*Guto – gay, branco, 25-29 anos*).

[...] eu sempre gostei muito das pessoas que eram, mas não precisavam se expor. [...] sei lá, Maria Betânia, Adriana Calcanhoto. Sabe, não precisa chegar na mídia e falar “Oh, gente, eu beijo mulher” sabe? (*Lia – lésbica, branca, 30-34 anos*).

[...] lembro que tinha participação LGBT na mídia, que era uma fórmula geralmente fazendo um *bullying*, como se fosse, só que era programa de comédia. Lembro de algumas personalidades tipo Rogéria, ou mais velha Roberta Close, era bonita nos anos 80. Lembro dessas, mas não tinha muitas, tinha LGBT, *gays*, mas também que estavam muito na sátira da piada dos programas de comédia ou também em programas de fofoca de entretenimento de baixo calão, falando de vida de famosos. (*Laila – lésbica, branca, 35 anos ou mais*).

[...] Renato Russo, Cazuza, que inclusive são bissexuais, mas eu identificava como *gays* naquele momento [...] eu não tinha referências próximas, nesse momento já tinha referência de Cássia Eller, Ana Carolina, mas não eram pessoas da minha realidade, que conviviam comigo. (*Brenda – mulher bissexual, parda, 35 anos ou mais*).

[...] eu lembro de ter visto novela buscando igualdade, eu acho que já estava com meus 20 anos, que foi quando mostraram novelas com beijos homossexuais no sentido de igualdade, sem inferiorizar ou ser de humor. (*George – gay, branco, 18-24 anos*).

[...] é aquela Bruna Linzmeyer. Ela está batendo nessa tecla! [...] ela falou, tipo “Ah, eu sou *gay*” em uma mídia onde atinge a população global, que é a maioria da parte pobre do Brasil, então é a maioria gigante. E ser sapatão, entendeu? E ter uma mina branca, de olho claro, que pega os boyzão na novela, mas [fala] sou sapatão! Mas é sapatão! Aqui não é, entendeu?! Não é *gay*, é sapatão! Sapatão! É muito legal. (*Liliane – lésbica, preta, 25-29 anos*).

[...] hoje a gente tem a Pablio Vittar que está no domingo 5 horas no Faustão. Então hoje a gente tem um casal *gay* beijando em novela. (Gerson – *gay, preto, 25-29 anos*).

A mídia como forma de apresentar, em alguma medida, pessoas, personagens e histórias LGB para quem não tem essa referência próxima é indiscutível. No entanto, a desigualdade no acesso aos meios de comunicação e informação pode fazer com que algumas discussões cheguem primeiro a alguns grupos do que a outros. Um dos exemplos é o de um entrevistado mais velho que aponta que seu acesso à televisão na adolescência era restrito, por morar em uma região pobre. Porém, uma das entrevistadas mais jovens relatou que, por ter sido criada em um ambiente rural, a televisão aberta era sua única forma de contato com essas questões, uma vez que não tinha acesso à internet.

[...] na época televisão na casa de pobre [não existia]. Principalmente lá na comunidade, era poucas pessoas que tinha televisão. (Gilmar – *gay, preto, 35 anos ou mais*).

[...] eu cresci num ambiente rural, na minha casa não tinha internet, não tinha nenhum tipo de mídia mais interativa, só tinha acesso a TV aberta. A minha representatividade LGBT era em relação a homens *gays*, mas com aquele perfil comercial, de você interpretar homens *gays* como extravagante, como inconveniente, então a representatividade LGBT que eu tinha à época era em relação a isso. (Larissa – *lésbica, branca, 18-24 anos*).

Além das referências, distantes ou próximas, o processo de desenvolvimento da sexualidade também é muito mediado pelos pares (SHILO; SAVAYA, 2011). Ter amigos, fazer novos amigos que compreendam os questionamentos que envolvem o desenvolvimento da identidade sexual ou ainda começar a frequentar lugares de socialização LGB se mostrou determinante para reduzir a pressão e a sensação de isolamento nesse processo e conseguir comunicar a sexualidade para alguém.

[...] eu acho que o mais incrível [em ser LGBT] é criar essa rede apoio que a gente tem. (Beatriz – *mulher bissexual, preta, 18-24 anos*).

Como muitos LGBTs acabam sendo expulsos ou convidados a se retirar da família que eles têm, eles têm essa oportunidade de conseguir escolher a família que eles querem. Então, muitos LGBTs têm uma família, que os ama, e essa família é bem diferente da que inicialmente ele tinha. (Gabriel – *gay, preto, 18-24 anos*).

[...] as coisas vão acontecendo porque existem uma identificação, entendeu? Eu chegava e achava essas pessoas, os nossos assuntos batiam mais, lugares que a gente gostava de ir, a gente se encontrava lá, a

gente gostava das mesmas músicas nas festas e a gente ficava mais junto. (Luana – *lésbica, branca, 18-24 anos*).

[...] eu comecei a interagir com essas meninas do futebol. Porque foi o meu primeiro contato de grupo lésbico e *gay* que eu tive foi com as meninas do futebol da minha escola. Inclusive uma delas, que foi a primeira menina que eu beijei. (Liliane – *lésbica, preta, 25-29 anos*).

[...] tem 2 anos que eu estou em [cidade]. Foi quando eu tive pessoas próximas a mim lésbicas, casadas há anos. De um relacionamento duradouro, que só ficam com meninas. [...] então eu me senti num grupo bem, numa rede de proteção assim, de apoio, não de proteção, de apoio. (Bianca – *mulher bissexual, branca, 25-29 anos*).

Quando você vai conhecendo outros grupos, compartilhando experiências e vendo que você não está sozinho, que tem outras pessoas que também sofrem, que compartilham da sua dor, dos seus medos, então de certa forma você se fortalece. Porque tem um grupo ali também que está lutando por sobrevivência. [...] depois que eu comecei a consolidar meu grupo de pessoas LGBT eu me senti mais seguro e mais livre para expressar minha sexualidade. (Gael – *gay, pardo, 25-29 anos*).

[...] entre eles [amigos] também tinha um primo meu que é *gay*, então todo mundo já estava habituado com ele principalmente. Ele é 2 anos mais novo do que eu também. Quando ele se assumiu os amigos não aceitaram ele bem e aí comecei a introduzir ele aos meus amigos. Então meus amigos já estavam habituados com a diversidade sexual, entende? [...] tenho uma amiga que é bissexual inclusive foi a primeira menina que eu beijei, mas então foi muito de boas, não tive problema nenhum com os meus amigos, mesmo. (Patrícia – *mulher pansexual, branca, 18-24 anos*).

[...] eu digo que eu fui comendo pelas bordas. Porque eu tinha um círculo de amizades antes que era, basicamente, héteros. Aos poucos, inconscientemente, eu fui aproximando dos LGBTs. Então, quando caiu a ficha que eu vi que eu era realmente *gay*, os meus amigos, de algum modo, já estavam no meio, ou de ter parentes ou de serem. Ou então, pessoas que era e estavam passando pela mesma situação que eu estava passando. (Gabriel – *gay, preto, 18-24 anos*).

[...] eu, sempre enxerguei a boate [LGBT] como uma válvula de escape [...] a gente acaba dando um jeito de sobreviver no caos. (Gregório – *gay, branco, 30-34 anos*).

Nos relatos, podemos perceber que, apesar do desenvolvimento da identidade sexual acontecer em média na mesma época para a maioria dos LGB, aspectos contextuais podem adiar esse processo. Além disso, o diferencial de gênero mostra-se presente desde a percepção como diferente dos pares até a comunicação. Para os homens, o comportamento fora da norma já indica uma pretensa homossexualidade e deixa essa informação “subentendida”. Para as mulheres, a não discussão da sexualidade faz com que o reconhecimento do desejo por mulheres ocorra de forma mais tardia, momento em que se tem mais consciência e formas de comunicar a sexualidade. As referências próximas, distantes e os pares

também são fundamentais no processo de reconhecimento da sexualidade. No entanto, as desigualdades no acesso aos meios de informação e comunicação podem gerar um descompasso no contato com referências.

5.4.3 Estresse das minorias

O processo de desenvolvimento da sexualidade e sua relação com a saúde mental é enormemente influenciado pelos elementos que compõe o “estresse das minorias” (MEYER, 2003). As violências vivenciadas pelas minorias sexuais são iniciadas muito cedo em forma de *bullying* e seguem até a vida adulta. Para os meninos, especialmente os mais afeminados, o *bullying* na escola é mais intenso e violento. As mulheres que não se mostram femininas também são vítimas.

[...] você é chamado de *gay* antes de você entender mesmo que você é *gay*. (Giovanni – *gay, pardo, 25-29 anos*).

[...] ódio começa ainda como criança, quando escuta a palavra veado na boca dos pais e percebe a expressão de nojo. [...] isso vai passando de geração para geração, porque ele é um valor. Um valor moral. (Gregório – *gay, branco, 30-34 anos*).

[...] *bullying* na escola eu cheguei a sofrer quando era pequeno, então acaba que isso ajuda a retardar o processo, então eu acho que foi uma das coisas que ajudou a retratar o processo [de desenvolvimento da identidade sexual] (George – *gay, branco, 18-24 anos*).

As meninas elas infelizmente estão mais ligadas nas coisas femininas, mais de cabelo ou a competição de quem vai ficar com fulano, ou questão de nota assim, puxar saco de professor, essas coisas, infelizmente as meninas tão mais apegadas. Os meninos são machões, né? Então eles automaticamente excluem meninos mais afeminados, isso vem de casa. Eu tinha um colega que com 7 anos era espancado porque era mais afeminado que os outros, tinha uma voz mais fina, e eu não sabia o que era *gay* e ele mais novo que eu também não. Ele brincava muito com as meninas por ser excluído do convívio com os meninos. (Beatriz – *mulher bissexual, preta, 18-24 anos*).

[...] os meninos sempre zoavam, falavam alguma coisa e implicavam, coisas de escola, *bullying* básico de todos os dias. [...] depois que eu me entendi e me aceitei para mim, meio que acabou [...] a gente tem que ser forte para poder aguentar tudo isso desde criança, *bullying*, pessoas falando de você, comentando sua vida, te ameaçando. (Garrido – *gay, branco, 25-29 anos*).

Apesar do *bullying* reduzir à medida que as pessoas LGB vão envelhecendo, lidando de forma mais aberta com a sexualidade, o risco de sofrer violência não deixa de existir. Além disso, os impactos da violência não se resumem ao ato violento em si.

Eles também podem se aprofundar, gerando necessidade de vigilância constante, o que aumenta os níveis de estresse dos indivíduos.

[...] tinha uma fila e tinha um mictório. Entrava saía e tal. Na hora que eu saí, o cara que estava atrás me deu um soco na cara e ninguém entendeu, porque aquela confusão, foi a bagunça danada! (Gregório – *gay, branco, 30-34 anos*).

[...] quando eu andava na rua de mãos dadas com minha namorada e nós éramos perseguidas, nós éramos xingadas, nós éramos humilhadas, nós éramos expulsas dos lugares só porque estávamos na mesma mesa e pegando uma na mão da outra. (Lola – *lésbica, preta, 25-29 anos*).

[...] O mendigo, ele cuspiu em mim e me chamou de sapatão. [...] [em outra situação] a gente deu um selinho, assim, na moral! A gente não beijou de língua. A gente deu um selinho e escolhendo o cardápio, assim, o que a gente ia comer. Aí, chegou o gerente e pediu a gente para evitar demonstrações de afeto (risos) porque o bar era um ambiente familiar e tal. A gente fechou o cardápio e foi embora (Lia – *lésbica, branca, 30-34 anos*).

[...] eu fiquei machucado, minha boca cortou um pouco. Mais machucado eu fiquei na verdade psicologicamente, porque eu via a violência, mas assim não vivenciei, então ter vivenciado eu acho que ativou para mim outro mecanismo de defesa física mesmo, sabe? Então hoje quando eu círculo os espaços, eu olho mais, eu observo mais, eu tento entender o perfil das pessoas que estão ali, se eu me sentir desconfortável eu saio. (Galileu – *gay, preto, 25-29 anos*).

Os processos de *bullying* e violência são normalmente vivenciados em silêncio, por medo da reação dos pais ou até mesmo para evitar transferir para a família a sensação de rejeição. Normalmente experimentado de forma solitária, esse processo pode aprofundar os impactos na saúde mental durante o processo de desenvolvimento da identidade sexual.

[...] sofri enquanto era criança, das outras crianças. Que criança é um demônio. E porque também, eu não me entendia como, eu não sabia. Eu estava ali no processo de autoconhecimento meu e sozinho. (Guto – *gay, branco, 25-29 anos*).

[...] eu percebi desde muito novo que eu era muito piada, então eu tinha muita vergonha daquilo porque eu tinha medo de que os meus pais descobrissem piadinhas. Não descobrisse que eu era *gay*, porque eu nunca encontrei a ideia quando eu era criança, mas eu tinha medo de que eles descobrissem o que falavam de mim e ficassem envergonhados por causa da piada em si. (Giovanni – *gay, pardo, 25-29 anos*).

[...] não contava [para minha mãe sobre os *bullyings*] porque eu tinha medo de que ela sofresse junto comigo. Então eu evitava, sofria um pouco calado. [...] eu tive muitos problemas no colégio, mas com o tempo foi passando. (Guilherme – *gay, branco, 35 anos ou mais*).

[...] na época da escola era uma coisa mais velada, mais contida, eu era um pouco segregada nos espaços, mas nunca cheguei a falar com a minha família [sobre os *bullies* que sofria]. Ia lidando com aquilo da minha maneira. Depois mais velha se tornou uma coisa um pouco mais direta e mais dura por parte das pessoas, mas eu também não reportava para minha família. (Brenda – *mulher bissexual, parda, 35 anos ou mais*).

O que desencadeia o estresse nem sempre é algo concreto e direcionado à pessoa LGB. Muitas vezes, a experiência prévia, a sensação e a compreensão social de que determinado comportamento pode desencadear uma ação violenta é suficiente para se colocar em alerta e reprimir atitudes que seriam naturais caso fossem realizadas por heterossexuais, como por exemplo demonstrações públicas de afeto.

[...] a gente vê várias lésbicas e mulheres bissexuais que estavam fora do armário e estavam muito tranquilas em relação aquilo, mas tinham dificuldade muito grande de expressar sua afetividade em ambiente públicos, por exemplo, de verbalizar sobre isso. (Brenda – *mulher bissexual, parda, 35 anos ou mais*).

[...] você está ali no shopping está tendo uma decoração do dia dos namorados, você é carregado por aquele clima, aí você só quer fazer um carinho, só que você pensa “opa, isso eu não posso fazer aqui”. E não é nada levado a um lado sexual, igual maioria dos héteros falam que a gente vai, mas às vezes é pegar na mão, é abraçar a pessoa, é ter um contato. [...] às vezes não é você aceitar você gostar de meninos, é você aceitar que vai estar numa sociedade que vai te recrutar, que vai te julgar, e você ter coragem e força para isso. (Giovanni – *gay, pardo, 25-29 anos*).

[...] agora me relaciono com essa menina, a gente se conheceu e estamos saindo, está muito legal, ela é uma pessoa muito bacana, a gente está se curtindo demais, mas eu vou buscar ela na casa dela, não pode beijar ela na porta da casa porque os familiares dela não sabem. Não pode andar de mão dada na rua porque as alunas dela não sabem sobre a sexualidade dela e a gente não pode andar de mão dada senão alguém pode descobrir e gerar algum desconforto no trabalho dela. (Luana – *lésbica, branca, 18-24 anos*).

[...] eu sempre evitei mesmo, abraços mais demorados, beijos, em locais que não é do público LGBT, andar de mão dada, nunca fiz isso lá [cidade natal], não que eu lembre. (Gael – *gay, pardo, 25-29 anos*).

[...] eu tenho medo da outra estagiária me identificar enquanto uma mulher lésbica e por algum motivo achar que eu tenho interesse nela. (Larissa – *lésbica, branca, 18-24 anos*).

[...] A LER [lesão por esforço repetitivo] me deu muitas sequelas, mas eu tive uma sequela muito associada a meu corpo inteiro rígido, muito rígido, os ombros, ainda tenho pescoço e ombros muito rígidos. Eu acho que a LER veio agravar, mas eu já tinha essa couraça muito em função do medo, eu respondia tentando me controlar fisicamente, fiquei com o corpo rígido. (Geraldo – *gay, pardo, 35 anos ou mais*).

Esses estigmas são tão naturalizados que um dos entrevistados mais velho afirmou que *gays* que demonstram afeto em público estão buscando apanhar e que essa seria resposta a um comportamento afrontoso à sociedade.

[...] está lá no terminal [rodoviário] e os caras se pegando, beijando na boca, aquele trem louco, em um lugar público. Não! Está caçando cadeirada na cabeça. E não é homofobia, é afrontosa, que você quer afrontar à sociedade. Não há a necessidade. Se você for um casal tranquilo... nós éramos um casal tranquilo, nós chegamos nos lugares e tinha uma atitude fantástica. Os próprios heterossexuais falavam “é massa demais! Vocês são um casal *gay*, mas vocês são diferentes. Vocês fazem carinho um no outro, mas não é aquele jeito”. (Guido – *gay, preto, 35 anos ou mais*).

Muitas vezes, a sensação de rejeição em função do *bullying*, estigma ou preconceito faz com que lésbicas, *gays* e bissexuais busquem “compensar” a sexualidade estudando e/ou trabalhando mais do que a média. Para alguns entrevistados, focar nos estudos também foi uma forma de não lidar com a sexualidade quando os primeiros questionamentos surgiram. Outros apontam que a estratégia de estudar e trabalhar mais do que a média foi um fator importante para conseguir a independência financeira e, assim, viver a sexualidade sem interferência da família.

[...] eu sanava esses *bullying*, de uma certa forma porque eu era bom em sala de aula. Então alguém aproximava, chegava, eu sabia que fulano estava chegando porque eu sou bom em matemática, sou bom em alguma coisa ou na área de letras. Então aproximava e de alguma forma a gente aproveitava aquele carinho xoxo, fodido, como diz assim, emprestado, e a gente acaba entrando nos meios, tendo uma vida social de uma forma assim que você percebe, estamos ali, mas não é aquilo que eu queria, eu acho que tem muita gente assim também. (Guilherme – *gay, branco, 35 anos ou mais*).

[...] eu era bem mais fechada, não conseguia falar nada, era tipo focada só em estudo e profissional, eu não conseguia desenvolver nenhuma outra parte da minha vida, era tudo travado e depois eu fui desenvolvendo bem mais outras coisas. (Lais – *lésbica, branca, 18-24 anos*).

É porque assim eu sempre até esse processo de me assumir eu acho que como a escola ocupava minha vida eu não ligava pra certas questões, chegou a ter uma fase curta, de eu pensar que eu poderia ser assexual e isso porque eu conseguia compensar certas questões na escola, conseguia tirar boas notas e me destacar, gerava um estímulo pra mim pra me dedicar ao máximo aquilo. (Gilberto – *gay, branco, 18-24 anos*).

[...] enfiei a cara na universidade para esquecer de mim, e fiquei muito tempo vivendo assim. (Laila – *lésbica, branca, 35 anos ou mais*).

[...] a faculdade foi um motivo de fazer com que eu provasse para minha família que não é por eu ser *gay* ou deixar de ser *gay* que não conseguiria formar. [...] é porque ninguém acreditava que eu fosse dar conta de sustentar uma casa, de arrumar minha casa, essas questões, aí quando eu

saí de casa que eu comecei a morar sozinho eu mostrei para minha família que eu dava conta. (Gaspar – *gay, branco, 30-34 anos*).

[...] a gente é três vezes cobrada, três vezes exigida, porque às vezes sua sexualidade chega antes que seu trabalho, então seu trabalho tem que ser impecável para tentar fazer com que seu trabalho chegue antes. [...] a gente tem que ser pessoas qualificadas, ainda mais do que os outros, para gente tentar chegar no mesmo patamar ou para o nosso corte não ser pela sexualidade. (Galileu – *gay, preto, 25-29 anos*).

[...] desde que comecei a trabalhar, ter uma certa emancipação, não que eu era totalmente independente, eu comecei a chutar o balde, comecei a viver mais minha vida. (Gael – *gay, pardo, 25-29 anos*).

A tentativa de “compensar” a sexualidade com mais esforço nos estudos e trabalho está atrelada ao estigma de que a vivência plena da sexualidade só pode acontecer com independência financeira e sem morar com os pais. Essa noção fica clara na fala do mesmo entrevistado que apontou que a demonstração de afeto em público entre *gays* era uma afronta à sociedade. Para ele, o fato de hoje as pessoas estarem se assumindo LGB mais cedo sem estarem financeiramente independentes da família deve ser visto como um motivo de preocupação.

[...] hoje as pessoas estão mais assumidas e eu fico preocupado [...] hoje os menininhos estão assumindo muito cedo [...] porque na minha época, os que conseguiam assumir, eram os que já tinham casa própria e emprego fixo. Porque aí ele tem seu autossustento e não depende de mãe, pai, de nada, para você jogar na cara das pessoas. (Guido – *gay, preto, 35 anos ou mais*).

As experiências de *bullying*, preconceito e outras violências impactam a vida das pessoas LGB desde muito cedo e se mantêm de outras formas nas idades adultas. Esse processo é muitas vezes vivenciado de forma solitária. Estudar ou trabalhar acima da média é entendido como algo que “compensaria” a sexualidade não normativa. Essa ideia remonta um entendimento internalizado por muitos de que só se pode ser LGB se adulto, independente financeiramente e capaz de ter sua própria casa.

5.4.4 Ambiente social

Como fica evidenciado em algumas das discussões já feitas, o ambiente social em que a pessoa está inserida também influencia diretamente a relação entre desenvolvimento da identidade sexual e seus indicadores de saúde mental

(PACHANKIS; BRÄNSTRÖM, 2018; ANCHETA; BRUZZESE; HUGHES, 2020). A incerteza sobre a reação da família pode ser fator inibidor desse processo. Se, para os mais jovens, a dependência da família pode falar mais alto, para os que se descobrem LGB após terem constituído uma família em um relacionamento heterossexual, a pressão não é diferente. Em ambos os casos, pode acontecer um processo de ocultamento e repressão. Além disso, ter um LGB na família pode ser uma questão, para várias pessoas, no que se refere à posição social. Consequentemente, viver nesses ambientes dificulta a experimentação da sexualidade.

[...] eu sempre me ocultei muito bem, tanto porque eu já sabia como que lidava essa questão do preconceito e por causa da minha família ser muito religiosa. Eu nunca me expus muito a questão relacional não, eu sempre me preservei e tal porque eu também tinha pouco conhecimento, não sabia o que eu era, então assim não sabia como me defender até então. [...] naquela época como era um processo de descoberta, não estava nada consolidado e tal, eu era dependente da minha família. Não sabia se minha família, se eu chegasse ao ponto de contar, como aconteceu em outra época, eles iriam me aceitar e tal, todas essas questões que envolvem essa questão de ter que assumir. (Gael – *gay, pardo, 25-29 anos*).

[...] eu tenho amigos que são casados, tem filhos e está aí numa vida sofrida. [...] tem uma mulher e acaba saindo com os garotos [...] está casado, tem uma família tradicional, nunca vão chegar e falar “olha, eu sou gay”, está com filhos, não querem. [...] cara, quando você se casa com uma mulher, quando tem filho, eu acho que tudo é mais restrito. (Guilherme – *gay, branco, 35 anos ou mais*).

O ambiente escolar pode ser marcado por muita violência para pessoas LGB, podendo muitas vezes ser um mecanismo potente de normatização das pessoas, desde os anos iniciais até a educação superior (LOURO, 2000; MISKOLCI, 2020). Para muitos dos entrevistados, a escola é o lugar em que acontece o primeiro contato com o estranhamento motivado pelo *bullying* ou mesmo retaliação dos próprios educadores.

[...] Antes de entrar na primeira série do ensino fundamental. [...] a minha professora começou a me deixar muito de castigo [...] no recreio eu começava a brincar só com as meninas, eu não brincava com os meninos de jeito nenhum. Eu lembro que eu não gostava, as brincadeiras sempre acabam com alguém batendo em alguém. Não necessariamente eu me reconhecia enquanto *gay*, porque uma pessoa de 6 anos de idade não tem uma sexualidade suficiente para dizer, eu sou heterossexual ou homossexual. Então, eu brincava muito com as meninas porque não tinha violência e a professora começou a implicar muito com isso. (Gregório – *gay, branco, 30-34 anos*).

[...] na hora que eu falei lá do colégio que eu sofria *bullying*, mas é que lá chegou até a agressão física. [...] por exemplo, eu sentado na escada os meninos passavam chutando, sabe? Minhas costas... Ou acidentalmente esbarravam em mim, sabe? Esse tipo de coisa, também acontecia. (Gabriel – *gay, preto, 18-24 anos*).

[...] na escola eu tinha amigos que a gente via um sabia que o outro era, mas ninguém assumia. Na adolescência tinha um menino que estudou comigo, ele veio de [nome da cidade], ele ficou um ano, ele já era assumido, ele sofria muito *bullying* na época. (George – *gay, branco, 18-24 anos*).

[...] quando eu comecei a escola, eu fui para uma bem pequena do pré até a segunda série. Aquele grupo de amigos sabia como eu era. Aí mudei de escola, na primeira aula de educação física, me vira um menino e fala “Você é um homossexual”. Eu nem sabia o que significava aquela palavra. Aí eu falei assim: “Gente, que isso? Não sei”. E aí foi e começou a chamaram de veado, bichinha. (Gilson – *gay, pardo, 35 anos ou mais*).

[...] eu tinha uma dúvida numa matéria aí eu perguntava, às vezes pelo jeito que eu falava faziam uma piada, falava alguma coisa e a sala adolescente todo mundo ria, professor também naquela época não estava preparado para lidar com *bullying*. [...] peguei recuperação, porque eu tinha que ficar calado tentando entender ali o que eu pudesse porque eu não queria represália, ainda mais um menino me batia às vezes, então não queria apanhar também, então tinha que ficar meio quieto. (Giovanni – *gay, pardo, 25-29 anos*).

Da vez que eu comecei a desenvolver meu TCC, [professor] debochou da minha colega. O TCC era de dupla e ela era hétero. Ele falou assim “Ah, até você, tá entrando nesses caminhos com [nome] com as minorias?” com tom de deboche. Aí beleza, a professora que era orientadora nossa não quis orientar. Falou que não, que não ia falar sobre esse tema porque o índice de desaprovação poderia ser grande. Eu fui e falei “Não, eu quero falar sobre isso, eu quero”, aí a gente foi correu atrás de outro professor e desenvolveu um belo trabalho e tal. (Gael – *gay, pardo, 25-29 anos*).

[...] eu tive professores na faculdade que sofreram assédio moral por causa disso. Foi barra, ele acabou sendo transferido de departamento porque viu que não ia para a frente. De um colega chegar para ele e falar que tinha um psicólogo que poderia indicar para ele. Porque um aluno tinha reclamado do jeito dele. (Gilson – *gay, pardo, 35 anos ou mais*).

A infância e a adolescência são períodos marcados por inúmeras descobertas e compreensão do mundo. Como indicado pelos entrevistados, a compreensão como diferente é algo que acontece desde muito cedo. Na maior parte dos casos, vem acompanhada de uma percepção do estranhamento dos outros em relação a algum comportamento que difere do que se espera de um menino ou de uma menina. Essas situações nem sempre são entendidas imediatamente pelos indivíduos LGB, mas ficam marcadas na memória por muitos anos.

[...] minha irmã falava, quando a gente era mais nova, que eu ia ser sapatão porque eu não aceitava ficar falando que eu tinha namorado, não sei o que, me sentia incomodada. (Lídia – *lésbica, parda, 18-24 anos*).

[...] na escola mesmo, tinha um amigo meu que eu gostava muito dele, hoje eu já acho que eu era apaixonado por ele. Naquela época, eu só falava assim: “eu não sei, só sei que gosto muito de ficar perto de você”. [...] quando eu tinha 7 anos, estava em casa e estava passando o grupo, não lembro se era Menudos ou Dominó e minha vó falou assim: “aquele ali é o mais bonito”. Aí eu me levantei e fui à televisão e falei: “esse aqui é o mais bonito. É o meu namorado”. Aí pronto. Silêncio na sala. Aí foram explicar que menino não namora com menino. Aí eu falei: “a tah!” Aí eu falei assim: “guarda para você essas informações”. (Gilson – *gay, pardo, 35 anos ou mais*).

[...] um amigo, uma vez falou “Você não fica com ninguém, você não sai com ninguém. Eu acho que você é gay!” Peguei e falei com ela “Não sou, não sou, não sou” e ficou nisso. Parei de conversar com ela. Ah, provavelmente nessa idade de 16, 17 anos. Já era ensino médio, já. (Garrido – *gay, branco, 25-29 anos*).

Alguns conseguem perceber logo cedo essas possibilidades de violência em função de um comportamento não normativo e criam estratégias para mitigar o *bullying*, por exemplo. Entre os que não conseguem se encaixar de alguma maneira, a sensação de inadequação nesse período de tantas incertezas pode abalar a autoestima.

[...] eu sabia que aconteciam situações que não chegavam a mim ou às vezes chegava de maneira muito cuidadosa, mas eu também acionava esse mecanismo de defesa que era ou ficar muito próximo da minha mãe ou desse círculo de amigos que eu sabia que me defendia. As meninas era uma delas, porque como elas eram bem bonitinhas e tal e os meninos queriam ficar com elas, aí eles já automaticamente não me zoavam para ter um link entre eles e as meninas. (Galileu – *gay, preto, 25-29 anos*).

[...] ser um pré-adolescente que quer se encaixar, né? Então você se compara às vezes com as pessoas e as outras pessoas fazem comparações, o que é pior, então nesse sentido aí acho que dá uma mexida, abala a autoestima. (Garrido – *gay, branco, 25-29 anos*).

[...] eu acho que foi um período de muitas descobertas, assim, tanto da sexualidade quanto de sonhos, expectativas, sabe? Tristezas porque fiquei muito melancólica, também. As coisas são muito intensas na adolescência. Então, era uma pessoa muito intensa. As coisas tinham um peso maior, nesse meio aí que a gente não sabe se é adulto ou se é criança. Aí, nesse sentido assim. (Lídia – *lésbica, parda, 18-24 anos*).

Como identificamos na discussão sobre o desenvolvimento da identidade sexual, o papel dos pares e do encontro de parceiros é essencial para a compreensão da sexualidade. Os relatos apontam que, mesmo antes da ampliação dos meios de comunicação, as pessoas LGB já se valiam de algumas formas para encontrar parceiros. No entanto, é inegável que a ampliação da discussão na televisão e o surgimento e crescimento da internet facilitaram o encontro entre pessoas LGB, o que não seria possível fora do ambiente *on-line*. Como discutido por Miskolci (2017)

e Escobar-Vieira *et al.* (2018), a internet, em especial os *smartphones* e os aplicativos de mensagens, possibilitou que as pessoas conseguissem entrar em contato com uma realidade ainda desconhecida, sem ter que se colocar fisicamente em risco. Esse processo fez com que as minorias sexuais mais jovens pudessem buscar formas de se compreenderem, construir redes de apoio e encontrarem parceiros sexuais estando “protegidos” nos seus domicílios.

[...] a gente não tinha internet, era mais telefone, então o que a gente tinha contanto mesmo era a escola. [...] Era uma loucura, mas ela legal também, você tinha que namorar, curtir, fazer aquele todo chamego, você tinha que fazer toda estratégia, até na hora que acontece, era muito legal, muito chique. (Guilherme – *gay, branco, 35 anos ou mais*).

[...] tinha na época o 145. Nem é da época suas, era um telefone, um número que a gente ligava, no orelhão ou no fixo, aí você marcava os encontros e aí você fica horas e noites nesses contatos. Eu encontrava muita gente nesse 145. (Guido – *gay, preto, 35 anos ou mais*).

[...] a gente não tinha esses telefones modernos de hoje. Então a gente tinha que salvar no computador, postar no grupo secreto, apagar do computador, depois ir e apagar o histórico, era assim um processo, mas a gente adorava essas *lan houses*. (Galileu – *gay, preto, 25-29 anos*).

[...] na época eu não tinha Tinder, essas coisas. Na época era bate-papo UOL. (Gabriel – *gay, preto, 18-24 anos*).

[...] eu digo fora por que como eu sofria muito, com as pessoas próximas, eu comecei a explorar mais a internet para tentar estar um pouco mais fora da minha realidade. (Patrícia – *mulher pansexual, branca, 18-24 anos*).

Esse processo todo meu de descoberta, de leitura, foi tudo através de rede social. Messenger naquela época, fóruns e tal, comunidades, aí você acaba lendo e como eu jogava, tinha jogos também desses online, então você acabava tipo “estou namorando não sei quem por causa do jogo”, um personagem namora com outro e tal, então foi a partir disso. (Gael – *gay, pardo, 25-29 anos*).

[...] Era um *fake* e aí a gente conversava, às vezes acabava passando telefone, ficava conversando pelo telefone conversando e eu achava o máximo, às vezes passada a madrugada toda conversando com alguém, alguma menina. (Laura – *lésbica, parda, 18-24 anos*).

A ampliação e individualização do acesso às tecnologias de informação e comunicação são entendidas como um importante fator de expansão do ambiente social e facilitador do processo de reconhecimento. Para muitos entrevistados, as pessoas LGB mais jovens possuem muito mais meios de encontrarem referências, o que tornaria mais fácil o reconhecimento da sexualidade desde cedo. Segundo um dos entrevistados, essa maior exposição poderia afetar inclusive os pais, que também teriam mais acesso a conteúdo sobre pessoas LGB.

[...] eu acho que hoje o [nome] de 13 anos teria uma maior facilidade de identificar e os pais poderiam estar mais sensíveis a essa questão, porque ter uma informação maior do que seja a homossexualidade ou a homoafetividade. [...] porque meus pais só foram ter acesso, vou usar o meu exemplo, tem pouco tempo que eles têm informação direta por computador, celular, que a gente foi ensinando a mexer e tal entendeu. Antigamente, pelo menos na minha época, quem tinha mais o uso dessas tecnologias eram pessoas mais jovens, hoje as pessoas mais experientes, mais velhas tem também celular, *WhatsApp*, então acaba vendo alguma coisa de uma forma mais rápida e devido a essas questões de reafirmação dos grupos. (Gael – *gay, pardo, 25-29 anos*).

[...] hoje em dia você tem canais no *YouTube* falando sobre aceitação, você tem um *Instagram* que você segue de pessoas levantando a bandeira, explicando o que é, mostrando que por mais que ainda é difícil você tem um lugar, você pertence não só ao meio, você pertence do jeito que você é no próprio mundo. [...] Hoje em dia você tem acesso à informação, é normal, você vê casais com contas de *Instagram*, de *Facebook*, de *YouTube*, então a informação está disseminada [...] por mais que é um apoio de uma via só, que às vezes você não vai ter um contato de uma conversa com essas pessoas, mas são pessoas que passam pelas mesmas lutas. (Giovanni – *gay, pardo, 25-29 anos*).

[...] vai ser diferente porque hoje nós temos internet e eu acho que isso já ajuda muito. Porque você tem o mínimo de possibilidade de falar com gente diferente, você já consegue fazer isso. [...] Quando eu chego lá [cidade de origem], que eu entro nos aplicativos de pegação... Recentemente, eu vi um menino lá, chamei o [nome], 'Minha filha, quem é esse menino?', 'Fulano', 'Mas esse menino deve ter uns 15 anos', ele falou 'Menos'. Já está lá, no *Grindr*. Então, esses recursos já chegaram lá. Acho que em outros contextos talvez, pode ser diferente. Então, acho que não se repetiria por isso. (Bento – *homem bissexual, branco, 25-29 anos*).

[...] a bicha que está lá em [cidade de origem] assistindo a parada *gay* de São Paulo, no Fantástico, já é muito coisa, para ele, isso. Mesmo que ele não esteja lá, mas ele já projeta na cabeça dele, pelo menos era isso que eu fazia, "Quando eu tiver 18 anos, eu vou nesse lugar. Eu sei onde ir. Eu sei onde eu posso ir". Sabe, "Isso aqui está muito tóxico para mim, eu sei para onde eu posso ir para me aliviar um pouco". (Gregório – *gay, branco, 30-34 anos*).

[...] eu acho que toda essa coisa de novela, essa mídia expondo mais, a comunidade, acho que vai criando percepções nas gerações que está vindo, né? Não está criando aquele tabu todo. Sei lá, eu acho. Aí, você pensa, um presidente deste foi eleito, mas tudo bem. (Lia – *lésbica, branca, 30-34 anos*).

Além das mídias sociais e da internet, nos últimos anos, assistimos muitas mudanças em direção à garantia de direitos e a igualdade para pessoas LGB. Obviamente que esse ambiente social mais tolerante impacta a melhoria de qualidade de vida dessa população (CARPENTER *et al.*, 2018; BOERTIEN; VIGNOLI, 2019; MEYER; PACHANKIS; KLEIN, 2021a). Esse ambiente possibilita

que muitas pessoas se compreendam como LGB e vivam livremente sua sexualidade.

[...] uma coisa que eu lembrei que juntou nesse contexto de eu me assumir foi o reconhecimento da união homoafetiva. Eu estava nesse processo e isso foi um estímulo. (Gilberto – *gay, branco, 18-24 anos*).

[...] hoje tem os direitos, hoje tem pessoas que lutam, na minha época não existia não, hoje tem parada *gay*, movimento, hoje tem tudo, tem encontros e tudo. [...] eu acho que hoje na sociedade que estamos vivendo é muito diferente, gente o que é isso. Na minha época tinha uma boate que foi à primeira vez que eu fui, para sair você tinha que sair junto, porque os caras ficavam do lado de fora pra bater, hoje não, eu vejo todo mundo aí nunca, nunca, o trem tinha que ser, mesmo que à pessoa fosse assumida, tinha que ser um pouco(discreto), porque apanhava mesmo, é muito diferente. (Guido – *gay, preto, 35 anos ou mais*).

[...] eu acho que hoje as crianças de 13 anos têm mais acesso a essas informações sobre sexualidade do que eu tive. Tenho uma prima, por exemplo, de menos que isso, 12 anos ou 13, tem uns 12, 13 anos que falou para a mãe dela que é bissexual. Da mesma forma que escutei um menino do 7º ano gritando lá na sala que o colega do 8º era pansexual. Como que esses meninos sabem disso, entendeu? Como que eles sabem disso hoje e conseguem já se identificar assim tão jovem. Então acho que hoje eles têm mais acesso às informações por causa da mídia, internet, sei lá o que, eles conseguem ter mais representatividade. Na mídia, mais informação pela internet, e aí eles conseguem se identificar mais fácil. (Bianca – *mulher bissexual, branca, 25-29 anos*).

[...] ao mesmo tempo nas novelas se falou mais, nas mídias em geral e tem a questão dessa nova geração também, as pessoas mais jovens que hoje também tem uma facilidade muito maior em dizer que são bissexuais, que são lésbicas, que são *queer* ou qualquer outra coisa do que a minha geração ou a sua. [...] eu acho que a luta das pessoas que vieram antes da gente e a nossa luta também foi o fator decisivo, por exemplo poder se casar hoje é uma coisa muito significativa. O casamento civil, é um reconhecimento de um direito que é muito importante [...] mexe com a autoestima também, mas há um reforço da sua existência enquanto cidadã mesmo. (Brenda – *mulher bissexual, parda, 35 anos ou mais*).

[...] eu tenho a sensação de que antes havia na sociedade uma sensação de que podia controlar porque eram poucos, hoje não há como controlar, são muitos e são cada vez mais, não tem como controlar, não virou 1 pessoa, 2 pessoas para você ser contra, tem um mundo. Aí a pessoa [pensa] “ah, mas se eu gosto tanto [dessa pessoa] não posso ser contra” [...] a sua vizinha, seu filho e você sabe que é, “não sei quem é esse filho da puta, é sapatão, é viadão, é *gay*”, agora é seu sobrinho, o que você vai dizer? Vai tolerar [...] hoje existe essa palavra homofóbica, só existia uma maneira pra xingar os *gays*, hoje existe uma maneira pra xingar “você é homofóbica, você é louca, hostil, você é uma pessoa rancorosa, você é agressiva, nossa você é ignorante, isso é maluquice, não tem nada a ver. (Geraldo – *gay, pardo, 35 anos ou mais*).

Para as mulheres, as discussões feministas se somam nesse ambiente, possibilitando propor debates sobre a sexualidade feminina (SOARES; COSTA, 2012; FRIEDMAN; AYRES, 2013).

[...] eu passei a me considerar no final da minha adolescência já, hoje minha irmã tem 15 anos e já é feminista há pelo menos uns 3, desde a pré-adolescência dela porque ela tem mais referência que eu [...] Primeiro que considerando eu com 13 anos hoje lá eu já teria esses parentes assumidos, segundo que eu percebo que hoje a mídia é diferente do que quando eu tinha 13 anos sabe, os pré-adolescentes hoje e adolescentes tem acesso a uma informação que eu não tinha na época, não só pela minha irmã mas por outros adolescentes, os amiguinhos dela, desde os 12, 13 anos já sabiam de coisas que pra mim nunca que era um assunto quando eu tinha 13 anos. (Patrícia – *mulher pansexual, branca, 18-24 anos*).

No entanto, para alguns dos entrevistados, essas mudanças não representaram ainda uma transformação cultural da nossa sociedade. Há uma sensação de que muitos desses avanços foram sentidos dentro da comunidade LGBT, mas não transbordaram completamente para fora dela.

[...] eu acho que não, eu acho que assim as coisas sempre foram do jeito que elas são, o que mudou foi a coragem das pessoas de assumir esse contexto [...] toda a sigla LGBT sempre existiu desde que o mundo é mundo, o que acontece é o processo que as siglas vêm à tona, os direitos que ela adquire e a violência que ela sofre, os contextos são esses. Então assim tudo já existia, mas o encorajamento é outro e conquista dos direitos é outra. (Galileu – *gay, preto, 25-29 anos*).

[...] eu acho que não mudou muito, em termos de cultura. A gente, ainda é visto como potenciais pedófilos, a gente ainda, é visto com desconfiança. [...] porque na verdade, esse movimento conservador emerge no Brasil e no mundo é contra essa fragilização que começou a ter, nessas estruturas que estavam fixas. A heterossexualidade, a família heterossexual como algo fixo, imutável, abençoada por Deus, etc. E você pega uma sociedade que começa a dizer “Não, mas dois homens também, podem casar-se? podem ter filhos e tal?”. Então, essas pessoas que tem uma necessidade, até cognitiva mesmo, de se apegarem a algo fixo, eles se sentem perdidas. Do tipo, “Ah, mas se agora tudo pode, o que eu faço da minha vida?” [...] culturalmente, ainda vai demorar muito para a gente ter igualdade mesmo. (Gregório – *gay, branco, 30-34 anos*).

[...] mudou, mudou. Não! Quem mudou fomos nós. Nós que mudamos. Eles não. [...] antes as coisas eram muito mais conservadoras e diretas. Ou é isso ou é aquilo. Agora, com a comunicação, a internet, a abertura de redes sociais, as coisas são diferentes. Porém, são outros meios de conservadorismo, te atacando de outras formas, entendeu? Você sai de uma trincheira, da Primeira Guerra Mundial, e vai para a trincheira da Segunda Guerra Mundial. [...] Na Segunda, você já é mais esclarecido. Eu vou fazer uma trincheira mais funda, isso mais isso. Não quer dizer que você não está lá sob ameaça de vários fogos. (Liliane – *lésbica, preta, 25-29 anos*).

[...] o meu ambiente mudou então eu tenho uma visão um pouco forjada. Eu acredito que não tenha mudado, as pessoas que estão na minha cidade continuam com a mesma representatividade, acredito que hoje com a internet as coisas tendam a se afunilar um pouco. Mas para as pessoas que cresceram nas mesmas condições que eu, não, mesma coisa. Porque a gente é muito enganada, né? Vem pra cidade, começa a ter um pouco mais de representatividade e acha que o mundo está caminhando, mas quando você vai para o interior, quando você começa a perceber que as pessoas não tem acesso a determinados veículos de informação, que são um pouco mais excludentes em relação a isso, a situação continua a mesma. (Larissa – *lésbica, branca, 18-24 anos*).

[...] talvez, os filhos das pessoas com a nossa idade, tenham uma evolução muito maior. Porque a gente começou a evoluir na nossa geração, assim, sabe? Evoluir Brasil e tudo mais. Então, a gente ainda não está reproduzindo. As minhas amigas, da minha idade, estão tendo filho agora. Então, criança de 1 ano. Então, é essa geração que vai vir com pessoas mais instruídas, menos preconceituosas, que cresceram vendo a evolução do preconceito. (Guto – *gay, branco, 25-29 anos*).

A eleição do atual presidente do Brasil é tida como uma representação desse descompasso. O apoio a esse projeto político por uma parcela significativa da sociedade representaria a resistência latente presente em nossa sociedade. Esse ambiente fez com que muita gente que já se sentia mais livre para viver a sexualidade tivesse que recuar e repensar seu comportamento para não se expor à violência que é legitimada pelos discursos do presidente.

[...] A gente avançou, mas voltou de novo para trás porque as pessoas estão se sentindo mais legitimadas para destilar o preconceito, eu ouvi uma fala de um cara falando que o Bolsonaro libertou ele do politicamente correto. Fiquei pensando “munição pra você destilar seu ódio, seu preconceito” [...] gente achou que estava avançando e a gente viu que não, tinha muita coisa velada, escondida. (Beatriz – *mulher bissexual, preta, 18-24 anos*).

[...] de uns tempos para cá já tem um sentimento mais de medo assim por conta de política, mais precisamente de movimento que tem rolado politicamente assim. Mas já teve um momento de andar em [cidade] e as pessoas me encararem quando, nesses momentos de carinho com minha namorada na rua e eu ficar supercontente. Isso, olha mesmo! Se sintam incomodados mesmo e entender isso como um ato político e sentir bem com isso. Mas ultimamente, de uns tempos para cá, tem sido mais desconfortável encarar esses olhares por conta de medo, violência. (Bianca – *mulher bissexual, branca, 25-29 anos*).

Vários aspectos contextuais podem mediar a relação entre o desenvolvimento da identidade sexual e a saúde mental de LGB. As experiências na infância e adolescência são muito marcadas pelo medo da rejeição e pela violência propriamente dita, em especial no ambiente escolar. Obviamente que a busca por relações fora dos ambientes familiares e escolares é uma forma de encontrar os

pares, o que se ampliou com a internet. Esse processo também veio acompanhado de avanços políticos e sociais que geram a sensação de que se entender LGB pode ser mais fácil hoje. No entanto, as recentes mudanças no contexto político suscitam questionamento sobre a amplitude dessas transformações na sociedade. Ao que tudo indica, as pessoas LGB têm tido mais meios de se reconhecerem, o que gera mudanças concretas na forma de experimentação da sexualidade. Isso, contudo, não significa que essas mudanças atingiram toda a sociedade.

5.4.5 Relações familiares

As discussões sobre as ambivalências entre a aceitação social e familiar são de extrema importância para discutirmos essas relações, pois o ambiente social primário, representado pela família, pode significar tanto um fator protetivo para a saúde mental de pessoas LGB, como um fator que aprofunda essa rejeição (RESNICK et al., 1997; RYAN et al., 2010; SHILO; SAVAYA, 2011; RESNICK et al., 2012). Para alguns entrevistados, o primeiro contato com pessoas LGB que serviram de referência foi na família, como discutido nas seções anteriores. Para outros, ter vivenciado a rejeição da família em relação à sexualidade gerou um medo e um sofrimento consideráveis durante o processo de desenvolvimento da sexualidade.

[...] Família, como eu sofri com problema de autoaceitação, principalmente com meu pai, era... talvez ainda seja um pouco, muito machista. [...] Ele tem 5 filhos, e são 4 meninas e 1 menino. No caso, eu! Então, na cabeça dele, ele perderia o filho homem que ele sempre quis ter. Então, teve muita resistência do lado dele. Inclusive, de me bater quando eu era criança e tudo mais, porque na cabeça dele se ele me batesse eu ia virar homem [...] um dia meu pai chegou a me levar em um puteiro. [...] O meu pai, quando eu digo que ele me batia, era bater do tipo assim, eu ficar, tipo, roxo por dias, marcas por dias e ele sempre só parava quando a minha mãe entrava no meio [...] se eu não tivesse me sentido tão rejeitado, se tivesse sido amado, no caso, eu não teria tido tantos problemas quanto eu tive. (Gabriel – *gay, preto, 18-24 anos*).

[...] pra mim ainda é bem difícil essa questão, não por me entender mas por toda pressão em volta sabe, social. Inicialmente eu sempre tive essa pressão dentro de casa mesmo “você tem que ficar com homem”, e aí eu fui me descobrir mesmo já estava na graduação, eu comecei a me envolver com uma pessoa pela internet, outra menina no caso [...] isso também de não poder ser quem a gente é por medo e por toda essa pressão assim, igual no meu caso dentro de casa mesmo ter que ficar me escondendo. (Laura – *lésbica, parda, 18-24 anos*).

[...] me descobrir enquanto *gay*, o acolhimento que aconteceu comigo foi na rua, com grupo de amigos. Agora, a minha família é muito preconceituosa.

Então, isso nem chegou lá em casa. [...] meu pai e minha mãe eles vão enfartar, real [se descobrirem que eu sou lésbica]! E a minha mãe usava esse discurso de “Ah, você vai me matar. E você vai estragar tudo. E você está estragando”. (Liliane – *lésbica, preta, 25-29 anos*).

[...] porque eu fui criado com minha mãe e minha avó e elas eram muito rígidas. Minha avó eu tinha muito apreço, muito afeto por ela e eu sabia que eu decepcionaria ela, se eu falasse que era *gay*. Então eu tentava colocar na balança como eu posso viver isso e não... eu ia falar desgosto, mas é não decepcionar ela. (Gilson – *gay, pardo, 35 anos ou mais*).

[...] eu tinha muito medo de me assumir em casa por causa da reação que minha mãe teve quando meu primo se assumiu, eu tinha medo dela ter a mesma reação comigo ou até pior. (Patrícia – *mulher pansexual, branca, 18-24 anos*).

Para os que tiveram apoio, essa aceitação serviu de impulso para viver a sexualidade abertamente em outras esferas da vida.

[...] a aceitação da minha mãe foi muito difícil, mas ela aceitou bem e quando teve que chegar no meu pai a gente esperava uma reação adversa, meu pai é tradicional também, e ele só sentou e falou assim “não minha filha, tudo bem, eu entendo que isso pode acontecer, só peço que você seja discreta, tenha cuidado, porque a gente sabe que isso pode ser muito perigoso, tem os riscos e tal, eu peço que você continue me respeitando e seja discreta, te amo do mesmo jeito porque você é minha filha”. (Luana – *lésbica, branca, 18-24 anos*).

[...] eu estava na adolescência, eu estava com 13, 14 e eu digo que sofri mais, eu sofro a priori, vamos dizer assim, a princípio, mais de fora da família do que dentro da família. Fui bem acolhido, tive muita estrutura, graças a Deus. Fora não, fora eu apanhei na escola já “ah, mas vira homem”, já teve piadinhas e como tem até hoje algumas coisas assim. (Guilherme – *gay, branco, 35 anos ou mais*).

[...] ela [mãe] me deu um abraço e falou que me amava do jeito que eu era, [...] Aí minha mãe falou “independentemente de qualquer coisa, eu te amo assim mesmo [...] desde quando minha mãe me abraçou e falou que me ama do jeito que eu sou a minha vida sexual entra comigo”. (Gilmar – *gay, preto, 35 anos ou mais*).

Mesmo em um ambiente social igualitário, ter a aceitação da família ainda é muito importante, pois, independentemente de qualquer situação, esse ainda é o seu ambiente social primário. Logo, a possibilidade de viver a sexualidade plenamente, inclusive na família, é algo almejado.

[...] uma pessoa hétero ela não, ela nunca vai entender o que é a emoção de você apresentar um parceiro para sua família. Nunca! Ela não sabe. Ela não tem dimensão o que é uma mãe receber a pessoa que você está, ali com alguma coisa ou abraçar, eu gostar dessa pessoa. Eu acho que para a gente isso é muito mais forte. Para a gente isso tem um peso muito maior, um significado muito maior. (Lídia – *lésbica, parda, 18-24 anos*).

[...] porque eu sou muito família, né? Eu fui criada, assim, ao redor de família. De tipo, domingo a gente ir para a casa da minha avó, pegar o violão, a gente é muito musical, a gente gosta de todo mundo cantar junto, tudo fazer junto ali, sabe? Vai todo mundo para a cozinha. Então, assim, essa onda é gostosa, sabe? E aí, eu queria que a pessoa que eu amo estivesse participando comigo. (Lia – *lésbica, branca, 30-34 anos*).

[...] difícil esse sentimento de não poder ser eu mesma, deles [família] não conhecerem a minha vida realmente, de não ter esse apoio deles. Eu acho que a gente LGBT já é muito marginalizado e acho que família assim é uma coisa que a gente quer muito perto, não sei se todo mundo mas eu pelo menos com esse apego que tenho com eles, eu sinto essa vontade de ter esse apoio e eu sei que pra eles também é difícil, porque eles foram criados totalmente diferente, mas é dolorido ter que estar se escondendo assim. (Laura – *lésbica, parda, 18-24 anos*).

Na percepção de nossos entrevistados, existe uma lacuna entre os processos de aceitação e integração das pessoas LGB na sociedade como cidadãos e na família como membros desta. Muitos relataram que, para conseguir viver plenamente a sexualidade, tiveram que se afastar da família e, em alguns casos, viver uma vida praticamente dupla.

[...] acho que desde o momento que eu me entendi como [gay] precisava viver longe dos meus pais para eu poder o que eu realmente era, né? (Giacomo – *gay, preto, 25-29 anos*).

[...] eu tinha que sair na rua para entender a minha identidade. Porque em casa eu não tinha espaço, não tinha tempo, não tinha pensamento, sabe?! É muito conservador, real. [...] eu sou muito mais forte fora do que dentro de casa, assim. Eu consigo lutar por mim, mais fora de casa do que dentro. (Liliane – *lésbica, preta, 25-29 anos*).

[...] no primeiro momento quando eu contei ela não aceitou muito bem, ela chorou muito, ficou chateada, ela ficou evitando tocar no assunto, até hoje em dia a gente conversa normal, muito amigo, mas o assunto não é tocado, ela não toca no assunto. Mas ela de forma alguma me trata diferente [...] eu esperava que fosse ser diferente na época que eu contei, ela já sabia que meus amigos eram [LGB] e ela era de boa nesse ponto. Eu fiquei chateado na época, porque era para os outros tudo bem, para mim não pode. (George – *gay, branco, 18-24 anos*).

[...] acho que [o processo de compreensão da sexualidade] em relação à mídia talvez eu teria bem mais acesso, mas em relação a forma como fui criada acredito que seria difícil do mesmo jeito. De toda a referência que eu tive em colégio católico e tudo mais, eu acho que seria a mesma, acho que talvez eu teria acesso à mais informação e entenderia melhor que existem pessoas que não é aquele padrãozinho criado, acho que seria nesse sentido. (Laís – *lésbica, branca, 18-24 anos*).

[...] umas das pessoas que eu estou convivendo agora, a expressão dele é tão bacana, “eu não quero ter na minha família, mas eu adoro ter amizade gay”. “É carinhoso comigo, mas se você tiver na família você vai ser ruim para família?”, esse pensamento vem. [...] é uma pessoa afetuosa, aceita por ser eu, mas se for um filho, se for alguém da família ela não aceita. (Gilmar – *gay, preto, 35 anos ou mais*).

Apesar da presença de outros LGB na família servir de referência em alguns casos, isso não significa que o processo de desenvolvimento da sexualidade é mais fácil para os mais jovens nesses ambientes. Mesmo em famílias em que outro membro já havia comunicado a sexualidade, quando a situação foi revivida, ficou evidente que as dificuldades de aceitação não foram superadas.

[...] a minha irmã, mais velha, é lésbica. Aí, quando a minha irmã vai [para a casa dos pais] sem a [a esposa], a minha mãe solta uma assim, perto de mim, “Ah, ainda bem que veio sem!” Mas quando vai com a [esposa], trata direitinho. Trata bem, mas fica cutucando. [...] hoje em dia, a minha família aceita a [esposa da irmã] lá dentro de casa, ela participa do amigo oculto da família no natal, mas tudo com muito tabu, sabe? Não se fala no assunto. [...] [quando eu contei que era lésbica] cheguei em casa, [minha mãe] estava com o olho desse tamanho de chorar. “Eu não acredito que você vai ser igual a sua irmã”. Aí, eu chorei horrores também, falei “Mãe, tem nada a ver”. Ela [a irmã] foi entrando com a [esposa] para dentro de casa. Tanto com a [atual esposa], quanto com as outras namoradas dela. Foi levando. Independente se a minha mãe gostava ou não. Ela ia assumindo o espaço dela dentro da família. E foi o que a minha mãe falou para eu não fazer. “Eu não quero saber, eu não quero conhecer”. [...] eu namorei 7 anos e a minha mãe não conheceu a [ex-namorada]. Eu nunca a levei lá em casa. [...] [por esse motivo acredito que uma pessoa se entendendo hoje] se ela estivesse inserida no mesmo contexto que eu, dentro da minha família, dentro da comunidade católica, da qual eu participava, ela teria muita dificuldade. Da mesma maneira. [...] não mudaram tanto. Assim, ela se enxergaria, mas dependeria muito do outro, assim. Eu acho. Do ponto de vista próximo, bem próximo. (Lia – *lésbica, branca, 30-34 anos*).

[...] a minha irmã todo mundo já sabe, eu estou esperando o momento ainda porque como a situação está um pouco frágil com meu pai eu estou respeitando. Os meus irmãos já me pediram pra fazer isso, porque acharam que eu fui precipitada na minha fala, inclusive meu irmão ficou chateadíssimo comigo porque acha que eu me precipitei ao falar com ele tão cedo, mas enfim foi o momento, às vezes as coisas não acontecem como elas devem ser mas como a gente consegue, como não aguentava mais segurar aquilo tinha que falar. [...] aqui [cidade onde mora atualmente] é tranquilo pra mim porque aqui eu posso ser eu porque aqui não tem ninguém que é amigo do meu pai no trabalho que vai fazer algum comentário com ele, não vai gerar nenhum desconforto pra ele, não vai chegar na minha tia que ainda não sabe, existem essas questões, mas lá também é muito tranquilo, você chega lá e a cidade é muito grande, você sai e não bate com quase ninguém que te conhece, muito difícil, então lá eu lido bem com isso também, só dentro da minha família, nas festas da minha casa que eu procuro não tocar nesse assuntos. (Luana – *lésbica, branca, 18-24 anos*).

Em geral, há um reconhecimento de que socialmente houve muitas mudanças, mas que essas não adentraram os domicílios. A ideia mais prevalente é a de que já está tudo bem ser LGB, mas não na minha família. Essa afirmação não se restringe a uma fala dos pais, mas se reflete na sensação dos filhos. A lacuna de aceitação é

antes de qualquer coisa um lugar de medo e receio de tratar no interior do domicílio aspectos da sexualidade que podem ser vivenciados da porta para fora.

5.4.6 Gênero

As relações de gênero se mostraram um fator estruturante da relação entre desenvolvimento da identidade sexual e saúde mental (SCHOPE; ELIASON, 2004; PARMENTER *et al.*, 2019). Para as meninas não são levantadas suspeitas ou questionamentos sobre sua sexualidade na infância.

[...] não questionaram minha sexualidade quando eu era criança porque eu era mulher lésbica feminina dentro dos padrões da heterossexualidade. (Larissa – *lésbica, branca, 18-24 anos*).

[...] eu era a maria-macho, sempre, mas nunca foi algo que me incomodou muito porque eu fui criada com primos homens. Era eu e uma prima só e mais uns 7 meninos, então a gente estava acostumada com as “brincadeiras de menino”, não tinha problema nenhum nisso (Patrícia – *mulher pansexual, branca, 18-24 anos*).

[...] porque ser homem é diferente, mas eu acho que a questão da sexualidade tem um determinante muito forte até porque mulheres [bissexuais] são fetichizadas, as femininas, né? As que não performam feminilidade é outro rolê. E aí os homens eles são menos aceitos em sua condição, porque a mulher é objetificada, homem não. E aí quando ele fala que é bi, ele não é bi, ele é *gay* encubado, não aceitam. Se for um pouquinho mais afeminado ferrou, é bem complexo. (Beatriz – *mulher bissexual, preta, 18-24 anos*).

Ao contrário do que acontece com as meninas, para os meninos, todo e qualquer comportamento não masculino desde muito cedo já é entendido como homossexualidade. Da mesma forma, há a expectativa que homens *gays* não tenham nenhum atributo entendido como característico da masculinidade.

[...] a lésbica é aceita por questão de filme pornô, já ouvi muito falar isso, mas o *gay* não é aceito porque mexe com o ego do homem, como se ser se homem reduzisse à sexualidade. [...] eu nunca me senti confortável com essa questão masculina porque, da forma que é colocado o homem na nossa sociedade, essa questão da agressividade, de ser mais agressivo, mais direto, às vezes até violador e com excessos [...] eu nunca fui assim. (Gael – *gay, pardo, 25-29 anos*).

Eu lembro que uma vez eu contei para um amigo e tinha um cara perto [aí ele falou] “Você, desse tamanho, você é *gay*?” (risos). Só pode ser *gay* abaixo de 1 metro e 70? Como assim? (Giacomo – *gay, preto, 25-29 anos*).

No entanto, a ausência de pressão durante a infância das meninas não se traduz em uma situação menos estressante quando se quebra com o padrão de feminilidade ou de heterossexualidade compulsória. Pelos os relatos das pessoas entrevistadas, percebe-se um controle da sexualidade feminina em geral, gerando constrangimentos relacionados a todo comportamento sexual que não seja exercido dentro dos padrões de feminilidade e do casamento heteronormativo.

[...] foi uma surpresa para muita gente. Porque eu era, tipo, a pessoa delicada, falo, assim, de um jeito devagar e tal. Antes eu era tida como uma pessoa tímida, então assim, *nerd*, mas ao mesmo tempo eu sempre quis sair disso, sabe? Fazendo coisas que não condiziam, assim, com ser *nerd*. Eu nunca quis me encaixar num rótulo. (Lídia – *lésbica, parda, 18-24 anos*).

[...] quando eu era mais nova, antes mesmo de eu reconhecer já tinha o estereótipo de que aquela ali é a sapatão, então isso me pegava um pouco. [...] Desde nova, desde que comecei a jogar [handball], já era “aquela ali é sapatão. (Lola – *lésbica, preta, 25-29 anos*).

[...] em muitos momentos eu fugia desse padrão de feminilidade, as pessoas me tratavam, me hierarquizavam, eu fui me construindo identitariamente a partir daí, do sofrimento até o orgulho, por esse lugar. Então sim, eu também sou sapatão, as pessoas me chamam assim, elas me identificam [assim] por mais que eu falar “não sou sapatão, sou bissexual”, eu sou. Eu estou fora desse lugar, eu não sou sapatão igual a ela, que é lésbica, mas essa é a identidade que me une a ela em algumas medidas, na verdade em todas. “eu sou sapatão, mas eu sou bissexual. (Brenda – *mulher bissexual, parda, 35 anos ou mais*).

[...] Te contar menino, que eu era doida para cortar o cabelo. Doida, doida! Meu cabelo sempre foi grande. [...] E eu não cortava por causa do serviço. Porque eu não me assumia tão fácil no serviço [...] quando eu resolvi cortar mesmo, foi aqui. Quando eu vi que eu tinha uma estabilidade. Que as pessoas já estavam confiando no meu trabalho. E estavam comigo por causa do meu trabalho e não por qualquer outra coisa. E aí, eu cortei. Cortei curtasso. [...] eu acho que as pessoas identificam muito isso. O corte já é Joãozinho, né? Já chamam o corte de Joãozinho. (Lia – *lésbica, branca, 30-34 anos*).

[...] porque eu nunca tinha pensado em ficar com mulheres, eram uma heterossexualidade compulsória [...] as mulheres são oprimidas desde sempre. (Bianca – *mulher bissexual, branca, 25-29 anos*).

[...] eles [amigos] não, não se importaram de eu ser lésbica, mas começaram a importar de eu ser uma lésbica e pegar mulheres gordas, fora do padrão. (Liliane – *lésbica, preta, 25-29 anos*).

Outro fator que nos ajuda a explicar os diferenciais encontrados nos resultados quantitativos desfavoráveis às mulheres é a combinação do medo iminente de sofrer violência por se viver em uma sociedade machista. Para muitas das entrevistadas, a identidade sexual se soma à vulnerabilidade da mulher e as deixam mais expostas à

violência, não só sexual, mas física. Essa vulnerabilidade não fica restrita aos ambientes da rua, mas foram vividas em espaços como os serviços de saúde.

[...] ser mulher é um medo constante, ser uma mulher lésbica um medo mais. (Larissa – *lésbica, branca, 18-24 anos*).

Agora, é claro que quando eu estou com a minha namorada por exemplo o medo muda, porque a gente passa a ter medo de ser estuprada sim, de ser espancada também porque o ódio misógino vai além quando “a pessoa tem mais um motivo. (Patrícia – *mulher pansexual, branca, 18-24 anos*).

[...] já sofri violências no médico, por exemplo, ginecologista. Homofobia, machismo e eu demorei a processar e informação do que tinha acontecido naquele local, sabe assim? Ele falou que por eu ser lésbica, nem precisava estar ali, nem precisava cuidar da minha saúde. Perguntou se eu tinha certeza se era isso que eu queria, se eu não queria experimentar outras coisas. E ele também fez o exame preventivo sem me dizer que estava fazendo o exame. Falou várias coisas absurdas. (Lídia – *lésbica, parda, 18-24 anos*).

Os impactos das relações de gênero não são restritos apenas às pessoas LGB. Muitos dos entrevistados relataram que as mães tiveram uma reação mais adversa do que os pais quando receberam a comunicação da sexualidade. Mesmo sendo contraintuitivo, visto que os homens tenderiam a ser mais machistas e conservadores, a posição da mulher na família nos ajuda a explicar essa relação. Normalmente, as mulheres são vistas como responsáveis pelo cuidado e manutenção da família (GOIS, 2017). Logo, se um(a) dos filhos(as) tem um comportamento “desviante”, a “culpa” por não ter sido criado bem passa a ser da mãe (HAUER; GUIMARÃES, 2015). Esse medo da rejeição parece não ser relacionado apenas ao que o(a) filho(a) vai sofrer, mas da rejeição que as próprias mães sofreriam em relação à família, explicando a reação mais adversa das mães em relação aos pais, como visto anteriormente.

Na minha cidade as pessoas são muito cruéis [...] então ela não quer que aconteça comigo processo que aconteceu com ela quando ela separou do meu pai. De julgamento, de exclusão e tudo mais. (Beatriz – *mulher bissexual, preta, 18-24 anos*).

[...] meu pai foi mais tranquilo do que minha mãe. [...] ele é mais tranquilo, minha mãe é muito... Sei lá, ela entra mais na minha vida. Mas meu pai foi mais tranquilo [...] ela que contou para ele. (Garrido – *gay, branco, 25-29 anos*).

[...] aí botei os dois para sentarem comigo dentro do quarto, contei [que era pansexual], a reação do meu pai foi muito boa, muito melhor do que eu esperava, mas a da minha mãe foi realmente tensa, não foi legal. (Patrícia – *mulher pansexual, branca, 18-24 anos*).

[...] para minha mãe foi dramático, mas para o meu pai foi tranquilo. Meu pai conversou, pediu que eu nunca saísse vestido de mulher de casa e nunca mexesse com droga [...] a minha mãe sempre foi aquela mãe muito autoritária, tem que fazer da forma dela, a última palavra tem que ser dela, meu pai sempre foi mais tranquilo. (Gaspar – *gay, branco, 30-34 anos*).

[...] diz ela (mãe) que ficou com muito medo da reação do meu pai e da reação da minha família, da família dela por parte de mãe. (Lola – *lésbica, preta, 25-29 anos*).

Como podemos observar nos relatos, os marcadores de gênero na experiência das pessoas LGB não podem ser ignorados quando analisamos o desenvolvimento da identidade sexual e sua relação com a saúde mental. A centralidade da sexualidade na vida dos homens e a ausência dessa discussão na vida das mulheres nos ajuda a entender como os diferenciais na identificação do desejo são construídos. Para as mulheres, independente da sexualidade, o medo da violência é uma constante. Para as que se relacionam com outras mulheres, a iminência de violência se expande e se modifica em função da forma como são lidas socialmente. Por fim, a relação das mães com a sexualidade dos filhos também é marcada por essas opressões de gênero. Usualmente, elas tendem a ter comportamentos mais adversos com a comunicação, pois serão responsabilizadas dentro e fora da família pelo comportamento “desviante” do(a) filho(a).

5.4.7 Raça/Cor

Outro marcador da diferença que afeta essas relações é o étnico-racial. A interseccionalidade entre raça e gênero faz com além das diferenças entre homens e mulheres, ser LGB negro(a) parece ser bem diferente do que ser um(a) LGB branco(a) (MAYS e COCHRAN, 2001; COLLINS, 2017; AKOTIRENE, 2019; HILÁRIO e PEREIRA, 2020). Assim como as questões de gênero, as questões raciais aprofundam as vulnerabilidades das minorias sexuais ao expor as pessoas não só à lgbtfobia, mas também ao racismo. Alguns entrevistados apontam que a rejeição à sua raça/cor acontece desde cedo e se aprofundam quando combinadas com sua identidade sexual.

[...] eu não sei às vezes qual é mais pesado que o outro. Eu não sei se às vezes carregar o fardo de mulher negra que é muito pesado, eu não sei se é às vezes carregar o fardo de mulher LGBT que é mais pesado, e quando se mescla torna uma coisa muito complicada [...] a mulher negra, a “mulata”,

como sendo aquele símbolo sexual heterossexual, mas não um símbolo sexual sei lá lésbico, LGBT. [...] todo mundo quer essa menina 'super desconstruída, magrinha, do cabelo liso'. [...] eu sempre fiquei muito namorando, tipo "eu estou com essa pessoa e só essa pessoa que me quer". Meus namoros sempre foram namoros longos, depois que terminava ficava naquela inércia de sem ficar com ninguém e tudo mais. Então são realmente dois fardos que eu fico pensando "ah, será que se eu fosse hétero e negra seria mais fácil ou será que se eu fosse branca e lésbica?", eu não sei, só sei que os dois dão uma pesada. (Lola – *lésbica, preta, 25-29 anos*).

[...] se você setorizar isso não é fácil pro negro ser negro e nem pro gay ser gay, quando você vai juntando isso as resistências se tornam maiores sabe.[...] como você vai somando essas minorias você fica mais vulnerável porque você pode ser atacado enquanto gay, enquanto negro e enquanto os dois entendeu, e aí você fica mais acentuado [...] quando um policial vai fazer uma abordagem em um gay, é diferente quando é um gay negro, então assim são muitos processos. (Galileu – *gay, preto, 25-29 anos*).

Um negro, LGBT numa escola de freira, você imagina! [...] para eles era um incômodo, eu acho, ter um negro estudando com eles. Eu não tinha amigos não, na época. Eu lanchava sozinho. [...] "a questão de depressão não foi só a sexualidade, também teve o lado racial. Quando eu era criança eu sofria muito *bullying*. Da mesma forma que eu sofri sendo gay eu sofri em virtude de ser negro. Então, meio que somatizou as duas coisas, né? (Gabriel – *gay, preto, 18-24 anos*).

Para as pessoas LGB negras, o reconhecimento e a comunicação da identidade sexual não significam necessariamente maior possibilidade de experimentação do desejo e da sexualidade. O racismo faz com que mesmo entre os pares esses indivíduos sejam rejeitados e não sejam reconhecidos como potenciais parceiros(as). O resultado desse processo são esforços de adequação a um padrão estético e comportamental esperado, que nem sempre é alcançável.

[...] porque quando eu me assumi, eu achava que ia ser mil maravilhas, né? Tipo assim, "Ah, vou estar no meu mundo, vou estar pleno!" E não foi assim. Foi um choque de realidade. Porque eu percebi que quando você é negro, quando você não tem aquele padrão de corpo físico malhado, vamos dizer assim, barba, também é um padrão que tem, isso tudo contribui para que você sofra mais rejeição. Não que você vá sofrer, necessariamente, homofobia. Mas dentro do vale, dentro da comunidade LGBT, você vai sofrer uma rejeição. (Gabriel – *gay, preto, 18-24 anos*).

[...] "Ah, você é uma morena da bunda muito bonita". Isso com homens. "Ah, nossa, você tem bundão. Nossa, que morena bonita". Isso eu passei, por essa hipersexualização da raça. E passei também quando eu me assumi gay, comecei a ficar com mulheres, eu visava ficar com as mulheres padrão. Branca, porque eu queria continuar pertencendo àquele meio. E as mulheres não queria ficar comigo! Porque eu não sou o padrão delas. E tem a ver com raça também, com certeza. [...] na época, eu ficava só triste, achava que "Ai, que droga! não consegui pegar. Da próxima vez eu vou alisar mais minha franja, vou cortar meu cabelo, vou por uma roupa X que vai rolar de pegar!" Só que não. Era muito mais. Porque para aquelas meninas também, do interior se assumirem lésbicas e se assumir com uma

lésbica negra não era... Eu não queria! Eu enquanto preta, pobre, negra não queria ficar com uma preta, pobre, negra! Por que um branco vai, entendeu? (Liliane – *lésbica, preta, 25-29 anos*).

[as pessoas imaginam que por] eu por ser um homem preto eu tenho que ter pauzão, eu tenho que ser ativo, tenho que ser bom de cama, essas coisas todas influenciam [...] depois que eu fui ficando mais velho fui ficando mais heteronormativo, mas quando eu era mais novo eu era muito afeminado. Quando era criança era muito afeminado muito, muito muito e mesmo sendo muito afeminado nos meus meios sociais assim tanto na minha comunidade da rua com as crianças ou na escola. (Gerson – *gay, pardo, 25-29 anos*).

Como os esforços de adequação aos padrões nem sempre são possíveis, muitos dos LGB negros acabam não conseguindo se relacionar. O resultado disso é a solidão, mesmo em ambientes e contextos em que o encontro com possíveis parceiros(as) é facilitado por estarem entre “iguais”.

[...] tem muita a questão da solidão do homem preto que eu acho que influencia muito mesmo, porque assim uma coisa é eu ser uma bicha afeminada branca, outra coisa eu ser uma bicha afeminada preta. [...] em questão de ser preterido assim, por exemplo, nos rolês [...] quando eu morava em [cidade] já rolou de eu sair, sei lá ir à [nome do estabelecimento] só com amigos brancos e todo mundo ficar com todo mundo e eu não ficar com ninguém. Chegar na [nome do estabelecimento] e ter eu e mais um preto, sabe? (Gerson – *gay, preto, 25-29 anos*).

Na situação geral do homem negro é mais difícil de se obter tanto o sexo casual quanto uma relação mais estável. [...] acho que o homem branco ainda é preferido. O homem negro é preterido, em relação às escolhas, assim. (Giacomo – *gay, preto, 25-29 anos*).

Lésbicas, gays e bissexuais negros(as) enfrentam um processo de hipersexualização dos seus corpos quando estes se encaixam nos padrões estéticos esperados para uma pessoa negras. No entanto, esse processo não se expande para a afetividade e, muitas vezes, os LGB negros enfrentam processos de solidão e rejeição de possíveis parceiros. Quando as pessoas não se enquadram nesses padrões estéticos, a situação fica ainda mais complicada, aprofundando a rejeição inclusive como parceiros(as) sexuais.

5.4.8 Território

O local de moradia também pode influenciar o processo de compreensão da sexualidade e impactar a saúde mental especialmente dos mais jovens (D'AUGELLI; HART, 1987; WIENKE; HILL, 2013). Quanto maior for a cidade, maior a chance de

encontrar espaços de socialização e pessoas parecidas que ajudam a compreender a sexualidade e não se sentir sozinho. Além disso, como em cidades menores as pessoas se conhecem mais, há um controle maior do comportamento dos indivíduos LGB e a experimentação da sexualidade acaba sendo ainda mais marcada por estigmas, preconceitos e subterfúgios.

[...] eu acho que desde pequeno eu sempre soube que era gay, mas eu percebia que não era uma coisa bem vista. Eu nasci na década de 80 e cresci em uma época de muito preconceito, meu mecanismo era deixa isso para mim, quanto menos eu conversar a respeito, menos problema eu vou ter. [...] para mim sempre foi natural, era aquelas coisas, eu sempre olhava para o masculino e pensava, eu me sinto atraído por isso. Eu não via problema nisso. Mas eu via que era problema para os outros, porque eu vim de uma cidade do interior. (Gilson – *gay, pardo, 35 anos ou mais*).

[...] o exemplo de homossexualidade na cidade de 20 mil habitantes era aquele, a Geni da cidade, “joga pedra na Geni”. [...] era aquele gay que mexia com o carnaval, e era aceito no carnaval, todo mundo aplaudia, ele vencia os concursos de fantasias de luxo, nesse Ginásio Poliesportivo, que parava cidade. Todo mundo torcia para ele ganhar, porque ele competia com gente de fora, mas no dia a dia, ninguém queria conviver com ele. Tanto que a casa dele era em gueto, é a cidade é aqui e a casa dele é aqui, até hoje. Então ele é aquele *gay* que, para ele é permitido ser cabeleireiro, porque eu acho que inclusive a forma de sobrevivência mesmo, que ele acabou encontrando para isso. Mas ninguém queria ser aquele do carnaval, né? Inclusive as famílias, tentavam normatizar os nossos comportamentos, justamente para a gente não ser aquilo. Porque seria um sujeito excluído socialmente, que todo mundo pode admirar em alguma fase, em algum momento pontual do ano, mas que, passou aquilo você não serve para nada, então ninguém queria que você fosse *gay*, né? Então, ser *gay*, era aquilo ali. (Gregório – *gay, branco, 30-34 anos*).

[...] essa foi a primeira menina que eu senti atração e aí como eu tinha muito medo. Porque tipo assim interior né, tem essa coisa “você não pode andar com essas meninas, se andar com essas meninas você também é lésbica”. (Lola – *lésbica, preta, 25-29 anos*).

[...] aquele dia que nós estivemos em [capital] eu senti vocês bem mais livres na questão de vestimenta, na questão de andar na rua, aqui em [cidade do interior] ou a gente é totalmente masculino e a gente vê que o pessoal ainda olha [...] lá a vida pro LGBT é bem mais fácil nessa questão, de que ninguém te olhar. Mas não sei como é o dia a dia de vocês lá. Mas aqui se eu vier com uma blusa bordada para trabalhar o pessoal já vai me olhar, já vai comentar, já vai ter uma brincadeirinha. (Gaspar – *gay, branco, 30-34 anos*).

[...] é complicado porque assim, aqui em [cidade] a gente não tem outro espaço, querendo ou não apesar dos donos dali serem pessoas assim assado é o único lugar que a galera tem para ser quem ela é, o único lugar que eles tem para tipo rebolar a raba e ser feliz e beijar e mostrar afeto para os seus parceiros ou peguetes sem ter o perigo de apanhar. [...] os donos [desse bar] aumentavam o preço da bebida, por exemplo, a garrafinha era tipo 3 reais no sertanejo topzera, LGBT era tipo 5, caipirinha em dias normais era 10, aí era 12. (Beatriz – *mulher bissexual, preta, 18-24 anos*).

Como discutido por D'Augelli e Hart (1987), o tamanho da população da cidade influencia também na disponibilidade de possíveis parceiros(as) afetivo-sexuais. Para alguns dos nossos entrevistados, mesmo em lugares onde existem outros parceiros potenciais, o medo de ser descoberto e ter que se expor ao estigma social de ser LGB faz com que as relações sejam mantidas em segredo e sem possibilidade de construção afetivas de longo prazo, especialmente para os homens. Alguns desses homens que vivenciam sua sexualidade em segredo acabam reproduzindo violências contra outros LGB no intuito de não serem associados a eles.

[...] eu acho que uma das coisas que mais influência aqui na cidade, de eu não gostar daqui, é a impossibilidade de ter algum tipo de relação afetiva sabe. (Gerson – *gay, preto, 25-29 anos*).

[...] eu comecei a descobrir “Não, você até pode, mas não pode ser assumido. Você pode ser gay, mas você tem que ser igual aquele *gay* ali, que é dono daquela farmácia, que é casado com uma mulher, mas transa com outros homens. E todo mundo sabe, e aí, está tudo bem. Você só não pode falar”. E aí, eu comecei a viver essa coisa de ter que viver escondido. (Gregório – *gay, branco, 30-34 anos*).

[...] o tempo que vivi lá [cidade natal], antes de morar aqui, à única opção que tem é os aplicativos, lá não tem nenhum ponto de encontro gay. E no aplicativo é a história de sempre, torso sem cabeça, o discreto fora do meio, que é macho e quer pegar um macho também. Sempre aparece alguns lá, que deve ter família e tudo, mas estão vivendo à sexualidade de forma alternativa. (Gilson – *gay, pardo, 35 anos ou mais*).

[...] eu falo que as mulheres têm uma coragem que a gente tem que aprender com elas, tem mais mulher que expressa sexualidade em [cidade] do que homens. Todo mundo sabe, mas ninguém fala, fica nas conversas de grupinho aí surge “ah, fulano...”. [...] até os mais novos eles falam inclusive que sabe de colegas da turma que o pai já ficou com caras e tal, “que o pai do amigo nosso ficou com outros caras” e que sabe disso, é uma coisa que é falada entre os mais velhos [...] De todos os que eu sei, eles mantêm relacionamento com as mulheres e tem esses relacionamentos escondidos [com homens] e alguns as mulheres até sabem, mas, por questões que eu desconheço, continuam [casadas]. [Esses homens acabam] agindo com homofobia como aquela forma de um falso sentimento de proteção, “pra me preservar e pra não me expor, eu vou ser”, existe muito isso ainda, “pra não implicarem comigo, pra não me observarem, não investigarem minha vida eu vou agir como eles”. (Gael – *gay, pardo, 25-29 anos*).

Essa impossibilidade de poder vivenciar a sexualidade em cidades pequenas pode, inclusive, justificar uma necessidade maior de migração dessa população para os grandes centros (BAUMLE; COMPTON; POSTON JR., 2009).

“[...] foi ótimo! Foi muito bom [mudar da cidade natal]. Porque eu pude viver ela bem mais livre do que era lá. Porque lá estava sob os olhos de muita gente. Hoje eu posso chegar lá e apresentar minha namorada e tal, mas isso fez parte de um processo. Não foi assim 'eu vou mostrar para todo mundo'. (Lídia – *Lésbica, Parda, 18-24 Anos*)

[...] a diáspora, eu acho, que ela é uma característica muito presente na vida dos *gays*, principalmente do interior. A gente não dá conta muito daquele lugar. Então a homofobia nos faz, sair, e buscar um lugar para poder existir, né? (Gregório – *gay, branco, 30-34 anos*).

[...] acho que isso [se entender *gay*] foi importante para mim porque me motivou a estudar mais, que foi a oportunidade que eu tive que sair de [cidade natal]. Se eu não tivesse interesse pelos estudos, eu estava lá até hoje. Então foi o que abriu muitas portas para mim. (Gilson – *gay, pardo, 35 anos ou mais*).

[...] [capital] é uma cidade para onde vai muita gente, então as pessoas fora da sua cidade têm mais espaço, normalmente no interior é mais asfíxiante me parece, mais difícil você ter essa identidade, pelo menos na época, anos 70. Então ali as pessoas começavam a se mostrar, a ficar mais aparente ou eu começava a ver sei lá, então foi o primeiro momento onde eu tive cercado de mais pessoas com quem eu me identificava, já não estava sozinho no mundo né, não estava tão raro no mundo, antes eu me sentia. (Geraldo – *gay, pardo, 35 anos ou mais*).

Um outro aspecto que chamou bastante atenção no que se refere ao território é a relação com a percepção de violência vivenciada por LGB. Para os nossos entrevistados, as pessoas se conhecem mais em cidades pequenas por serem menos populosas. Logo, elas possuem artifícios morais de controle do comportamento que faz com que na maioria das vezes a violência física não seja utilizada.

[...] a nossa violência LGBT aqui é muito velada entendeu, então, por exemplo, tem um cara que é um pai da minha amiga que ele é da frente direita de [cidade], bolsominion de pagar *outdoor*. É um cara que me adora, adoras as coisas que eu faço, mas ele é um cara violento com a comunidade LGBT porque ele apoia um cara que é homofóbico [...] é tipo assim “tudo bem a [nome] ser *gay*, mas não pode dentro da minha casa entendeu”. (Gerson – *gay, preto, 25-29 anos*).

[...] aqui, acho que as pessoas têm mais que reclamar não são as agressões físicas. São mais as morais. [...] quando você está no cara a cara, ninguém está a fim de te dar um soco, porque isso vai ser ruim para ela, no interior. Porque ele não quer ser taxado de ser homofóbico. [...] o interior ele não te protege [totalmente], te protege fisicamente. (Liliane – *lésbica, preta, 25-29 anos*).

[...] talvez por ser menor e as pessoas se conhecerem mais. [...] se acontecer alguma coisa comigo alguém que me conhece já pode avisar, pedir ajuda e o agressor ele também vai pensar isso tipo, “quem eu estou agredindo? O que que vai acontecer?” (Garrido – *gay, branco, 25-29 anos*).

Em contrapartida, como as pessoas não necessariamente se conhecem nos grandes centros, os constrangimentos morais perdem efeito, fazendo com que a violência física passe a ser a forma mais efetiva de demonstrar descontentamento com a presença de minorias sexuais e a tentativa de controlar seus corpos.

[...] eu acho até por questão de ser uma população maior, número populacional mesmo maior então é mais chance de ter pessoas que aceitariam menos. (Laura – *lésbica, parda, 18-24 anos*).

[...] primeiro a sociedade lá [capital] é o dobro de pessoas, segundo que pelo tamanho, pelo local. As pessoas simplesmente não se interessam pelas outras, não conhece as pessoas. Então num grupo menor, quando a cidade é menorzinha, você já tem afinidade, você chega, lá não, “matou? Quem matou? Brigou?” Teve uma violência ali, você passa direto, não olha, não observa, não sabe quem é ou não está nem aí também. Cidade grande. (Guilherme – *gay, branco, 35 anos ou mais*).

[...] [capital] fica o tempo inteiro altos e baixos, tem uma parada LGBT mas tem um LGBT morto na esquina, tem uma juventude negra mas essa juventude tá sendo barrada em todos lugares. [...] as pessoas aqui estão entre tipo 1950 e de repente há algumas bolhas que estão realmente em 2019 [...] é uma falsa liberdade. (Lola – *lésbica, preta, 25-29 anos*).

[...] eu acho que em uma cidade grande você está suscetível a viver o físico. Porque lá as pessoas são muito mais afastadas do que são no interior. Então, quando você não consegue atacar uma pessoa moralmente, você fica raivoso, você fica com ódio. Então, você vai para o físico. (Liliane – *lésbica, preta, 25-29 anos*).

Para além do tamanho da cidade, a sua representação para o indivíduo parece moderar essa relação. A cidade natal ou a em que a família mora acaba sendo mais limitadora, pois nela existem mais pessoas conhecidas, o que pode constranger a possibilidade de vivenciar a sexualidade livremente.

[...] Tipo eu, eu sou assumida aqui em [cidade onde mora], na minha cidade, a pedido da minha mãe, em respeito a ela eu evito certas coisas, por conta dela. Porém eu estou trabalhando isso entre nós duas para aos poucos eu não precisar me privar de tanta coisa, tanto que eu não vou muito lá. Porque eu falo: “bom, se eu não posso ser quem eu sou aqui, eu prefiro não ir”. Vou muito pouco e estou trabalhando isso com ela, mas em respeito a ela algumas coisas eu me privo sim. (Beatriz – *mulher bissexual, preta, 18-24 anos*).

[...] eu acho que aqui em [cidade que mora] é mais tranquilo do que em [cidade natal], porque aqui é muito mais natural você ver na rua, o pessoal se assume mais. Lá eu acho que o pessoal é muito preconceituoso, pelo menos eu sinto isso lá. Eu também não sei se é por eu conhecer muitas pessoas lá através da minha família e vê isso também, por a maioria das pessoas que eu conheço serem também religiosas lá, aqui foi mais tranquilo para mim porque as pessoas que eu conheci são amigos no caso. (Laura – *lésbica, parda, 18-24 anos*).

Os territórios representam, essencialmente, onde a vida social é construída. Para os entrevistados, quanto menor a cidade, menor a possibilidade de um indivíduo ter uma separação dos seus papéis sociais. Se em uma cidade grande é possível separar completamente os papéis de filho, profissional e cidadão, nas cidades pequenas, esses lugares são construídos de uma forma mais inter-relacionada. Essa pressão social faz com que muitas pessoas tenham que viver sua sexualidade de forma restrita ou escondida para evitar violências e constrangimentos dentro das suas famílias ou local de trabalho, uma vez que o seu comportamento individual será lido como expansão do seu lugar como membro da família ou como profissional.

[...] ela [uma amiga lésbica] foi contratada para o [equipamento público] de um município do interior, e ela não era de lá e se mudou porque passou em concurso. Quando ela chegou lá e descobriram que ela era casada com outra mulher a galera foi na página do Facebook da prefeitura “que tipo de profissional vocês estão contratando? E nossas crianças?”, não queriam deixar ela trabalhar. [...] porque era casada com outra mulher, teve que sair da cidade. (Beatriz – *mulher bissexual, preta, 18-24 anos*).

[...] eu não minto minha sexualidade e tal, mas eu também não chego e falo “sou gay”, pra eu chegar a revelar tenho que sentir seguro e tal. Com relação a ele [homem com quem estava se relacionando] não sei como que ele ainda tá lidando com a questão da sexualidade dele aqui. Ele já falou que tem irmãos que agem com preconceito com ele, de repreender e tal. Então eu tentei me aproximar só que não senti que ele sentiu à vontade na questão de exposição. Então minha relação aqui mais é com pessoas héteras, héteros entre aspas, porque tem gays que não são assumidos que eu sei [...] as pessoas tinham medo da família, se falar que o outro é gay a família ia cair em cima da pessoa para bater e fazer tudo, se sentia ofendida, não podia ter gay na família. Ainda mais crente. (Gael – *gay, pardo, 25-29 anos*).

Os relatos apontam a influência do território na vida das pessoas LGB. A falta de espaços de socialização, o número reduzido de possíveis parceiros(as), a vigilância do comportamento pelos vizinhos e familiares e a impossibilidade de separação entre os papéis sociais fazem com que muitos vivam a sexualidade escondido ou busquem mudar para os grandes centros. A ideia da liberdade na cidade grande também faz com que a percepção da violência física nesses lugares seja maior, uma vez que os constrangimentos morais e sociais perdem o sentido.

5.4.9 Religião/Religiosidade

A discussão do impacto do território e do ambiente social é muito mediada pela religião, visto que essa é uma das maiores expressões da cultura de um lugar. As religiões cristãs enxergam a homossexualidade e a bissexualidade como desvios de comportamento e pecado (O'BRIEN, 2004; SUMERAU, 2013; 2017). Logo, esses espaços se tornam ambientes muito hostis para pessoas LGB. A maioria dos entrevistados que viveu em ambientes cristãos durante a infância e adolescência relatou que grande parte dos questionamentos vivenciados no desenvolvimento da sexualidade foi permeada por um medo de serem castigados por Deus.

[...] desde criança eu já sabia que me interessava por meninos, eu fui me descobrindo desde cedo e não me aceitando [...] eu tinha, eu era distanciado, eu estava me descobrindo, mas nunca me aceitava, tinha inclusive um remorso pela questão religiosa. [...] no começo eu sentia muita culpa, não podia me masturbar porque sentia muita culpa depois, costumava ser para meninos. (Bernardo – *homem bissexual, branco, 18-24 anos*).

[...] eu fui criada na religião católica. E aí, tipo, toda mão que eu estava pensando, assim, que eu olhava para uma mulher e sentia atração, eu pensava 'deixa eu me concentrar aqui tem que ser em homem. (Lia – *lésbica, branca, 30-34 anos*).

[...] minha família é católica, fiz todos os rituais, batismo, crisma, só que aos poucos eu fui percebendo que eu não encaixava ali. Eventualmente eu participava das missas, mais porque minha mãe pedia para acompanhar ela. Mas há uns dois anos atrás teve uma fala de um padre, que eu falei, acabou agora não volto mais na igreja. (Gilson – *gay, pardo, 35 anos ou mais*).

[...] igreja evangélica, ela tem um problema, que além de ser tão homofóbica quanto a igreja católica, por causa do cristianismo, esses dogmas e tal, a igreja evangélica persegue muito seus fiéis, no ponto de vista de uma cidade pequena. Então, você encontra essas pessoas na rua o tempo todo e elas ficam te vigiando. Você está andando com quem? Porque na igreja é assim, se você, se você anda com fulano que é prostituta, você está dando falso testemunho, você não pode andar. [...] tinha um presbítero que chegava [e me falava] "mas está na hora de você mudar essa sua voz." E eu era afeminado, 16, 17 anos. Então, para mim, eu era natural, estava me expressando natural e ele começou, começaram a implicar com a minha voz, com quem eu andava. (Gregório – *gay, branco, 30-34 anos*).

[...] Foi um processo não muito fácil porque que minha família é tradicionalmente cristã, católica, e eu tinha poucas referências do que era ser gay [...] Então assim, foi um conflito grande porque levando em consideração também o momento, da religião que eu frequentava, essa questão do Deus punitivo, a sexualidade maldita e coisas do tipo. (Gael – *gay, pardo, 25-29 anos*).

Para muitos dos entrevistados, esses processos duraram algum tempo e só quando atingiram uma idade de independência em relação à família conseguiram se afastar da religião, no intuito de viver a sexualidade sem tanta culpa. Outros conseguiram separar a sexualidade da religiosidade e exercitar sua fé sem levar em consideração os preceitos e dogmas da igreja depois de certa idade.

[...] Quando eu era mais católico eu pensei que “não”, essa coisa de Deus julgar gay, essa coisa do que está na Bíblia, o pouco que está na Bíblia falando sobre isso, é uma visão muito por uma fresta que as pessoas tão olhando, não considero isso pecado dessa forma não. (Giovanni – *gay, pardo, 25-29 anos*).

[...] Na verdade não sou muito praticante, meu Deus é mais comigo, mais interno, eu sou católico na linha familiar, mas frequento igreja. Eu ia muito com minha mãe, no final agora da vida dela eu a levava muito, cuidava muito então. Mas eu sou católico, eu gosto, mas não sou muito praticante, sou um religioso interno, mais em casa. (Guilherme – *Gay, branco, 35 anos ou mais*).

[...] eu tenho ido bem pouco à igreja. Eu acho que assim, essa questão minha de falar que sou católico, não é nem pelo da igreja, é mais pela crença mesmo da espiritualidade, da coisa da relação com Deus, dá forma como me foi apresentada à espiritualidade. Em casa faço minhas orações, de acreditar em Deus. De fato, tem problemas de a igreja aceitar sexualidade, embora eu nunca tive problemas quanto a isso. (George – *gay, branco, 18-24 anos*).

[...] eu tenho uma formação católica, quase fui padre. Tenho uma formação muito religiosa do interior, não sou natural daqui eu sou de [cidade]. E minha formação veio toda dali, e formação católica para ser padre. Roupa abotoada até em cima. [...] fui para o seminário, cheguei a ficar dois anos no seminário e saí do seminário e vim para cá [...] já no final do ensino médio eu já tinha, vamos chamar de conflito, em relação a sexualidade, mas muito ali fechadinho dentro da igreja: “senhor perdão pelos meus pensamentos pecaminosos”. [...] se você pergunta do ponto de vista da fé, se eu creio em alguma coisa, eu me consideraria um agnóstico, porque eu não nego nada, mas também não professo nada. [...] eu sou um apaixonado pela experiência de fé. (Bento – *homem bissexual, branco, 25-29 anos*).

[...] eu acredito em Deus, mas eu acho que os dogmas da igreja não são algo que eu concorde muito. Aí nesses questionamentos eu decidi me afastar da religião e comecei a ler mais sobre, conhecer outras religiões, mas não me identifiquei em nenhuma outra e não sei se em algum momento vou encontrar alguma outra que eu me identifique, mas eu prefiro continuar com as minhas crenças sem estar em uma igreja, me considerar religiosa de alguma forma. (Laura – *lésbica, parda, 18-24 anos*).

Para muitos entrevistados, a religião, para além de um espaço de exercício da fé, representa um espaço de sociabilidade centrado nas famílias. Por esse motivo, alguns apontam que estar nas cerimônias religiosas era de extrema importância para a família, para uma demonstração social de que estava tudo bem naquele

núcleo familiar. Logo, o dilema de aceitação e suporte da família vinha exatamente de um medo de serem incompreendidos ou até rejeitados pela sua comunidade religiosa por acolher “um(a) filho(a) pecador(a)”.

[...] meus pais são muito religiosos. Eu acho que não vai ser tranquilo assim, de rolar essa conversa sabe. Então isso me gera muita ansiedade, sabe? Ansiedade para terapia, entender como vai ser esse processo [...] os meus pais participam de um movimento na igreja católica que chama catecumenal. E é uma galera, assim, bem rigorosa, sabe? Uma galera de, não é um movimento de igreja tradicional, eles buscam as bases da igreja católica. Então é uma galera muito movida pra família, então assim. (Bianca – *mulher bissexual, branca, 25-29 anos*).

[...] eu parei de ir à instituição igreja, que é o que eu parei de acreditar, eu tenho uma crença em religião, mas muitas coisas eu não concordo. E eu percebi que estar numa instituição com meus pais não fazia bem pra mim por conta de que eles usavam as filhas pra ter que mostrar para o pessoal um padrão de família, que não estava perfeito, que tinha problemas e eles estavam querendo esconder aquilo, aí falei “não, então não vou participar mais”. (Laís – *lésbica, branca, 18-24 anos*).

Além de ela ser diaconisa da igreja, iam ficar “ah, a filha da diaconisa da igreja”. [...] acho que diz muito do que é normal para sociedade, a questão da religião, que minha mãe fica num limbo até hoje assim, se ela me acolhe por ser filha ou se ela me julga por isso e nós duas vamos pra o inferno, e questão da expectativa também que os pais têm. (Beatriz – *mulher bissexual, preta, 18-24 anos*).

Cabe salientar que, segundo nossos entrevistados, essa rejeição presente entre evangélicos e católicos não é algo experimentado por frequentadores de outras religiões. Para religiões como candomblé, umbanda, santo daime e espiritismo kardecista, por exemplo, há uma aceitação maior de pessoas LGB, o que torna esses espaços mais acolhedores. Por esse motivo, muitos dos entrevistados relataram terem se filiados a essas religiões depois de terem passado por processos de rejeição nas religiões cristãs.

[...] porque assim, querendo ou não o espiritismo, pelo menos o Kardecista, está muito ligado ao cristianismo, né? Como eu cresci em família católica e, de certa forma, tinha muita repressão na minha família em virtude de alguns preceitos cristãos, de achar que homossexuais estão condenados à morte, ao pecado, enfim. Eu achava que o espiritismo não seria diferente. Mas, para a minha surpresa, foi o contrário. É uma religião que, apesar de ter preceitos cristãos, eles não julgam os homossexuais. Muito pelo contrário. A gente não é um pecado, uma sodomia. Eu me senti bastante acolhido. (Gabriel – *gay, preto, 18-24 anos*).

[...] no espiritismo é uma coisa mais tranquila, não tem nenhuma restrição, porque no espiritismo a gente fala que não é uma coisa, a gente está em uma condição. [...] então assim você gosta de uma pessoa, não é só do sexo dela, então tem toda essa questão envolvida assim, isso não é muito

relevante se você gosta de uma mulher, se você gosta de um homem, o que importa é a energia que vocês tem juntos, o amor, a cumplicidade, se vocês fazem o bem e tudo isso. (Luana – *lésbica, branca, 18-24 anos*).

[...] comecei frequentar o centro de umbanda, fui conversando com os guias, eles foram me abrindo minha mente, me mostrando que não era esse lado da realidade. Que o que vale era o que eu fazia aqui, não o que eu sou. Então basicamente o que eles falavam para mim é que Deus vai julgar o que eu fiz, não o que eu sou, então isso foi clareando minha mente, hoje sou bem tranquilo em relação a isso. (Gaspar – *gay, branco, 30-34 anos*).

Eu não sabia nada de candomblé, mas tinha interesse muito grande [...] fui e fiz e entrei e assim, já tem quase 3 anos, e eu acho que o Candomblé é uma religião que acolhe muitos LGBTs [...] eu acho que a minha saúde melhorou muito, inclusive saúde mental, depois do candomblé. Porque o candomblé, ele te exige uma conduta ética e moral de cuidado de si, primeiro. Porque se você não estiver bem, você não dá conta de estar bem com o seu orixá, não dá conta de estar bem com a sua vida. [...] porque você está em uma cultura cristã, de repente você vai para uma cultura africana, em que não existe o conceito de pecado. Você pode tudo, tudo que você quiser, você pode, você só tem que ter consciência que têm consequências. Você está disposto a bancar as consequências? Isso te chama para uma ética de responsabilidade sobre a sua vida. (Gregório – *gay, branco, 30-34 anos*).

[...] eu me considero daimista, eu vou me fardar no Santo Daime, porque eu entendo que é uma religião que não exige muito de mim sabe, exige que eu seja bom comigo, com o próximo [...] acho que é indiferente assim, o que importa mesmo é o que eu estou praticando com minha vida, para mim e para o próximo entende, por exemplo, é óbvio que Jesus deve tá muito feliz por saber que eu sou gay, que eu sou militante disso sabe e que luto para que os meus irmãos gays, meus irmãos pretos, tenham uma vida digna, tenham uma vida justa, Jesus não tá chateado com isso entende e aí eu fico tranquilo. (Gerson – *gay, preto, 25-29 anos*).

Nas entrevistas, podemos perceber que em religiões em que o relacionamento com pessoas do mesmo sexo é tido como pecado, o reconhecimento da identidade sexual é marcado por violências e medo da punição divina. No entanto, muitos entrevistados conseguem desvencilhar-se de alguma forma dos dogmas da instituição e continuam exercitando sua fé. Esses resultados nos ajudam a explicar porque os religiosos praticantes foram alocados no perfil masculino mais jovem e com risco de depressão maior, enquanto os homens mais velhos foram definidos como religiosos não praticantes e sem risco de depressão. Cabe salientar que a religião não apresenta apenas impacto negativo. Algumas religiões não enxergam o desejo ou a prática sexual entre pessoas do mesmo sexo como problemáticas. Nesses casos, os indivíduos que migraram para essas religiões sentiram-se acolhidos(as) e conseguem vivenciar sua fé e sua sexualidade sem constrangimentos.

5.5. A associação da idade, do gênero e do suporte familiar no desenvolvimento da identidade sexual e saúde mental de lésbicas, gays e bissexuais em Minas Gerais.

Assim como discutidos em estudos em outros países (SANDFORT; GRAAF; SCHNABEL, 2001; COCHRAN; MAYS; SULLIVAN, 2003; PITTS *et al.* 2006; KING *et al.*, 2008), as minorias sexuais da nossa amostra apresentam resultados de saúde mental piores do que seus pares heterossexuais, como identificados na PNS (2019). Conforme os resultados da pesquisa quantitativa, entre as pessoas LGB, percebemos que esses resultados são piores para mulheres, bissexuais e pessoas mais jovens. Quando avaliamos os marcadores de desenvolvimento sexual, percebemos que os homens iniciam o seu processo mais cedo do que as mulheres e o seu reconhecimento como diferente dos pares acontece entre a infância e a adolescência, para todos os grupos etários. Entre as mulheres, o processo é iniciado mais tarde, mas o tempo entre a compreensão como diferente e a primeira comunicação da sexualidade não demora tanto quanto para os homens. Obviamente que o fato de os homens se identificarem mais cedo influencia a possibilidade de comunicar a sexualidade, visto que isso acontece normalmente em idades muito jovens, quando têm pouca autonomia e ainda são muito dependentes da família. Maturidade, autonomia e independência parecem ter um papel importante na comunicação da sexualidade.

Esse período entre a pré-adolescência e a juventude é marcado por questionamentos próprios do processo de desenvolvimento que torna essa fase da vida turbulenta para toda a população (AUGNER; HACKER, 2012; MOJTABAI; OLFSON; HAN, 2016; PEW RESEARCH CENTER, 2019; ACTION MENTAL HEALTH, 2021; STANFORDCHILDRENS, 2021). No entanto, para minorias sexuais, dilemas específicos relacionados à quebra de expectativas sociais e da família em relação ao que é entendido como um curso de vida tradicional e heteronormativo se somam aos questionamentos usuais (D'AUGELLI; GROSSMAN, 2001; CALZO *et al.*, 2011). Viver a possibilidade de rejeição e ruptura em uma fase da vida em que geralmente ainda se é dependente da família e de incerteza quanto ao futuro é extremamente angustiante e pode impactar consideravelmente os resultados de saúde mental.

Quando avaliamos os perfis extremos, observamos que há uma associação entre o desenvolvimento da identidade sexual e os resultados de saúde mental, mediados por idade e gênero. Enquanto nos perfis de mulheres observamos algum risco de depressão independentemente da idade, entre os homens esse risco só é observado para os mais jovens. Esse resultado vai ao encontro da proposição de Bränström, Hatzenbuehler, Pachankis (2016) de que para os homens as disparidades dos resultados de saúde são observadas na adolescência e juventude, mas desaparecem na vida adulta. Entre as mulheres, apesar de atenuadas ao longo do curso de vida, as disparidades nos resultados de saúde são persistentes. Além disso, observamos que os fatores que garantem a independência financeira têm impacto na saúde mental (RUSSELL; FISH, 2016; WHITE *et al.*, 2016). Entre homens e mulheres os perfis mais velhos foram também os com melhores resultados de saúde entre seus pares, caracterizados também por maior escolaridade, estarem ocupados e morarem em arranjos domiciliares diferente da casa dos pais.

Segundo os resultados gerados pelo GoM, a comunicação para a família só ficou plenamente determinada no perfil de mulheres lésbicas e bissexuais mais jovens, em que nem o pai e mãe foram comunicados ainda sobre a sexualidade da filha. Para as mulheres mais velhas e os homens mais jovens, também ficou determinada a comunicação para o pai, mas indeterminada para a mãe. No perfil dos homens mais velhos, as categorias ficaram indeterminadas nas duas variáveis. Cabe salientar que esse resultado pode ter sido influenciado pelo fato de que a comunicação com a mãe aconteceu em 80% da amostra, podendo essa média não ter se diferenciado em três dos quatro perfis. No entanto, nossos resultados corroboram os achados em outras pesquisas (SAVIN-WILLIAMS; REAM, 2003; LASALA, 2010; NEWCOMB *et al.*, 2019) que indicam que normalmente as mães são informadas da sexualidade dos filhos antes dos pais. Nos resultados das entrevistas semiestruturadas, fica explícito que, apesar dos padrões observados, as experiências são diversas. Tivemos acesso a histórias em que o pai foi comunicado antes da mãe, por exemplo. Além disso, em alguns casos essa comunicação representou um sinal de acolhimento e em outros de rejeição e afastamento da família.

Os resultados da análise quantitativa em conjunto com as entrevistas semiestruturadas nos ajudam a responder o segundo objetivo específico da tese, que é “identificar os diferenciais de idade e gênero no desenvolvimento da identidade sexual e sua relação com o risco de depressão entre minorias sexuais em Minas Gerais”. No que se refere aos diferenciais de idade, percebemos pelas entrevistas que, independentemente da idade atual, o reconhecimento como diferente dos pares na infância e adolescência normalmente gera um sentimento de inadequação e medo de rejeição. Mesmo no caso dos mais jovens, há relatos de que a incerteza sobre como a família e os amigos lidariam com a sua sexualidade geraram muito estresse e angústia. Esses sentimentos, somados às inseguranças e dilemas próprios da adolescência, tornam os LGB mais jovens mais propensos a maior risco de depressão e outras condições de saúde mental.

A pressão por “compensar” a sexualidade por meio do estudo ou do trabalho também pode ser um fator de impacto na saúde mental dos mais jovens. Como muitos LGB compreendem que a forma de conseguir vivenciar a sexualidade plenamente depende diretamente da independência financeira e um possível afastamento da casa dos pais, há uma maior pressão por conquistar esses espaços. Como os mais jovens ainda estão em um processo de formação e/ou consolidação profissional, as incertezas sobre a possibilidade de independência financeira ainda são muito presentes. Nas entrevistas, fica evidente que focar em seus estudos durante a infância e início da adolescência é considerado um refúgio ou distração para não ter que lidar com questionamentos sobre sua sexualidade. No entanto, na medida em que amadurecem, o bom desempenho na escola e a realização profissional se tornam meios para demonstrar à família e à sociedade que ser LGB não é sinônimo de fracasso.

Não há como negar que as expectativas sociais criadas com base nos papéis de gênero impõem pressões sociais e medos diferentes para homens e mulheres de minorias sexuais ao longo do curso de vida que afetam a sua forma de experimentação da sexualidade (DIAMOND, 2008; 2016). Se, para os homens, o menor desvio do que se espera de um comportamento masculino já é tratado como sinal de homossexualidade desde muito cedo, para as meninas, há uma tolerância

maior com a performance durante a infância. Dessa forma, os meninos tendem a estar mais expostos a sofrerem *bullying* durante a infância que os fazem questionar a sua sexualidade desde muito cedo.

A patrulha de “desvios de comportamento” e exposição ao *bullying* na infância não são os únicos indicadores desse diferencial de gênero durante o desenvolvimento da identidade sexual e saúde mental. Como os homens são entendidos socialmente como “seres sexuais”, as experiências de compreensão da sexualidade para *gay* e bissexuais passam muito pela sua resposta aos estímulos da pornografia e pela concretização de relações sexuais com pessoas do mesmo sexo. Além disso, essas relações acabam acontecendo para grande maioria em contextos marcados pelo sigilo, ausência de afetividade e até aversão a qualquer possibilidade de que essas relações evoluam para além do sexo. O efeito concreto dessas situações é descrito por um dos entrevistados quando fala que, para ele, as relações entre homens era algo restrito ao campo do desejo sexual, não podendo evoluir para relações afetivas. Só depois de muitos anos, conseguiu perceber na prática de que não se tratava de uma impossibilidade, mas de um entendimento permeado completamente pelos papéis de gênero.

Entre as mulheres, percebemos o oposto. Para elas, reconhecidas socialmente como “seres afetivos”, o desenvolvimento de um carinho mais forte por uma amiga ou colega não necessariamente é traduzido, em um primeiro momento, como homossexualidade. Isso pode fazer com que se leve mais tempo para compreender a sexualidade. Além disso, a forma como a sociedade controla a sexualidade feminina possibilita que os relacionamentos sejam construídos em sua maioria em ambientes de afeto, quase sempre com amigas e colegas próximas. Essa compreensão da sexualidade em contextos de afeto também pode nos ajudar a entender a maior velocidade e necessidade de comunicar a sexualidade, em especial para a família, visto que se espera que esses relacionamentos sejam vivenciados por um período mais longo, com mais intimidade e, conseqüentemente, menor possibilidade de serem escondidos.

No entanto, não podemos nos esquecer que a compreensão da sexualidade feminina é pautada socialmente pela reprodução. Esse lugar social nos ajuda a

explicar por que há uma resistência, inclusive das próprias mulheres em alguns momentos, de reconhecer o desejo por outra mulher. Nas entrevistas, fica claro como aspectos relacionados ao tratamento do desejo por outra mulher são algo menor ou momentâneo, a pressão por ter filhos e constituir uma família acompanham as mulheres desde a adolescência à vida adulta. Esse entendimento nos ajuda a compreender como os impactos de saúde mental documentados durante a adolescência e juventude tendem a ser neutralizados para os homens e apenas atenuados para as mulheres na vida adulta. Em outras palavras, o desejo dos homens é entendido como legítimo, e, quando direcionado para outro homem, definitivo e irreversível. Uma vez compreendido que um homem é *gay* ou bissexual, as pressões sociais em relação à sua sexualidade são atenuadas. Já, para as mulheres, o mesmo fator que as protegia do *bullying* na infância é o que acirra a pressão na idade adulta, o apagamento da legitimidade do seu desejo e a compreensão que a sexualidade feminina é diretamente relacionada à reprodução.

Esse apagamento/ocultamento das sexualidades lésbicas e bissexuais pode ter impactado, inclusive, as indicações de respondentes e disponibilidade em participar da pesquisa. Ao solicitarmos que os respondentes que indicassem lésbicas, *gays* e bissexuais, usualmente os *gays* eram indicados por serem mais reconhecidos, terem o desejo pelo mesmo sexo entendido como definitivo e legítimo, logo mais lembrados.

Diferente de alguns estudos que usam dados adequados para capturar efeitos de coorte, tanto os que não encontraram efeitos de coorte nos resultados de saúde mental de LGB (LIU; RECZEK, 2021; MEYER *et al.*, 2021b), quanto os que encontraram esses efeitos apenas nos marcadores de desenvolvimento da identidade sexual (MEYER *et al.*, 2021b), não conseguimos fazer afirmações com os nossos dados sobre esses diferenciais na nossa amostra. No entanto, não há como negar que o aumento da visibilidade de pessoas LGB na televisão, cinema e, principalmente, com a expansão do acesso à internet possibilitou que os LGB mais jovens tivessem acesso a conteúdo que os ajudassem a compreender o seu desejo e a não se sentirem tão deslocados do mundo como acontecia com os mais velhos. Além disso, a possibilidade de interações individualizadas com as redes sociais possibilitou que as pessoas pesquisassem, interagissem e encontrassem pessoas

que estavam passando pelas mesmas questões. Os aplicativos também possibilitaram a busca por parceiros afetivos e sexuais sem precisar necessariamente se expor ao risco de ser identificado e hostilizado em função da sua sexualidade.

O acesso ao número maior de histórias e pessoas que conseguiam viver a sua sexualidade não normativa sem serem encaradas necessariamente como a vergonha ou o problema das cidades obviamente impactou diretamente também na compreensão do rol de possibilidades de transições ao longo do curso de vida que os jovens LGB tinham. Se, para os LGB mais velhos, as experiências de relacionamentos heterossexuais seguidas de uma compreensão como LGB era mais prevalente, para os mais jovens, esse reconhecimento como minoria sexual já se mostrava como um caminho mais direto, especialmente para os homens. Entre as mulheres, apesar de encontrarmos relatos de experimentações heterossexuais mesmo entre as mais novas, é possível identificar uma redução desse comportamento nesse grupo. Uma possível explicação para isso é a ampliação dos debates feministas que questionam inclusive os papéis de gênero e as imposições desses na vida das mulheres. Como relatado por uma entrevistada, a sua irmã de 13 anos já se entendia feminista e debatia as desigualdades de gênero com os pais, algo que ela só foi se dar conta mais tarde, indicando mais um possível elemento de mudança entre coortes.

Essas mudanças sociais, e o conseqüente aumento das discussões e dos avanços legais para garantir os direitos às pessoas LGB, propiciam mais possibilidades de compreensão da sexualidade desde muito cedo. Além disso, impactam a autoestima na medida em que cria repertórios e narrativas positivas em relação a pessoas LGB. Um dos entrevistados relatou que a aprovação do casamento igualitário aconteceu bem na época em que ele estava se entendendo *gay* e foi uma injeção de ânimo e orgulho naquele momento que ele estava vivendo.

No entanto, o aumento da visibilidade também aumenta a exposição ao risco de violência. Para muitos entrevistados, a eleição do atual presidente do Brasil é um reflexo de um processo de recrudescimento de um discurso de intolerância contra as minorias sexuais, entre outras coisas. A inflexão nos avanços em direção à

diversidade de gênero, representada pela figura do presidente da República, também foi relatada por muitos entrevistados como fator desencadeador de medo, angústia e controle do próprio comportamento. Uma das entrevistadas relatou que, antes da eleição, ela fazia questão de andar de mãos dadas com a namorada, no intuito de naturalizar essas imagens na sociedade. Após a eleição, passou a evitar chamar atenção para o fato de que eram um casal de mulheres, por temer a violência.

As percepções de avanços e retrocessos ficam ainda mais evidentes quando avaliamos a discrepância entre ambientes sociais mais amplos e mais restritos, o que nos leva a resposta do terceiro objetivo específico: “verificar se as mudanças sociais em favor da diversidade sexual e de gênero se refletem no aumento do suporte familiar no desenvolvimento da identidade sexual de minorias sexuais em minas gerais”. Sabemos que o suporte da família e dos pares é um fator central da saúde mental de minorias sexuais. Enquanto se sentir acolhido nesse processo é um fator de proteção em relação aos estigmas e preconceitos, o contrário aprofunda negativamente esses desfechos.

Quando averiguamos o impacto das mudanças sociais no suporte entre pares, fica evidente que o aumento dos espaços de socialização, das ferramentas de interação e da visibilidade fez com que as pessoas LGB fossem mais aceitas nos seus círculos sociais e até mesmo conseguissem criar grupos de suporte com mais facilidade. Enquanto LGB mais velhos relatam que quando identificam outro LGB na escola tentavam ao máximo se afastar para não ser associado a ele(a), os mais jovens relatam o impacto positivo no reconhecimento da sua sexualidade por terem feito amizades com pessoas LGB ainda na escola.

Na família, o movimento não é o mesmo. Apesar de essas questões terem avançado entre os amigos, as famílias ainda são lugares em que lésbicas, gays e bissexuais continuam encontrando barreiras. Uma das possíveis razões para esse descompasso entre avanços na sociedade e na família é uma espécie de momento de adaptação conforme relatado por um entrevistado. Para ele, o fato de essas mudanças serem relativamente recentes faz com que o contato com essa discussão de forma natural ainda seja restrito às pessoas LGB ou aos seus amigos(as) mais

jovens, que são aliados da causa e ainda não tiveram filhos(as) ou tiveram há pouco tempo. Os pais e mães de LGB que atualmente são adolescentes, jovens e adultos vivenciaram um ambiente social na sua juventude em que essas questões não eram tratadas como são hoje e podem ser mais resistentes a essas discussões. Essa situação se complica ainda mais quando adicionamos ao contexto os avós e outros familiares mais velhos.

Praticamente em todos(as) os(as) entrevistados(as) responderam que acreditam que o processo de reconhecimento e experimentação da sexualidade seria muito mais tranquilo no geral se acontecesse atualmente, mas que os desafios em relação a família seriam exatamente os mesmos. Isso nos ajuda a explicar o porquê, mesmo entre os mais velhos, especialmente os homens, que não moram com os pais e já são independentes financeiramente, o assunto da sexualidade ainda não é discutido na família. Muitas vezes, para não criar situações que podem gerar uma ruptura com a família, muitos deixam a sexualidade subentendida e a vivem abertamente fora do domicílio, não gerando “desgastes” para nenhum dos lados.

Entre os filhos mais jovens que ainda moram com os pais e já se reconhecem como LGB, essa situação é um pouco mais complexa. Nesses casos, evitar o embate e os desgastes na convivência cotidiana é quase inevitável. Isso nos ajuda a entender por que, mesmo com mudanças sociais substanciais que favoreceriam a redução do estigma e preconceito, os resultados de saúde mental dos LGB mais jovens continuam cada vez mais preocupantes. É possível que essa discrepância entre o que se vê na mídia, discute-se na sociedade e se vive em casa gere ainda mais angústia. Em um contexto em que os LGB estão conseguindo se compreender e comunicar a sexualidade cada vez mais novos, em idades de dependência dos pais, essas ambivalências podem aprofundar os resultados de saúde mental.

As pessoas LGB são muito heterogêneas e suas características sociodemográficas podem mediar os aspectos gerais que afetam o desenvolvimento da identidade sexual como um fenômeno que tem impacto na saúde mental de minorias sexuais. Amplamente debatida até agora, o gênero é a primeira dessas características que não é resumida apenas aos diferenciais de sexo, mas diz respeito essencialmente aos papéis sociais em que as pessoas são compelidas a responder. Como discutido,

esses papéis não se restringem à pressão que as próprias pessoas LGB vivem, mas às suas mães quando precisam mediar a comunicação da sexualidade dos(as) filhos(as) para os pais, para a família estendida, comunidade religiosa, vizinhos e sociedade em geral. O medo de frustrar as expectativas de todas essas pessoas ou a capacidade de gerenciá-las faz com que o processo de desenvolvimento da sexualidade seja mais ou menos impactante na saúde mental dos indivíduos LGB.

Os aspectos raciais também são entendidos como outro moderador desse processo. Como já levantado por outras pesquisas (DUBÉ; SAVIN-WILLIAMS, 1999; HECKATHORN, 1997; STUEVE; O'DONNELL; LINK, 2001; ROSARIO; SCHRIMSHAW; HUNTER, 2006; CALZO et al., 2011), é difícil determinar em que medida questões étnico-raciais aprofundam ou servem como amortizador dos efeitos do estigma, uma vez que o indivíduo já teria desenvolvido resiliência para lidar com estigma social em decorrência da sua raça/cor ou ainda no custo psicológico do desenvolvimento da resiliência. Os nossos entrevistados relataram que, mesmo depois de se compreenderem LGB, sofreram a hipersexualização e/ou a solidão derivada de uma recusa de potenciais parceiros(as). Essa dificuldade em conseguir se relacionar é uma realidade que se inicia no começo da adolescência, mas não se neutraliza ao longo do curso de vida. Logo, podemos dizer que a sensação de inadequação, rejeição, abandono e solidão parece ser uma constante entre LGB negros e afetam a forma como essas pessoas experimentam o seu desenvolvimento da identidade sexual e, conseqüentemente, sua saúde mental.

O lugar onde se vive também determina, em grande parte, a forma como a sexualidade será compreendida, desenvolvida e assimilada pelos indivíduos LGB e pelo seu entorno. Não há como negar que quanto maior o número de pessoas em uma cidade, maior a probabilidade de se encontrar outra pessoa LGB e menor a chance das pessoas se conhecerem a ponto de exercerem alguma pressão sobre o indivíduo e sua família. Além disso, quando falamos da existência de uma lacuna na aceitação entre as instituições orientadas para o indivíduo e para a família, assumimos a possibilidade de uma existência diferenciada nesses dois âmbitos. Nos relatos dos nossos entrevistados, fica claro que em cidades muito pequenas ser alguém é sempre ser parte de uma família. Logo, mesmo com todos os avanços

sociais, não há como comparar as questões e os dilemas que um(a) LGB que nasce e cresce no interior com alguém de um grande centro.

Por fim, a religião e a religiosidade também perpassam todos os elementos discutidos até aqui. No Brasil, essa discussão é ainda mais relevante, uma vez que a maior parte da população é católica ou evangélica. Como descrito pelos(as) nossos(as) entrevistados(as), o processo de cobrança, reprovação e controle do comportamento “desviante” nessas religiões gera medo, angústia, rejeição e afeta concretamente a saúde mental desses indivíduos. Não podemos esquecer também que a pressão da religião recai sobre a família e torna a aceitação de filhos(as) LGB um dilema para pais religiosos. Como aceitar um(a) filho(a) que tem um comportamento reprovado pela sua religião? O que dizer para as pessoas da comunidade religiosa sobre isso? Essas questões fazem com que, em ambientes católicos ou evangélicos, a compreensão da sexualidade seja permeada por conflitos que não são experimentados para pessoas que crescem em outras religiões ou em ambientes não religiosos. Logo, não há como analisar os impactos do suporte familiar sem levar em consideração a sua relação estreita com a religião.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese teve por objetivo discutir as associações de idade, gênero e suporte familiar com o desenvolvimento da identidade sexual e com a saúde mental de lésbicas, gays e bissexuais em Minas Gerais. Na literatura internacional, encontramos evidência de piores resultados de saúde mental entre lésbicas, gays e bissexuais quando comparados aos seus pares heterossexuais (SANDFORT *et al.* 2001; COCHRAN; MAYS; SULLIVAN, 2003; PITTS *et al.*, 2006; KING *et al.*, 2008). Esses diferenciais são entendidos como motivados pelo estigma e preconceito que essa população é submetida ao longo das suas vidas (MEYER, 2003). Para alguns pesquisadores, também estão associados ao processo de desenvolvimento da identidade sexual (D'AUGELLI; GROSSMAN, 2001; CALZO *et al.*, 2011; MARTOS *et al.*, 2015; MEYER *et al.*, 2021b) e se diferem entre homens e mulheres (DIAMOND, 2008; 2016; BRÄNSTRÖM; HATZENBUEHLER; PACHANKIS, 2016). Além disso, sabe-se que o suporte da família de origem é determinante nos impactos gerados por esse processo na transição para vida adulta (RYAN *et al.*, 2010; SHILO; SAVAYA, 2011; ARANMOLATE *et al.*, 2017; DONAHUE *et al.*, 2017; GORSE, 2020; O'REILLEY *et al.*, 2020). No entanto, apesar dos avanços em relação à garantia de direitos iguais para minorias sexuais nos últimos anos (MEYER, 2016), não foram observadas melhoras nos resultados de saúde mental de LGB mais jovens (LIU; RECZEK, 2021; MEYER *et al.*, 2021b). Uma das possíveis explicações para esses fenômenos é a discrepância entre a internalização da diversidade sexual na sociedade em geral em comparação com instituições como escola, família e comunidades religiosas (RUSSELL; FISH, 2016).

A operacionalização do estudo se deu pela aplicação de um *survey on-line* com 754 lésbicas, gays e bissexuais residentes em Minas Gerais em 2019, dos quais, 33 também participaram de entrevistas semiestruturadas. Para a coleta dos dados quantitativos, foi utilizada a técnica *Respondent Driven Sampling*, em função da ausência de informações sobre o tamanho e a composição da população LGB no Brasil. A avaliação da amostra (objetivo específico 1) aponta que, além dos desafios impostos por uma coleta de dados *on-line*, quando se trabalha com grupos estigmatizados, é preciso se atentar também para as estruturas sociais que permeia o reconhecimento e identificação dessa população. No nosso caso, garantir a

participação de mulheres, em especial lésbicas, mostrou-se um desafio desde os testes dos instrumentos. Como resultado, observamos que mesmo as redes iniciadas por homens *gays* tendo menor grau e caminho médio, eles foram os mais indicados, inclusive, nas redes iniciadas por lésbicas e bissexuais. Acreditamos que esse resultado é reflexo de assimetrias de gênero que afetam as possibilidades de vivenciar e falar abertamente sobre a sexualidade, participar de espaços de representação dos movimentos LGBTQ+, o desenvolvimento da identidade sexual e os indicadores de saúde mental.

Os diferenciais de gênero também foram observados na amostra. Encontramos uma maior prevalência de risco de depressão maior entre LGB quando comparados com a população geral, sendo mais elevado para mulheres e pessoas mais jovens. Em relação aos marcadores do desenvolvimento da identidade sexual, identificamos que, mesmo acontecendo para a maioria na mesma fase da vida (adolescência e juventude), os homens tendem a viver essas experiências em idades mais jovens, embora as mulheres tenham intervalos menores entre se sentir diferente e comunicar à sua identidade sexual. Quando analisamos esses diferenciais na associação entre os resultados de saúde mental e o desenvolvimento da identidade sexual, verificamos que os perfis de mulheres criados com o GoM eram também os com algum risco de depressão independentemente da idade. Já entre os homens, os mais velhos foram definidos como sem risco de depressão. Além disso, a independência financeira entre os mais velhos, representada por maiores níveis de escolaridade e arranjos domiciliares diferente da casa dos pais, também estavam associados a melhores resultados de saúde mental para homens e mulheres quando comparados com os pares mais jovens (objetivo específico 2). Cabe ressaltar que as disparidades nos resultados de saúde mental parecem desaparecer para os homens e apenas se atenuarem para as mulheres na vida adulta.

No aprofundamento desses resultados por meio das entrevistas, identificamos que o processo de desenvolvimento da identidade sexual foi marcado por insegurança, violências, sensação de rejeição, inadequação e receio de não atendimento das expectativas das famílias. Muitos(as) entrevistados(as) relataram que se concentravam nos estudos como forma de fuga desse processo e, mais tarde, de demonstração que mesmo sendo LGB poderiam ser bem-sucedidos. A busca por

ajuda psicológica também permeou a experiência de alguns e o desejo de outros. Entre os que foram atendidos por profissionais de saúde mental, algumas queixas davam conta de que as demandas específicas ligadas à sexualidade eram geralmente negligenciadas, como proposto por Cochran, Mays e Sullivan (2003). No entanto, para a maioria, o acompanhamento psicológico foi e tem sido essencial para a compressão da sexualidade e o desenvolvimento de ferramentas para lidarem com o estigma e o preconceito. Uma das principais barreiras apontadas para acessar esse tipo de atendimento é a financeira. O acompanhamento contínuo não está disponível no sistema público para todas as pessoas e nem é autorizado por alguns planos de saúde. Logo, ele é feito normalmente de forma particular via desembolso direto, mesmo quando há um comprometimento considerável da renda do indivíduo.

Identificamos também outros fatores que se inter-relacionavam na produção dos diferenciais de saúde mental. O próprio processo de desenvolvimento da identidade sexual se mostrou mais permeado por violência e *bullying* para os homens na infância, o que pode ser explicado pelas imposições de gênero e ajuda a explicar o fato deles se reconhecerem mais precocemente. No caso das mulheres, as imposições de gênero parecem operar também na ambivalência da identificação do desejo por outras mulheres como algo legítimo e definitivo. A forma como as primeiras experiências afetivo-sexuais aconteceu também elucida os diferenciais. Como normalmente a experimentação acontece de forma fortuita, ocasional e em idades mais jovens entre os homens, eles demoram mais para contar para alguém. Já, entre elas, essas experiências acontecem normalmente em ambientes mais íntimos e com amigas, o que pode justificar o fato de a comunicação acontecer logo após a compreensão como LGB.

As diferenças na relação entre o desenvolvimento da identidade sexual e saúde mental também é influenciada por outros marcadores da diferença. Encontramos que, para LGB negros, a compreensão como minoria sexual é permeada por um processo de solidão e/ou hipersexualização. Nos relatos, fica explícita a dificuldade que esse grupo experimenta em encontrar parceiros mesmo depois de adultos. O território em que se vive também parece mediar essa relação. Para as LGB moradoras do interior, a disponibilidade de locais de socialização, parceiros(as) e

maior vigilância social reduzem as chances e as formas de compreensão da sexualidade. A religião e a religiosidade também interferem diretamente nesse processo. Entre os que cresceram em domicílios cristãos, há um relato de cobrança, reprovação e controle do comportamento “desviante”, o que gera medo, angústia, rejeição e afeta concretamente a saúde mental desses indivíduos. Essa pressão parece também afetar a família na medida em que influencia a forma como os pais serão vistos nas suas comunidades religiosas após descobrirem que seu(sua) filho(a) é LGB.

As relações familiares são identificadas como um elemento central desse processo. Primeiramente, confirmamos que, apesar de não ser uma unanimidade, as mães são normalmente comunicadas antes e em maior quantidade do que os pais (SAVIN-WILLIAMS; REAM, 2003; LASALA, 2010; NEWCOMB *et al.*, 2019). Esse processo também é marcado por questões de gênero, uma vez que é colocada nas mães a responsabilidade do cuidado e criação dos(as) filhos(as). Assim como proposto por Russell e Fish (2016), observamos que pouco mudou no interior dos domicílios de origem em relação à aceitação e acolhimento de filhos(as) LGB (objetivo específico 3). Essa lacuna entre o que avançou na sociedade em relação à família pode ser entendida segundo o proposto por McDonald (1994; 1996; 2000). Como as famílias são as mantenedoras primárias dos valores das sociedades, sua mudança é normalmente mais lenta do que nas instituições voltadas para o indivíduo. Essa ambivalência entre o que é visto na sociedade, nas mídias e experimentado em casa pode ajudar a explicar os piores resultados de saúde mental entre os mais jovens.

Como todos os trabalhos científicos, esta tese também não é isenta de limitações. O fato de não conhecermos o tamanho e a composição da população LGB no Brasil e de dos pressupostos do RDS terem sido violados nos impede de extrapolar os achados para a população. Além disso, a utilização da internet como plataforma de coleta de dados impôs desafios e restrições de acesso às pessoas LGB fora dos grandes centros urbanos do estado, o que restringe a capacidade de análise para alguns grupos vulneráveis. Por fim, reconhecemos que a coleta de dados ter se dado em um ambiente político conturbado no país, pode ter afetado a disponibilidade das pessoas em participarem do estudo.

Mesmo com as limitações, as contribuições desta tese se desdobram em algumas direções. A primeira e mais concreta delas é a construção de um banco de dados quantitativos e qualitativos que permite compreender aspectos gerais das experiências e dos resultados de saúde de pessoas LGB em Minas Gerais. Além disso, garante a possibilidade de comparação com pesquisas com representatividade populacional, como a PNS e outras pesquisas com minorias sexuais em contextos internacionais.

Do ponto de vista teórico, para o campo da demografia e dos estudos populacionais, conseguimos identificar que o processo de desenvolvimento da identidade sexual de LGB é marcado por um efeito de idade, na medida em que está cada vez mais associado à puberdade. No entanto, os diferenciais de socialização entre homens e mulheres geram também diferenciais de gênero. Se, na infância, eles costumam representar maior violência e *bullying* para os homens, a vida adulta é marcada por questionamentos sobre a legitimidade do desejo entre mulheres. Além disso, os efeitos de coorte indicados por Meyer (2016) parecem ser permeados por alguns aspectos sociais como raça/cor, território e religião/religiosidade, o que dificulta sua identificação. As entrevistas semiestruturadas, no entanto, dão pistas sobre pequenas mudanças entre as gerações, em parte devido à mídia, às redes sociais e aos aplicativos. Também percebemos que, apesar dos avanços legais e sociais, ainda há uma relutância das famílias em lidar de forma plena com as sexualidades não normativas, em especial quando se trata de ambientes religiosos e no interior do estado. Dessa forma, as bases da teoria da igualdade de gênero que explica os diferenciais de fecundidade podem ser aplicadas para explicar os diferenciais de saúde mental associados ao desenvolvimento da identidade sexual entre minorias sexuais. A discrepância entre o que se vê na mídia, discute-se na sociedade e se vive em casa gera ainda mais angústia, especialmente para os LGB jovens que ainda moram com os pais. Além disso, há que se considerar a lacuna como uma espécie de momento de adaptação e internalização nas famílias, que é caracterizado pelas diferenças intergeracionais na exposição a esse tipo de discussão social entre pares. Espera-se que à medida que as pessoas mais jovens comecem a constituir novos domicílios, essas questões sejam efetivamente internalizadas nas famílias.

Para os estudos de gênero e sexualidade, os resultados desta tese avançam em demonstrar que, mesmo com conquistas essenciais para garantia de direitos iguais para LGB, os efeitos diretos desses ainda são restritos aos adultos. Muitos dos avanços recentes operam em instituições sociais que lidam com minorias sexuais como indivíduos e não como parte de uma família. Logo, não há como determinar que as mudanças nos ambientes sociais reduziram o estigma. Além disso, o fato de essas questões não terem alcançado plenamente as escolas, comunidades religiosas e as famílias de origem pode gerar um descompasso entre as percepções dos jovens que aprofundam os diferenciais de saúde mental. É importante salientar aqui que não estamos dizendo que os avanços pró-direitos LGBT não têm influência direta e indireta em toda a sociedade. O ponto é que precisamos avançar nas discussões em relação ao papel das famílias de origem nas reduções desses estigmas e preconceitos, especialmente quando falamos de contextos latino-americanos e, em especial, brasileiros. Nessa região, as relações familiares são parte fundamental da constituição cultural. Então, focar apenas nos avanços individuais pode significar uma necessidade de afastamento da família de origem para acessar esses direitos e, conseqüentemente, maior sentimento de rejeição, inadequação e isolamento.

Para a formulação de políticas públicas, o trabalho avança na indicação de gargalos e desafios na ampliação dos serviços para essa população e, principalmente, na sua identificação. O fato de as famílias ainda não terem internalizado essas questões completamente impõe desafios na identificação dessa população pelos inquéritos domiciliares. Mesmo que as variáveis de orientação sexual e identidade de gênero sejam incluídas em pesquisas como Censo, PNS e PNAD, é possível que continuemos observando uma subnumeração e um viés de composição de pessoas LGB no país. A inclusão dessas variáveis não é sinônimo de que elas serão respondidas por todas as pessoas de forma direta e precisa. Como pudemos observar nesse trabalho, a predisposição de se identificarem como minorias sexuais é permeada por estruturas sociais que tornam esse processo mais fácil para os adultos, independentes e que moram fora da casa dos pais. Logo, é preciso pensar outras formas de coletarmos esses dados também em ambientes em que essa

identificação possa ser mais ampla e diversa como em pesquisas escolares, dados administrativos de saúde e mercado de trabalho.

Do ponto de vista das políticas de saúde, em especial de saúde mental, é preciso investir na formação e capacitação dos(as) profissionais para que as questões específicas ligadas ao processo de desenvolvimento da identidade sexual sejam levadas em consideração no acolhimento e atendimento. Além disso, é premente repensar estratégias de ampliação dos serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde mental da população LGB, garantindo o respeito às suas identidades e compreensão dos impactos do estigma e preconceito ao longo do seu curso de vida. Também é indicada a construção de espaços e ações que promovam o acolhimento e acompanhamento de saúde mental direcionado a jovens e adolescentes LGB.

O presente trabalho inaugura a utilização da base de dados construída na PMA, mas nem de longe esgota o seu potencial de uso. Como agenda de pesquisa, apontamos os estudos sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de LGB, o acesso dessa população aos serviços de saúde, o impacto do afastamento da família de origem após a comunicação da sexualidade na saúde mental e os diferenciais sobre o que significa “Ser LGB” por idade e gênero. Além do que pode ser feito com a utilização da base da PMA, também indicamos a necessidade de estudos que avancem na identificação do tamanho e composição da população LGB no Brasil, bem como a compreensão dos impactos dos arranjos domiciliares e familiares nos diferenciais de saúde mental e na transição para a vida adulta. Por fim, é premente o desenvolvimento de metodologias que consigam captar os efeitos da interação entre os marcadores da diferença (gênero, raça/cor, território, classe e identidade sexual) no desenvolvimento da identidade sexual, nos resultados de saúde mental de LGB e na relação entre eles.

REFERÊNCIAS

ABDOU, C. M.; FINGERHUT, A. W. Stereotype threat among black and white women in health care settings. **Cultural diversity & ethnic minority psychology**, v. 20, n. 3, p. 316-323, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0036946>. Acesso em: 25 maio 2021.

ACOSTA, K. L. Lesbians in the borderlands: Shifting identities and imagined communities. **Gender & Society**, v. 22, n. 5, p. 639-659, 2008.

ACTION MENTAL HEALTH. **Depression in young people** – recognising the signs and knowing where to get help. 2021. Disponível em: <https://www.amh.org.uk/news/depression-in-young-people-recognising-the-signs-and-knowing-where-to-get-help/>. Acesso em: 25 maio 2021.

AHMED, A. M.; HAMMARSTED, M. Sexual orientation and earnings: a register data-based approach to identify homosexuals. **Journal of Population Economics**, v. 23, p. 835-849, 2010.

AKOTIRENE. Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Polém, 2019.

AKSOY, C. G.; CARPENTER, C. S.; FRANK, J. Sexual orientation and earnings: new evidence from the United Kingdom. **ILR Review**, v. 71, n. 1, p. 242-272, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0019793916687759>. Acesso em: 15 abr. 2021.

ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-Driven Sampling” na estimação de prevalências de doenças transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

ALBUQUERQUE, G. A. *et al.* Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. **BMC International Health and Human Rights**, v. 16, n. 2, n.p., 2016.

AMADO, J. **Dona Flor e seus dois maridos**. São Paulo: Record, 1977. (Coleção Mestres da Literatura Contemporânea).

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)**. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender**. 2021. Disponível em: <https://www.apa.org/topics/lgbtq> Acesso em: 30 set. 2021.

ANCHETA, A. J.; BRUZZESE, J. M.; HUGHES, T. L. The impact of positive school climate on suicidality and mental health among LGBTQ adolescents: a systematic review. **The Journal of school nursing**, v. 37, n. 2, p. 75-86, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1059840520970847>. Acesso em: 12 jan. 2021.

ANDERSSON, G.; NOACK, T. Legal advances and demographic developments of same-sex unions in Scandinavia. **Zeitschrift für Familien-forschung**, v. 22, p. 87-101, 2010.

ANDRADE, J. *et al.* Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3809-3819, 2020.

ARANMOLATE, R. *et al.* Suicide risk factors among LGBTQ youth: review. **JSM Schizophrenia**, v. 2, p. 1011-1015, 2017.

ARRINGTON, C. L. M. *et al.* Sexual fluidity: understanding women's love and desire. **Journal of Gay & Lesbian Mental Health**, v. 13, n. 3, p. 227-228, 2009. Disponível em: DOI: 10.1080/19359700902897075. Acesso em: 30 out. 2020.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Disponível em: atlasbrasil.org.br. Acesso em: 01 set. 2018.

ATTRIDE-STIRLING, J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. **Qualitative Research**, v. 1, p. 385-405, 2001. Disponível em: 10.1177/146879410100100307. Acesso em: 30 out. 2020.

AUGNER, C.; HACKER, G. W. Associations between problematic mobile phone use and psychological parameters in young adults. **International journal of public health**, v. 57, n. 2, p. 437-441, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0234-z>. Acesso em: 30 out. 2020.

AXINN, W.; PEARCE, L. D. **Mixed method data collection strategies**. New York: Cambridge University Press, 2006.

BAAMS, L.; KIEKENS, W. J.; FISH, J. N. The rejection sensitivity model: sexual minority adolescents in context. **Arch Sex Behav**, v. 49, p. 2259-2263, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01572-2>. Acesso em: 30 out. 2020.

BADGETT, M. V. L. The wage effects of social orientation discrimination. **Industrial and Labor Relations Review**, v. 48, n. 4, p. 726-739, 1995.

BADOWSKI, G. *et al.* The efficacy of respondent-driven sampling for the health assessment of minority populations. **Cancer epidemiology**, v. 50, p. 214-220, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2017.07.006>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BAHIA, A. G. M. F.; VECCHIATTI, P. R. I. ADI N. 4.277 – Constitucionalidade and relevância da decisão sobre união homoafetiva: o STF como instituição

contramajoritária no reconhecimento de uma concepção plural de família. **Rev. direito GV**, v. 9, n. 1, p. 65-92, 2013.

BANENS, M. Same-Sex unions in Europe: some observations on european diversity. **Reviews & Critical Commentary**, 2014. Disponível em: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/>. Acesso em: 12 set. 2020.

BARBOSA, A. L. N. H. *et al.* Rendimentos e jornadas de trabalho remunerado e não remunerado no brasil: uma análise por orientação sexual. **Mercado de Trabalho: conjuntura e análise** 68. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. de L. A. Reto e A. Pinheiro. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARHII, A. **Public health framework for reducing health inequities**. 2015. Disponível em: <http://barhii.org/framework/>. Acesso em: 22 mar. 2020.

BARROS, M. B. A. *et al.* Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, Supl. 1, 2017.

BAUERMEISTER, J. A. *et al.* Innovative recruitment using online networks: lessons learned from an online study of alcohol and other drug use utilizing a web-based, respondent-driven sampling (webRDS) strategy. **Journal of studies on alcohol and drugs**, v. 73, n. 5, 834-838, 2012.

BAUMLE, A. K. The demography of sexuality. international handbook on the demography of sexuality. Berlim: Springer, 2013. p. 3-15.

BAILEY, M J. The minority stress model deserves reconsideration, not just extension. **Archives of Sexual Behavior**, v. 49, n. 7, p. 2265-2268, 2020.

BENGTSSON, L. *et al.* Implementation of web-based respondent-driven sampling among men who have sex with men in vietnam. **PLoS ONE**, v. 7, n. 11, 2012.

BIRD, J. D. P.; KUHNS, L.; GAROFALO, R. The impact of role models on health outcomes for lesbian, gay, bisexual and transgender youth. **J Adolesc Health.**, v. 50, n. 4, p. 353-357, abr. 2012.

BJÖRKENSTAM, C. *et al.* Anxiety and depression among sexual minority women and men in Sweden: is the risk equally spread within the sexual minority population? **J Sex Med.**, v. 14, n. 3, p. 396-403, 2017.

BLACK, D.; SANDERS, S.; TAYLOR, L. The economics of lesbian and gay families. **The Journal of Economic Perspectives**, v. 21, n. 2, p. 53-70, 2007. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/30033717>. Acesso em: 8 ago. 2021.

BOERTIEN, D.; VIGNOLI, D. . Legalizing same-sex marriage matters for the subjective wellbeing of individuals in same-sex unions. **Demography**, v. 56, p. 2109-2121, 2019.

BOURIS, A. *et al.* A systematic review of parental influences on the health and well-being of lesbian, gay, and bisexual youth: time for a new public health research and practice agenda. **The journal of primary prevention**, v. 31, n. 5-6, p. 273-309, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10935-010-0229-1>. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRAH, A.; PHOENIX, A. Ain't I a woman? Revisiting intersectionality. **Journal of International Women's Studies**, v. 5, n. 3, p. 75-86, 2004.

BRÄNSTRÖM, R.; HATZENBUEHLER, M. L.; PACHANKIS, J. E. Sexual orientation disparities in mental health: The moderating and mediating role of sociodemographic and minority stress factors. **European Journal of Public Health**, v. 26, n. 1, 2016.

BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.227, de 14 de outubro de 2004**. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais - GLTB. Brasília, DF: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria SAS nº 457, de 19 de agosto de 2008**. Brasília, DF: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transsexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. **Lei 12.852, de 5 de agosto de 2013**. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Brasília, DF: Presidência da República, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva:**

instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas não transmissíveis**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

BRITTEN N. Making sense of qualitative research: a new series. **Medical Education**, v. 39, n. 1, p. 5-6, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.02024.x>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BROOKS, V. R. **Minority stress and lesbian women**. Lexington, MA: Lexington Books, 1981.

CÁCERES, C.; CHEQUER, P. Men who have sex with men and the HIV epidemic in Latin America and the Caribbean. *In*: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE AIDS, 13., 2000, Durban. **Anais...** Durban, 2000.

CAETANO, M.; NASCIMENTO, C.; RODRIGUES, A. Do caos re-emerge a força: AIDS e mobilização LGBT. *In*: GREEN J. N. *et al.* (org.). **História do Movimento LGBT no Brasil**. São Paulo: Alameda, 2018. p. 279-296.

CALZO, J. P. *et al.* Retrospective recall of sexual orientation identity development among gay, lesbian, and bisexual adults. **Developmental psychology**, v. 47, n. 6, p. 1658-1673, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0025508>. Acesso em: 18 set. 2020.

CAMPOLINA, A. G.; CICONELLI, R. M. SF-36 e o desenvolvimento de novas ferramentas de avaliação de qualidade de vida. **Acta Reumatol Port.**, 2008.

CANALES, A. J. La demografía latino-americana em el maco de la postmodernidad. **Revista Latinoamericana de Población**, ano 1, n. 1, jun./dez. 2007.

CARMO J.; CUNHA, A. As experiências de vida e os desafios de homossexuais brasileiros: uma revisão sistemática. **Psicodebate**, v. 3, n. 1, p. 141-157, 2017. Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/95>. Acesso em: 08 ago. 2021.

CARPENTER, C. *et al.* **Effects of access to legal same-sex marriage on marriage and health: evidence from BRFSS (No. w24651)**. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2018.

CARVALHO, C.; IRFFI, G. Análise da secularização no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 36, p. 1-23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0084>. Acesso em: 12 nov. 2020.

CARVALHO, A. A. de; WONG, L. R.; MIRANDA-RIBEIRO, P. AI. In wonderland: unrealized fertility and satisfaction with number of children according to couples point of view in a city in Brazil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 35, n. 1,

2018. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S102-3098a0049>. Acesso em: 27 ago 2020.

CARVALHO, J. A. M.; SAWYER, O. D.; RODRIGUES, R. N. Introdução a alguns conceitos básicos e medidas em demografia. 2. ed. rev. São Paulo: ABEP, 1994.

CASARI, P.; MONSUETO, S. E.; DUARTE, P. H. E. Impacto da orientação sexual sobre o rendimento do trabalho. *In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA*, 42., Natal, 2014. **Anais...** Natal, 2014.

CASTERLINE, J. B. Conclusions. In: LEE, R. (ed.). **Dynamics od values in fertility change**. Oxford: Oxford University Presss, 1999. p. 37-370.

CHAN, R.C., & HUANG, Y. A typology of intergenerational relationships between taiwanese gay and bisexual men and their parents: negotiating outness and co-residence in chinese families. **Sexuality Research and Social Policy**, p. 1-13, 2021.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em Ciências Humanas e Sociais**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2006.

CHOI, S. K. Serving our youth 2015: the needs and experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth experiencing homelessness. 2015. Disponível em: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/ServingOurYouth-June-2015.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2021.

COACCI, T. Do homossexualismo à homoafetividade: discursos judiciais brasileiros sobre homossexualidades, 1989-2012. **Sex., Salud Soc.**, n. 21, p. 53-84, dez. 2015.

COACCI, T. Conhecimento precário e conhecimento contra-público: a coprodução dos conhecimentos e dos movimentos sociais de pessoas trans no Brasil. 2018. Tese (Doutorado em Ciência Política) –Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

COCHRAN, S. D.; MAYS, V. M.; SULLIVAN, J. G. Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 71, n. 1, p. 53-61, 2003.

COCHRAN, S. D. *et al.* Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). **Bulletin of the World Health Organization**, v. 92, n. 9, p. 672-679, 2014.

COCHRAN, S. D.; BJÖRKENSTAM, C.; MAYS, V. M. Sexual orientation and all-cause mortality among US adults aged 18 to 59 years, 2001-2011. **American Journal of Public Health**, v. 106, n. 5, 2016.

COCHRAN, S. D.; BJÖRKENSTAM, C.; MAYS, V. M. Sexual orientation differences in functional limitations, disability, and mental health services use: results from the

2013-2014 national health interview survey. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 85, n. 12, p. 1111-1221, 2017.

COCHRAN, S. D. *et al.*. Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). **Bulletin of the World Health Organization**, v. 92, n. 9, p. 672-679, 2014.

COLLINS, P. H. Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória. **Parágrafo**. Jan/Jun, 2017. V. 5, nº1, 2017.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Resolução nº 175/2013. Disponível em: <https://bit.ly/3AMK0qP>. Acesso em: 09 dez. 2020.

CORTINA, C.; FESTY, P. Identification of same-sex couples and families in censuses, registers and surveys. **Families and Societies, Working Paper Series**, v. 8, n. 25, 2014.

COSTANTIN, N. I. F. P. Pais de homossexuais: etapas no processo de aceitação da orientação sexual dos/as filhos/as. s.n., 2011. Disponível em: http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/pais_de_homossexuais_etapas_no_proceso_de_aceitacao.pdf. Acesso em: 24 fev. 2021.

COUTINHO, R. Z.; MIRANDA-RIBEIRO, P. Religião, religiosidade e iniciação sexual na adolescência e juventude: lições de uma revisão bibliográfica sistemática de mais de meio século de pesquisas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 31, n. 2, p. 333-365, 2014.

CREEK, S. J. “not getting any because of Jesus”: the centrality of desire management to the identity work of gay, celibate christians. **Symbolic Interaction**, v. 36, p. 119-136, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/symb.58>. Acesso em: 05 abr. 2020.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Trad. de M. Lopes. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CRUZ, H. de A. B.; OLIVEIRA, L. de A. B. C.; ARAÚJO, R. L. M. de S. Homossexuais e sofrimento psíquico - homofobia em contexto intrafamiliar. **Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 377-387, nov. 2019. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/2538/2911>. Acesso em: 10 ago. 2021.

CUNHA, M.; WAJNMAN, S.; TURRA, C. M. Measures of the average time lived in coresidence with relatives in Brazil. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 21., 2018, Poços de Caldas. **Anais...** Poços de Caldas, 2018.

D'AUGELLI, A. R.; GROSSMAN, A. H. Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, and bisexual older adults. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 16, p. 1008-1027, 2001.

D'AUGELLI, A. R.; HART, M. M. Gay women, men, and families in rural settings: toward the development of helping communities. **American journal of community psychology**. v. 15, n. 1, p. 79-93, 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF00919759>. Acesso em: 13 dez. 2020.

D'AUGELLI A. R.; GROSSMAN, A. H.; STARKS, M. T. Gender atypicality and sexual orientation development among lesbian, gay, and bisexual youth: prevalence, sex differences, and parental responses. **Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy**, v. 12, n. 1-2, p. 121-143, 2008.

DAMATTA, R. **A casa & a rua**. Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

DE LENA, F. F. "Só se for a dois": conjugalidade e homoparentalidade no censo brasileiro de 2010. Dissertação (Dissertação em Demografia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

DE LENA, F. F., HERMETO, A. M. H. C.. Padrões de seletividade relacionados aos casais homossexuais e heterossexuais no Brasil. **R. Bras. Est. Pop.**, v. 32, n.1, p. 121-137, jan./abr. 2015.

DE LENA, F. F.; SILVA, S. A. G. Same-sex marriage at an all-time high: consequence of politics at an all-time low in Brazil?. *In*: POPULATION ASSOCIATION OF AMERICA (PAA), 2021, St. Louis, MO. **Anais...** St. Louis, 2021.

DIAMOND LM. Female bisexuality from adolescence to adulthood: results from a 10-year longitudinal study. *Developmental Psychology*. 2008; 44(1):5–14. [PubMed: 18194000]

DIAMOND, L. M. Sexual fluidity in male and females. **Curr Sex Health Rep**, v. 8, p. 249-256, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11930-016-0092-z>. Acesso em: 17 maio 2020.

DONAHUE, K. *et al.* Familial factors, victimization, and psychological health among sexual minority adolescents in Sweden. **American Journal of Public Health**, v. 107, n. 2, p. 322-328, 2017.

DRYDAKIS, Sex orientation and labour market outcomes. **IZA World of labour**, p. 1, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/349DQlq>. Acesso em: 16 abr. 2021.

DUBÉ, E. M.; SAVIN-WILLIAMS, R. C. Sexual identity development among ethnic sexual-minority male youths. **Developmental Psychology**, v. 35, p. 1389-1398, 1999.

ELDER JR., G. H.; SHANAHAN, M. J. The Life Course and Human Development. *In*: DAMON, R. M.; LERNER, R. M. (ed.). **Handbook of child psychology**, 2007.

EROSHEVA, E. A.; FIENBERG, S. E.; JOUTARD, C. Describing disability through individual-level mixture models for multivariate binary data. **The annals of applied statistics**, v. 1, n. 2, p. 346, 2007.

ESCOBAR-VIERA, C. G. *et al.* For better or for worse? A systematic review of the evidence on social media use and depression among lesbian, gay, and bisexual minorities. **JMIR Ment Health**, v. 5, n. 3, 2018.

ESPEJO, E. P. *et al.* Stress sensitization and adolescent depressive severity as a function of childhood adversity: a link to anxiety disorders. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 35, n. 2, p. 287-299, 2007.

EVERETT, B. G.; HATZENBUEHLER, M. L.; HUGHES, T. L. The impact of civil union legislation on minority stress, depression, and hazardous drinking in a diverse sample of sexual-minority women: a quasi-natural experiment. **Social Science and Medicine**, v. 169, p. 180-190, 2016.

FACCHINI, R. Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico. **Cadernos AEL: homossexualidade, sociedade, movimento e lutas**, v. 10, n. 18-19, 2003.

FACCHINI, R. Entre compassos e descompassos: um olhar para o “campo” e para a “arena” do movimento LGBT brasileiro. **Bagoas**, v. 4, p. 131-158, 2009.

FACCHINI, R.; FRANÇA, I. L. De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento LGBT brasileiro. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, v.3, p.54-81, 2009.

FEINSTEIN, B. A. The rejection sensitivity model as a framework for understanding sexual minority mental health. **Archives of Sexual Behavior**, 2019.

FERREIRA, B. O. *et al.* Caminhos e vivências de investigação acerca da saúde da população LGBT em uma capital do nordeste brasileiro. **Tempus, actas de saúde coletiva**, v. 11, n. 1, 2017.

FLESCH B. D. *et al.* Major depressive episode among university students in Southern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 54, n. 11, 2020.

FONTOURA, A. **O processo de Filipa de Sousa**: inquisição e homossexualidade feminina no Brasil do século XVI. s.l.: s.n., 2020.

FREDRIKSEN-GOLDSSEN, K. I. *et al.* Successful aging among LGBT older adults: physical and mental health-related quality of life by age group. **The Gerontologist**, v. 55, n.1, p. 154-168, 2015.

FREYRE, G. (1933) Casa-Grande & Senzala. Rio de Janeiro, Maia e Schmidt Ltda.

FRIEDMAN, R. C. Homosexuality, psychopathology, and suicidality. **Archives of General Psychiatry**, v. 56, p. 887-888, 1999.

FRIEDMAN, C.; AYRES, M. Predictors of feminist activism among sexual-minority and heterosexual college women. **Journal of Homosexuality**, v. 60, n. 12, p. 1726-1744, 2013.

FROST, D. M.; MEYER, I. H.; SCHWARTZ, S. Social support networks among diverse sexual minority populations. **Am J Orthopsychiatry**, v. 86, n. 1, p. 91-102, 2016. Disponível em: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/ort0000117>. Acesso em: 12 mar. 2021.

FROST, D. M. *et al.* A qualitative approach to understanding minority stress, identity, and health in the context of social change – interview protocol. 2016. (não publicado; manuscrito).

FROST, D. M. The benefits and challenges of health disparities and social stress frameworks for research on sexual and gender minority health. **Journal of Social Issues**, v. 73, n. 3, p. 462-476, 2017.

FRY, P.; MACRAE, E. **O que é homossexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

GANNA, A. *et al.* Large-scale GWAS reveals insights into the genetic architecture of same-sex sexual behavior. **Science**, v. 365, n. 6456, 2019. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/365/6456/eaat7693>. Acesso em: 13 abr. 2021.

GARCIA, M. R. V.; MATTOS, A. R. “Terapias de conversão”: histórico da (des)patologização das homossexualidades e embates jurídicos contemporâneos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, n. spe3, 2019.

GERGEN, K. J. **Realities and relationships: soundings in social construction**. Cambridge: Harvard University Press, 1994.

GILE, K. J.; HANDCOCK, M. S. Respondent-driven sampling: an assessment of current methodology. **Sociol Methodol.**, v. 40, n. 1, p. 285-327, 2010.

GILE, K. J.; JOHNSTON, L. G.; SALGANIK, M. J. Diagnostics for respondent-driven sampling. **Journal of the Royal Statistical Society**, v. 178, n. 1, p. 241-269, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/rssa.12059>. Acesso em: 10 dez. 2020.

GOIS, E. L. P. Gênero e economia dos cuidados no âmbito da divisão sexual do trabalho: uma discussão introdutória. **Mutações**, v. 8, n. 15, 2017.

GOMILLION, S. C.; GIULIANO, T. A. The influence of media role models on gay, lesbian, and bisexual identity. **Journal of Homosexuality**, v. 58, n. 3, p. 330-354, 2011.

GONZALEZ, K. A.; RAMIREZ, J. L.; GALUPO, M. P. Increase in GLBTQ minority stress following the 2016 US Presidential Election. **Journal of GLBT Family Studies**, v. 14, n. 1-2, p. 130-151, 2018.

- GORSE, M. Risk and protective factors to LGBTQ+ youth suicide: a review of the literature. **Child Adolesc Soc Work Journal**, 2020.
- GREEN J. N. *et al.* **História do Movimento LGBT no Brasil**. São Paulo: Alameda, 2018.
- GREEN, J, N. **Além do Carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil no século XX**. 2. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2019.
- GUEDES, G. R. *et al.* Identificabilidade e estabilidade dos parâmetros no método Grade of Membership (GoM): considerações metodológicas e práticas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 27, n. 1, 2010.
- GUEDES, G. R. *et al.* **Grade of Membership: conceitos básicos e aplicação empírica usando o programa GOM para Windows, Linux, Stata e R**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2016.
- GUEDES, G. R. *et al.* Ciclos de vida de la propiedad y del hogar, mercados y cambios en el uso y la cobertura de la tierra en la Amazonia brasileña. **Notas de Población**, 2017.
- GUIGINSKI, J.; WAJNMAN, S. A penalidade pela maternidade: participação e qualidade da inserção no mercado de trabalho das mulheres com filhos. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 36, p. 1-26, 2019.
- GUIMARÃES, C. D. **O homossexual visto por entendidos**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2004.
- HAMMEN, C.; HENRY, R.; DALEY, S. E. Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 68, n. 5, p. 782-787, 2000.
- HAN, B. H. *et al.* Co-Occurring mental illness, drug use, and medical multimorbidity among lesbian, gay, and bisexual middle-aged and older adults in the United States: a nationally representative study. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1123, 2020.
- HATZENBUEHLER, M. L. How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. **Psychological Bulletin**, v. 135, n. 5, p. 707-730, 2009.
- HATZENBUEHLER, M. L. The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: a prospective study. **American Journal of Public Health**, v. 100, p. 452-459, 2010.
- HATZENBUEHLER, M. L. *et al.* Proposition 8 and homophobic bullying in California. **Pediatrics**, v. 143, n. 6, jun. 2019.
- HAUER, M.; GUIMARÃES, R. S. Mães, filh@s e homossexualidade: narrativas de aceitação. **Temas em Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 649-662, 2015.

HECKATHORN, D. D. *et al.* Extensions of respondent-driven sampling: a new approach to the study of injection drug users aged 18-25. **AIDS and Behavior**, v. 6, n. 1, p. 55-67, 2006.

HECKATHORN, D. D. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. **Social Problems**, v. 36, p. 416-430, 1997.

HECKATHORN, D. D. Respondent-driven sampling II: deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations. **Social Problems**, v. 49, n. 1, p. 11-34, 2002.

HERDT, G. BOXER, A. **Children of horizons**. Boston: Beacon Press, 1993.

HILÁRIO, R. A.; DIAS PEREIRA, W. G. Bichas pretas afeminadas: do silenciamento na escola a solidão na vida. **Revista Relações Sociais**, v. 3, n. 4, p. 3001-3011, 2020.

HOLANDA, S. B. **Raízes do Brasil**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1936.

HOROWITZ, J. M.; GRAFPEW, N. Most U.S. Teens see anxiety and depression as a major problem among their peers. **Pew Research Center**, 20 fev. 2019. Disponível em: <https://www.pewresearch.org/social-trends/2019/02/20/most-u-s-teens-see-anxiety-and-depression-as-a-major-problem-among-their-peers/>. Acesso em: 10 fev. 2021.

INGLEHART, R. C. *et al.* (ed.). **World values survey: round six – country-pooled datafile version**. Madrid: JD Systems Institute, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DIVERSIDADE SEXUAL – IBDSEX. Grupo Dignidade. Aliança Nacional LGBTI+. **Pesquisa Nacional do Perfil LGBTI+**. 2018. (não publicado).

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding**. Washington, DC: The National Academies Press, 2011.

JOHNSTON, L. G.; SABIN, K. Sampling hard-to-reach populations with respondent driven sampling. **Methodological Innovations Online**, v. 5, n. 2, p. 38-48, 2010.

JONES, J. LGBT identification rises to 5.6% in latest U.S. estimate. **Gallup**, 24 fev. 2021. Disponível em: <https://news.gallup.com/poll/329708/lgbt-identification-rises-latest-estimate.aspx>. Acesso em: 10 fev. 2021.

JOHNSTON LG, H. A. J. A systematic review of published respondent-driven sampling surveys collecting behavioral and biologic data. **AIDS Behav.**, v. 20, n. 8, p. 1754-1776, 2016.

JORGENSEN, N. V.; BARBIERI, A. F.; GUEDES, G. R.; ZAPATA, G. P. International migration and household living arrangements among transnational families in Brazil. **Journal of Ethnic and Migration Studies**, 1-19, 2019.

KAMAKURA, W.; MAZZON, J. A. Critérios de estratificação e comparação de classificadores socioeconômicos no Brasil. **Revista de Administração de Empresas**, v. 56, n. 1, p. 55-70, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-759020160106>. Acesso em: 06 ago. 2021.

KING, M. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. **BMC Psychiatry**, v. 8, n. 1, p. 70, 2008.

KRIEGER, N. **Embodying inequality**: epidemiologic perspectives, policy, politics, health, and medicine series. Amityville: Baywood Pub., 2005.

LANNUTTI, P. J. GLBTQ people who decided to marry after the 2016 U.S. Election: reasons for and meanings of marriage. **Journal of GLBT Family Studies**, v. 14, n. 1-2, p. 85-100, 2018.

LARA M. G. *et al.* Comparing Pansexual- and Bisexual-Identified Participants on Demographics, Psychological Well-Being, and Political Ideology in a New Zealand National Sample. **The Journal of Sex Research**, v. 56, n. 9, p. 1083-1090, 2019.

LASALA, M. **Coming out, coming home**: helping families adjust to a gay or lesbian child. New York: Columbia University Press, 2010.

LAZEGA, E.; HIGGINS, S. S. **Redes sociais e estruturas relacionais**. Belo Horizonte: Fino Traço, 2014.

LEBEAU, R. T. The rejection sensitivity framework's promise as a guiding force for the development of sexual and gender minority mental health interventions. **Arch Sex Behav**, v. 49, p. 2275-2279, 2020.

LeVASSEUR, M. T.; KELVIN, E. A.; GROSSKOPF, N. A. Intersecting identities and the association between bullying and suicide attempt among New York City youths: results from the 2009 New York City youth risk behavior survey. **American Journal of Public Health**, v. 18, 2013.

LINO, T. R. Nas fissuras da história: o movimento lésbico no Brasil. **Revista Movimentação**, v. 6, n. 10, p. 10-22, 2019. Disponível em: <https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/movimentacao/article/view/10547/6033>. Acesso em: 15 jan. 2021.

LIU, H.; RECZEK, R. Birth cohort trends in health disparities by sexual orientation. **Demography**, v. 58, n. 4, p. 1445-1472, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1215/00703370-9357508>. Acesso em: 12 jul. 2021.

LONDON, B.; MACDONALD, J.; INMAN, E. Invited reflection: rejection sensitivity as a social-cognitive model of minority stress. **Arch Sex Behav**, v. 49, p. 2281-286, 2020.

LONGO, L. A. F. de B. Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 19, n. 2, p. 229-247, 2002.

LOURO, G. L. Corpo, escola e identidade. **Educação & Realidade**, v. 25, p. 59-76, jul./dez. 2000.

MACHADO, A; MOURA, M. (org.). **Poesia gay brasileira, antologia**. Belo Horizonte: Editora Machado, 2017.

MACRAE, E. **A construção da igualdade**: identidade sexual e política no Brasil da abertura. Campinas: Editora da Unicamp, 1990.

MACRAE, E. **A construção da igualdade**: política e identidade homossexual no Brasil da “abertura”. Salvador: EDUFBA, 2018.

MAGNO, L. *et al.* Discrimination based on sexual orientation against MSM in Brazil: a latent class analysis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, supl.1, 2019.

MANEA, L.; GILBODY, S.; MCMILLAN, D. A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 37, n. 1, p. 67-75, 2015.

MANTON, K. G.; WOODBURY, M. A.; TOLLEY, H. D. **Statistical applications using fuzzy sets**. Wiley series in probability and mathematical statistics: Probability and mathematical statistics. John Wiley & Sons, Incorporated, 1994.

MARÍN, G.; MARÍN, B. V. **Research with hispanic populations**. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1991.

MARTOS, A.; NEZHAD, S.; MEYER, I. H. Variations in sexual identity milestones among lesbians, gay men and bisexuals. *sexuality research & social policy*. **Journal of NSRC**, v. 12, n. 1, p. 24-33, 2015.

MASON, K. O. Gender and demographic change: what do we know? *In*: JONES, G. W. *et al.* (ed.). **The continuing demographic transition**. Oxford: Clarendon Press, 1997. p. 158-182.

MATTA, T. F. *et al.* O processo de identificação sexual na adolescência: um estudo qualitativo no Rio de Janeiro, Brasil. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, 2020.

MAYNARD, E. A.; GORSUCH, R. L. Gay and lesbian christians: faith and coping in the church. **American Journal of Pastoral Counseling**, v. 3, p. 59-70, 2001.

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**, v. 91, n. 11, p. 1869-1876, 2001.

MCCREESH, N. *et al.* Evaluation of respondent-driven sampling. **Epidemiology**, v.

23, n. 1, 138-147, 2012.

MCDONALD, P. **Families in Australia**. a socio-demographic perspective. Melbourne: Australian Institute of Family Studies, 1994.

MCDONALD, P. Demographic life transitions: an alternative theoretical paradigm. **Health Transition Review**, v. 6, p. 385-392, 1996.

MCDONALD, P. Gender equity in theories of fertility transition. **Population and Development Review**, v. 26, n. 3, p. 427-439, 2000.

MCQUEENEY, K. "We are god's children, y'all:" race, gender, and sexuality in lesbian- and gay-affirming congregations. **Social Problems**, v. 56, n. 1, p. 151-173, 2009.

MELO, L. *et al.* Health policies for lesbians, gays, bisexuals, transsexuals and transvestites in Brazil: the pursuit of universality, integrality and equity. **Sexualidad Salud y Sociedad**, v. 9, p. 7-28, 2011.

MENEZES, M.; QUEIROZ, B. L.; VERONA, A. P. Diferenciais na transição para vida adulta de homens e mulheres no Brasil: decompondo o diferencial de idade média à transição entre 1970 e 2010. *In*: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 21., 2018, Poços de Caldas. **Anais...** Poços de Caldas, 2018.

MERTENS, D. M. Transformative paradigm: mixed methods and social justice. **Journal of Mixed Methods Research**, v. 1, n. 3, p. 212-225, 2007.

MESQUITA M. Movimento de Mulheres Lésbicas no Brasil: Sinalizando algumas conquistas e desafios para o século XX. **Revista Lábia**, n. 18, 2004.

MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. **Psychol Bull.**, v. 129, n. 5, 2003.

MEYER, I. H. The elusive promise of LGBT equality. **American Journal of Public Health**, v. 106, n. 8, 2016.

MEYER, I. H. Rejection sensitivity and minority stress: a challenge for clinicians and interventionists. **Arch Sex Behav.**, v. 49, p. 2287-2289, 2020.

MEYER, I. H.; PACHANKIS, J. E.; KLEIN, D. N. Do genes explain sexual minority mental health disparities? **Arch Sex Behav.**, v. 50, p. 731-737, 2021a.

MEYER, I. H.; RUSSELL, S. T.; HAMMACK, P. L.; FROST, D. M.; WILSON, B. D. M. Minority stress, distress, and suicide attempts in three cohorts of sexual minority adults: A U.S. probability sample. **PLoS ONE**, v.16, n. 3, 2021b.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução Conjunta SES-MG/SEDPAC-MG/SEE-MG nº 207, de 17 de novembro de 2016**. Institui e dispõe sobre composição, competências e funcionamento do Comitê Técnico de Saúde

Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis – Comitê Técnico LGBT –, no âmbito do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Governo de Minas Gerais, 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.202, de 14 de agosto de 2020**. Aprova, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, a Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT. Belo Horizonte: Governo de Minas Gerais, 2020.

MIRANDA-RIBEIRO, P. **Telenovelas and the sexuality transition among teenagers in Brazil**. 1997. Tese (Doutorado em Sociologia) –The University of Texas, Austin, 1997.

MIRANDA-RIBEIRO, P. *et al.* Fecundidade na adolescência e religião em Belo Horizonte: um primeiro exercício. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 26, p. 305-308, 2009.

MIRANDA-RIBEIRO, P. *et al.* Demografia e religião nos últimos 30 anos: uma análise de conteúdo da Revista Brasileira de Estudos de População. **Horizonte: Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião**, v. 12, p. 1252-1282, 2014.

MIRANDA-RIBEIRO, P. *et al.* Baixa fecundidade e adiamento do primeiro filho no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 36, 2019.

MISKOLCI, R. **Desejos digitais**: uma análise sociológica da busca por parceiros on-line. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

MISKOLCI, R. **Teoria Queer**: um aprendizado pelas diferenças. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2020.

MIZE, T. D. Sexual orientation in the labor market. **American Sociological Review**, v. 81, n. 6, p. 1132-1160, 2016.

MOJTABAI, R.; OLDFSON, M.; & HAN, B. National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. **Pediatrics**, v. 138, n. 6, 2016.

MONGELLI, F. *et al.* Minority stress and mental health among LGBT populations: an update on the evidence. **Minerva Psichiatr.**, v. 60, p. 27-50, 2019.

MOON, D. **God, sex, & politics**: homosexuality and everyday theologies. Chicago, IL: University of Chicago Press, 2004.

MOTT, L. Pagode português: a subcultura gay nos tempos inquisitoriais. **Ciência e Cultura**, v. 40, p. 120-139, 1988.

MOTT, L. Os filhos da dissidência: o pecado da sodomia e sua nefanda matéria. **Revista Tempo**, v. 6, n. 11, p. 189-204, jul. 2001.

MOTT, L. A inquisição nas minas do Cuyabá. **Ñanduty**, v. 2, n. 2, p. 8-17, jan. 2014a.

MOTT, L. **São Tibira do Maranhão – Índio Gay Mártir**. Grupo Gay da Bahia: Salvador, 2014b.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.

MURAKAMI, R. C.; GOMES, C. J. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, 2012.

MUSTANSKI, B. S.; GAROFALO, R.; EMERSON, E. M. Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. **Am J Public Health**, v. 100, n. 12, p. 2426-2432, 2010.

NAME, L.; ROMIO, J. A. F. Mortes por agressão física de população lgbt no Brasil: taxas no armário. In: VII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE POBLACIÓN, 7., 2016, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu, 2016.

NEWCOMB, M. E. "I have no idea what's going on out there": parents' perspectives on promoting sexual health in lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents. **Sexuality research & social policy: journal of NSRC**, v. 15, n. 2, p. 111-122, 2018.

NEWCOMB, M. E. The influence of families on LGBTQ youth health: a call to action for innovation in research and intervention development. **LGBT Health**, v. 6, n. 4, p. 139-145, 2019.

NUDHES. Disponível em: <https://www.nudhes.com>. Acesso em: 20 dez. 2018.

O'BRIEN, J. Wrestling the angel of contradiction: *queer* christian identities. **Culture and Religion**, v. 5, p. 179-202, 2004.

O'REILLY, L. M. Sexual orientation and adolescent suicide attempt and self-harm: a co-twin control study. **Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines**, v. 10, 2020.

OCAMPO, A. C. The gay second generation: sexual identity and family relations of filipino and latino gay men. **Journal of Ethnic and Migration Studies**, v. 40, n. 1, p. 155-173, 2014.

PACHANKIS, J. E.; HATZENBUEHLER, M. L.; STARKS, T. J. The influence of structural stigma and rejection sensitivity on young sexual minority men's daily tobacco and alcohol use. **Social Science & Medicine**, v. 103, p. 67-75, 2014.

PACHANKIS, J. E. *et al.* LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority

stress approach. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 83, n. 5, p. 875-889, 2015.

PACHANKIS, J. E.; BRÄNSTRÖM, R. Hidden from happiness: structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 86, n. 5, p. 403-415, 2018.

PARKER, R. *Corpos, prazeres e paixões: cultura sexual no brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller, 1991.

PARKER, R. *Abaixo do Equador: culturas de desejo, homossexualidade masculina e comunidade gay no Brasil*. Rio de Janeiro: Record, 2002.

PARMENTER, J. G. *et al.* Masculine gender role congruence among sexual minority men. **Journal of LGBT Issues in Counseling**, v. 13, n. 2, p. 134-151, 2019.

PATRÓN, O. E. Precarious familismo among Latinas/os/xs: Toward a critical theoretical framework centering queer communities. **Journal of Social and Personal Relationships**, v. 38, n. 3, p. 1085-1102, 2021.

PEREIRA, H.; COSTA, P. A. Modeling the impact of social discrimination on the physical and mental health of Portuguese gay, lesbian and bisexual people. **Innovation: the European Journal of Social Sciences**, v. 29, n. 2, p. 205-217, 2016.

PEREIRA, A. J.; NICHATA, L. Y. I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, jul. 2011.

PERLONGHER, N. **O negócio do michê: prostituição viril em São Paulo**. São Paulo: Brasiliense, 1987

PINTO, I. V. *et al.* 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**, v. 23, n. Supl. 01, 2020.

PITT, R. N. "Killing the Messenger": religious black gay men's neutralization of anti-gay religious messages. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 49, p. 56-72, 2010.

PITTS, M. *et al.* *Private lives: a report on the health and wellbeing of GLBTI australians*. Melbourne: gay and lesbian health Victoria and the Australian Research Centre in sex health and society. La Trobe University, 2006.

PLUG, E.; BERKHOUT, P. Effects of Sexual Preferences on Earnings in the Netherlands. **Journal of Population Economics**, v. 17, n. 1, p. 117-131, 2004.

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e

desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, maio 2017.

PRADO, M. A. M.; MACHADO, F. V. **Preconceito contra homossexualidades: hierarquia da invisibilidade**. São Paulo: Cortez, 2008.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Relatório de atividades de 2015 do Centro de Referência de Políticas Públicas para a População LGBT do município de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: PBH, 2015. (Documento administrativo).

QUINALHA, R. Os direitos LGBT sob o governo Bolsonaro. **Le Monde Diplomatique Brasil**, São Paulo, 31 maio 2019. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/os-direitos-lgbt-sob-o-governo-bolsonaro/>. Acesso em: 28 de out. 2019.

RAIFMAN, J. *et al.* Difference-in-differences analysis of the association between state same-sex marriage policies and adolescent suicide attempts. **JAMA Pediatrics**, v. 171, p. 350-356, 2017.

RAIFMAN, J. *et al.* Association of state laws permitting denial of services to same-sex couples with mental distress in sexual minority adults: a difference-in-differences analysis. **JAMA Psychiatry**, v. 75, p. 671-677, 2018.

RESNICK, M. D. *et al.* Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. **JAMA**, v. 278, n. 10, p. 823-832, 1997.

RESNICK, M. D. *et al.* Seizing the opportunities of adolescent health. **Lancet**, v. 379, n. 9826, p. 1564-1567, 2012.

RICHTER, B. E. J.; LINDAHL, K. M.; MALIK, N. M. Examining ethnic differences in parental rejection of LGB youth sexual identity. **Journal of Family Psychology**, v. 31, n. 2, p. 244-249, 2017.

RILEY, N. E. Demography of gender. *In*: POSTON, D. L.; MICKLIN, M. (ed.). **Handbook of Population**. Berlim, Springer, 2005. p. 1009-1141.

ROBERTS, A. L. *et al.* Pervasive trauma among US sexual orientation minority adults and risk of posttraumatic stress disorder. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 12, p. 2433-2441, 2010.

ROSARIO, M.; SCHRIMSHAW, E. W.; HUNTER, J. A model of sexual risk behaviors among young gay and bisexual men: Longitudinal associations of mental health, substance abuse, sexual abuse, and the coming-out process. **AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education**, v. 18, n. 5, p. 444-460, 2006.

ROESLER, C. R.; SANTOS, P. A. Argumentação jurídica utilizada pelos tribunais brasileiros ao tratar das uniões homoafetivas. **Revista DIREITO GV**, v. 10, n. 2, p. 615-638, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1808-2432201426>. Acesso em: 10 ago. 2021.

RUQUOY, D. Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. *In: ALBARELLO, Luc et al. Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, 2005. p. 84-116.

RUSSELL, S. T.; FISH, J. N. Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. **Annu Rev Clin Psychol.**,v. 12, p. 465-487, 2016.

RUST, P. C. R. **Bisexuality in the United States: a social science reader**. New York: Columbia University Press, 2000.

RYAN, C. *et al.* Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. **Journal of child and adolescent psychiatric nursing**, v. 23, n. 4, p. 205-213, 2010.

RYAN, C *et al.* Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and latino lesbian, gay, and bisexual young adults. **Pediatrics**, v. 123. p. 346-352, 2009.

SALGANIK, M. J. Commentary: respondent-driven sampling in the real world. **Epidemiology**, v. 23, n. 1, p. 148-150, 2012.

SANDFORT, T. G. *et al.* Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: findings from the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). **Arch Gen Psychiatry**, v. 58, n. 1, p. 85-91, 2001.

SANDFORT, T. G.; de GRAAF R.; BIJL, R. V. Same-sex sexuality and quality of life: findings from the Netherlands mental health survey and incidence study. **Arch Sex Behav.**, v. 32, n. 1, p. 15-22, 2003.

SANDFORT, T. G. *et al.* Same-Sex sexuality and psychiatric disorders in the second Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS – 2). **LGBT Health.**, v. 1, n. 4, p. 292-301, 2014.

SANTOS, I. S. *et al.* Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1533-1543, 2013.

SAVIN-WILLIAMS, R. C.; REAM, G. L. Sex variations in the disclosure to parents of same-sex attractions. **Journal of Family Psychology**, v. 17, n. 3, p. 429-438, 2003.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde**, p. 757-776, 2002.

SCHOPE, R. D.; ELIASON, M. J. Sissies and tomboys: gender role behaviors and homophobia. **J. Gay Lesbian Soc. Serv.**, v. 16, p. 73-97, 2004.

SEMLYEN, J. *et al.* Sexual orientation and symptoms of common mental disorder or low wellbeing: combined meta-analysis of 12 UK population health surveys. **BMC Psychiatry**, v. 16, 2016.

SHILO, G.; SAVAYA, R. Effects of family and friend support on LGB youths' mental health and sexual orientation milestones. **Family Relations**, v. 60, p. 318-330, 2011.

SILVA, P. F. da; COSTA, N. do R.. Saúde mental e os planos de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4653-4664, dez. 2011.

SILVA, W. R.; SANTOS, D. D. Trabalho e bem-estar: uma comparação entre casais heterossexuais e homoafetivos brasileiros. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 44., 2015. Foz do Iguaçu, Paraná. Anais... Foz do Iguaçu: Anpec, 2015.

SILVA, M. M. L. *et al.* Família e orientação sexual: dificuldades na aceitação da homossexualidade masculina. **Temas em Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 677-692, 2015.

SILVA, S. A. G.; LENA, F. F.; MIRANDA-RIBEIRO, P. Demografia e diversidade sexual: uma análise da produção acadêmica sobre gênero e identidade sexual na demografia entre 2000 e 2017. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 21., 2018, Poços de Caldas. **Anais...** Poços de Caldas, 2018.

SILVA, S. A. G.; LENA, F. F.; CARVALHO, J. A. M. Debates e desafios na análise dos dados de mortalidade por violência de pessoas trans em países selecionados nas Américas entre 2008 e 2017. *In*: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA DE POPULAÇÃO, 8., 2018, Puebla. **Anais...** Puebla, 2018.

SIMONS, L. G.; BURT, C; TAMBLING, R. Identifying mediators for the influence of family factors on risky sex. **Journal of Child and Family Studies**, v. 22, p. 460-470, 2013.

SOARES, G. S.; COSTA, J. C. Movimento lésbico e movimento feminista no Brasil: recuperando encontros e desencontros. **Labrys, études féministes**, 2012.

SOUZA, L. C. G. Parenting intentions of same-sex couples: a case study in Brasília, Brazil. 2020. Tese (Doutorado em Demografia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

STANFORD CHILDREN'S HEALTH. **Youth mental health and wellness**. 2021. Disponível em: <https://www.stanfordchildrens.org/content-public/pdf/mental-health-resource-roadmap-stanford-childrens.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

STEWART, J. L. *et al.* Developmental patterns of sexual identity, romantic attraction, and sexual behavior among adolescents over three years. **Journal of Adolescence**, v. 77, p. 90-97, 2019.

STUEVE, A., O'DONNELL, L.; LINK, B. Gender differences in risk factors for violent behavior among economically disadvantaged African American and Hispanic young adolescents. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 24, n. 4-5, p. 539-557, 2001.

SULIANO, D. *et al.* Orientação sexual e diferencial de salários no mercado de trabalho brasileiro. **Economia Aplicada**, v. 20, n. 3, p. 195-221, 2016.

SULIANO, D.; CAVALCANTE, A. L.; RODRIGUES, L. Orientação sexual no Brasil utilizando decomposição quantílica incondicional. **Economia e Sociedade**, v. 30, p. 259-285, 2021.

SUMERAU, J. E. “Some of us are good, god-fearing folks”: justifying religious participation in an LGBT christian church. **Journal of Contemporary Ethnography**, v. 46, n. 1, p. 3-29, 2017.

SUMERAU, J.; EDWARD, B. “Somewhere between evangelical and queer”: sexual-religious identity work in an LGBT christian church. *In*: NEWMAHR, S.; WEINBERG, T. (ed.). **Selves, symbols, and sexualities: contemporary readings**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2013. p. 80-113.

SUMERAU, J.; EDWARD, C.; RYAN T. “Why would our heavenly father do that to anyone”: Oppressive othering through sexual classification schemes in the Church of Jesus Christ of Latter-Day Saints. **Symbolic Interaction**, v. 37, n. 3: p. 331-352, 2014.

TAQUETTE, S. *et al.* A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, n. 3, p. 148-152, 2005.

TAQUETTE, S. R.; RODRIGUES, A. O. Experiências homossexuais de adolescentes: considerações para o atendimento em saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v. 19, n. 55, p. 1181-1191, 2015.

TOLEDO, L. G.; TEIXEIRA FILHO, F. S. Homofobia familiar: abrindo o armário “entre quatro paredes”. **Arq. Bras. Psicol.**, v. 65, n. 3, p. 376-391, 2013.

TREVISAN, J. S. **Devassos no paraíso – a homossexualidade no Brasil da colônia à atualidade**. 4. ed. São Paulo: Objetiva, 2018.

TROIDEN, R. R. The formation of homosexual identities. **Journal of Homosexuality**, v. 17, p. 43-73, 1989.

UNAIDS. **Introduction to HIV/AIDS and sexually transmitted infection surveillance: Module 4: Introduction to respondent-driven sampling**. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2013.

UNFPA. **Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento – Plataforma de Cairo**. 1994 . Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

VERONA, A. P. A.; REGNERUS, M. Pentecostalism and premarital sexual initiation in Brazil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 31, n. 1, p. 99-115, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-30982014000100006>. Acesso em: 11 jul. 2020.

VERONA, A. P. A. Explanations for religious influence on adolescent sexual behavior in Brazil: direct and indirect effects. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 28, n. 1, p. 187-201, 2011.

Watts D. **Small worlds**. Princeton: Editora Princeton University, 2004.

WEAVER-HIGHTOWER, M. B. A mixed methods approach for identifying influence on public policy. **Journal of Mixed Methods Research**, v. 8, n. 2, p. 115-138, 2014.

WEJNERT, C.; HECKATHORN, D. D. Web-Based network sampling: efficiency and efficacy of respondent-driven sampling for online research. **Sociological Methods and Research**, v. 37, n. 1, 2008.

WELLS, T. T.; TUCKER, R. P.; KRAINES, M. A. Extending a rejection sensitivity model to suicidal thoughts and behaviors in sexual minority groups and to transgender mental health. **Arch Sex Behav.**, v. 49, p. 2291-2294, 2020.

WHITE, R. G. *et al.* Respondent driven sampling – where we are and where should we be going? **Sexually Transmitted Infections**, v. 88, p. 397-399, 2012.

WHITE, Y. *et al.* Family relationships and sexual orientation disclosure to family by gay and bisexual men in Jamaica. **Int J Sex Health.**, v. 28, n. 4, p. 306-317, 2016.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. **Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up Part 1**. Copenhagen: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health: a state of well-being**. 2014. Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/. Acesso em: 30 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Geneva: World Health Organization, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Basic documents: forty-ninth edition**. Geneva: World Health Organization, 2020.

WIENKE, C.; HILL, G. J. The relationship between multiple roles and well-being among gay, lesbian, and heterosexual adults. **Journal of GLBT Family Studies**, v. 9, n. 4, p. 305-329, 2013.

WIGHT, R. G.; LEBLANC, A. J.; BADGETT, M. V. L. Same-Sex legal marriage and psychological well-being: findings from the California Health Interview Survey. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 2, 339-346, 2013.

WILCOX, M. M. **Queer women and religious individualism**. Bloomington: Indiana University Press, 2009.

YIN, R. J. Designing case studies. *In*: Yin, R. K. (ed.). **Case study research: design and methods**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 2003. p. 61-77.

ZIETSCH, B. P. *et al.* Do shared etiological factors contribute to the relationship between sexual orientation and depression? **Psychological Medicine**, v. 42, p. 521-532, 2012.

Anexos

Anexo 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Survey Online)

Você está sendo convidado a participar da “Pesquisa M@n@s- Saúde¹¹”, que tem como objetivo analisar a qualidade de vida relacionada à saúde, o acesso e a adequabilidade do sistema de saúde para lidar com as necessidades da população LGBT+.

A sua participação consiste em responder um questionário sobre sua saúde, estilo de vida, comportamentos e utilização dos serviços de saúde. Há também a possibilidade de que você seja convidado a participar de outras etapas deste estudo, como responder a outros questionários ou participar de entrevistas presenciais. Caso você seja selecionado para essas etapas posteriores, entraremos em contato contigo.

Os bancos de dados e os arquivos dos áudios das entrevistas ficarão guardados em uma conta de armazenamento em nuvem criada especificamente para o projeto, com acesso restrito aos pesquisadores por no máximo 10 anos. É importante ressaltar que sua privacidade será respeitada, ou seja, qualquer dado ou elemento que possa te identificar será mantido em sigilo. Além disso você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar se justificar.

O questionário está dividido em 4 blocos, com 70 perguntas no total e tempo médio de resposta de 18 minutos. No entanto, se você não conseguir responder tudo de uma vez, fique tranquilo. É possível salvar as respostas e voltar a responder depois de onde você parou.

A sua participação nesta pesquisa pode implicar em alguns riscos e desconfortos em relação a alguma das perguntas realizadas. Grande parte destes são minimizados pela garantia de sigilo quanto á sua identificação. Caso mesmo assim você se sinta desconfortável, pode optar por não responder todas as perguntas, ou por se retirar-se do estudo. Além disso, a

¹¹ O nome oficial deste estudo é “Qualidade de vida relacionada à saúde e adequabilidade do sistema de saúde para lidar com as necessidades da população LGBT”.

equipe responsável estará preparada para te auxiliar na identificação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) mais próximo da sua residência.

Não estão previstos benefícios financeiros com a sua participação na pesquisa. Entretanto, a sua colaboração auxiliará no entendimento dos aspectos que afetam a qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas LGBT+ e seu acesso aos serviços de saúde, possibilitando melhorar o entendimento das necessidades e, conseqüentemente, o atendimento dessa população pelo SUS.

Os pesquisadores envolvidos neste projeto são: Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha (email: knoronha@cedeplar.ufmg.br/telefone: (31) 3409-7100); Paula de Miranda-Ribeiro (email: paula@cedeplar.ufmg.br / telefone: (31) 3409-7100); Gilvan Guedes (email: gilvan.r.guedes@gmail.com / telefone: (31) 3409-7100); e Samuel Araujo Gomes da Silva (email: sagsilva@cedeplar.ufmg.br/telefone: (31) 99638-2828); e com eles você poderá manter contato pelos seus respectivos e-mails e telefones.

Em caso de dúvidas éticas, reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa.

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.

Por fim, reforçamos que estamos inteiramente à disposição para te ajudar em tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação. Desta forma, se você concordar com os termos propostos acima, por favor, manifeste, por meio do clique no botão **CONCORDO**, o seu livre consentimento em participar.

CONCORDO EM PARTICIPAR

NÃO CONCORDO EM PARTICIPAR

Anexo 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Entrevistas Semiestruturadas)

OBJETIVOS DO ESTUDO

Você, _____

¹², está sendo convidada(o) a participar da “Pesquisa M@n@s¹³”, que tem como objetivo analisar a qualidade de vida relacionada à saúde, o acesso e a adequabilidade do sistema de saúde para lidar com as necessidades da população LGBT. A sua participação consiste em responder um questionário sobre você e participar de uma entrevista.

PROCEDIMENTOS e CONFIDENCIALIDADE

A sua participação no referido estudo consiste em responder um questionário e uma entrevista semiestruturada com perguntas sobre sua atuação como prestador de serviços saúde ou gestor de políticas para a população LGBT. As entrevistas poderão ser gravadas em áudio e esses arquivos ficarão guardados em uma conta de armazenamento em nuvem criada para o projeto e que será acessada apenas pelos pesquisadores por no máximo 10 anos. É importante ressaltar, que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, te identificar, será mantido em sigilo. Além disso você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar.

¹² (*nome completo, nacionalidade, idade, estado civil, profissão, endereço, RG*).

¹³ O nome oficial deste estudo é “Qualidade de vida relacionada à saúde e adequabilidade do sistema de saúde para lidar com as necessidades da população LGBT”.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

A sua participação nesta pesquisa pode implicar em alguns riscos e desconfortos em relação a algumas das perguntas realizadas. A maior parte destes serão minimizados pela garantia de sigilo quanto a identificação dos respondentes. Caso mesmo com a garantia de sigilo você se sinta desconfortável ao responder o questionário, pode optar por não responder todas as perguntas, ou por retirar-se do estudo. Além disso, a equipe responsável estará preparada para te auxiliar na identificação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) mais próximo da sua residência ou local de trabalho². Cabe salientar que não estão previstos benefícios financeiros com a participação na pesquisa. Entretanto, a sua participação neste estudo auxiliará no entendimento dos aspectos que afetam a qualidade de vida relacionada à saúde da população LGBT e seu acesso aos serviços de saúde, possibilitando melhorar o entendimento das necessidades e, conseqüentemente, o atendimento dessa população pelo SUS no estado de Minas Gerais.

DÚVIDAS

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha (email: knoronha@cedeplar.ufmg.br/telefone: (31) 3409-7100); Paula de Miranda-Ribeiro (email: paula@cedeplar.ufmg.br/telefone: (31) 3409-7100); e Samuel Araujo Gomes da Silva (email: sagsilva@cedeplar.ufmg.br/telefone: (31) 99638-2828); e com eles poderá manter contato pelos seus respectivos e-mails e telefones.

Em caso de dúvidas éticas, reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – COEP – UFMG por meio do endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901, Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005, pelo telefone (031) 3409-4592 ou pelo email: coep@prpq.ufmg.br.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Em caso de dúvidas éticas, reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa.

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.

CONSENTIMENTO

Este termo seguirá em duas vias com espaço destinado para rubricas. Tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifeste, por meio da sua assinatura nas duas vias deste documento, o seu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2019.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Nome(s) e assinatura(s) do(s) pesquisador(es) responsável(responsáveis)

Anexo 3 - Dicionário - Pesquisa Manas baseline

Código de identificação	Variável		Categorias de Respostas
v1	Idade		Contínua
v1a	Idade 1	1	18 - 29
		2	30 - 59
		3	60+
v1b	Idade 2	1	18 a 25
		2	26 a 30
		3	31 a 38
		4	39 a 49
		5	50+
v2	Raça/Cor	1	Branco
		2	Preto
		3	Pardo
		4	Asiático
		5	Indígena
v2a	Raça/cor	1	Branco/Asiático
		2	Preto/Pardo/Indig
v3	Cidade		Aberto

v4	Você passou a maior parte da sua infância nessa cidade	0	Sim
		1	Não
<hr/>			
v5	Sexo	1	Masculino
		2	Feminino
		3	Outros
<hr/>			
v6	Identidade de Gênero	1	Masculina
		2	Feminina
		3	Outras
<hr/>			
v7	Orientação Sexual	1	Lésbica
		2	Gay
		3	Bissexual
		4	Pansexual
		5	Outros
<hr/>			
v8	Quantos anos você tinha quando percebeu que não era heterossexual?		Contínua
<hr/>			
v9a	Quantos anos você tinha quando disse pela primeira vez a alguém que era lésbica?		Contínua
<hr/>			

v9b	Quantos anos você tinha quando disse pela primeira vez a alguém que era gay?		Contínua
v9c	Quantos anos você tinha quando disse pela primeira vez a alguém que era bissexual?		Contínua
v9d	Quantos anos você tinha quando disse pela primeira vez a alguém que era pansexual?	v9d	Contínua
v10a	Em um mês comum, você interage (incluindo conversas, visitas, trocas de telefonemas ou e-mails, etc) com Lésbicas	0	Sim
		1	Não
v10b	Em um mês comum, você interage (incluindo conversas, visitas, trocas de telefonemas ou e-mails, etc) com Gays	0	Sim
		1	Não

v10c	Em um mês comum, você interage (incluindo conversas, visitas, trocas de telefonemas ou e-mails, etc) com Bissexuais ou Panssexuais	0	Sim
		1	Não
v10d	Em um mês comum, você interage (incluindo conversas, visitas, trocas de telefonemas ou e-mails, etc) com Trans	0	Sim
		1	Não
v10e	Em um mês comum, você interage (incluindo conversas, visitas, trocas de telefonemas ou e-mails, etc) com Heterossexuais	0	Sim
		1	Não
v11a	Com quantas Lésbicas você interagiu nos últimos 30 dias (incluindo conversas, visitas, trocas de telefonemas	v11a	Contínua

	ou e-mails, etc)?		
v11b	Quantas dessas lésbicas moram em Minas Gerais?	v11b	Contínua
v11c	De quantas dessas lésbicas que moram em MG você tem o contato e sabe o nome e sobrenome?	v11c	Contínua
v12a	Com quantos gays você interagiu nos últimos 30 dias (incluindo conversas, visitas, trocas de telefonemas ou e-mails, etc)?	v12a	Contínua
v12b	Quantas dessas gays moram em Minas Gerais?	v12b	Contínua
v12c	De quantas desses gays que moram em MG você tem o contato e sabe o nome e sobrenome?	v12c	Contínua

v13a	Com quantos pessoas bissexuais ou pansexuais você interagiu nos últimos 30 dias (incluindo conversas, visitas, trocas de telefonemas ou e-mails, etc)?	v13a	Contínua
v13b	Quantas dessas pessoas bissexuais ou pansexuais moram em Minas Gerais?	v13b	Contínua
v13c	De quantas desses pessoas bissexuais ou pansexuais que moram em MG você tem o contato e sabe o nome e sobrenome?	v13c	Contínua
v14	Você está	1	Solteiro
		2	Namorando
		3	Casado
		4	Morando Juntas
		5	União estável
		6	Divorciada
		7	Viúva
		8	Outro

v14a	Seu relacionamento é	0	Monogâmico
		1	Não-Monogâmico
v15	Você já se casou (oficialmente ou informalmente) com alguém DO SEXO OPOSTO?	0	Sim
		1	Não
v15a	Quantos anos você tinha quando se casou com alguém do sexo oposto?	v15a	Contínua
v16	Você já se casou (oficialmente ou informalmente) com alguém DO MESMO SEXO?	0	Sim
		1	Não
v16a	Quantos anos você tinha quando se casou com alguém do mesmo sexo?	v16a	Contínua
v17	Até quando você estudou?	1	Analf/Fund incomp
		2	Fund II completo
		3	Medio completo
		4	Superior completo

v17a	Educação 2	0	Até ensino médio completo
		1	Superior incompleto ou mais
v18	Você trabalhou nos últimos 30 dias? (sem incluir os cuidados com sua casa)	0	Sim
		1	Não
v19	Qual foi o seu cargo ou ocupação neste emprego?	v19	aberta
v20	Classe socioeconômica	1	A
		2	B1/B2
		3	C1/C2
		4	D/E
v20a	Classe socioeconômica 2	1	A
		2	B1/B2
		3	C1/C2/D/E
v21	A sua casa está cadastrada no programa Saúde da Família?	0	Sim
		1	Não
v22	Quando foi cadastrada ou registrada?	1	Menos de 1 ano
		2	Entre 1 e 2 anos

		3	Mais de 2 anos
		4	Não sei
v23	Incluindo você, quantas pessoas moram na sua casa	1	1
		2	2
		3	3
		4	4
		5	5
		6	6+
v24	Quem são essas pessoas (Por favor, marque TODAS que se aplicam)	1	Pai/Padrasto
		2	Mãe/Madastra
		3	Irmão(s)
		4	Irmã(s)
		5	Outros parentes
		6	Companheiro
		7	Filhos/enteados
		8	Amigos
		9	Colegas de quarto/república/pensionato
v25	Quem é a pessoa que mora na sua casa que foi mais tempo à escola?	1	Eu
		2	Pai/Padrasto
		3	Mãe/Madastra
		4	Irmão(s)

		5	Irmã(s)
		6	Outros parentes
		7	Companheiro
		8	Filhos/enteados
		9	Companheiro
		10	Colegas de quarto/república/pensionato
		11	Outros
v25a	Até qual curso essa pessoa estudou?	1	Analf/Fund incomp
		2	Fund II completo
		3	Medio completo
		4	Superior completo
		5	Pós-graduação
v26	Qual a religião ou culto que você frequenta atualmente? (Marque apenas aquela que você se identifica mais)	1	Católica
		2	Evangelica
		3	Espítica/Kardecista
		4	Umbanda
		5	Candomblé
		6	Budista
		7	Judaismo
		8	Agnostico
		9	Ateu
		10	Nenhuma

		11	Outras
v26a	Com que frequência você costuma ir a essa igreja, culto ou serviço religioso:	1	Mais de uma vez a semana
		2	Uma vez na semana
		3	Duas vezes ao mês
		4	Uma vez ao mês
		5	Uma vez a cada 6 meses
		6	Uma vez ao ano
		7	Menos de uma vez ao ano
v27	Qual a religião ou culto em que você foi criado? (Marque apenas a que sua família frequentou por mais tempo quando você era criança)	1	Católica
		2	Evangelica
		3	Espítica/Kardecista
		4	Umbanda
		5	Candomblé
		6	Budista
		7	Judaísmo
		8	Agnostico
		9	Ateu
		10	Nenhuma
		11	Outras
COMO VOCÊ SE SENTIU NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS. Neste período, com que frequência você foi afetada(o) por alguma das seguintes situações abaixo:			
v28a	pouco interesse ou	0	Nenhuma Vez

	pouco prazer em fazer as coisas	1	Menos da metade dos dias
		2	Mais da metade dos dias
		3	Quase todos os dias
v28b	“para baixo”, deprimida(o) ou sem perspectiva	0	Nenhuma Vez
		1	Menos da metade dos dias
		2	Mais da metade dos dias
		3	Quase todos os dias
v28c	dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	Nenhuma Vez
		1	Menos da metade dos dias
		2	Mais da metade dos dias
		3	Quase todos os dias
v28d	cansada(o) ou com pouca energia	0	Nenhuma Vez
		1	Menos da metade dos dias
		2	Mais da metade dos dias
		3	Quase todos os dias
v28e	falta de apetite ou comendo demais	0	Nenhuma Vez
		1	Menos da metade dos dias
		2	Mais da metade dos dias
		3	Quase todos os dias
v28f	mal consigo mesma(o) — ou achou que você	0	Nenhuma Vez
		1	Menos da metade dos dias

	é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesma(o)	2	Mais da metade dos dias
		3	Quase todos os dias
v28g	dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	Nenhuma Vez
		1	Menos da metade dos dias
		2	Mais da metade dos dias
		3	Quase todos os dias
v28h	lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitada(o) ou irrequieta(o) que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	Nenhuma Vez
		1	Menos da metade dos dias
		2	Mais da metade dos dias
		3	Quase todos os dias
v28i	pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morta(o)	0	Nenhuma Vez
		1	Menos da metade dos dias
		2	Mais da metade dos dias
		3	Quase todos os dias
v29	Severidade de	0	Sem depressão

	depressão (PHQ-9)	1	Depressão menor
		2	Depressão maior
v30a	Em geral você diria que nas últimas 4 semanas a sua saúde esteve:	1	Excelente
		2	Muito Boa
		3	Boa
		4	Regular
		5	Ruim
		6	Muito ruim
v30b	Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?	1	Nenhuma
		2	Muito Leve
		3	Leve
		4	Moderada
		5	Grave
		6	Muito Grave
v30c	Durante as últimas 4 semanas, em que medida a sua saúde física limitou suas atividades físicas habituais (como se locomover ou se deslocar de um lugar para outro)?	1	Não dificultou de forma nenhuma
		2	Dificultou quase nada
		3	Dificultou um pouco
		4	Dificultou muito
		5	Não pude fazer atividades físicas

v30d	Durante as últimas 4 semanas, em que medida a sua saúde física limitou o seu trabalho diário, tanto dentro como fora de casa?	1	Não dificultou de forma nenhuma
		2	Dificultou quase nada
		3	Dificultou um pouco
		4	Dificultou muito
		5	Não pude fazer meu trabalho diário
vc30e	Durante as últimas 4 semanas, quanta disposição e energia você teve?	1	Bastante
		2	Muita
		3	Alguma
		4	Pouca
		5	Nenhuma
v30f	Durante as últimas 4 semanas, em que medida você tem sido incomodada(o) por problemas emocionais, como se sentir ansiosa(o), deprimida(o) e irritada(o)?	1	Não tenho sido incomodada(o) de forma alguma
		2	Um pouco
		3	Moderadamente
		4	Muito
		5	Extremamente
v30g	Durante as últimas 4 semanas, em que medida os problemas pessoais ou emocionais impediram	1	De forma nenhuma
		2	Ligeiramente
		3	Moderadamente
		4	Bastante

	você de realizar seu trabalho habitual, ir à escola ou outras atividades diárias, incluindo o trabalho dentro de casa?	5	Extremamente
v30h	Durante as últimas 4 semanas, em que medida você tem sido incomodada(o) por problemas emocionais, como se sentir ansiosa(o), deprimida(o) e irritada(o)?	1	Não tenho sido incomodada(o) de forma alguma
		2	Um pouco
		3	Moderadamente
		4	Muito
		5	Extremamente
v31	Qualidade de vida relacionada à saúde – Física	v31	Contínua
v32	Qualidade de vida relacionada à saúde – Mental	v32	Contínua
Levando em consideração as últimas 4 semanas, marque a alternativa que representa quantas vezes você usou cada uma dessas substâncias? (Por favor, marque TODAS que se aplicam)			
v33a	Álcool	0	Nunca usei na vida
		1	Já usei, mas não nos últimos 30 dias

		2	Eu usei 3 vezes nos últimos 30 dias
		3	Eu usei uma vez por semana nos últimos 30 dias
		4	Usei mais de uma vez por semana nos últimos 30 dias
v33b	Cigarro de tabaco	0	Nunca usei na vida
		1	Já usei, mas não nos últimos 30 dias
		2	Eu usei 3 vezes nos últimos 30 dias
		3	Eu usei uma vez por semana nos últimos 30 dias
		4	Usei mais de uma vez por semana nos últimos 30 dias
v33c	Maconha	0	Nunca usei na vida
		1	Já usei, mas não nos últimos 30 dias
		2	Eu usei 3 vezes nos últimos 30 dias
		3	Eu usei uma vez por semana nos últimos 30 dias
		4	Usei mais de uma vez por semana nos últimos 30 dias
v33d	Cocaina	0	Nunca usei na vida

		1	Já usei, mas não nos últimos 30 dias
		2	Eu usei 3 vezes nos últimos 30 dias
		3	Eu usei uma vez por semana nos últimos 30 dias
		4	Usei mais de uma vez por semana nos últimos 30 dias
v33e	Êxtase (bala)	0	Nunca usei na vida
		1	Já usei, mas não nos últimos 30 dias
		2	Eu usei 3 vezes nos últimos 30 dias
		3	Eu usei uma vez por semana nos últimos 30 dias
		4	Usei mais de uma vez por semana nos últimos 30 dias
v33f	LSD (doce)	1	Nunca usei na vida
		2	Já usei, mas não nos últimos 30 dias
		3	Eu usei 3 vezes nos últimos 30 dias
		4	Eu usei uma vez por semana nos últimos 30 dias
		5	Usei mais de uma vez por semana nos últimos 30 dias

v34	Relações sexuais nos últimos 12 meses	0	Sim
		1	Não
v35	Identidade de Gênero dessa Pessoa	1	Feminina
		2	Masculina
		3	Não sei
		4	Outra
v36	Usaram camisinha	0	Sim
		1	Não
v36a	Razão do não uso de camisinha	1	Confio na minha parceira/ no meu parceiro
		2	Não gosto de usar
		3	Não me sinto confortável com as opções de camisinha disponíveis no mercado
		4	O uso de camisinha não é eficiente para o tipo de sexo que eu faço
		5	Minha parceira/Meu parceiro não quis usar
		6	O tesão foi mais forte
		7	Usou outro método
		8	Outra
		9	Não Sabe

v36b	Você sabe onde você consegue camisinha masculina?	0	Sim
		1	Não
v36c	Aonde você consegue camisinha masculina?	0	Hospital público
		1	Hosp. Conveniado/ SUS
		2	Centro/ posto de saúde
		3	Agente de saúde
		4	Posto/ agente comunitário
		5	Farmácia
		6	Supermercado
		7	Outro lugar
v36d	Você sabe onde você consegue camisinha feminina?	0	Sim
		1	Não
v36e	Aonde você consegue camisinha feminina?	0	Hospital público
		1	Hosp. Conveniado/ SUS
		2	Centro/ posto de saúde
		3	Agente de saúde
		4	Posto/ agente comunitário
		5	Farmácia
		6	Supermercado
		7	Outro lugar
v37	Algum(a) médico(a) ou	1	Diabetes (exceto gestacional)

	profissional de saúde já lhe disse que você tem ou teve algumas das seguintes condições de saúde?	2	Pressão alta
		3	Doenças cardiovasculares (doenças do coração)
		4	Doenças respiratórias crônicas
		5	HIV / AIDS
		6	Outras ISTs
		7	Insuficiência renal crônica
		8	Câncer
		9	Depressão
		10	Ansiedade
		11	Hepatite
		12	Nunca fui disgnosticado com nenhuma dessas condições de saúde
v38	Você tem plano de saúde?	0	Sim
		1	Não
v39	Você faz psicoterapia ou psicanálise?	0	Sim
		1	Não
v40	Você já mencionou sua identidade de gênero ou orientação sexual durante o atendimento	0	Sim
		1	Não

v40a	Ela ou ele mudou o comportamento ou atitude com você após a sua resposta?	0	Sim
		1	Não
v40b	Você considera que essa mudança melhorou o atendimento?	0	Sim, melhorou
		1	Piorou
v41	Você já se sentiu discriminada(o) ou tratada(o) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde por algum(a) médica(o) ou outro profissional de saúde por um desses motivos?	0	Nunca me senti discriminada(o) no serviço de saúde
		1	Falta de dinheiro
		2	Classe social
		3	Raça/cor
		4	Tipo de ocupação
		5	Tipo de doença
		6	Orientação sexual
		7	Identidade de gênero
			Religião/crença
		8	Sexo/Gênero
		9	Idade
10	Outra		
v42	Quando foi a última	1	Há menos de 2 semanas

	vez que você consultou um(a) médica(o)	2	Entre 15 dias e um mês
		3	Entre 1 e 3 meses
		4	Entre 3 meses e 1 ano
		5	Há mais de um ano
		6	Há mais de 5 anos
v43	Por qual motivo você precisou consultar um(a) médico(a) pela ÚLTIMA VEZ?	1	Acidente ou lesão
		2	Continuação de tratamento ou terapia
		3	Consulta pré-natal
		4	Exame médico periódico
		5	Outro exame médico
		6	Condição de saúde mental
		7	Doença ou outro problema de saúde
		8	Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)
		9	Profilaxia Pós-Exposição (PEP)
		10	Outro
v44	Onde procurou o PRIMEIRO atendimento médico por ESTE motivo?	1	Unidade básica de saúde
		2	Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM
		3	CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
		4	UPA (Unidade de Pronto Atendimento)

		5	Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
		6	Pronto-socorro ou emergência de hospital público
		7	Hospital público ou ambulatório
		8	Consultório particular ou clínica privada
		9	Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
		10	Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
		11	No domicílio, com médico particular
		12	No domicílio, com médico da equipe de saúde da família
		13	Outro
v45	Na primeira vez que procurou atendimento médico por este motivo, você conseguiu ser atendida(o)?	0	Sim
		1	Não
v45a	Quantas vezes você voltou a procurar atendimento médico por este motivo?	1	1
		2	2
		3	3

		4	4+
v45b	Você conseguiu o atendimento médico que precisava?	0	Sim
		1	Não
v45c	Há quanto tempo você está tentando	1	15 dias;
		2	Entre 15 e 30 dias;
		4	Entre 1 e 3 meses
		5	Há mais de 3 meses
v45d	Qual o principal motivo de você ter desistido de procurar atendimento médico?	1	Não houve mais necessidade, pois melhorou
		2	Procurou diretamente a farmácia
		3	Não teve mais tempo ou disponibilidade para procurar atendimento
		4	Falta de dinheiro ou dificuldades financeiras
		5	Não conseguiu marcar a consulta ou pegar senha
		6	Nas vezes que procurou, não tinha médico atendendo
		7	Nas vezes que procurou, esperou muito e desistiu
		8	Nas vezes que procurou o serviço de saúde não estava funcionando
		9	Não podia pagar pela consulta

		10	O plano de saúde não cobria a consulta
		11	Outro
v46	Onde CONSEGUIU o seu último atendimento médico?	1	Unidade básica de saúde
		2	Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM
		3	CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
		4	UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
		5	Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
		6	Pronto-socorro ou emergência de hospital público
		7	Hospital público ou ambulatório
		8	Consultório particular ou clínica privada
		9	Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
		10	Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
		11	No domicílio, com médico particular
		12	No domicílio, com médico da equipe de saúde da família
		13	Outro

v46a	Esse serviço de saúde fica na sua cidade	0	Sim
		1	Não
v46b	Esse serviço de saúde fica em Minas Gerais	0	Sim
		1	Não
v46c	Em que cidade de MG esse serviço está localizado		Aberta
v47	Quanto tempo durou a consulta médica?	1	Menos de 10 minutos
		2	Entre 10 e 19 minutos
		3	Entre 20 e 29 minutos
		4	Entre 30 minutos e 1 hora
		5	Mais de 1 hora
v48	Que tipo de médica(o) te atendeu?	1	Médica(o) da família ou generalista
		2	Clínico geral
		3	Ginecologista
		4	Urologista
		5	Proctologista
		6	Endocrinologista
		7	Cirurgiã(o) Plástico
		8	Psiquiatra
		9	Infectologista

		10	Profissional de Medicina Alternativa
		11	Outra(o) médica(o) especialista
		12	Não sei
v49	A sua última consulta médica foi feita pelo SUS?	0	Sim
		1	Não
v49a	A sua última consulta médica foi coberta pelo seu plano de saúde?	0	Sim
		1	Não
v49b	Você pagou alguma coisa pela sua última consulta?	1	Sim e não recebi reembolso
		2	Sim e tive reembolso parcial
		3	Sim e tive reembolso total
		4	Não
<p>As próximas afirmações são sobre sua experiência nos serviços de saúde. Por favor, avalie em que medida você concorda ou discorda com cada uma das seguintes afirmações.</p>			
QUANDO PROCURO CUIDADOS COM SAÚDE			
v50a	Eu fico preocupada(o) em ser julgada(o) por causa da minha orientação sexual e/ou identidade de gênero	1	Discordo plenamente
		2	Discordo
		3	Não concordo nem discordo
		4	Concordo
		5	Concordo plenamente

v50b	Eu me preocupo que a percepção das pessoas a meu respeito seja afetada negativamente por causa da minha orientação sexual ou identidade de gênero	1	Discordo plenamente
		2	Discordo
		3	Não concordo nem discordo
		4	Concordo
		5	Concordo plenamente
v50c	Eu me preocupo em ter o meu diagnóstico de saúde afetado negativamente por causa da minha orientação sexual e/ou identidade de gênero	1	Discordo plenamente
		2	Discordo
		3	Não concordo nem discordo
		4	Concordo
		5	Concordo plenamente
v50d	Eu me preocupo em reafirmar alguns estereótipos negativos que a sociedade tem sobre as pessoas LGBT	1	Discordo plenamente
		2	Discordo
		3	Não concordo nem discordo
		4	Concordo
		5	Concordo plenamente
Por favor, avalie em que medida você concorda ou discorda com cada uma das seguintes afirmações.			
v50e	Eu me sinto parte da comunidade LGBT	1	Discordo plenamente
		2	Discordo
		3	Não concordo nem discordo

		4	Concordo
		5	Concordo plenamente
v50f	Eu me sinto bem em pertencer à comunidade LGBT	1	Discordo plenamente
		2	Discordo
		3	Não concordo nem discordo
		4	Concordo
		5	Concordo plenamente
v50g	Eu gostaria de não ser LGBT	1	Discordo plenamente
		2	Discordo
		3	Não concordo nem discordo
		4	Concordo
		5	Concordo plenamente
v50h	Eu tentei não ser LGBT	1	Discordo plenamente
		2	Discordo
		3	Não concordo nem discordo
		4	Concordo
		5	Concordo plenamente
v50i	Se alguém me oferecesse a chance de NÃO ser LGBT, eu aceitaria.	1	Discordo plenamente
		2	Discordo
		3	Não concordo nem discordo
		4	Concordo

		5	Concordo plenamente
v50j	Eu sinto que ser LGBT é um problema para mim.	1	Discordo plenamente
		2	Discordo
		3	Não concordo nem discordo
		4	Concordo
		5	Concordo plenamente
v51	Marque as pessoas a seguir que sabem que você é LGBT:	1	Ninguém
		2	Mãe
		3	Pai
		4	Irmão
		5	Irmão
		6	Filho
		7	Neto
		8	Avós
		9	Amigos
		10	Chefe
		11	Colegas de trabalho
		12	Vizinhos
		13	Líder religioso
		14	Médica(o) em que vai com mais frequência
		15	Psicóloga(o)/Psicanalista/Analista

		16	Outros
v51a	Das pessoas que sabem que você é LGBT, quem ainda mantém contato com você	1	Ninguém
		2	Mãe
		3	Pai
		4	Irmão
		5	Irmão
		6	Filho
		7	Neto
		8	Avós
		9	Amigos
		10	Chefe
		11	Colegas de trabalho
		12	Vizinhos
		13	Líder religioso
		14	Médica(o) em que vai com mais frequência
		15	Psicóloga(o)/Psicanalista/Analista
		16	Outros

Anexo 4 - PESQUISA MANAS - PROTOCOLO QUALITATIVO

Entrevista de História de Vida

Nota para a Entrevistadora: As instruções para a entrevistadora estão em [colchetes]. Todas as perguntas numeradas devem ser feitas diretamente às participantes. As perguntas que começam com as letras são sugestões e só precisam ser perguntadas se a resposta da participante à pergunta numerada for insuficiente.

INTRODUÇÃO

[Conte para a entrevistada]

1. Durante nossa conversa, fale sobre momentos e atividades que ofereçam visão geral da sua vida;
2. A entrevista dura cerca de 40 a 50 minutos;
3. Serão feitas perguntas sobre as comunidades das quais você faz parte, bem como suas experiências sexuais e relacionamentos;
4. Em seguida, falaremos sobre os desafios e os fatores de estresse que você pode ter vivenciado durante sua vida;
5. Bem como algumas perguntas sobre as mudanças sociais e históricas que ocorreram relacionadas a questões LGBTs;
6. Terminaremos a entrevista com algumas perguntas sobre suas experiências de acesso à assistência médica;
7. Você pode parar a qualquer momento quando necessitar;

PARTE 1. IDENTIDADES SOCIAIS E COMUNIDADES

Mapa de identidade

Para começar, quero que você use a página 1 como ponto de partida para listar as identidades e os papéis que descrevem quem você é. Você pode escrever palavras ou frases que representam diferentes aspectos sobre si, que podem incluir identidades sociais ou rótulos relacionados a gênero, raça/cor, sexualidade, classe, ocupação, diferentes papéis em sua vida ou quaisquer palavras ou frases que te descrevam. [Dê à entrevistada a folha com o mapa de identidades, um lápis e uma borracha para preenchê-lo]

1. Me conta quem é [nome da entrevistada]

- a) Como foi o processo de se reconhecer [Identidade de gênero]?
- b) Como foi o processo de se reconhecer [Orientação sexual]?
- c) Você se sente parte de alguma comunidade?
- d) Você se sente parte da comunidade LGBT?
- e) Como é ser [Identidade Sexual] na comunidade [Raça/Cor/Gênero]?
- f) Como é ser [Raça/Cor/Gênero] na comunidade [Identidade Sexual]?

2. Agora vire a folha. Escreva as 5 primeiras palavras e/ou expressões que vem à sua cabeça quando eu te falo “ser LGBT é”:

PARTE 2. MOMENTOS SOCIAIS E HISTÓRICOS [Cerca de 10 minutos]

1. **Gostaria de fazer algumas perguntas sobre o que você lembra sobre o que estava acontecendo na sociedade em momentos específicos da sua vida. Primeiro, você pode me contar sobre suas memórias durante a**

puberdade e a adolescência (entre 10 e 15 anos) sobre o que estava acontecendo na sociedade em relação às questões LGBTs?

- a) O que você lembra sobre como as questões LGBTs foram discutidas na sociedade em geral durante sua infância e adolescência?
- b) Onde e de quem você ouviu falar sobre essas coisas (por exemplo, família, escola, igreja, colegas)
- c) Como você se sentiu ao ouvir essas coisas?
- d) O que você achou disso?

2. E quanto a hoje? O que você vê como os principais problemas que estão ocorrendo na sociedade em relação às questões LGBTs?

- a) Como você se sente sobre as coisas que ouve atualmente sobre as questões LGBTs?
- b) O que você acha sobre as questões LGBTs ou as maneiras pelas quais as pessoas estão falando sobre elas?

PARTE 3. UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE [Cerca de 20 minutos]

Agora quero lhe perguntar sobre sua saúde física e mental e suas experiências buscando e recebendo cuidados para sua saúde.

1. No geral, como você descreve a sua saúde? [Por que]?

2. Você considera que sua saúde está melhor, pior ou igual as pessoas [com mesma orientação sexual/identidade de gênero] da sua idade? [Por que]?

3. Me conta como foi a última vez que você procurou atendimento de algum serviço de saúde?

- a) Onde foi?
- b) Quem te atendeu?
- c) Quanto tempo durou?
- d) Como te receberam no serviço de saúde?
- e) A(o) profissional de saúde foi informado sobre sua identidade de gênero/orientação sexual? [Por que]?
- f) O cuidado recebido foi adequado?

g) Você voltaria nesse serviço/profissional de saúde?

4. Me conta sobre a ocasião em que você recebeu o melhor atendimento de algum serviço de saúde?

a) Onde foi?

b) Quem te atendeu?

c) Quanto tempo durou?

d) Como te receberam no serviço de saúde?

e) A(o) profissional de saúde foi informado sobre sua identidade de gênero/orientação sexual? [Por que]?

f) O cuidado recebido foi adequado?

g) Você voltaria nesse serviço/profissional de saúde?

5. O que você considera que seria um atendimento ideal em um serviço de saúde?

a) Onde seria?

b) Quem te atenderia?

c) Quanto tempo duraria?

d) Como te receberiam no serviço de saúde?

e) Você informaria ao profissional de saúde sua identidade de gênero/orientação sexual? [Por que]?

5. Me conta um pouco mais sobre a última vez que sentiu que precisava de cuidados de saúde, mas não procurou ajuda.

a) Por que você não procurou?

b) Como solucionou o problema?

c) Isso aconteceu mais vezes?

d) Se você se sentisse da mesma forma hoje você procuraria um serviço de saúde? [Por que]?

6. Você faz acompanhamento psicológico?

a) Se sim, quando começou? Como descobriu a(o) profissional? Você recomenda essa(e) profissional?

b) Se não, gostaria de fazer? [Por que]?

PARTE 4. HISTÓRIA DE VIDA

1 – Agora me conta um pouco sobre a sua vida.

- a) sua primeira lembrança, a primeira coisa que você lembra da vida.
- b) o tempo em sua vida que é o ponto mais alto em sua história de vida, uma época em que você estava tão feliz e se sentia em paz com o mundo.
- c) o tempo mais difícil em sua vida, em que foi o que você mais sentiu tristeza, desespero, medo ou raiva.
- d) um ponto de virada em sua vida. Um ponto de virada é um momento em que algo aconteceu que mudou você como pessoa. Pense em um evento particular em sua vida que teve esse tipo de impacto em você. De forma que antes desse evento acontecer, você pensava sobre si de um jeito, e depois dele, você passou a pensar sobre si de uma maneira diferente.

PARTE 5: Reflexões e objetivos [cerca de 5 minutos]

Eu tenho duas perguntas finais para você.

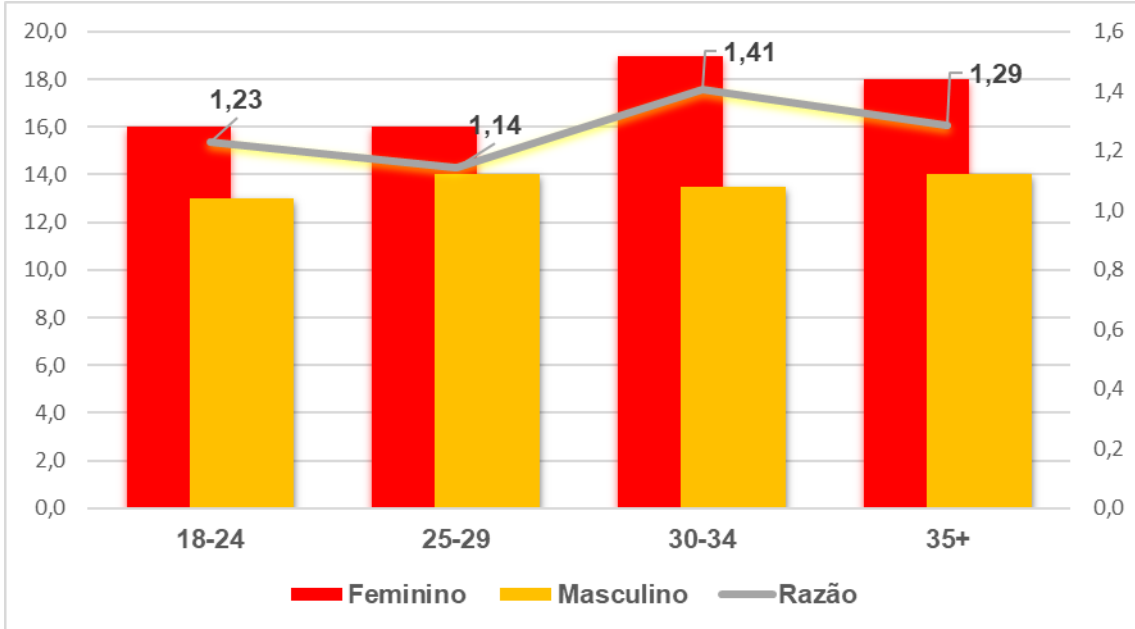
1. **Objetivos de Vida**. Olhando novamente para a sua linha de vida, conte-me sobre seus objetivos na vida em relação ao trabalho, relacionamentos e vida familiar.
2. Finalmente, olhando para sua vida, o que você diria ser **o aspecto mais positivo de ser [LGBT]**?

Existe alguma coisa que você gostaria de adicionar agora sobre você ou tem alguma pergunta que você gostaria de fazer para mim?

Muito obrigada pelo seu tempo!

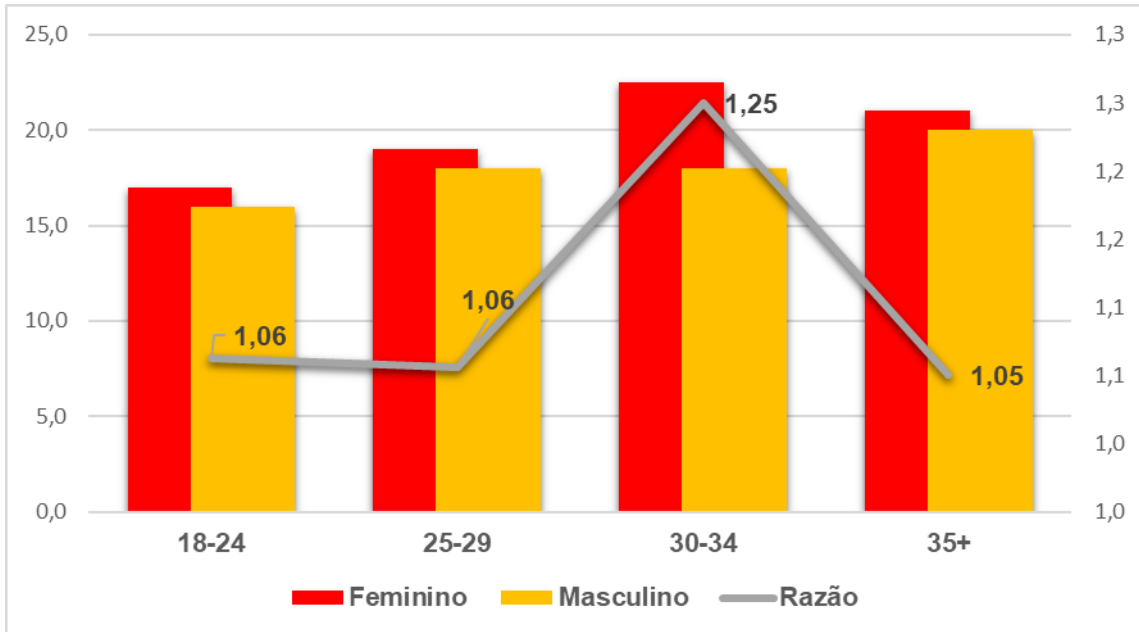
Anexo 5 – Mediana dos Marcadores de Desenvolvimento da Identidade Sexual

Gráfico 9 – Comparativo da Mediana de Idade em que Sentiu Diferente por Sexo e suas Respectivas Razões (F/M) segundo Grupo Etário, Pesquisa Manas (2019)



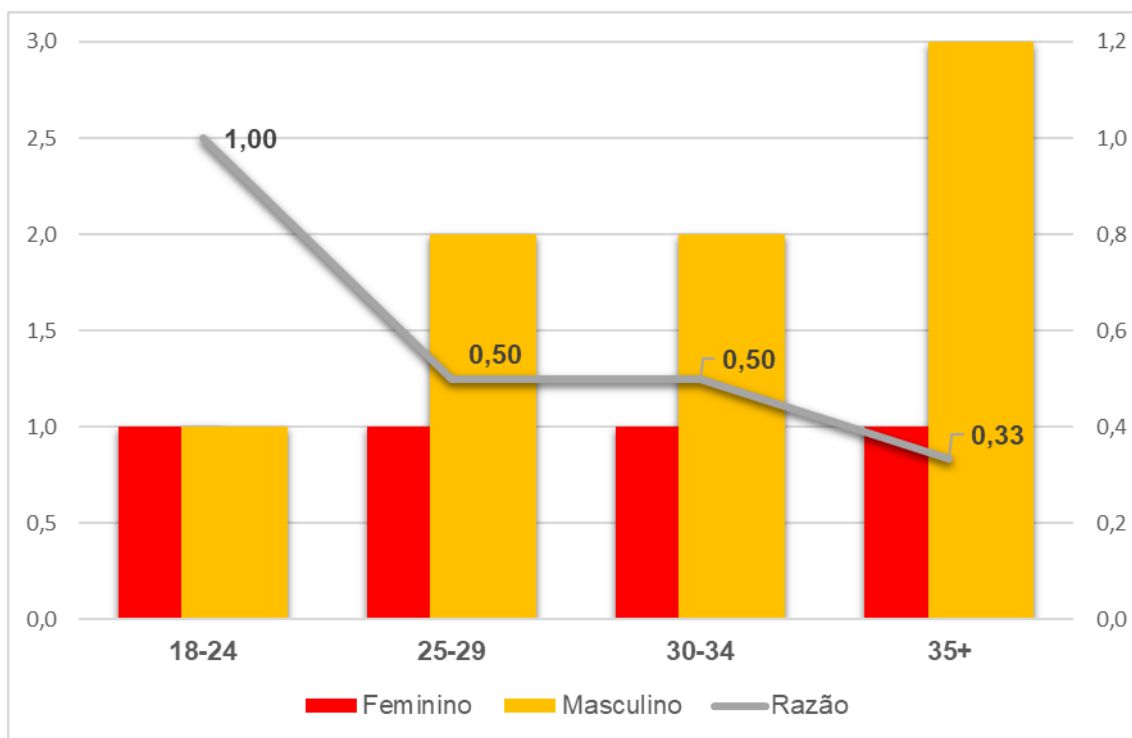
Fonte: PMA (2019)

Gráfico 10 – Comparativo da Mediana de Idade em que Contou para Alguém pela Primeira Vez que era LGB por Sexo e suas Respectivas Razões (F/M) segundo Grupo Etário, Pesquisa Manas (2019)



Fonte: PMA (2019)

Gráfico 11 – Comparativo da Mediana do Delta (Idade em que Contou para Alguém pela Primeira Vez que era LGB - Idade em que Sentiu Diferente) por Sexo e suas Respectivas Razões (F/M) segundo Grupo Etário, Pesquisa Manas (2019)



Fonte: PMA (2019)