

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**SAÚDE MENTAL AO LONGO DO ESPETRO LGBT:
Correlatos Psicopatológicos da Perceção de Estigma em
Pessoas com Sexualidades Não-normativas**

Pedro Diogo Marques Freitas

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE
Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e Integrativa

2022

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**SAÚDE MENTAL AO LONGO DO ESPETRO LGBT:
Correlatos Psicopatológicos da Perceção de Estigma em
Pessoas com Sexualidades Não-normativas**

Pedro Diogo Marques Freitas

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria João Afonso

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e Integrativa

2022

Agradecimentos

À professora Maria João Afonso, por ter aceite orientar o tema da minha dissertação, pelo profissionalismo, sabedoria, experiência, assertividade e carisma. Obrigado pelos ensinamentos que me transmitiu e pelas palavras apaziguadoras em momentos de maior tensão.

À professora Magda, pela prontidão e disponibilidade no esclarecimento de dúvidas estatísticas. Agradeço por ter mostrado o quão importante é a investigação para tornar o mundo um lugar melhor.

Aos professores Branco Vasco e Nuno Conceição do meu núcleo, as aprendizagens sobre integração em psicoterapia e a aspiração de me tornar um psicoterapeuta integrativo e eclético.

À minha família, por me ter encorajado a continuar mesmo perante momentos de impasse ou adversidade.

Ao meu felino Tigre, a companhia proporcionada enquanto escrevia a tese.

Ao meu namorado Rodrigo, a importância do afeto e do amor como necessidades psicológicas humanas. Muito obrigado por todo o carinho, presença, paciência, por me teres tornado uma pessoa melhor e seres um aliado pela causa LGBTQ+.

Ao amigo, psicólogo e psicoterapeuta Luís pelas sugestões, dicas e empréstimo de algumas obras de referência relacionadas com o tópico em estudo. Obrigado, igualmente, pelos momentos de convívio.

Aos meus amigos de psicologia clínica e da saúde, em particular o Fábio e a Cláudia, pelas conversas sobre psicodinâmica e integração em psicoterapia. Obrigado por me terem demonstrado o quanto podemos aprender com outros modelos de psicoterapia.

À ILGA Portugal, Rede ex Aequo e todas as restantes associações/instituições que se disponibilizaram para auxiliar no recrutamento de pessoas LGBT. Agradeço igualmente a todas as pessoas LGBT e heterossexuais/cisgénero que participaram no meu estudo!

Resumo

A presente investigação explora o impacto da perceção de estigma na saúde mental das pessoas lésbicas, *gays*, bissexuais e trans (LGBT). Os objetivos do estudo são: (a) construir um instrumento para medir a perceção de estigma, experienciada pelas pessoas LGBT, teoricamente informado por uma lente sistémico-contextual e (b) comparar a saúde e perturbação mentais entre pessoas com sexualidades normativas e não-normativas, bem como entre subgrupos da sigla LGBT. A amostra compreende 593 pessoas, dos 18-60 anos e de nacionalidade portuguesa, de entre os quais 393 LGBT e 200 heterossexuais/cisgénero. Foram utilizadas as versões 1 e 2 da Escala de Perceção de Estigmatização (EPE – construída no presente estudo), a Escala de Regulação da Satisfação de Necessidades (ERSN-43; Conde et al., 2012) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Canavarro, 1999). Os participantes foram recrutados em associações pró-LGBT e redes sociais, por amostragem “bola de neve”, constituindo uma amostra de conveniência que respondeu a um questionário *online*. Os resultados preliminares com ambas as versões da EPE indicaram, no geral, bons indicadores de qualidade psicométrica. A perceção de estigma revelou valor preditivo em relação à saúde mental e à psicopatologia, apresentando, respetivamente, correlações negativas e positivas com estas variáveis; o grupo LGBT revelou menor regulação da satisfação de necessidades e maior sintomatologia psicopatológica, comparativamente às pessoas heterocisnormativas. Os subgrupos da sigla LGBT que evidenciaram maior grau de perturbação mental foram as pessoas trans, seguidas das pessoas bissexuais e homossexuais, sendo que não foram encontradas diferenças significativas entre pessoas *gays* e bissexuais. São propostas implicações práticas para a investigação na temática da saúde mental na comunidade LGBTQ+, no âmbito da psicologia clínica e da saúde, educação e da mudança de políticas de saúde públicas, de forma a reduzir as discrepâncias nos indicadores de saúde mental e melhorar a qualidade de vida das pessoas LGBT.

Palavras-chave: LGBT; Perceção de Estigma; Necessidades Psicológicas; Binómio Saúde Mental-Psicopatologia

Abstract

The present study explores the impact of stigma perception on the mental health of lesbian, *gay*, bisexual and trans (LGBT) people. Objectives of this study are: (a) to construct a new scale to measure stigma perception, as it is experienced by LGBT people, theoretically informed by a systemic-contextual lens and (b) compare mental health and psychopathology between groups of people with non-normative and normative sexualities, as well as between subgroups defined by the LGBT initials. The sample comprises 593 portuguese adults between 18 and 60 years old, of which 393 identified as LGBT and 200 as heterosexual/cisgender. The instruments used were versions 1 and 2 of Stigmatization Perception Scale (EPE – constructed as part of this investigation), Regulation of Needs Satisfaction Scale (ERSN-43; Conde et al., 2012) and Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993; Canavarro, 1999). The participants were recruited on institutions concerned with LGBT+ issues and social media platforms, gathered by snowball sampling method, constituting this way a convenience sample who responded to an online questionnaire. Preliminary results with both parallel versions of EPE demonstrate that this scale has good psychometric properties. Stigma perception has shown predictive value over mental health and psychopathology, displaying negative and positive correlations with those variables, respectively. The group of people with non-normative sexualities demonstrated less regulation of needs satisfaction and more symptomatology, when compared with the cisheteronormative group. LGBT subgroups that exhibited more degree of psychopathology were transgender/gender non-conforming people, followed by bisexual and homosexual people, although no significant differences were found between *gay* and bisexual people. Practical implications are proposed for research in topics of LGBT+ mental health and advice is given in the fields of clinical and health psychology, education and public health policies, with the main purpose of reducing mental health disparities and improve the quality of life of LGBT community.

Keywords: LGBT; Stigma Perception; Psychological Needs, Mental Health-Psychopathology Continuum

Índice Geral

Introdução	1
Enquadramento Teórico	4
Saúde Mental nas Populações LGBT.....	4
Indicadores de saúde mental	4
Modelos explicativos.....	6
Estigma e relação com o binómio saúde mental-psicopatologia.....	10
Necessidades Psicológicas e o (Meta)Modelo de Complementaridade Paradigmática.....	12
Sete polaridades de necessidades psicológicas dialéticas	12
Regulação da satisfação de necessidades, <i>distress</i> e psicopatologia.....	14
Fundamentação Teórica de um Novo Instrumento para Medir a Perceção de Estigma nas Populações LGBT	15
Objetivos e Hipóteses de Investigação.....	17
Método	18
Participantes	18
Instrumentos.....	19
Dados sociodemográficos	19
Escala de Perceção de Estigmatização (EPE – versões 1 e 2)	19
Escala de Regulação da Satisfação de Necessidades (ERSN-43)	22
Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)	22
Procedimento	23
Análises Estatísticas.....	24
Resultados	25
Estudo Psicométrico da Versão 1 da EPE.....	25
Estudo Psicométrico da Versão 2 da EPE.....	26
Impacto da Perceção de Estigma no Contínuo Saúde Mental-Perturbação Mental.....	27
Análise do Grau de Perturbação Mental na Diversidade Sexual e de Género.....	28
Comparação da Saúde Mental Entre Pessoas LGBT e Heterossexuais/Cisgénero.....	30
Discussão	31
Referências Bibliográficas	37

Anexos	49
Apêndices	83

Índice de Quadros

Quadro 1

<i>Contagens das Subamostras por Orientação Sexual e Identidade de Género</i>	20
---	----

Quadro 2

<i>Matriz de Correlações entre Percepção de Estigma, Saúde Mental e Psicopatologia na Amostra LGBT</i>	28
--	----

Índice de Figuras

Figura 1

<i>Diagrama de Trajetórias sobre o Impacto da Percepção de Estigma no Contínuo Saúde Mental- Psicopatologia, nas Pessoas Lésbicas, Gays e Bissexuais (Modelo A) e Trans (Modelo B)</i>	27
--	----

Figura 2

<i>Médias do Grau de Psicopatologia nas Diversas Orientações Sexuais e Identidades de Género</i>	29
---	----

Figura 3

<i>Medianas das Sete Polaridades Dialéticas para os Grupos Heterocisnormativo e LGBT</i>	31
--	----

Introdução

A presente investigação explora o impacto da percepção de estigma na saúde mental das pessoas lésbicas, *gays*, bissexuais e transgénero (LGBT). Assim, no âmbito da temática da sexualidade humana a que se reporta o presente estudo, impõe-se começar por proceder à clarificação de alguma terminologia inerente à área, com o fim de evitar a ambiguidade ou falta de clareza conceptual do texto.

O sexo biológico, atribuído no nascimento, é uma designação referente ao corpo que agrega as características anatómicas (ex: genitália), fisiológicas (ex: hormonas) e genéticas (ex: cromossomas) de um indivíduo (Macedo, 2018). Este é tipicamente categorizado como sendo: masculino, feminino ou, eventualmente, intersexo, no caso das pessoas que apresentam diferenças do desenvolvimento sexual, isto é, possuem combinações atípicas de características sexuais de ambos os sexos (American Psychological Association [APA], 2015). Neste estudo é utilizado o termo “sexo” para designar o sexo atribuído à nascença.

Já o género corresponde a uma construção social em torno do sexo biológico. De acordo com Macedo (2018), o género pode ser entendido como um construto multifacetado, composto pela identidade de género (dimensão psicológica), a expressão de género (dimensão comportamental) relativa a essa identidade e a forma como ambas se relacionam com os papéis de género da cultura dominante (dimensão sócio-cultural). Quando tomamos em consideração o espectro de género, conceptualizado entre os dois polos binários, homem e mulher, percebemos que podem existir outros géneros para além da estrutura binária e que se podem situar entre esta, ao longo do espectro ou *continuum*: géneros pertencentes à categoria não-binária, abrangente o suficiente para incluir qualquer combinação de géneros, mas também neutralidade de géneros (Killerman, 2011). Assim, a identidade de género está relacionada com a vivência individual e auto-identificação enquanto homem, mulher ou pessoa não-binária (APA, 2015; Ordem dos Psicólogos [OPP], 2020). Além disso, é de salientar a relevância conceptual da distinção entre pessoas cisgénero e transgénero. A diferença reside no facto de existir, entre identidade de género e sexo biológico, uma experiência de congruência (ambos coincidem) ou incongruência (ambos diferem), respetivamente. As pessoas transgénero podem ainda manifestar ou não a intenção de serem submetidas a intervenções biomédicas para mudança de sexo ou afirmação de género, sendo que, no caso de já terem realizado a transição de género, costumam ser designadas por transsexuais (Baptista & Neto, 2019). Nesta investigação irá ser utilizado o conceito mais inclusivo “trans” para designar pessoas com identidades transgénero e/ou transsexuais.

A orientação sexual, por sua vez, faz parte da identidade sexual de uma pessoa e pode ser descrita como um padrão de atração romântica, sexual e emocional por um tipo de corpo (sexo) e/ou género, bem como os comportamentos sexuais, desejos e fantasias resultantes dessa atração (APA, 2021). A orientação sexual é normalmente classificada em uma de 3 categorias: atração no plano amoroso e sexual por pessoas do mesmo sexo/género (homossexualidade – homens *gays* e mulheres lésbicas), por pessoas do sexo/género oposto (heterossexualidade) ou por pessoas de ambos os sexos/géneros binários (bissexualidade) (Baptista & Neto, 2019), existindo ainda outras orientações sexuais menos comuns, das quais se destaca a pansexualidade, isto é, a atração romântica e sexual por outra pessoa, independentemente do seu sexo/género (Moradi & Budge, 2019; OPP, 2020).

O conceito “sexualidades não-normativas” surge como forma de representar pessoas com uma identidade sexual ou de género alternativa, por oposição a pessoas heterossexuais e cisgénero que assumem sexualidades normativas (heterocisnormativas), quando se tem em consideração as normas sócio-culturais vigentes. Por esta razão, o conceito de sexualidades não-normativas tenta distanciar-se da conotação patológica e assemelha-se a outros termos sinónimos como minorias sexuais/de género e *queer*, isto é, orientações sexuais e identidades de género estigmatizadas e oprimidas no contexto sociopolítico, das quais as pessoas lésbicas, *gays*, bissexuais e trans (acrónimo LGBT) fazem parte (APA, 2015, 2021).

Por fim, a interseccionalidade diz respeito à intersecção que deriva da existência de múltiplas identidades (ex: orientação sexual, identidade de género, nacionalidade, etnia) numa mesma pessoa. A interseccionalidade é um conceito sociológico e no âmbito deste trabalho assume um carácter relevante, por assentar no pressuposto da independência e transversalidade entre diversas categorias identitárias (Crenshaw, 1989). Além do mais, há a considerar a possibilidade de coexistência de várias manifestações de opressão, como o racismo, o machismo, a xenofobia e a homo/bi/transnegatividade (Hudson & Ricketts, 1980). Como acontece, a título de ilustração, no caso de uma mulher transexual e bissexual poder estar simultaneamente sujeita a machismo, transfobia e bifobia, respetivamente.

A dissertação está organizada em quatro capítulos ou secções. O capítulo 1 contextualiza a revisão de literatura sobre saúde mental nas populações LGBT, fundamenta do ponto de vista teórico a construção do novo instrumento e apresenta a proposta de objetivos e hipóteses de investigação. O capítulo 2 descreve os aspetos metodológicos relativos à caracterização sociodemográfica da amostra, os instrumentos utilizados, a composição do novo questionário, o delineamento ou procedimento e as análises de dados a considerar para dar resposta às hipóteses. O capítulo 3 remete para os resultados das análises estatísticas efetuadas. Por fim, o capítulo 4 apresenta a discussão dos resultados e implicações do estudo à luz dos modelos teóricos, na complementaridade entre os paradigmas de construcionismo social (Gergen, 1985), teoria crítica (Horkheimer, 1972) e pós-positivista (Miller,

2000), numa lógica integradora e pluralista, para além de enunciar as suas limitações e sugerir pistas para estudos futuros¹.

¹ Na redação, ao longo do texto, é utilizado e assumido, erroneamente, o género gramatical masculino, por motivos de compreensibilidade em termos sintáticos, ainda que o ideal fosse usar uma linguagem escrita inclusiva e neutra, respeitadora das identidades não-binárias.

Enquadramento Teórico

Saúde Mental nas Populações LGBT

Os dados fornecidos pelo “Relatório anual de discriminação contra pessoas LGBTI+”, disponibilizado pela Associação ILGA Portugal, podem ser elucidativos da pertinência da temática central desta investigação. Contando com um total de 171 denúncias envolvendo ocorrências de discriminação, preconceito e/ou violência, reais ou percebidas, perante pessoas com sexualidades não-normativas em função da sua orientação sexual, identidade/expressão de género e características sexuais, enumera-se apenas os resultados com mais pertinência referentes ao panorama nacional no ano pré-pandémico de 2019 (Observatório da Discriminação Contra Pessoas LGBTI+, 2019).

De acordo com esse relatório, o perfil típico das vítimas tende a incluir sobretudo jovens homossexuais do sexo masculino. No que diz respeito à própria situação de discriminação: a) a frequência das ocorrências foi de apenas uma vez, para pouco mais de metade (54.39%) das denúncias; b) o ato de discriminação ocorreu em diversos locais, sendo os mais referidos a rua, como espaço público (15.53%), o contexto online/cibernético (14.29%), o domicílio (13.66%), a escola (13.04%) e outros espaços públicos (19.88%), como centros comerciais e meios de comunicação social; c) o subtipo de discriminação mais comum concretizou-se sob a forma de insultos ou ameaças, verbais ou escritas (45.58%), sendo que em quase dois terços (65.22%) das ocorrências a homofobia surgiu como o principal motivo para a discriminação, quando considerada a perspetiva das vítimas e testemunhas; d) a maioria das ocorrências não culminou em denúncia às autoridades (62.69%), devido a razões como o receio de represálias por parte dos agressores, o desconhecimento de direitos ou procedimentos logísticos para apresentação da denúncia, a falta de provas concretas, associada à minimização/desvalorização da gravidade do ato e descrença na competência das autoridades para lidar com a especificidade destes casos; por fim, e com especial destaque para o presente estudo e) as vítimas sinalizam o impacto psicológico negativo, que constituiu consequência da experiência de discriminação para cerca de dois terços das ocorrências (67,65% no total), sendo que para mais de metade destas, as vítimas afirmam que as “afetou bastante” psicologicamente (42.65%).

Indicadores de Saúde Mental

Quando se compara os indicadores de saúde mental entre pessoas com sexualidades normativas e não-normativas (LGBT), a revisão de literatura nesta área aponta consistentemente para a existência de disparidades notáveis entre ambos os grupos, revelando as pessoas LGBT indicadores inferiores de saúde mental, por comparação com as pessoas heterocisnormativas (e.g., Meyer, 2003; Valdiserri et al., 2018).

Costa e colaboradores (2021), numa revisão de investigações anteriores sobre este tópico, salientam a associação que existe entre a identidade sexual, a identidade de género e diversos indicadores de saúde mental. Genericamente, quando tomamos as pessoas da população LGBT como um grupo homogéneo, estas têm um risco acrescido de: infeção por HIV/SIDA e outras infeções sexualmente transmissíveis (IST's), consumo de tabaco ou drogas ilícitas, ter uma doença crónica, como é o caso do cancro e das doenças cardiovasculares (provavelmente atribuível a uma causa psicogénica, pelo que pode ser psicossomática), sofrer de *distress* psicológico, ter baixa autoestima e perturbações clínicas como depressão ou ansiedade, as quais podem surgir em comorbilidade com ideação suicida ou até mesmo culminar no próprio suicídio (Ellis et al., 2020).

De outro modo, ao considerar a população LGBT como constituída por subgrupos de categorias identitárias que, embora partilhem certas características, têm igualmente divergências a respeito de desafios específicos, necessidades diferenciadas e experiências idiossincráticas, isto é, ao considerar essa população como um grupo altamente heterogéneo, o cenário parece mais complexo. No que concerne à orientação sexual as pessoas lésbicas, *gays* e bissexuais (LGB) parecem assumir mais comportamentos sexuais de risco, o que pode aumentar a probabilidade de contraírem HIV/SIDA ou outras IST's, bem como a prevalência de doenças crónicas, depressão, ansiedade e ideação suicida (Meyer, 2003). Já no que se refere à identidade de género, as pessoas trans parecem apresentar, adicionalmente, para além dos riscos mencionados nas pessoas LGB, uma maior prevalência de consumo/abuso de álcool, tabaco ou drogas ilícitas, automutilação, somatização e tentativas de suicídio (Grant et al., 2011).

É plausível retirar a ilação, a partir da revisão dos autores anteriores, de que os subgrupos da sigla LGBT com indicadores de saúde mental mais baixos são as pessoas trans, seguidas das pessoas bissexuais e homossexuais cisgénero (ver também Dodge & Sandfort, 2007; Ross et al., 2018; Su et al., 2016). Existem vários fatores que conferem robustez a esta conclusão. Se, por um lado, as pessoas bissexuais cisgénero podem sentir pressão da sociedade para se conformarem, na tentativa de se identificarem com uma orientação sexual heterossexual/homossexual (mononormatividade), sendo, de forma simultânea, alvo de bifobia por parte das pessoas homossexuais e de homofobia por parte das pessoas heterocisnormativas, por outro lado, este subgrupo também carece ainda de algum grau de visibilidade social na arte, na publicidade, nos *media*, nas terapias afirmativas LGBT+, etc... (Moleiro et al., 2017). São estas as duas hipóteses principais identificadas na literatura, que emergem em estudos com metodologia qualitativa (e.g., Ross et al., 2010), particularmente a primeira, designada por hipótese de “duplo estigma”. Como se, de forma metafórica, as pessoas bissexuais estivessem posicionadas no centro de uma corda e, por meio de forças em sentidos opostos provindas de cada um dos extremos da corda, ao longo do tempo, se produzisse um efeito de estiramento que

conduzisse à sua rutura (que simbolizaria a deterioração da saúde mental a que as pessoas bissexuais estão sujeitas). O ponto de situação parece ser mais claro no que se refere às pessoas com identidades trans. Neste caso, resume-se a uma confluência de vários motivos, como as barreiras no acesso aos cuidados de saúde, as experiências de estigmatização que sucedem neste contexto, a par da falta de capacitação ou (in)formação dos profissionais de saúde que faz com que as pessoas trans muitas vezes evitem ser submetidas a rastreios de saúde/doença, bem como a intervenções biomédicas, cirúrgicas ou hormonais, de afirmação de género, o que por sua vez pode comprometer a sua saúde física e mental. Para que não bastasse, as pessoas do subgrupo trans são as mais propensas a serem alvo de violência e discriminação motivadas por transfobia, e a ter a sua identidade de género posta em causa por questões ideológicas (Pinto & Moleiro, 2012; Safer et al., 2016).

Ainda assim, isto não quer dizer que todas as pessoas da comunidade LGBT têm piores indicadores de saúde mental do que as pessoas heterocisnormativas! Aliás, sabe-se atualmente que existem fatores protetores, associados à resiliência nas trajetórias de desenvolvimento que podem atenuar o impacto dos stressores não-normativos (ex: preconceito, discriminação) no bem-estar das pessoas LGBT (Meyer, 2015). Uma rede de suporte social de qualidade, o respeito pela sua identidade sexual/de género, mas também o apoio dos pares e da família, relacionados com experiências de *coming out* (“sair do armário”) positivas, a identificação com a comunidade LGBT+ e dispor, no repertório de comportamentos para lidar com o *distress*, de estratégias de *coping*/mecanismos defensivos adaptativos, constituem alguns exemplos de variáveis que podem moderar a relação atrás descrita, entre sexualidades não-normativas e saúde, reduzindo o défice nos indicadores de saúde mental (Freitas et al., 2017).

Modelos Explicativos

O modelo sistémico-contextual revela-se de grande utilidade na compreensão do fenómeno do *stress* a que as pessoas com sexualidades não-normativas estão expostas. O seu valor heurístico advém da interseccionalidade entre diversas categorias identitárias, bem como das múltiplas formas pelas quais se manifesta a estigmatização, que podem surgir ou desdobrar-se em vários contextos de vida das pessoas LGBT e, conseqüentemente, revelam ter impacto em várias áreas (Gato, 2021). São dois, os principais modelos sistémicos explicativos das disparidades nos indicadores de saúde mental nas populações LGBT: o modelo de *Stress* Minoritário/das Minorias de Meyer (2003) e o modelo Sócio-ecológico Modificado de Hughto e colaboradores (2015).

Modelo de *Stress* Minoritário. O modelo de *stress* das minorias (Meyer, 2003), originalmente concebido para entender a discrepância dos indicadores de saúde mental nas pessoas lésbicas, *gays* e bissexuais (LGB) por comparação com as pessoas de sexualidades normativas, possui como conceito-

chave o *stress* minoritário. Para além dos stressores gerais, associados a certas circunstâncias do meio ambiente (ex: luto, divórcio, pobreza, crises ao longo do desenvolvimento psicossocial), com que todos os seres humanos potencialmente se confrontam, as pessoas LGB estão expostas a uma fonte de *stress* adicional: o *stress* minoritário. Este é conceptualizado com base num espectro, desde os processos distais, objetivos (eventos externos), relativos ao estatuto minoritário como categoria social ou grupal, aos processos proximais, subjetivos (experiência fenomenológica), relativos à apropriação de uma identidade sexual minoritária. Exemplos de processos distais são a discriminação, o preconceito, a violência e homo/bifobia, que derivam da perceção de uma orientação sexual não-normativa por parte dos outros, ao passo que a antecipação de rejeição, a ocultação da identidade LGB e a internalização do estigma social corresponderiam a processos proximais que ocorrem nas dimensões da cognição, dos afetos e das tendências comportamentais, e emergem da identificação com um grupo minoritário (ser lésbica, *gay* ou bissexual). O modelo salienta também algumas variáveis que podem moderar a relação entre os processos de *stress* distais-proximais e a saúde mental. A proeminência da identidade minoritária (papel primário vs secundário para a definição do autoconceito), a valência da identidade (autoavaliação negativa vs positiva), o grau de integração da identidade sexual minoritária no *self*, o estilo de *coping* e a qualidade do suporte social, são cinco exemplos de variáveis sócio-cognitivas que podem potenciar ou atenuar o impacto dos processos de *stress* na saúde mental destas populações.

Em resumo, podemos dizer que o *stress* minoritário e crónico, proveniente dos processos distais-proximais, aliado a um baixo suporte social e a uma fraca integração da identidade sexual (Meyer, 2003) exercem sobrecarga nos recursos de *coping* disponíveis nas pessoas LGB para lidar com situações adversas, constituindo assim o principal fator de risco para a sua saúde mental.

Modelo Sócio-ecológico Modificado. O modelo sócio-ecológico modificado (Hughto et al., 2015) propõe uma teoria da explicação das disparidades nos indicadores de saúde mental nas pessoas com identidades trans, por comparação com as pessoas heterocisnormativas, bem como uma teoria de intervenção multinível dirigida a estas populações com identidade de género minoritária; embora apenas a primeira ofereça relevância conceptual, tendo em conta os objetivos desta investigação. De acordo com os autores deste modelo, o estigma relativo às pessoas trans pode ser considerado um dos principais determinantes da saúde mental precária deste subgrupo, operando de forma transversal e recíproca ao longo de três níveis interrelacionados: estrutural, interpessoal e individual.

Nível Estrutural. O estigma estrutural refere-se ao sistema opressivo que engloba normas sócio-culturais, leis e políticas públicas, conhecimento socialmente partilhado e práticas perpetuadas pelas instituições, pelo governo e pela comunidade, ou seja, pelo macrossistema, e que condiciona o estilo de vida das pessoas com identidades trans através da interdição destas do acesso a certos

privilégios, recursos e oportunidades. Exemplos de estigmatização ao nível estrutural são a expectativa social de que todas as pessoas são cisgénero (cisnormatividade), a par da patologização da não-conformidade de género, a crença ideológica num sistema binário de género masculino-feminino, as desigualdades e barreiras no acesso a cuidados de saúde, emprego, habitação ou outros serviços, a inexistência de temáticas sobre identidade de género abordadas nos currículos escolares e de formação académica dos profissionais da área da saúde, algo que compromete, por sua vez, a possibilidade de as pessoas trans obterem cuidados responsivos, adequados e diferenciados.

Nível Interpessoal. Ao nível interpessoal, o estigma pode concretizar-se sob a forma de “passagem ao ato” ou através de ações dos agressores direcionadas às pessoas trans nas interações do dia-a-dia, após um processo de categorização da pessoa como pertencendo a um grupo social, com base num atributo distintivo (ex: antes da transição social, o nome pode surgir como pista, pois não é típico do género com que a pessoa se identifica ou, antes da transição médica, a expressão de género e identidade de género são percecionadas como sendo incongruentes). À semelhança dos processos de *stress* distais do modelo de Meyer (2003), a discriminação, o preconceito, a violência física, psicológica ou sexual, as microagressões e os crimes de ódio motivados por transfobia são tudo exemplares de estigma interpessoal.

Nível Individual. O estigma interpessoal dá lugar, naturalmente, ao estigma individual através do seu impacto nos processos psicológicos responsáveis pelas crenças centrais que a pessoa tem acerca de si própria, do mundo, dos outros e do futuro, mas também a experiência/expressão das emoções, comportamentos e padrões interpessoais, isto é, na estrutura de personalidade como todo. Deste modo, é análogo aos processos de *stress* proximais no modelo de Meyer (2003), sendo que o estigma individual se manifesta através da não-revelação da identidade de género, ou da sensibilidade à própria estigmatização associada, por exemplo, ao evitamento dos cuidados de saúde (o que reproduz um ciclo vicioso devido ao facto de as problemáticas médicas se agravarem ao longo do tempo), da internalização de atitudes negativas e experiência de tensão e ansiedade exacerbadas.

O modelo pressupõe, para além dos determinantes atrás referidos, mecanismos intermédios que funcionam como mediadores da relação entre o estigma e a saúde mental nas pessoas LGBT, os quais acabaram por ser mais tarde incorporados no modelo. Deste modo, o *stress* minoritário/estigma influencia de forma indireta a saúde mental das pessoas com sexualidades não-normativas, por meio de mecanismos psicossociais e fisiológicos disruptivos (Hatzenbuehler, 2009). Os mecanismos psicossociais, por sua vez, ramificam-se nos eixos cognitivo, emocional e comportamental-interpessoal (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016):

Vigilância. A vigilância é um mecanismo pertencente ao eixo cognitivo e corresponde ao estado de alerta perante um futuro perigo ou ameaça. Ao longo do tempo a vigilância tende a causar alterações ao nível de funções cognitivas como o julgamento e tomada de decisão (ex: sobrestimação da probabilidade de ocorrerem episódios de estigmatização no ambiente social), a percepção e a atenção (ex: antecipação e expectativa de rejeição), o que exerce pressão sobre os recursos cognitivos (Pachankis & Lick, 2018).

Ruminação. A ruminação é uma estratégia de regulação emocional mal-adaptativa, na qual existe um foco repetido nos episódios geradores de *stress* (Gross, 2001). Quando se torna a única estratégia de regulação emocional, está associada a distress psicológico, por potenciar a frequência com que as pessoas LGBT experienciam emoções de valência negativa ou desagradáveis, como a tristeza, a raiva e a vergonha (Hatzenbuehler et al., 2009).

Isolamento/Solidão. O isolamento é uma estratégia de *coping* de evitamento que pertence ao eixo comportamental e é potenciado pelas experiências constantes de rejeição por parte da família e pelos pares. Pelo facto de estar relacionada com a rendição perante os problemas, a fraca capacidade de autorregulação, o reforço negativo (“fuga” dos problemas) e a ansiedade social, é fácil perceber que o isolamento pode dar origem à solidão (Cacioppo et al., 2015). É esta última que parece sabotar a intimidade nas relações interpessoais, emergindo simultaneamente como causa e consequência das dificuldades relacionais, numa lógica circular (Ryan et al., 2010).

Resposta Fisiológica de Stress. No eixo fisiológico, temos a resposta do organismo ao *stress*. A experiência de *stress* crónico gera ativação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA). Ao longo do tempo, o estigma e o *stress* minoritário provocam a desregulação do eixo HPA, com libertação continuada da hormona cortisol na corrente sanguínea. Por retroalimentação positiva, o estigma, a vigilância, a ruminação e o isolamento/solidão, aliados aos níveis de cortisol elevados, têm um efeito “inflamatório” nos diversos sistemas, órgãos e células do corpo humano (Lundberg, 2005), podendo ser responsável por doenças crónicas como cancro, doença coronária, diabetes, hipertensão e perturbações mentais como ansiedade e depressão (Hatzenbuehler & McLaughlin, 2014).

Ambos os modelos teóricos mencionados expandiram a sua aplicabilidade, no sentido de adaptarem a sua explicação a outros subgrupos minoritários. Neste caso, o modelo de *stress* das minorias (Meyer, 2003), concebido originalmente para as minorias sexuais (LGB), pode ser uma boa ferramenta para analisar as minorias de género (pessoas com identidades trans ou não-binárias). O mesmo se pode afirmar do modelo sócio-ecológico modificado (Hughto et al., 2015), ao ser utilizado para compreender as pessoas LGB, embora o foco original seja relativo às pessoas trans.

Estigma e Relação com o Binómio Saúde Mental-Psicopatologia

Para alcançar um melhor entendimento do estado da arte no que toca ao *stress*/estigma, real ou percebido, e respetivas consequências deletérias para a saúde mental das populações LGBT (Ellis et al., 2020), revemos alguns estudos empíricos neste tópico.

Mongelli e colaboradores (2019) procuraram compreender até que ponto o *stress* minoritário se revela preditor das perturbações clínicas como a depressão, tendência suicida, consumo e abuso de substâncias nas pessoas LGBT, a partir de uma revisão sistemática de 62 estudos com diferentes metodologias (transversais e longitudinais), publicados entre 2014 e 2018. Com base na síntese elaborada, os autores supracitados constataram uma convergência e replicação de resultados. O *stress* minoritário surgiu, de forma sistemática, correlacionado positivamente com cada um desses diagnósticos clínicos. Daqui decorreu, pois, sólida evidência a favor do modelo de *stress* das minorias (Meyer, 2003).

Existem também investigações que se debruçam sobre esta temática, realizadas com amostras da população portuguesa. Num estudo de Gomes e colaboradores (2020) procurou-se perceber as relações entre o estigma sexual, sentido e internalizado, o *coming out* (ou “saída do armário”), e a saúde física e mental em jovens adultos portugueses LGB. Os resultados apontam para relações entre o autoestigma (ou estigma internalizado) e o *coming out*, por um lado, e a saúde física e mental, por outro, em que maiores níveis de autoestigma e menores níveis de *coming out* estão associados a maiores níveis de *distress* psicológico e envolvimento em comportamentos sexuais de risco. Noutra investigação acerca do impacto da discriminação na saúde mental das minorias sexuais (Pereira & Costa, 2016), o subgrupo de pessoas bissexuais revelou maior probabilidade de reportar níveis altos de *distress* psicológico, relativamente aos subgrupos de pessoas homossexuais. Além disso, com base na análise estatística de regressão múltipla hierárquica, os autores colocaram no primeiro bloco variáveis sociodemográficas e clínicas, como é o caso da idade, orientação sexual, envolvimento numa relação amorosa, diagnóstico HIV, enquanto no segundo bloco adicionaram a antecipação de experiências de discriminação e a experiência atual de atos discriminatórios. Os dois blocos explicaram cerca de 6% e 17% adicional da variância total atribuída à saúde mental, respetivamente, pelo que a discriminação relativa à orientação sexual, sendo uma manifestação do estigma sexual, revela ser um fator de risco crucial para a saúde mental das pessoas LGB.

De facto, outro estudo de *design* correlacional (Mays & Cochran, 2001) realizado nos Estados Unidos (EUA) apontou a perceção de discriminação, atribuída pelos participantes com base na sua orientação sexual minoritária (LGB), como um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, especificamente, depressão, pânico, ansiedade generalizada e/ou abuso de substâncias.

Tal como outros estudos sobre este tópico, a percepção de discriminação apresenta correlatos significativos (e positivos) com diagnósticos psicopatológicos nas minorias sexuais.

No que concerne à identidade de género, um estudo de nível nacional efetuado nos EUA, com recrutamento *online* de 1093 homens e mulheres trans, explorou a relação entre diversas variáveis, como o estigma social, a saúde mental e moderadores da relação estigma-saúde mental, como é o caso do orgulho face à própria identidade e o suporte da família e dos pares (Bockting et al., 2013). Primeiro, os autores demonstraram que o estigma surge como um bom preditor da sintomatologia psicopatológica, pelo que apresenta uma correlação positiva com esta variável, operacionalizada através do *Brief Symptom Inventory* - 18 itens (BSI-18; Derogatis, 2001) que contém subescalas relativas à depressão, ansiedade e somatização. Segundo, as pessoas com identidades trans obtiveram resultados desproporcionalmente mais elevados nestas três subescalas e no resultado global compósito, quando comparadas com as normas do BSI-18, obtidas com pessoas cisgénero. Terceiro, entre os vários moderadores analisados neste estudo, apenas o suporte dos pares demonstrou ser um fator protetor da saúde mental das pessoas trans. Desta maneira, o suporte dos pares modera significativamente a relação entre estigma e saúde mental, ao mitigar os efeitos adversos do estigma. Quarto e último, houve poucas diferenças de género entre homens e mulheres trans, no que toca às variáveis estudadas, não obstante, os autores alertam para a necessidade de mais estudos para clarificar o padrão de resultados encontrado.

Por fim, de assinalar o contributo de Banerjee e Nair (2020), que procuraram identificar os riscos físicos e psicossociais adicionais, exacerbados pelo período da pandemia COVID-19, nas pessoas com sexualidades não-normativas, para lá vulnerabilidade social decorrente da estigmatização a que estão já habitualmente sujeitas. Devido às medidas de contenção da propagação do vírus - o confinamento e o distanciamento social - os autores ponderaram algumas razões que poderiam prejudicar ainda mais a saúde das populações LGBTQ: a) efeitos da pandemia, no acesso a cuidados de saúde responsivos e diferenciados para estas identidades sexuais e de género, ao agravar a crise socioeconómica e, o risco fisiológico (ex: HIV) prevalente nestes subgrupos, o que eleva o risco de morbilidade por COVID-19 e, como se não bastasse, o cancelamento dos festivais presenciais de orgulho LGBTQ+, boicotando o sentimento de conexão e afiliação ou pertença ao grupo; b) a diferenciação entre “nós”-“eles”, promovida através da falta de oportunidades para contactar com estes grupos minoritários e do estigma estrutural (sexual e de género), perpetuado por estereótipos, bem como o desconhecimento e marginalização destas pessoas e da sua realidade, acentuando as desigualdades sociais; por último, mas não menos importante, c) o *stress* minoritário (Meyer, 2003), isto é, processos de *stress* já descritos anteriormente, como é o caso da discriminação, do preconceito e da homo/bi/transnegatividade internalizada.

Ainda não existem estudos empíricos na literatura sobre saúde mental nas populações LGBT que se tenham circunscrito ao impacto do estigma/*stress* minoritário no polo da saúde mental e do bem-estar, representado no contínuo definido pelo binómio “saúde mental-perturbação mental” (Afonso, 2017). Uma vez que a saúde mental, de acordo com a definição elaborada em 1946 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), não corresponde simplesmente à ausência de doença mental, mas inclui um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o presente estudo tenta colmatar essa lacuna da investigação na área da saúde mental nas populações LGBT.

Necessidades Psicológicas e o (Meta)Modelo de Complementaridade Paradigmática

São vários os modelos teóricos na literatura psicológica que conceptualizam o construto de necessidades psicológicas (para uma revisão ver Conceição & Vasco, 2005; Conde, 2012). No entanto, neste estudo as necessidades psicológicas são contextualizadas com base no (Meta)Modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP; Vasco et al., 2018), uma abordagem de base integrativa para a conceptualização de caso e intervenção no âmbito da psicologia clínica e da psicoterapia.

Inseridas na teoria implícita sobre a adaptação e bem-estar (“o que é a saúde mental?”) do MCP e constituindo um elemento de integração teórica que se fundamenta nas várias escolas de pensamento ou abordagens oriundas de diversas áreas da psicologia aplicada (ex: psicologia social), bem como os modelos humanista, cognitivo-comportamental, experiencial e psicodinâmico da psicologia clínica (Abreu-Afonso et al., 2019), as necessidades psicológicas são “estados de desequilíbrio orgânico provocados por carência de determinados nutrientes psicológicos, sinalizados emocionalmente e tendentes a promover ações, internas e/ou externas, facilitadoras do restabelecimento desse mesmo equilíbrio” (Vasco, 2013, p. 41). Partindo desta definição o autor propõe ainda que a) a capacidade de regulação da satisfação de necessidades psicológicas é condição necessária para a adaptação, o bem-estar e a manutenção da saúde mental, b) o sistema emocional é um sinalizador do grau de regulação e, portanto, do ajustamento psicológico, c) a discrepância na regulação das necessidades pode estar na origem da psicopatologia e d) o equilíbrio ou homeostase é atingido por meio de um processo constante e dinâmico de negociação entre diversas necessidades psicológicas vitais ao ser humano.

Sete Polaridades de Necessidades Psicológicas Dialéticas

Vasco (2009) postula a existência de sete polaridades dialéticas (ou pares) de necessidades psicológicas: Prazer/Dor, Proximidade/Diferenciação, Produtividade/Lazer, Controlo/Cooperação-Cedência, Atualização-Exploração/Tranquilidade, Coerência/Incoerência e Autoestima/Autocrítica.

A polaridade Prazer/Dor é representada pela necessidade do polo *Prazer*, a capacidade para desfrutar do momento presente e de retirar satisfação das experiências vividas, e a necessidade do

polo Dor, que envolve experienciar dores inevitáveis associadas à própria condição humana (ex: luto) e saber “estar” com o sofrimento psíquico, ou seja, aceitar e tolerar a sua existência (Cadilha & Vasco, 2010; Vasco, 2013).

Na polaridade Proximidade/Diferenciação, o polo Proximidade representa a necessidade de estabelecer e manter relações interpessoais de qualidade e a procura de intimidade e conexão com os outros, enquanto o polo Diferenciação diz respeito à agência do indivíduo que se manifesta através da sua personalidade idiossincrática, da sua autodeterminação para fazer escolhas pessoais, bem como a necessidade de se diferenciar dos outros e ser autónomo (Bernardo & Vasco, 2011; Vasco, 2013).

Já na polaridade Produtividade/Lazer, o polo Produtividade, tal como o nome indica, refere-se à necessidade de ser produtivo, de criar obras importantes para o próprio e de sentir competência na sua realização, por contraste com o polo Lazer referente à necessidade de diversão e de sentir-se confortável em momentos de relaxamento, como é o caso das atividades lúdicas (Rucha & Vasco, 2011; Vasco, 2013).

A polaridade Controlo/Cooperação-Cedência tem como polos o Controlo, isto é, a necessidade de exercer influência no meio envolvente, e a Cooperação, anteriormente denominado de Cedência, que consiste na necessidade de delegar responsabilidades ou recompensas imediatas, mas também na capacidade de se adaptar/acomodar ao grupo e cooperar com outros para atingir objetivos comuns (Fonseca & Vasco, 2011; Vasco, 2013).

No que se refere à polaridade Atualização-Exploração/Tranquilidade, o polo Atualização-Exploração envolve a necessidade de progressão e evolução, de explorar o meio e a novidade inerente a este com uma atitude de abertura face à experiência e à mudança, enquanto o polo Tranquilidade está associado à necessidade de estabilidade e de aproveitar aquilo que já se conseguiu alcançar (Calinas & Vasco, 2011; Vasco, 2013).

Relativamente à polaridade Coerência/Incoerência do *Self*, o primeiro polo remete quer para a congruência entre o que o indivíduo pensa, sente e faz, quer para a congruência entre o seu *Self* real e o seu *Self* ideal (Rogers, 2009), e o segundo polo diz respeito à necessidade de o indivíduo tolerar conflitos que possam emergir entre pensamentos, sentimentos e comportamentos, bem como aceitar discrepâncias ou incongruências entre *Self* real e *Self* ideal (Rodrigues & Vasco, 2010; Vasco, 2013).

Por último, mas não menos importante, a polaridade Autoestima/Autocrítica define-se, por um lado, pelo polo da Autoestima, que pode ser descrito como a necessidade de o indivíduo sentir satisfação e valor pela pessoa que é e ter comportamentos de autocuidado e, por outro lado, pelo polo *Autocrítica*, que significa a motivação do indivíduo para aprender a partir dos erros que comete, ao mesmo tempo respeitando eventuais insatisfações pessoais (Guerreiro & Vasco, 2011; Vasco, 2013).

Regulação da Satisfação de Necessidades, Distress e Psicopatologia

Os estudos empíricos apontam de forma inequívoca para uma correlação positiva entre o grau de regulação da satisfação de necessidades e o bem-estar subjetivo, não só, mas também uma relação negativa da primeira variável com o distress psicológico e a sintomatologia (e.g., Almeida, 2016; Conde, 2012; Ferreira, 2020; João, 2018; Martins, 2016). Num estudo realizado por Sol e Vasco (2017), a capacidade de regulação da satisfação das necessidades correlacionou-se negativamente com medidas de sintomatologia psicopatológica, enquanto a discrepância nessa mesma regulação correlacionou-se positivamente com a sintomatologia. De facto, nesse estudo os autores demonstraram que a regulação da satisfação de necessidades psicológicas tem valor preditivo relativamente à psicopatologia, diferenciando um grupo clínico de outro da população geral. Além do mais, para a maioria das necessidades/polaridades, indivíduos com elevado grau de regulação da satisfação de ambas as necessidades (polos) de cada polaridade dialética parecem apresentar menor sintomatologia, quando comparados com indivíduos que regulam apenas uma das necessidades (polo) de cada polaridade ou nenhuma delas, acontecendo este efeito para qualquer um dos grupos.

A capacidade de regular a satisfação das sete polaridades dialéticas de necessidades psicológicas, tal como descrita no MCP, é assim utilizada neste estudo como forma de operacionalizar o construto “saúde mental”, tendo em conta as relações solidamente estabelecidas com outras medidas próximas de bem-estar e de *distress* psicológico, mencionadas anteriormente. Para tal, foi considerado pertinente adotar um modelo teórico que conceptualiza a saúde mental no quadro da regulação de necessidades psicológicas, ao promover uma compreensão funcional e integrada, e não apenas estrutural e diagnóstica da perturbação mental. De outra maneira, para a conceptualização da perturbação mental foi utilizada a noção de sintomatologia do *Brief Symptom Inventory (BSI)*, Derogatis, 1993), não tanto pelo carácter biomédico associado à presença/ausência de sintomas, mas sim devido à importância de avaliar a psicopatologia através de uma constelação, complexa e multidimensional, da gravidade de sintomas referentes a diversas perturbações clínicas. Em síntese, na presente investigação, reitera-se a operacionalização da saúde mental, assente num modelo dimensional (vs modelo categorial de saúde/doença) e conceptualizada com base no contínuo “saúde mental-psicopatologia”, não como dicotomia, mas sim como binómio (Afonso, 2017). Isto é, saúde e perturbação mental não são consideradas qualitativamente diferentes, mas como representando uma variação quantitativa, ao longo de um espectro, desde a saúde à patologia (Carr & McNulty, 2016; Overton, 2002).

Fundamentação Teórica de um Novo Instrumento para Medir a Percepção de Estigma nas Populações LGBT

O instrumento de auto-relato intitulado “Escala de Percepção de Estigmatização (EPE)”, dirigido às pessoas LGBT, é composto por duas versões paralelas: a versão 1 destinada a ser aplicada a pessoas com orientações sexuais não-normativas (LGB: lésbicas, *gays* ou bissexuais) e a versão 2 destinada às pessoas com identidades de género não-normativas (T: transgénero/transsexuais). A EPE será apresentada, tendo como linha condutora os aspetos convergentes ou partilhados entre ambas as versões e, sempre que se justifique, os aspetos divergentes entre as duas versões serão comparados.

A fundamentação teórica responde à pergunta “o quê?” e corresponde, simultaneamente, à operacionalização do construto ou variável latente que a EPE pretende medir, mas também as teorias, abordagens, modelos ou lentes pelas quais se inspirou para a amostragem de conteúdo da EPE.

A EPE pode ser considerada uma escala compósita, porque pretende medir um construto multifacetado, com três componentes que co-ocorrem e estão interrelacionadas: a discriminação, o preconceito e o estigma (Link & Phelan, 2001). Começou-se por estabelecer a demarcação dos construtos, apesar os limites entre estes conceitos terem, em nossa opinião, uma finalidade mais pragmática do que propriamente factual.

A discriminação pode ser descrita como qualquer tipo de ação, ato ou comportamento, que tem por base um tratamento diferencial, injusto e de valência negativa, direcionado a um grupo social e aos respetivos membros (Smith et al., 2015). Por esta razão, a discriminação pertence ao domínio comportamental. Ilustrações de discriminação são a ilegalização de casamentos homoafetivos, a proibição da doação de sangue por homens que têm sexo com homens, a recusa dos profissionais de saúde em realizar uma intervenção biomédica, cirúrgica e/ou hormonal, para mudança de sexo nas pessoas transgénero, bem como a desigualdade em termos de oportunidades entre pessoas LGBT e heterossexuais/cisgénero (Casey et al., 2019).

O preconceito consiste numa avaliação sumária que deriva de uma atitude negativa sobre um determinado grupo social ou membro pertencente a este grupo (Smith et al., 2015). De maneira mais implícita do que a própria discriminação, o preconceito manifesta-se através de crenças, atitudes, pensamentos/ideias, imagens, pré-conceitos e estereótipos perpetuados por normas sociais, políticas e culturais (Gato et al., 2011, Herek, 2016; Herek & McLemore, 2013). Deste modo, o preconceito pertence ao domínio cognitivo-attitudinal. A visão redutora e estereotipada das pessoas LGBT, os comentários depreciativos sobre as suas práticas sexuais e relações afetivo-amorosas, a crença de que não existem identidades trans e não-binárias, a ideia de que as pessoas bissexuais estão indecisas

quanto à sua orientação sexual ou a patologização das sexualidades minoritárias, encaradas como perturbações mentais ou desvios sexuais são tudo exemplares de preconceito.

O estigma, quanto à temática referente às sexualidades não-normativas, desdobra-se em dois subtipos: estigma sexual e de género (Herek, 2004). O estigma tem por base um conhecimento socialmente partilhado baseado na avaliação negativa, realizado sobre determinados membros de um grupo social que partilham características entre si (ex: orientação sexual, identidade e expressão de género, religião), pelo que inclui desvalorização, menosprezo, opressão, bem como atribuição de menos poder e estatuto perante qualquer comportamento, identidade, relação ou comunidade considerados como desviantes, por outras palavras, que seja não-heterossexual (heteronormatividade) no caso do estigma sexual, ou não-cisgénero (cisnormatividade) no caso do estigma de género (Herek, 2010). Assim, é razoável afirmar que, no plano teórico, os conceitos de discriminação, preconceito e a decorrente internalização de atitudes negativas perante a própria orientação sexual ou identidade de género correspondem, em última análise, a facetas do construto de estigmatização (Pescosolido & Martin, 2015; Phelan et al., 2008).

A integração de três teorias, inseridas num paradigma sistémico-contextual, delimitam o construto “perceção de estigma” e, por isso, orientaram a redação dos itens da EPE. A primeira lente sistémica versa o mapa da rede de suporte social (Sluzki, 1996), uma técnica de conceptualização originária da psicologia sistémica comunitária (Alarcão, 2021). Para Sarason e Sarason (2009) a rede social representa a teia de relações significativas na vida da pessoa, pelo que inclui diversos tipos de apoio ou suporte na interação eu-outro, numa lógica transacional e de sentido bidirecional. A composição do mapa da rede contempla quatro quadrantes e, no seu conjunto, compreendem os elementos mais significativos do seu universo relacional/interpessoal: (a) família, (b) amigos, (c) colegas e (d) comunidade. Se pensarmos de acordo com a ótica contextual do modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), os quadrantes (a), (b) e (c) corresponderiam a microssistemas, enquanto o quadrante (d) estaria inserido no macrosistema.

O segundo e terceiro modelos sistémicos, na base da construção da EPE, consistem nos modelos explicativos das disparidades nos indicadores de saúde mental das populações LGBT: o modelo sócio-ecológico modificado de Hughto et al. (2015) e o modelo de stress minoritário de Meyer (2003), respetivamente. O conceito de estigmatização, por ser complexo e multifacetado, é operacionalizado nesta investigação com base nos determinantes, isto é, estigma ao nível estrutural, interpessoal e individual, bem como nos mecanismos psicossociais (vigilância, ruminação e isolamento/solidão) do modelo sócio-ecológico modificado (Hughto et al., 2015), não só, mas também, numa lógica concomitante ou complementar, nos processos de stress distais (ex: discriminação, preconceito) e proximais (ex: internalização de atitudes negativas) do modelo de stress das minorias (Meyer, 2003).

A revisão sistemática de Morrison et al. (2018) sugere que estão disponíveis várias escalas compósitas de avaliação de estigma nas populações LGBT+. Ainda assim, os autores reconhecem que muitas destas medidas de auto-relato apresentam lacunas ao nível da evidência acumulada quanto às propriedades psicométricas dos instrumentos. Pela observação dos instrumentos revistos pelos autores é possível constatar que quase nenhuma medida tem como respondentes as próprias pessoas LGBT. Ora, parece razoável afirmar que existe um viés considerável neste tópico, no sentido do estudo das atitudes da população geral perante as pessoas com sexualidades não-normativas e a adoção de uma visão passiva das pessoas LGBT, por contraste com uma visão ativa, construtivista e fenomenológica que vê essas pessoas como “agentes”. Desta forma, tentou-se clarificar as razões pelas quais surgiu a necessidade de construir um novo instrumento. Não se pretendeu uma revisão exaustiva dos instrumentos disponíveis na literatura, pelo que são sintetizados apenas aqueles mais relevantes para esta investigação e discutidas as suas potencialidades e limitações no Anexo A.

Em resumo, podemos dizer que o propósito da EPE e, portanto, a necessidade/utilidade de construir um novo instrumento advém de vários motivos:

- a operacionalização de um construto latente, semelhante mas delimitado dos anteriores, inserido num paradigma sistémico-contextual, que cruza dois modelos da literatura sobre saúde mental LGBT (Hughto et al., 2015; Meyer, 2003) com a rede social de apoio (Sluzki, 1996).
- a redação dos itens concilia o contínuo homogeneidade-heterogeneidade que avalia quer os desafios convergentes de possuir uma identidade minoritária, quer as especificidades das pessoas das populações LGBT;
- a redação dos itens concilia igualmente as definições objetiva e subjetiva de *stress* (Dohrenwend, 2000; Lazarus & Folkman, 1984) que avalia eventos factuais passados, mas também pretende focar a experiência fenomenológica e subjetiva, isto é, a perceção subjetiva de estigma num registo temporal de presente e futuro;
- representa uma escala compósita e multidimensional que avalia várias facetas referentes ao estigma;
- acrescenta o estigma estrutural e a rede social, numa perspetiva microssistémica e macrossistémica;
- apresenta duas versões paralelas para medir a perceção de estigma, pois a experiência de ter uma orientação sexual não-normativa, não significa o mesmo que ter a de uma identidade de género não-normativa!

Objetivos e Hipóteses da Investigação

Os objetivos desta investigação são mistos quanto à sua natureza. Desta forma, assumem quer um caráter exploratório e descritivo, no que se refere à construção de um novo instrumento (EPE), quer um caráter inferencial, por meio do teste de hipóteses, relativo às relações entre variáveis e comparações entre grupos. Assim, constituíram objetivos da presente investigação:

- I. Analisar o impacto da perceção de estigmatização, quer na capacidade de regulação da satisfação de necessidades, quer na sintomatologia psicopatológica, no grupo de pessoas com sexualidades não-normativas (LGBT);
- II. Comparar o grau de psicopatologia entre pessoas com diversas orientações sexuais e identidades de género, normativas e não-normativas;
- III. Contrastar a capacidade de regulação da satisfação de necessidades psicológicas (“saúde mental”) entre pessoas com sexualidades normativas (heterossexuais cisgénero) e não-normativas (LGBT).
- IV. Construir um questionário, para medir a perceção experienciada de estigma nas pessoas pertencentes às populações LGBT e aperfeiçoá-lo, com base no estudo metrológico ou psicométrico.

As hipóteses de investigação derivam da revisão de literatura, para além dos pressupostos subjacentes aos modelos explicativos desenvolvidos por Meyer (2003) e Hughto e colaboradores (2015). Nesta linha de raciocínio, as hipóteses são:

- 1) Uma maior perceção de estigma está relacionada com uma menor qualidade da “saúde mental” (capacidade de regulação da satisfação de necessidades) nas pessoas LGBT;
- 2) Uma maior perceção de estigma está relacionada com uma maior sintomatologia psicopatológica nas pessoas LGBT;
- 3) O grau de perturbação mental difere consoante os subgrupos de orientações sexuais e identidades de género:
 - 3.a) é maior nas pessoas LGBT comparativamente às pessoas heterossexuais/cisgénero.
 - 3.b) é maior nas pessoas bissexuais (cisgénero) relativamente às pessoas homossexuais (cisgénero)
 - 3.c) é maior nas pessoas trans relativamente às pessoas LGB (cisgénero).
- 4) Os grupos com sexualidades não-normativas (LGBT) apresentam, no geral, menor qualidade da saúde mental, comparativamente às pessoas com sexualidades normativas (heterossexuais/cisgénero).

Método

Participantes

Os critérios de inclusão na amostra são três: ser uma pessoa LGBT (não foram incluídas no estudo pessoas com outra sexualidade minoritária não pertencente à sigla, como pessoas pansexuais cisgénero) ou heterossexual/cisgénero (grupo controlo), ter entre 18 e 60 anos e ser de nacionalidade portuguesa. A amostra final - após exclusão dos casos que não cumpriam os critérios de inclusão (n = 45) e dos casos omissos ou que não preencheram pelo menos um dos instrumentos (n = 115) - é constituída por um total de 593 participantes, 18-60 anos (M = 26.70 anos; DP = 8.25 anos). De acordo com uma perspetiva de construção social de género, estão representados na amostra 260 homens (45.4%), 289 mulheres (48.7%) e 35 pessoas não-binárias (5.9%) mas, perante uma ótica biológica temos 266 pessoas do sexo masculino (44.9%), 326 do sexo feminino (55%) e apenas uma pessoa intersexo. Quanto ao estado civil, a grande maioria das pessoas é solteira (84%), seguindo-se aquelas que estão em união de facto ou casadas (13.8%) e, por fim, aquelas que estão separadas, divorciadas ou viúvas (2.2%). Relativamente à situação profissional, cerca de metade da amostra total corresponde a trabalhadores (49.6%), um terço são estudantes (33.2%), sendo os restantes trabalhadores-estudantes (11.6%) e uma minoria, pessoas desempregadas (5.6%). A escolaridade da amostra é elevada, sendo as habilitações académicas mais frequentes o ensino secundário ou 12º ano (40.5%) e o ensino superior, licenciatura (38.4%) e mestrado (17.4%).

A amostra divide-se em dois grupos contrastantes: o grupo com sexualidades normativas inclui 200 pessoas heterossexuais/cisgénero e o grupo com sexualidades não-normativas é composto por 393 pessoas LGBT. Por sua vez, no que concerne à orientação sexual e identidade de género dos participantes, a amostra é composta por pessoas lésbicas (9.1 %), *gays* (30.2 %), bissexuais (22.8 %), heterossexuais (35.2 %) ou com outra orientação sexual (2.7 %), que se identificam como pessoas cisgénero (90.7 %) ou trans, isto é, transgénero/transsexuais (9.3%) (ver Quadro 1).

Instrumentos

Dados sociodemográficos

A amostra pode ser descrita em termos sociodemográficos de acordo com nove características: idade, sexo biológico atribuído à nascença, género, estado civil, nacionalidade, situação profissional, habilitações literárias ou académicas, orientação sexual (lésbica, *gay*, bissexual, heterossexual ou outra) e identidade de género (cisgénero ou trans). Nesta investigação, esta última variável tem como finalidade estabelecer uma fácil categorização e diferenciação entre pessoas cisgénero e trans. Os dados sociodemográficos recolhidos estão disponibilizados no Anexo B.

Escala de Perceção de Estigmatização (EPE - versões 1 e 2)

Fundamentação Metodológica. A fundamentação metodológica remete para a caracterização da EPE e, portanto, responde à pergunta acerca de “como” o instrumento foi construído.

Quadro 1

Contagens das Subamostras por Orientação Sexual e Identidade de Género

		Identidade de Género			
			Cisgénero	Trans	Total
Orientação Sexual	Lésbica	N	45	9	54
		%	83,3%	16,7%	100,0%
	Gay	N	178	1	179
		%	99,4%	0,6%	100,0%
	Bissexual	N	115	20	135
		%	85,2%	14,8%	100,0%
	Heterossexual	N	200	9	209
		%	95,7%	4,3%	100,0%
	Outra	N	0	16	16
		%	0,0%	100,0%	100,0%
Total	N	538	55	593	
	%	90,7%	9,3%	100,0%	

Etapas de construção da EPE. O processo de criação do novo instrumento (EPE) envolveu várias etapas sequenciais: 1. conceptualização lógica (“racional”) do teste, 2. construção dos itens, 3. aplicação do teste, 4. análise dos itens e 5. revisão do teste (Cohen & Swerdlik, 2009; DeVellis, 2017; Gregory, 2015; Urbina, 2014). Na etapa 1, houve uma reflexão acerca de questões como a operacionalização e delimitação do construto latente a ser avaliado (percepção de estigma), o âmbito de utilização da EPE (investigação), a relevância da existência de versões paralelas, o público-alvo de respondentes a que a escala se destina (pessoas LGBT), o propósito da EPE, entre outras, às quais se tentou dar resposta através da fundamentação teórica (“o quê?”). A etapa 2 da construção dos itens da EPE é abordada na fundamentação metodológica (“como?”) e a etapa 3 no procedimento. As restantes etapas serão salientadas nas secções dos resultados e discussão.

Matriz dos Itens. A matriz dos itens cruza dois eixos: o eixo contextual e o eixo experiencial. O eixo contextual baseou-se nos quatro quadrantes referentes ao mapa da rede suporte social (Sluzki, 1996) - família, amigos, colegas e comunidade - e representa os principais contextos de vida do ser humano. Já o eixo experiencial incidiu sobre três tipos de experiências de estigma, particularmente nos domínios comportamental (discriminação), cognitivo (preconceito) e intrapessoal. Para ambas as versões, a ponderação do número de itens por categoria foi aproximadamente equilibrada.

Conteúdo dos Itens. O conteúdo dos itens da EPE é baseado na interseção de cada uma das categorias dos eixos contextual e experiencial da tabela de dupla entrada relativa à matriz dos itens, sendo, por isso, o instrumento teoricamente informado. As categoria comportamental-discriminação e cognição-preconceito, representam ambas processos de stress distais (Meyer, 2003) ou estigma interpessoal (Hughto et al., 2015), enquanto na categoria intrapessoal estão subjacentes processos de stress proximais (Meyer, 2003) ou estigma individual (Hughto et al., 2015), como por exemplo a homo/bi/transnegatividade internalizada, a ocultação da identidade sexual/de género minoritária e os mecanismos psicossociais indutores de stress – vigilância, ruminação e isolamento - propostos pelo modelo sócio-ecológico modificado de Hughto e colaboradores (2015). Além do mais, temos a rede social de apoio (Sluzki, 1996), tal como a família nuclear (ex: pais), amigos, colegas de trabalho ou estudo e, por fim, a comunidade (ex: redes sociais, política, Portugal como país). Assim, a interseção das categorias “comportamental-discriminação” e “cognição-preconceito” do eixo experiencial com a categoria “comunidade” diz respeito ao estigma estrutural (Hughto et al., 2015).

Redação dos Itens. A EPE é composta por três tipologias de itens: i) itens exatamente iguais para ambas as versões (LGB e T) que revelam homogeneidade e focam experiências transversais na comunidade LGBT; ii) itens semelhantes em ambas as versões, nos quais apenas difere o grupo-alvo (LGB ou T), que remetem para desafios partilhados pelas pessoas LGBT e iii) itens únicos e específicos para cada versão, relacionados com experiências idiossincráticas e a heterogeneidade inerente às pessoas com orientação sexual (LGB) ou identidade de género (T) não-normativas. Especial cuidado foi tido para redigir itens curtos, com linguagem acessível, clara, compreensível para todos e sem redundância, mas também evitar frases ambíguas, tendenciosas, com jargão técnico, e que contenham, num mesmo item, uma mistura de conjunções e disjunções ou até múltiplas perguntas implícitas (Bradburn et al., 2004; DeVellis, 2017; Hill & Hill, 2002). De forma a prevenir algum grau de defensividade nas respostas, alguns itens foram invertidos em ambas as versões (Moreira, 2004). Além do mais, todos os itens são antecidos pelo radical: “tenho sentido (ou sinto) que...”. Os itens iniciais das versões 1 e 2 da EPE encontram-se nos Anexos C e D, respetivamente.

Instruções e Escala de Resposta. Para ambas as versões da EPE as instruções são iguais e a resposta recorre a uma escala de Likert (1932) com 6 pontos, que exprime frequência da experiência, por parte dos respondentes, em relação a cada item (*1-Nunca, 2-Raramente, 3-Às vezes, 4-Muitas vezes, 5-Quase sempre, 6-Constantemente*) (ver Anexos C e D). Neste estudo, a escala de resposta corresponde a um nível de medida intervalar (Stevens, 1946).

Cotação e Interpretação dos Resultados. Cada uma das versões da EPE subscreve um modelo aditivo (Likert, 1932) e, portanto, proporciona um resultado global, obtido através da divisão do somatório das pontuações/respostas pelo número total de itens (média aritmética) e, como tal, situado

entre os valores 1 (mínimo) e 6 (máximo), em que pontuações mais elevadas significam uma maior percepção de estigmatização. É expectável que possam existir igualmente resultados ao nível de escalas, consoante a evidência fornecida pela análise fatorial exploratória (Field, 2013) e sua fundamentação conceptual.

Escala de Regulação da Satisfação de Necessidades (ERSN-43)

A Escala de Regulação da Satisfação de Necessidades (ERSN-43; Conde et al., 2012) destina-se a avaliar a capacidade de regular 14 necessidades psicológicas vitais - organizadas em sete pares de polaridades dialéticas - postuladas pelo Modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP; Vasco et al., 2018): *Prazer/Dor*, *Proximidade/Diferenciação*, *Produtividade/Lazer*, *Controlo/Cooperação-Cedência*, *Atualização-Exploração/Tranquilidade*, *Coerência/Incoerência* e *Autoestima/Autocrítica*. A ERSN-43 é constituída por 43 itens e comporta três tipos de resultados. Ao nível das subescalas, a cotação é elaborada para (i) cada uma das 14 necessidades psicológicas e (ii) para cada uma das sete polaridades dialéticas, ao passo que, ao nível da escala completa, temos o (iii) resultado global que sintetiza o nível de regulação da satisfação de necessidades. A escala de resposta solicita a expressão do grau de concordância por parte do respondente (de 1 - *Discordo Totalmente* a 8 - *Concordo Totalmente*) relativamente a certas afirmações, em que uma melhor capacidade de regulação de necessidades traduz-se numa maior pontuação obtida na escala. Exemplos de itens são: “Sinto-me perto de ser a pessoa que desejo ser” (item 34) e “Quando paro e reparo nas coisas à minha volta, sinto-me bem e satisfeito(a)” (item 27). No que toca à precisão ao nível da escala completa, o ómega de McDonald foi de 0.95 ($\omega t = 0.953$), o que revela uma ótima consistência interna. Esta última variou entre satisfatória e boa para as polaridades *Prazer/Dor* ($\omega t = 0.72$), *Proximidade/Diferenciação* ($\omega t = 0.73$), *Produtividade/Lazer* ($\omega t = 0.85$), *Controlo/Cooperação* ($\omega t = 0.78$), *Exploração/Tranquilidade* ($\omega t = 0.76$), *Coerência/Incoerência* ($\omega t = 0.84$) e *Autoestima/Autocrítica* ($\omega t = 0.85$).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1993; adaptação portuguesa por Canavarro, 1999) é um instrumento de autorrelato que pretende avaliar a sintomatologia psicopatológica. O BSI contém no total 53 itens referentes a sintomas típicos de diversas perturbações clínicas. Exemplos de itens são: “Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas” (item 14) e “Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer” (item 39). A psicopatologia avaliada pelo inventário inclui nove dimensões ou escalas: somatização, hostilidade, depressão, ansiedade fóbica, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, ideação paranóide, ansiedade e psicoticismo. Para além dos resultados em cada uma das nove subescalas, é possível obter como índices globais o Total de Sintomas Positivos (TSP), o Índice Geral de Sintomas (IGS) e o Índice de Sintomas Positivos (ISP).

O TSP representa o número de queixas sintomáticas relatadas, isto é, itens onde a pontuação é maior do que zero, o IGS assinala a média da gravidade dos sintomas ($IGS = \text{somatório}/53$) e o ISP corresponde a uma combinação ponderada entre os dois índices anteriores ($ISP = \text{somatório}/TSP$). A escala de resposta exprime frequência por parte dos respondentes, numa escala de Likert de 5 pontos, desde 0 - *Nunca* a 4 - *Muitíssimas vezes*, na qual pontuações mais altas indicam maior grau de perturbação mental (Canavarro, 2007). Neste estudo, o BSI revelou, ao nível da escala completa, uma excelente consistência interna ($\omega t = .98$).

Procedimento

O *design* do estudo incluiu metodologia quantitativa, de natureza correlacional e uma abordagem transversal. Todos os participantes foram recrutados *online* com base na divulgação do estudo nas redes sociais e, no caso particular das pessoas LGBT, em associações e páginas dirigidas a estas populações (ex: ILGA Portugal, Rede ex Aequo, página da “dezanove.pt”, organização comunitária “TransMissão”, etc..), através de cartas a solicitar a cooperação dessas mesmas instituições. Para o recrutamento de participantes da subamostra LGBT utilizou-se a técnica de “bola de neve”, um tipo de amostragem particularmente eficaz para populações-alvo de difícil acesso, como é o caso das pessoas com sexualidades não-normativas (Meyer & Wilson, 2009; Owens et al., 2020). Daqui segue que os participantes desta investigação constituíram uma amostra não-aleatória, por conveniência. A recolha de dados foi realizada no período entre dezembro de 2021 e abril de 2022.

A estratégia de recolha de dados consistiu na administração de um questionário online, na plataforma *Qualtrics*, subdividido em cinco blocos com a seguinte sequência: a) consentimento informado (Anexo E), b) dados sociodemográficos, c) EPE - versões 1 ou 2, d) ERSN-43 e e) BSI. As pessoas heterossexuais e cisgénero respondiam a todas as secções, com exceção da EPE, enquanto as pessoas LGBT respondiam a todas as secções, apesar de poderem responder a apenas uma de duas versões da EPE. Assim, as pessoas lésbicas/*gays*/bissexuais e cisgénero respondiam somente à versão 1, as pessoas trans e com uma orientação sexual não-LGB (ex: heterossexual, pansexual) respondiam somente à versão 2 e as pessoas simultaneamente com uma orientação sexual e identidade de género não-normativas (L/G/B + T) respondiam a uma ou outra versão, consoante a resposta dada a uma pergunta de resposta dicotómica (ver Q10 – Anexo B).

Os dados foram recolhidos sob anonimato e a confidencialidade e privacidade dos participantes foi salvaguardada. O projeto obteve um parecer favorável e foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia (CED) da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Análises Estatísticas

As hipóteses 1 e 2 divergem a partir de um mesmo objetivo (I): analisar o impacto da percepção de estigma no binómio saúde mental-perturbação mental, isto é, na capacidade de regulação de satisfação das necessidades psicológicas (H1) e na sintomatologia psicopatológica (H2), nas pessoas LGBT. Como temos o impacto de duas variáveis independentes (VI) quantitativas em duas variáveis dependentes (VD) quantitativas e correlacionadas entre si, a técnica de análise para o teste de ambas as hipóteses foi uma extensão da regressão linear múltipla, a análise de trajetórias ou *path analysis* (Loehlin & Beaujean, 2017; Streiner, 2005).

A hipótese geral 3 contribui para o objetivo II: comparar a sintomatologia psicopatológica na diversidade sexual e de género. Na verdade, a hipótese geral ramifica-se em três hipóteses específicas e direcionadas, que remetem para diferenças entre subgrupos no grau de psicopatologia. Para inspecionar possíveis diferenças no grau de perturbação mental entre pessoas com várias orientações sexuais e identidades de género são utilizados métodos/testes robustos em *jamovi*, tendo em conta o desequilíbrio relativo à dimensão das subamostras, os quais consistem num compromisso entre técnicas paramétricas e não-paramétricas (Marôco, 2021).

A hipótese geral 4 deriva do objetivo III: contrastar a saúde mental entre os grupos de pessoas com sexualidades normativas (heterossexuais/cisgénero) e não-normativas (LGBT). Estão em causa sete VD's (polaridades) correlacionadas entre si e medidas em escala intervalar, a serem comparadas entre duas amostras independentes. Como os pressupostos relativos à normalidade multivariada e homogeneidade da matriz de variâncias-covariâncias requeridos pelos testes paramétricos não foram cumpridos, a alternativa não-paramétrica da MANOVA (Marôco, 2021) foi a técnica estatística mais adequada.

O estudo metrológico de ambas as versões da EPE pretende dar resposta ao objetivo IV e engloba a análise dos itens, aliada à precisão e a validade, dois pilares da qualidade psicométrica inerentes a qualquer instrumento de medição psicológica (Anastasi & Urbina, 2000; Kaplan & Saccuzzo, 2009).

A análise dos itens foi realizada com base em indicadores de fiabilidade, validade e discriminação dos itens (Coaley, 2010; Gregory, 2015). Para obter a estimativa de precisão da EPE, procedeu-se ao estudo da consistência interna da escala, através do método alfa de Cronbach (1951). Finalmente, esta investigação contempla a triangulação de duas evidências para estimar a validade: validade relativa a um critério preditivo e validade (de construto) fatorial (American Educational Research Association [AERA] et al., 2014; Urbina, 2014).

Todas as análises descritivas, gráficas e inferenciais, univariadas, bivariadas ou multivariadas (Field, 2013) foram executadas no software *SPSS Statistics*, versão 27 (IBM Corp., 2020) ou em *jamovi*, versão 2.3.9 (The jamovi project, 2022).

Resultados

Estudo Psicométrico da Versão 1 da EPE

Para analisar as principais componentes de variância dos 40 itens iniciais da versão 1 da EPE, utilizou-se uma análise de componentes principais (ACP), com rotação ortogonal (Varimax), realizada em *jamovi* (Revelle, 2019). A medida de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .89$) mostrou uma boa adequação da amostragem e, juntamente com o teste de esfericidade de Bartlett, [$X^2 (780) = 4843.251, p < .001$], indicou que os itens estão suficientemente correlacionados entre si, confirmando os pressupostos da aplicação de uma ACP (Field, 2013). A decisão acerca do número de componentes a serem extraídas foi alcançada com base na avaliação do critério de Kaiser, do *Scree Plot* (Cattell, 1966) e da análise paralela (Horn, 1965), tendo esta última tido maior ponderação para a tomada de decisão final, caso existissem divergências quanto à extração dos fatores. Com o critério de Kaiser foram extraídos oito componentes com valores próprios superiores a 1, sendo o ponto de inflexão no *Scree Plot* de sete, mas a análise paralela indicou que deveriam ser extraídos cinco componentes, que explicavam cerca de 45% da variância total. No entanto, pelo facto de uma solução de quatro fatores ser mais parcimoniosa, mas também por a componente 5 apenas explicar 4% da variância total e envolver apenas três itens com elevadas saturações, mas que não funcionaram bem na análise dos itens, decidiu-se optar pela retenção de quatro fatores.

Na sequência da análise das saturações fatoriais dos itens, e após apreciação da sua qualidade em termos de valor psicométrico - “dificuldade”, discriminação, contributo para a consistência interna – foram excluídos cinco dos 40 itens iniciais que se mostraram mais inadequados. Seguiu-se uma análise fatorial exploratória (AFE), realizada com o auxílio do programa EFAShiny (Yu & Sheu, 2018), aos 35 itens psicometricamente mais robustos através do método de extração por fatorização do eixo principal e de novo com rotação Varimax, a qual confirmou a adequação de uma solução de quatro fatores, tal como a resultante da análise paralela, os quais explicam 39% da variância total. A interpretação do padrão dos pesos fatoriais dos itens nos fatores, após rotação (Anexo F), permite identificar a sua natureza. O fator 1 representa os processos de stress proximais (Meyer, 2003) ou intrapsíquicos, tal como a homofobia internalizada, a antecipação de rejeição e a ocultação da identidade sexual, bem como os mecanismos psicossociais de stress – a vigilância, a ruminação e o isolamento ou solidão (Hatzenbuehler & Packankis, 2016; Hughto et al., 2015) - pelo que foi denominado de “Intrapessoal/Estigma Individual”. O fator 2 agrega a discriminação e o preconceito,

duas facetas do estigma, no nível microssistêmico da família, pelo que este foi nomeado “Discriminação/Preconceito Familiar (Micro)”. Já o fator 3 está associado à faceta do preconceito ao nível do mesossistema, no contexto escolar ou profissional, em amigos e colegas mais próximos na rede e foi rotulado “Cognição-Preconceito entre Pares (Meso)”. Por fim, o fator 4 foi designado por “Comportamental-Discriminação na Comunidade/Estigma Estrutural (Macro)”, pois apesar de conter itens relativos a colegas de trabalho/estudo, estes podem ser encarados como exemplares do estigma estrutural existente ao nível macrossistêmico (ex: redes sociais, cultura, sociedade), o qual está representado noutros itens que saturam neste fator.

Após a eliminação dos cinco itens psicometricamente menos robustos (itens 21, 33, 34, 36 e 37), decisão essa alicerçada na análise de itens (ver Anexo G), procedeu-se, então, ao cálculo da consistência interna para cada subescala da EPE: Intrapessoal ou de Estigma Individual ($\alpha = 0.83$), Discriminação/Preconceito Familiar ($\alpha = 0.87$), Cognição-Preconceito entre Pares ($\alpha = 0.79$) e Comportamental-Discriminação na Comunidade ou de Estigma Estrutural ($\alpha = 0.74$). O apuramento de um resultado global, que traduz a percepção de estigma experienciada pelas pessoas LGB foi apoiado pelas correlações positivas entre os itens na matriz de correlações (Apêndice IV) e pelo elevado coeficiente de consistência interna ($\alpha = 0.90$) do conjunto dos 35 itens.

A validade preditiva, neste caso, a capacidade de a percepção de estigmatização prever a psicopatologia medida pelo BSI, foi averiguada através de uma regressão linear simples. Todos os pressupostos necessários para a aplicação desta técnica foram cumpridos. A percepção de estigma explica cerca de 15% ($R^2 = .149$) da variância dos resultados em psicopatologia nas pessoas LGB e a equação subjacente ao modelo de regressão pode ser descrita por $Y = 0.090 + 0.475X + e_i$, em que Y é a psicopatologia, X é a percepção de estigma nas pessoas LGB e e_i é o erro associado. Assim, existe uma relação linear positiva, em que maiores níveis de percepção de estigma medidos pela versão 1 EPE predizem um maior grau de perturbação mental ($\beta = 0.39$, $t = 6.999$, $p < .001$).

Estudo Psicométrico da Versão 2 da EPE

O estudo metrológico da versão 2 da EPE não incluiu validade fatorial, devido à reduzida dimensão da amostra ($n = 45$). A análise culminou na eliminação de sete itens (17, 19, 21, 24, 32, 34 e 37), com base na análise dos itens (ver Anexo H), à semelhança da versão 1 da EPE. Foi também apurado um resultado global, sustentado pelas correlações positivas entre itens (Apêndice V). Com a revisão da escala, a versão 2 da EPE contém 33 itens e um nível muito bom de consistência interna ($\alpha = 0.92$).

A validade preditiva também foi analisada para a versão 2 da EPE. Os pressupostos foram cumpridos para a aplicação da regressão, com exceção do pressuposto relativo à normalidade dos

resíduos, provavelmente devido à reduzida dimensão da amostra ($n = 38$). Assim sendo, a percepção de estigma explica cerca de 42% ($R^2 = .423$) da variância dos resultados em psicopatologia nas pessoas trans, sendo a equação subjacente ao modelo de regressão dada por $Y = 0.664 + 0.745X + e_i$. Assim, existe uma relação linear positiva, em que maiores níveis de percepção de estigma medidos pela versão 2 da EPE predizem um maior grau de perturbação mental ($\beta = 0.65$, $t = 5.137$, $p < .001$) nas pessoas com identidades trans.

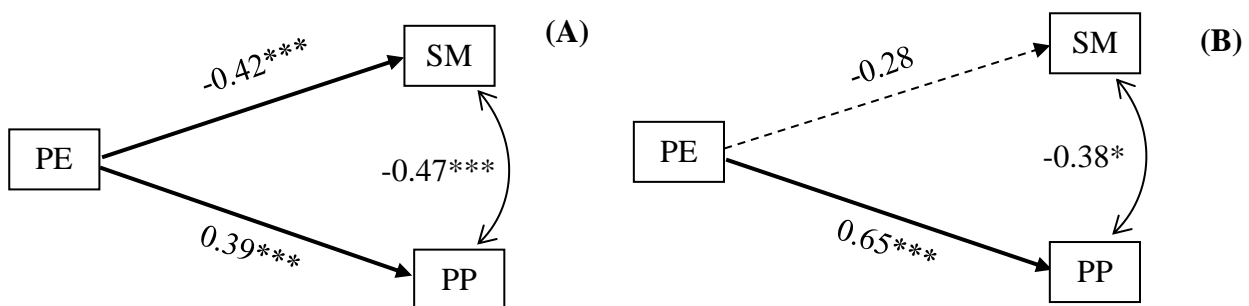
Impacto da Percepção de Estigma no Contínuo Saúde Mental-Perturbação Mental

A análise de trajetórias foi realizada através do programa *jamovi*, por meio de uma extensão que adiciona análise de equações estruturais (Gallucci, 2001). Nos modelos a testar, as variáveis exógenas ou predictoras são os resultados globais das versões 1 (modelo A) e 2 (modelo B) da EPE, ou seja, a percepção de estigma, enquanto saúde mental e psicopatologia correspondem a variáveis endógenas.

De acordo com o modelo A, a percepção de estigma tem dois efeitos diretos significativos: na capacidade de regular a satisfação de necessidades psicológicas e no grau de perturbação mental. O efeito direto na saúde mental é de -0.65 , $z = -7.68$, $p < .001$, IC 95% $[-0.82;-0.48]$, enquanto o efeito direto na psicopatologia é de 0.48 , $z = 7.02$, $p < .001$, IC 95% $[0.34;0.61]$. No modelo B apenas se observou um efeito direto significativo da percepção de estigma na psicopatologia. O efeito é de 0.75 , $z = 5.28$, $p < .001$, IC 95% $[0.47;1.02]$.

Figura 1

Diagrama de Trajetórias Sobre o Impacto da Percepção de Estigma no Contínuo Saúde Mental-Psicopatologia, nas Pessoas Lésbicas, Gays e Bissexuais (Modelo A) e Trans (Modelo B).



Nota. $N_A = 282$; $N_B = 38$. PE – Percepção de Estigma; SM – Saúde Mental; PP – Psicopatologia.

^a Os valores apresentados são relativos aos coeficientes de trajetória ou betas estandardizados (β)

^b $*p < .05$, $**p < .01$, $***p < .001$

Aliás, a percepção de estigmatização nas pessoas LGBT apresenta correlações negativas e moderadas com a saúde mental e correlações positivas e moderadas com a psicopatologia (ver Quadro 2), isto é, uma maior percepção experienciada de estigma parece estar associada a uma menor capacidade de regular a satisfação de necessidades psicológicas e a uma maior sintomatologia

psicopatológica nas pessoas com sexualidades não-normativas. Os valores de SRMR < .001, de RMSEA < .001 e GFI = 1.00 são iguais para ambos os modelos (saturados) e indicam um ajustamento muito bom do modelo aos dados. No modelo A, a variância explicada pela percepção de estigma nas pessoas LGB é de 17% para a saúde mental ($R^2 = .173$) e 15% para a perturbação mental ($R^2 = .149$). Já no modelo B, a percepção de estigma nas pessoas trans explica cerca de 8% da variância da saúde mental ($R^2 = .077$) e 42% da psicopatologia ($R^2 = .423$).

Quadro 2

Matriz de Correlações entre Percepção de Estigma, Saúde Mental e Psicopatologia na Amostra LGBT

		Percepção de Estigma (V1)	Percepção de Estigma (V2)	Saúde Mental
Saúde Mental	<i>r</i> de Pearson	-0.409***	-0.275	—
	IC a 95%	[-0.499;-0.310]	[-0.537;0.036]	—
	N	301	41	—
Psicopatologia	<i>r</i> de Pearson	0.386***	0.650***	-0.556***
	IC a 95%	[0.282;0.481]	[0.417;0.803]	[-0.627;-0.475]
	N	282	38	320

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Análise do Grau de Perturbação Mental na Diversidade Sexual e de Género

Para examinar o efeito do grupo de sexualidade (H3.a) no grau de psicopatologia, foi utilizado o teste *t* de Student para duas amostras independentes. Uma análise preliminar verifica o pressuposto da homogeneidade de variâncias, com base no teste de Levene, $F(1,497) = 2.81$, $p = .094$, ainda que o pressuposto relativo à distribuição normal não seja claro, pelo teste Kolmogorov-Smirnov (K-S) e dos Q-Q Plots. Como $t(497) = -4.97$, $p < .001$ (para o teste unilateral) e retira-se a mesma conclusão na alternativa não-paramétrica relativa ao teste de Mann-Whitney, rejeita-se a hipótese nula e admite-se que as pessoas heterocisnormativas apresentam menor grau de perturbação mental do que as pessoas LGBT ($M_{HC} = 1.71$, $DP = 0.55$; $M_{LGBT} = 1.98$, $DP = 0.60$; diferença = -0.27, IC 95% [-0.36;-0.18], $d = |-0.46|$).

No caso da comparação da psicopatologia nas pessoas homossexuais e bissexuais cisgénero (H3.b), utilizou-se a ANOVA a um fator (robusta). Neste caso, $F = 8.18$, $p < .001$, portanto, o grau de perturbação mental é diferente em pelo menos uma das diversas orientações sexuais. Para perceber quais os pares de orientações sexuais em que a psicopatologia difere, procedeu-se às comparações múltiplas. Os testes *post-hoc* revelam diferenças significativas entre pessoas lésbicas e bissexuais (p

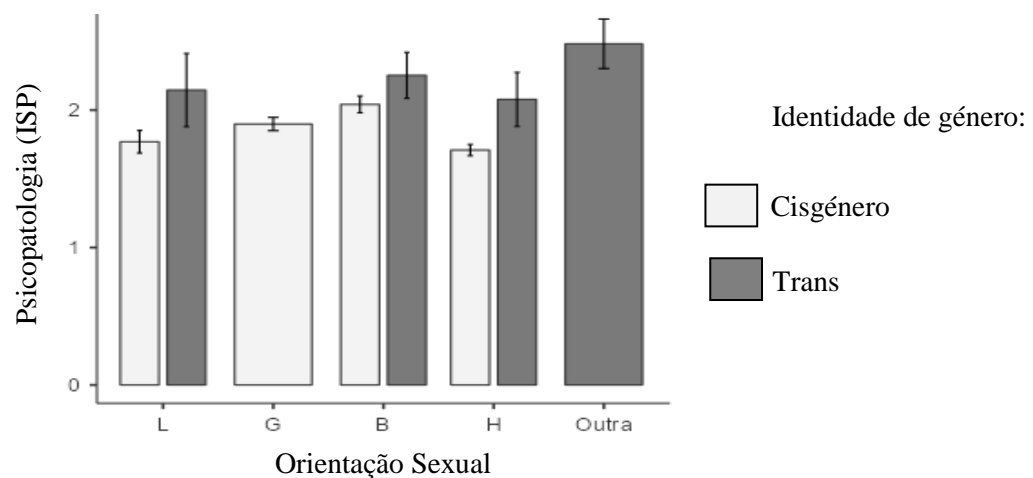
= .027, $psi-hat = -0.29$, IC 95% [-0.56;-0.01]), pessoas *gays* e heterossexuais ($p = .005$, $psi-hat = 0.23$, IC 95% [0.05;0.41]) e entre pessoas bissexuais e heterossexuais ($p < .001$, $psi-hat = 0.35$, IC 95% [0.14;0.56]), não havendo diferenças significativas entre pessoas *gays* e bissexuais ($p = .314$, $psi-hat = -0.12$, IC 95% [-0.34;0.10]).

Com o propósito de analisar se existem diferenças entre pessoas com identidades trans e pessoas LGB cisgénero quanto à perturbação mental (H3.c), utilizou-se uma alternativa robusta do teste *t* de Student, o teste de Yuen. De acordo com o output, $t(34.6) = 2.83$, $p = .008/2 = .004$ (teste unilateral), $\xi = 0.35$. Deste modo, rejeita-se a hipótese nula e podemos afirmar que, nas populações LGBT, os subgrupos de pessoas com identidade de género não-normativa (T) evidenciam maior grau de sintomatologia psicopatológica, comparativamente aos subgrupos cisgénero e com identidade sexual não-normativa (LGB) ($M_T = 2.26$, DP = 0.66; $M_{LGB} = 1.93$, DP = 0.58; diferença = -0.35, IC 95% [-0.60;-0.10]).

A fim de sintetizar a hipótese geral 3, na Figura 2 estão assinaladas as médias das subamostras, por orientação sexual e identidade de género, no índice de sintomas positivos (ISP). A ordenação decrescente do grau de perturbação mental na amostra é a seguinte: pessoas trans com outra orientação sexual minoritária (ex: pansexual, assexual) ($M_{OT} = 2.48$, DP = 0.67), bissexuais trans ($M_{BT} = 2.25$, DP = 0.69), lésbicas trans ($M_{LT} = 2.15$, DP = 0.65) e trans heterossexuais ($M_{HT} = 2.08$, DP = 0.59), seguidas das pessoas bissexuais cisgénero ($M_{BC} = 2.04$, DP = 0.58), homossexuais cisgénero ($M_{GC} = 1.90$, DP = 0.59; $M_{LC} = 1.77$, DP = 0.46) e, por fim, heterossexuais cisgénero ($M_{HC} = 1.71$, DP = 0.55).

Figura 2

Médias do Grau de Psicopatologia nas Diversas Orientações Sexuais e Identidades de Género



Nota. N = 498. L – Lésbica; G – Gay; B – Bissexual; H – Heterossexual.

^a Foi excluído da análise descritiva o participante “404”, dado ser a única pessoa *gay* e trans da amostra. As barras de erro representam um intervalo de confiança a 95%.

Ao nível das escalas de psicopatologia do BSI, os resultados indicam que o grupo de pessoas heterocisnormativas obteve resultados mais baixos, em relação às pessoas LGBT, em todas as dimensões de psicopatologia. As pessoas bissexuais destacaram-se com resultados superiores nas dimensões de somatização, obsessões-compulsões, ansiedade e hostilidade, em comparação com as pessoas homossexuais. Por último, o subgrupo de pessoas trans obteve resultados mais altos na sintomatologia psicopatológica em todas as dimensões de psicopatologia avaliadas, relativamente às pessoas LGB cisgénero, sendo que este padrão foi mais saliente no caso da dimensão de ansiedade fóbica (ver anexo I).

Comparação da Saúde Mental entre Pessoas LGBT e Heterossexuais/Cisgénero

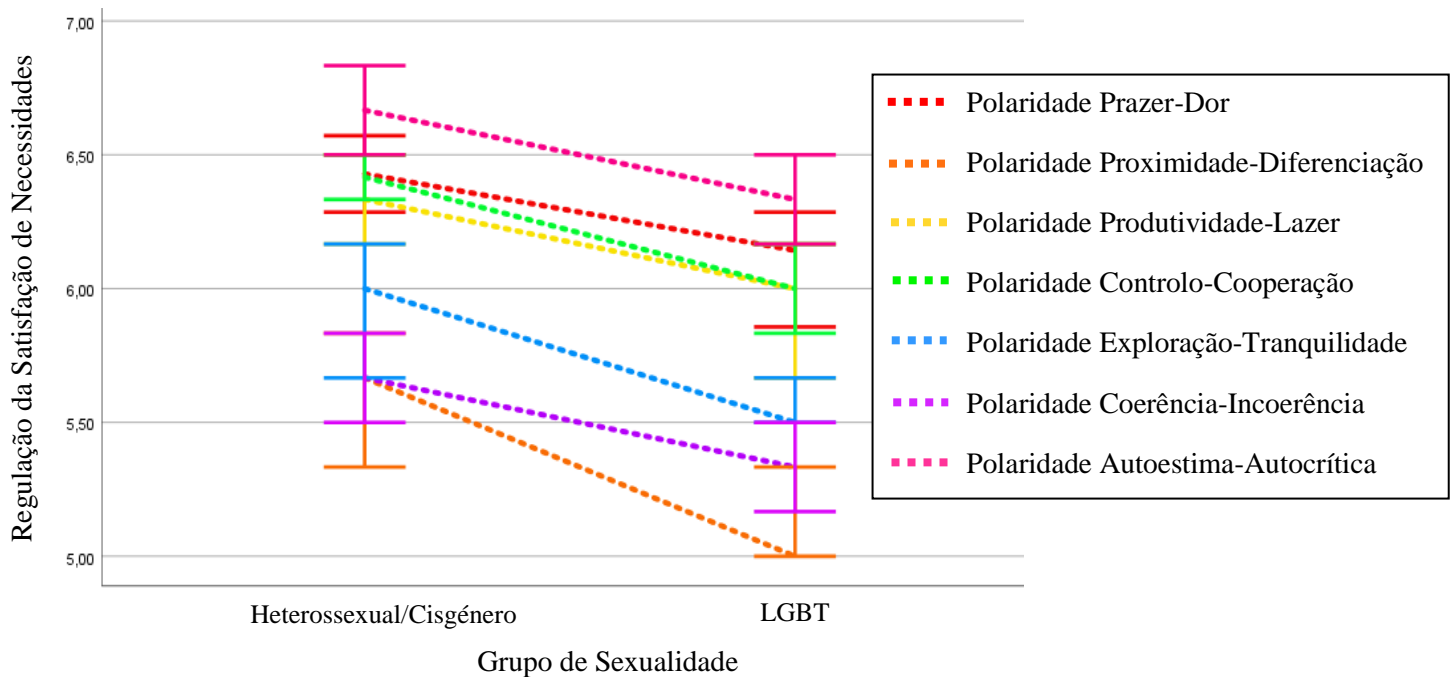
Para contrastar a capacidade de regulação da satisfação de necessidades psicológicas entre os grupos de sexualidades normativas e não-normativas, nas sete polaridades dialéticas, utilizou-se a MANOVA não-paramétrica, uma vez que os pressupostos paramétricos de normalidade multivariada (o teste K-S é $p < .05$ para todos os grupos) e, principalmente, o da homogeneidade das matrizes de variâncias-covariâncias, não foram satisfeitos [teste *M de Box* = 89.966, $F(28, 618597.491) = 3.165$, $p < .001$].

Conhecendo os valores do traço de Pillai ($TP = 0.040$) e considerando a dimensão total da amostra ($N = 200 + 342 = 542$), o nº de VD's ($p = 7$) e o nº de grupos ($m = 2$) para a MANOVA não-paramétrica, podemos calcular a estatística de teste. Assim, $X^2(7) = 21.64$ e valor- $p \cong .003$. Porque o teste da hipótese é unilateral esquerdo ($p = .003/2 = .0015$), admite-se que existe pelo menos uma polaridade em que a capacidade de regular a satisfação de necessidades psicológicas é inferior para o grupo de pessoas LGBT, comparativamente ao grupo de pessoas heterossexuais/cisgénero. Para perceber qual ou quais a(s) polaridade(s) dialética(s) em que se observa o efeito principal do grupo de sexualidade, aplicou-se o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney a cada uma das sete polaridades, com valor- p ajustado pela correção Bonferroni ($p = .05/7 \cong .007$), devido às comparações múltiplas. As diferenças obtidas foram todas estatisticamente significativas e indicam uma menor capacidade de regulação da satisfação das necessidades psicológicas por parte das pessoas LGBT, relativamente às pessoas heterocisnormativas, nas polaridades dialéticas Prazer/Dor ($U = 27692.500$, $z = -3.70$, $p < .001$, $d = 0.19$), Proximidade/Diferenciação ($U = 28885.500$, $z = -3.02$, $p = .003$, $d = 0.16$), Produtividade/Lazer ($U = 28156.500$, $z = -3.44$, $p < .001$, $d = 0.18$), Controlo/Cooperação-Cedência ($U = 26950.500$, $z = -4.13$, $p < .001$, $d = 0.21$), Atualização-Exploração/Tranquilidade ($U = 28362.000$, $z = -3.32$, $p < .001$, $d = 0.17$), Coerência/Incoerência do Self ($U = 29465.500$, $z = -2.69$, $p = .007$, $d = 0.14$) e Autoestima/Autocrítica ($U = 28325.500$, $z = -3.34$, $p < .001$, $d = 0.17$). As medianas para as respetivas polaridades estão apresentadas na Figura 3: Prazer/Dor ($Me_{HC} = 6.43$, $A_{IQ} = 1.14$; $Me_{LGBT} = 6.14$, $A_{IQ} = 1.57$), Proximidade/Diferenciação ($Me_{HC} = 5.67$, $A_{IQ} = 1.83$; Me_{LGBT}

= 5.00, $A_{IQ} = 2.00$), Produtividade/Lazer ($Me_{HC} = 6.33$, $A_{IQ} = 1.33$; $Me_{LGBT} = 6.00$, $A_{IQ} = 1.67$), Controlo/Cooperação-Cedência ($Me_{HC} = 6.42$, $A_{IQ} = 1.33$; $Me_{LGBT} = 6.00$, $A_{IQ} = 1.67$), Atualização-Exploração/Tranquilidade ($Me_{HC} = 6.00$, $A_{IQ} = 1.50$; $Me_{LGBT} = 5.50$, $A_{IQ} = 1.50$), Coerência/Incoerência ($Me_{HC} = 5.67$, $A_{IQ} = 1.33$; $Me_{LGBT} = 5.33$, $A_{IQ} = 1.83$) e Autoestima/Autocrítica ($Me_{HC} = 6.67$, $A_{IQ} = 1.17$; $Me_{LGBT} = 6.33$, $A_{IQ} = 1.67$).

Figura 3

Medianas das Sete Polaridades Dialéticas para os Grupos Heterocisnormativo e LGBT



Nota. $N = 542$, $N_{HC} = 200$, $N_{LGBT} = 342$.

^a As barras de erro representam um intervalo de confiança a 95%.

Discussão

O presente estudo teve como objetivos: (a) construir um novo instrumento, teoricamente informado por uma perspetiva sistémico-contextual, para medir a perceção de estigma experienciada por pessoas LGBT e realizar o respetivo estudo psicométrico, (b) compreender a relação entre perceção de estigma/stress minoritário e o contínuo saúde mental-perturbação mental, nas pessoas das populações LGBT, (c) contrastar a saúde mental e psicopatologia entre pessoas com sexualidades não-normativas e normativas e, por fim, (d) comparar subgrupos minoritários, referentes à sigla LGBT, quanto ao grau de psicopatologia.

Primeiramente, a perceção de estigma revelou não só ter correlações moderadas e positivas para a psicopatologia e negativas e moderadas para a saúde mental, como também demonstrou ser uma boa preditora da psicopatologia nas pessoas LGBT, o que corrobora as hipóteses 1 e 2 deste estudo.

É de salientar que a capacidade preditiva da percepção de estigma, em relação ao grau de psicopatologia e a respetiva correlação, mesmo com uma dimensão de amostra reduzida, foram mais acentuadas nos subgrupos de pessoas trans, em relação às pessoas LGB. Tal evidência sugere uma maior vulnerabilidade à perturbação mental existente neste tipo de população (Bockting et al., 2013). Assim sendo, podemos afirmar que a percepção de estigmatização funciona como uma hipotética variável causal, podendo ser considerada um fator de risco determinante da deterioração da saúde mental das pessoas LGBT (Mongelli et al., 2019), responsável pelo défice na capacidade de regular a satisfação de necessidades psicológicas, o que, numa lógica circular, poderá agravar a perturbação mental nestas populações, principalmente aquelas com identidades de género minoritárias.

Acresce que a confiança na conclusão anterior é prevista pelos modelos explicativos de Meyer (2003) e Hughto e colaboradores (2015) e suportada neste estudo pelas evidências de validade preditiva, de consistência interna das versões 1 e 2 da EPE e, adicionalmente, no caso da versão 1 da EPE, de validade fatorial. Nesta última versão, a consistência interna das subescalas referentes aos quatro fatores latentes variou de aceitável a boa e o coeficiente alfa da escala global, usada para testar as duas primeiras hipóteses é excelente, podendo o mesmo ser concluído relativamente à versão 2, no que toca à fiabilidade. Além disso, a estrutura interna que emergiu da aplicação da AFE na versão 1 da EPE, depois de reformulada (35 itens) é semelhante às categorias postuladas pela matriz dos itens, fundamentada na literatura e utilizada como fundamento da sua construção. Estão representadas as facetas de discriminação e preconceito, relativas ao estigma interpessoal e estrutural, distribuídas por três níveis sistémicos - o microssistema da família, o mesossistema relativo aos amigos e colegas, em contexto académico ou profissional, o macrossistema relativo à comunidade (Bronfenbrenner, 1979; Sluzki, 1996) – e uma categoria intrapessoal, relativa ao estigma individual (Hughto et al., 2015), que engloba, por um lado, mecanismos psicossociais mediadores da relação entre estigma e *stress* (Hatzhenbuehler, 2009; Hatzhenbuehler & Pachankis, 2016) e, por outro lado, processos de *stress* proximais intrapsíquicos (Meyer, 2003).

Apesar de a EPE ter sido alvo de reformulação neste estudo, ainda é uma escala em fase experimental. Por esta razão, o mote para estudos futuros vai no sentido de um aperfeiçoamento contínuo da EPE. Na versão 1, sugere-se a redação de novos itens que conjuguem as facetas de discriminação e preconceito, em particular nos níveis sistémicos meso e macro, pois estas subescalas seriam desse modo beneficiadas do ponto de vista da consistência interna. Para as duas versões paralelas, tendo em conta que alguns itens do nível macrossistémico tiveram de ser eliminados devido a pior funcionamento psicométrico, seria conveniente serem substituídos por outros, de forma a que haja uma cobertura de conteúdos diversificada e abrangente da comunidade, como por exemplo, incluir as políticas públicas, o governo, Portugal como nação/país, forças de segurança, cultura, redes

sociais, sociedade, instituições de saúde e a comunidade LGBTQ+. Exclusivamente na versão 2 da EPE, as populações-alvo de respondentes a que se destina poderão ter de ser ampliadas, devido à importância de acomodar as pessoas não-binárias, impondo-se, nesse caso, a necessidade de adaptação gramatical dos itens, por exemplo, para pronomes mais inclusivos e neutros (ex: “todes” em vez de “todas/todos”, “elu” em vez de “ela/ele”), que não o sistema binário atual de escrita da língua portuguesa (ver diretrizes propostas por Fischer, 2020). Por outro lado, será também imprescindível aumentar a dimensão da subamostra de pessoas trans, de forma a que se seja possível conhecer a estrutura subjacente à versão 2 da escala, através da aplicação da ACP/AFE (Field, 2013).

Em terceiro lugar, o presente estudo vem reafirmar que o grau de perturbação mental é maior nas pessoas LGBT, comparativamente às pessoas heterossexuais/cisgénero (H3.a) e para todas as dimensões de psicopatologia avaliadas. Esta constatação não é surpreendente, tendo em conta que o resultado mais sólido na literatura é relativo às disparidades encontradas nos indicadores de saúde mental entre grupos de pessoas com sexualidades não-normativas e heterocisnormativas (Costa et al., 2021; Valdisierrri, 2018). Quando aliada à reflexão inicial da discussão, uma tal observação salienta a importância do papel do construto cognitivo de perceção de estigma (Hughto et al., 2015) ou *stress* minoritário (Meyer, 2003) no comprometimento da saúde das pessoas com sexualidades minoritárias, por sua vez, contribuindo para a manutenção das discrepâncias entre ambos os grupos.

O quarto ponto remete para a existência de diferenças no grau de psicopatologia, principalmente nas diferentes constelações de dimensões psicopatológicas que diferenciam os subgrupos da sigla LGBT. Efetivamente, o subgrupo de pessoas trans destacou-se por uma maior sintomatologia psicopatológica em todas as escalas de psicopatologia, relativamente aos subgrupos de pessoas LGB cisgénero (H3.c), principalmente na escala de ansiedade fóbica, o que vai de encontro à vasta literatura que alerta para a elevada prevalência de perturbações mentais nas pessoas trans ou de género não-conforme (Grant et al., 2011; Valentine & Shipherd, 2018), devido às barreiras nos cuidados de saúde desta população (Pinto & Moleiro, 2012; Safer et al., 2016), normas sociais de género, propensão a ser vítimas de crimes de ódio, violência, agressão ou abuso, e transnegatividade internalizada, por outras palavras, estigma ao nível estrutural, interpessoal e individual (Hughto et al., 2015). Em contrapartida, quando são comparadas pessoas homossexuais e bissexuais cisgénero, apenas se encontraram diferenças significativas no grau de perturbação mental entre pessoas lésbicas e bissexuais, mas não entre pessoas *gays* e bissexuais. Na verdade, o presente estudo, ao demarcar-se de estudos anteriores relativamente às análises efetuadas e aplicar técnicas estatísticas robustas à desigualdade em termos de dimensão das subamostras para testar hipóteses de diferenças entre grupos, tentou esclarecer resultados contraditórios na literatura que indicam, quer uma maior psicopatologia nas pessoas bissexuais, em relação às pessoas homossexuais, quer uma ausência de

diferenças entre os subgrupos de pessoas com orientações sexuais LGB (e.g., Dodge & Sandfort, 2007; Feinstein & Dyar, 2017; Pereira & Costa, 2016; Ross et al., 2018). Os resultados encontrados para a hipótese 3.b), contudo, devem ser interpretados com alguma precaução, pois podem ser produto de um artefacto metodológico inerente aos estudos empíricos. Por exemplo, poderá ser que os itens da versão 1 da EPE não tenham captado suficientemente bem alguns desafios particulares vivenciados pelas pessoas bissexuais. Ainda assim, assumindo que estas diferenças podem ser generalizadas para a população de pessoas LGB, como podemos explicar as diferenças observadas, em particular nas dimensões de somatização, hostilidade, obsessões-compulsões e ansiedade, contrariamente ao observado para as dimensões de depressão, ideação paranóide e psicoticismo, entre pessoas LGB? No contexto sociopolítico e cultural de Portugal, a bissexualidade tende a ser encarada como mais aceitável do que a homossexualidade no masculino. Além disso, as pessoas bissexuais podem compensar a binegatividade internalizada e o estigma sexual da sociedade através da atração sexual e relações românticas com pessoas do sexo/género oposto, o que poderá ser um fator protetor da depressão. É provável, igualmente, que o desvio em relação a estereótipos, papéis e expressão de género seja mais censurável perante homens *gays* e bissexuais, do que em relação às mulheres lésbicas, pelo que estas poderão ser variáveis implícitas moderadoras a explorar em próximos estudos, de forma a elucidar esta hipótese. Pode ser também que os resultados mistos na literatura se devam ao tipo de dimensão psicopatológica a ser comparada entre os subgrupos LGB e, nessa circunstância, futuros estudos devem procurar analisar a capacidade de cada uma delas diferenciar subgrupos LGB quanto à perturbação mental.

Por último, mas não de menor importância, esta investigação pretendeu contribuir para expandir as investigações relativas à ERSN-43, que deriva do Modelo de Complementaridade Paradigmática. A correlação negativa e significativa entre saúde mental e psicopatologia, observada em estudos anteriores (e.g., Conde, 2012; Sol & Vasco, 2017), foi replicada com pessoas das populações LGBT, pelo que constitui um indício de validade convergente da escala, mas também torna forte o argumento de que esta medida pode revelar-se útil na operacionalização do construto de saúde mental. Não obstante, a presente investigação pretendeu ser inovadora, ao colmatar a lacuna existente na literatura sobre saúde mental nas pessoas LGBT, através do foco no polo da saúde mental (*versus* psicopatologia). Desta forma, as pessoas com sexualidades não-normativas apresentam uma menor regulação da satisfação em cada uma das sete polaridades de necessidades psicológicas, quando comparadas com pessoas heterocisnormativas, corroborando, assim, a hipótese 4. Estes resultados, ainda que curiosos, são expectáveis, pois inversos àqueles encontrados face à elevada prevalência de perturbações mentais nas pessoas das populações LGBT (Costa et al., 2021). A polaridade dialética Proximidade/Diferenciação foi, de entre todas, a que demonstrou maior diferença entre ambos os

grupos. O polo da Proximidade corresponde à necessidade de estabelecer relações sociais de qualidade, de se conectar com outros e de pertença ao grupo, enquanto a necessidade de diferenciação está relacionada com o autoconceito e questões identitárias (Bernardo & Vasco, 2011; Vasco, 2013). Ora, algumas pessoas LGBT poderão sentir-se alienadas ou diferentes da maioria das pessoas heterossexuais/cisgénero pertencentes à sua rede de suporte social (Alarcão, 2021; Sluzki, 1996), pelo facto de experienciarem discriminação, preconceito e/ou estigma devido à sua orientação sexual ou identidade de género não-normativa, sendo que algumas delas nem sequer se identificam com a comunidade LGBTQ+, o que podem ser possíveis fatores a considerar para compreender este resultado.

Globalmente, espera-se que o presente trabalho tenha não só contribuído para clarificar, replicar e expandir a literatura existente sobre saúde mental nas populações LGBT+, mas que também possam ser refletidas implicações práticas: no âmbito da psicologia clínica, a importância da integração de abordagens cognitivas, dinâmicas-interpessoais, humanisto-experienciais, sistémico-construtivistas e multiculturais-feministas (Brooks-Harris, 2008) nas terapias afirmativas LGBT+ (Gato, 2021; OPP, 2020), o combate à proliferação das denominadas “terapias” de conversão (Costa, 2021) e a utilização da EPE como instrumento de auto-avaliação, concebido para auxiliar a tomada de decisão relativa à intervenção dos psicoterapeutas junto de clientes LGBT, tendo como alvo a perceção de estigma; no âmbito da psicologia da saúde e comunitária, a criação e implementação de programas de prevenção e promoção da saúde mental e física, com o fim de melhorar a qualidade de vida da comunidade LGBT; na educação, apostar no investimento, (in)formação académica e capacitação de profissionais de saúde (ex: psicoterapeutas, médicos, enfermeiros) sobre temáticas LGBTQ+ e, em contexto escolar, fomentar a tolerância e o respeito face à diversidade sexual e de género, em particular, e à complexidade da sexualidade humana, em geral, com base em equipas multidisciplinares compostas por psicólogos, sexólogos, professores ou outros, em disciplinas de educação sexual (Oliveira, 2010), bem como sensibilizar a população geral para estas atitudes favoráveis à inclusão de pessoas das populações LGBTQ+. Finalmente, é da maior pertinência a mudança de políticas públicas, de forma a que haja maior responsividade nos serviços de saúde, mais igualdade de oportunidades, mais inclusão, emancipação e reconhecimento dos direitos dos subgrupos minoritários LGBTQ+.

Qualquer estudo empírico não é desprovido de limitações, pelo que se enumeram de seguida algumas, referentes ao presente estudo. A dimensão dos subgrupos da sigla LGBT não foi equilibrada, especialmente no que se refere às subamostra de pessoas trans e lésbicas. A maioria das pessoas não-binárias ou de género não-conforme possuíam identidades trans, o que pode interferir com a interpretação de alguns dos resultados encontrados. Sugere-se para estudos futuros a utilização de uma metodologia mista, em que o questionário e os resultados da análise quantitativa sejam

complementados e triangulados com estratégias de recolha de dados (ex: entrevista ou *focus group*) e análise qualitativas (Fetters et al., 2013), de forma a compreender a complexidade inerente à experiência fenomenológica das pessoas LGBT face ao estigma, para além de auxiliar na redação de itens para a EPE. Futuras investigações poderão alargar a amostra LGBT, para abranger outros subgrupos de pessoas com sexualidades minoritárias (ex: pessoas pansexuais, não-binárias).

Em conclusão, salienta-se o efeito nefasto e crónico na saúde mental destas populações, da internalização de atitudes negativas perante a própria orientação sexual ou identidade de género, tal como a homo/bi/transnegatividade internalizada, decorrente da perceção de estigma ou *stress* minoritário, discriminação, preconceito e marginalização vivenciadas por pessoas LGBT. As disparidades nos indicadores de saúde mental e a maior prevalência de psicopatologia são, em grande parte, perpetuadas por uma sociedade opressiva, marcada por valores ideológicos tais como a cisnormatividade, o machismo, o heterossexismo e o conservadorismo, ao reforçar as desigualdades sociais entre pessoas com sexualidades não-normativas e normativas. São investigações como esta que, implicitamente, pretendem quebrar este ciclo vicioso e, com isso, impulsionar a transformação social, incontornável numa sociedade que se quer mais igualitária, mais justa e mais inclusiva.

Referências Bibliográficas

Abreu-Afonso, J., Veloso, S., & Laneiro, T. (2019). Psicoterapia: conceitos e fundamentos. In C. Biscaia & D. Neto (Eds.), *A Prática Profissional da Psicoterapia* (1ª Edição, pp. 25-41). Ordem dos Psicólogos Portugueses.

AERA, APA, & NCME (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. American Educational Research Association.

Afonso, M. J. (2017). Psico somática ou psicossomática? Das dicotomias aos binómios na construção científica. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (online), 11pp.

Alarcão, M. (2021). Intervenção sistémica com as redes. In M. Gouveia-Pereira & M. Miranda (Eds.), *Manual de Terapia Familiar: Teoria, Avaliação e Intervenção Sistémica* (pp. 239-255). Pactor.

Almeida, V. B. F. (2016). Funcionamento *esquemático, ciclos interpessoais disfuncionais e fusão cognitiva na perspetiva do modelo de complementaridade paradigmática* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/26650>

American Psychological Association (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70(9), 832-864. <https://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf>

American Psychological Association (2021). *Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minority Persons*. www.apa.org/about/policy/psychological-practice-sexual-minority-persons.pdf.

Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica* (7ª Edição, trad. portuguesa). Artmed.

Banerjee, D., & Nair, V. (2020). “The untold side of COVID-19”: Struggle and perspectives of the sexual minorities. *Journal of Psychosexual Health*, 2(2), 113-120. <https://doi.org/10.1177%2F2631831820939017>

Baptista, T., & Neto, D. (2019). *Dicionário de Psicologia*. Edições Sílabo.

Bernardo, F., & Vasco, A. B. (2011). *Necessidades psicológicas de proximidade e autonomia: Relação com o bem-estar e mal-estar psicológico* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/4998>

Bockting, W., Miner, M., Romine, R., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health, 103*(5), 943-951. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>

Bradburn, N., Sudman, S., & Wansink, B. (2004). *Asking Questions: The Definitive Guide to Questionnaire Design - For Market Research, Political Polls, and Social and Health Questionnaires* (Revised Edition). John Wiley & Sons.

Brooks-Harris, J. (2008). Introduction to psychotherapy and integration. In J. Brooks-Harris (Ed.), *Integrative Multitheoretical Psychotherapy* (pp. 2-39). Lahaska Press.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science, 10*(2), 238-249. <https://doi.org/10.1177%2F1745691615570616>

Cadilha, N., & Vasco, A. B. (2010). *Regulação da satisfação das necessidades de prazer e dor: Relações com o bem-estar e distress psicológico* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/2690>

Calinas, L. & Vasco, A. B. (2011). *Regulação da satisfação das necessidades de exploração e tranquilidade: Relação com bem-estar e distress psicológico* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/27594>

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II, pp. 87-109). SHO/APPORT.

Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II, pp. 305-330). SHO/APPORT.

Carr, A., & McNulty, M. (2016). Classification and epidemiology. In A. Carr & M. McNulty (Eds.), *The Handbook of Adult Clinical Psychology: An evidence-based practice approach* (2nd Ed., pp. 37-63). Routledge.

Casey, L., Reisner, S., Findling, M., Blendon, R., Benson, J., Sayde, J., & Miller, C. (2019). Discrimination in the United States: Experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer americans. *Health Services Research, 54*, 1454-1466. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13229>

Cattell, R. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioural Research*, 1, 245-276. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr0102_10

Coaley, K. (2010). How to make your own test or questionnaire. In K. Coaley (Ed.), *An Introduction to Psychological Assessment and Psychometrics* (1st Edition, pp. 255-262). SAGE Publications.

Cohen, R., & Swerdlik, M. (2009). Test development. In R. Cohen & M. Swerdlik (Eds.), *Psychological Testing and Assessment: An Introduction to Tests and Measurement* (7th Ed., pp. 245-288). McGraw-Hill.

Conceição, N., & Vasco, A. B. (2005). Olhar para as necessidade do self como um boi para um palácio: Perplexidades e fascínio. *Psychologica*, 40, 55-80.

Conde, E. (2012). *Dialéctica de polaridades de regulação da satisfação de necessidades psicológicas: Relações com o bem-estar e distress psicológicos* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/8177>

Conde, E., Vasco, A. B., Ferreira, A., Romão, A., Silva, G., Sol, A., & Vargues-Conceição, C. (2012). *Regulação da satisfação de necessidades psicológicas: Influência no bem-estar e distress psicológicos e na sintomatologia de acordo com o modelo de complementaridade paradigmática*. Manuscrito não publicado. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Costa, P. (2021). Psychotherapy experiences of heterossexual cisgender and LGBT+ people: Preliminary Findings. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 22(3), 894-907. <https://doi.org/10.15309/21psd220310>

Costa, P., Pereira, H., & Ribeiro-Gonçalves, J. (2021). Psicologia, saúde e pessoas LGBT+. In I. Leal & J. Ribeiro (Eds.), *Manual de Psicologia da Saúde* (pp. 411-417). Factor.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 8(1), 139-167.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.

Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd Edition). National Computers Systems.

Derogatis L. R. (2001). *Brief symptom inventory (BSI 18)*. APA PsycTests.

DeVellis, R. F. (2017). Guidelines in scale development. In R. F. DeVellis (Ed.), *Scale Development: Theory and Applications* (4th Ed., pp. 103-141). SAGE Publications.

Dodge, B., & Sandfort, T. (2007). A review of mental health research on bisexual individuals when compared to homosexual and heterosexual individuals. In B. A. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 28–51). Columbia University Press.

Dohrenwend, B. P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior*, *41*, 1–19.

Ellis, S., Riggs, D., & Peel, E. (2020). Prejudice, discrimination, and mental health. In S. Ellis, D. Riggs, & E. Peel (Eds.), *Lesbian, gay, bisexual, trans, intersex, and queer psychology: An introduction* (2nd Ed., pp. 187-209). Cambridge University Press.

Feinstein, B. A., & Dyar, C. (2017). Bisexuality, minority stress, and health. *Current Sexual Health Reports*, *9*(1), 42-49. <https://doi.org/10.1007%2Fs11930-017-0096-3>

Ferreira, L. S. (2020). *A relação entre as crenças da personalidade, a função reflexiva e as distorções cognitivas, e a regulação das necessidades psicológicas, o bem-estar, o distress e a sintomatologia* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/45875>

Fetters, M., Curry, L., & Creswell, J. (2013). Achieving integration in mixed methods designs - Principles and practices. *Health Services Research*, *48*, 2134-2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>

Fischer, A. (2020). *Manual Prático de Linguagem Inclusiva*. Tecidas.

Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using SPSS* (4th Edition). SAGE Publications.

Fonseca, T., & Vasco, A. B. (2011). *Necessidade psicológica de controlo/cedência: Relação com bem-estar e distress psicológico* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/4868>

Freitas, D., Coimbra, S., & Fontaine, A. (2017). Resilience in LGB youths: A systematic review of protection mechanisms. *Paidéia*, *27*(66), 69-79. <https://doi.org/10.1590/1982-43272766201709>

Gallucci, M. (2021). *PATHj: jamovi Path Analysis* [jamovi module].

Gato, J. (2021). “Um conjunto de estereótipos que reconheço no meu olhar”: Para uma intervenção sistémica afirmativa com pessoas LGBTQ+. In M. Gouveia-Pereira & M. Miranda (Eds.), *Manual de Terapia Familiar: Teoria, Avaliação e Intervenção Sistémica* (pp. 139-146). Pactor.

Gato, J., Carneiro, N.S., & Fontaine, A.M. (2011). Contributo para uma revisitação histórica e crítica do preconceito contra as pessoas não heterossexuais. *Crítica e Sociedade: Revista de Cultura Política*, 1(1), 139-167.

Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10112-044>

Gomes, G., Costa, P., & Leal, I. (2020). Impacto do estigma sexual e *coming out* na saúde mental de minorias sexuais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21(1), 97-103. <http://dx.doi.org/10.15309/20psd210115>

Grant, J., Mottet, L., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J., & Keisling, M. (2011). *Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey*. National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force.

Gregory, R. J. (2015). Validity and test construction. In R. J. Gregory (Ed.), *Psychological Testing: History, Principles and Applications* (7th Ed., pp. 118-153). Pearson Education Limited.

Gross, J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 214-219. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00152>

Guerreiro, D., & Vasco, A. B. (2011). *Necessidade psicológica de autoestima/autocrítica: Relação com bem-estar e distress psicológico* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/4960>

Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707–730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>

Hatzenbuehler, M. L., & McLaughlin, K. A. (2014). Structural stigma and hypothalamic–pituitary–adrenocortical axis reactivity in lesbian, gay, and bisexual young adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 47(1), 39-47. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9556-9>

Hatzenbuehler, M., Nolen-Hoeksema, S., & Dovidio, J. (2009). How does stigma “get under the skin”? The mediating role of emotion regulation. *Psychological Science*, 20(10), 1282-1289. <https://doi.org/10.1111%2Fj.1467-9280.2009.02441.x>

Hatzenbuehler, M., & Pachankis, J. (2016). Stigma and minority stress as social determinants of health among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: Research evidence and clinical implications. *Pediatric Clinics*, 63, 985-987. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.003>

Herek, G. (1988). Heterosexuals' attitudes toward lesbians and gay men: Correlates and gender differences. *Journal of Sex Research*, 25(4), 451-477. <https://doi.org/10.1080/00224498809551476>

Herek, G. (2004). Beyond “homophobia”: Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research & Social Policy*, 1(2), 6-24. <http://dx.doi.org/10.1525%2Fsrsp.2004.1.2.6>

Herek, G. (2010). Sexual orientation differences as deficits: Science and stigma in the history of american psychology. *Perspectives on Psychological Science*, 5(6), 693-699. <https://doi.org/10.1177/1745691610388770>

Herek, G. (2016). The social psychology of sexual prejudice. In T. Nelson (Ed.), *Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination* (pp. 355–384). Psychology Press.

Herek, G., & McLemore, K. (2013). Sexual prejudice. *Annual Review of Psychology*, 64, 309-333. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143826>

Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário* (2ª Edição). Edições Sílabo.

Horkheimer, M. (1972). Traditional and critical theory. *Critical Theory: Selected essays*, 188(243), 1-11.

Horn, J. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30, 179-185.

Hudson, W., & Ricketts, W. (1980). A strategy for the measurement of homophobia. *Journal of Homosexuality*, 5(3), 357-372. https://doi.org/10.1300/J082v05n04_02

Hughto, J.M.W., Reisner, S., & Pachankis, J. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science and Medicine*, 147, 222-231. [10.1016/j.socscimed.2015.11.010](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010)

IBM Corp. (2020). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0*. IBM Corporation

João, A. M. (2018). *Regulação da satisfação das necessidades psicológicas no contexto do trabalho e/ou académico: Relações com o bem-estar/distress psicológico e sintomatologia*

(Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/37884>

Kaplan, R. M., & Saccuzzo, D. P. (2009). *Psychological Testing: Principles, Applications, and Issues* (7th Edition). Cengage Learning.

Killerman, S. (2011). Breaking through the binary: Gender explained using continuums. <http://itspronouncedmetrosexual.com/2011/11/breaking-through-thebinary-gender-explained-using-continuums/>

Killerman, S. (2012). The Genderbread Person. <http://itspronouncedmetrosexual.com/2012/01/the-genderbread-person/>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22, 140-155.

Link, B., & Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. <https://www.jstor.org/stable/2678626>

Loehlin, J. C., & Beaujean, A. A. (2017). Path models in factor, path, and structural equation analysis. In J. Loehlin, & A. Beaujean (Eds.), *Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural equation analysis* (5th Ed., pp. 1-35). Routledge.

Lundberg, U. (2005). Stress hormones in health and illness: The roles of work and gender. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 1017-1021.

Macedo, A. (2018). Importância da terminologia. In A. Macedo (Ed.), *Identidade de género e orientação sexual na prática clínica* (pp. 19-22). Edições Sílabo.

Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (8^a Edição). Pêro Pinheiro.

Martins, R. (2016). *Relações entre esquemas interpessoais, mecanismos de defesa, necessidades psicológicas, sintomatologia, bem-estar e distress psicológico* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/28179>

Mays, V., & Cochran, S. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1869-1876. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.11.1869>

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209-213. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000132>

Meyer, I. H., & Wilson, P. A. (2009). Sampling lesbian, gay, and bisexual populations. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 23-31. <https://doi.org/10.1037/a0014587>

Miller, K. (2000). Common ground from the post-positivist perspective: From “straw person” argument to collaborative coexistence. In S. R. Corman & M. S. Poole (Eds.), *Perspectives on Organizational Communication: Finding Common Ground* (1st Ed., pp. 46-67). The Guilford Press.

Moleiro, C., Raposo, C., Moita, G., Pereira, H., Gato, J., Silva, M., & Neves, S. (2017). Guia orientador da intervenção psicológica com pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans (LGBT). Ordem dos Psicólogos Portugueses. <https://www.ordemospsicologos.pt/pt/noticia/1992>

Mongelli, F., Perrone, D., Balducci, J., Sacchetti, A., Ferrari, S., Mattei, G., & Galeazzi, G. (2019). Minority stress and mental health among LGBT populations: An update on the evidence. *Minerva Psichiatrica*, 60(1), 27-50. <http://dx.doi.org/10.23736%2FS0391-1772.18.01995-7>

Moradi, B., & Budge, S. (2019). Sexual orientation. In J. Norcross & B. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist responsiveness* (3rd Ed., Volume 2, pp. 1-34). Oxford University Press.

Moreira, J. (2004). A elaboração do questionário. In J. Moreira (Ed.), *Questionários: Teoria e Prática* (pp. 121-232). Almedina.

Morrison, M., Bishop, C., & Morrison, T. (2018). A systematic review of the psychometric properties of composite LGBT prejudice and discrimination scales. *Journal of Homosexuality*, 66(4), 549-570. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1422935>

Observatório da Discriminação Contra Pessoas LGBTI+ (2019). Relatório anual 2019: Discriminação contra pessoas LGBTI+. ILGA Portugal: Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo. <https://ilga-portugal.pt/denunciar-a-discriminacao/observatorio-da-discriminacao/>

Oliveira, J. M. (2010). Orientação sexual e identidade de género na psicologia: Notas para uma psicologia lésbica, gay, bissexual, trans e queer. In Nogueira, C., Oliveira, J. (Orgs.), *Estudo*

Sobre a Discriminação em Função da Orientação Sexual e da Identidade de Género (Vol. 8, pp. 19-44). Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). Linhas de orientação para a prática profissional no âmbito da intervenção psicológica com pessoas LGBTQ. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/linhasorientacao_lgbtq.pdf

Outland, P. (2016). *Developing the LGBT Minority Stress Measure* (Master Thesis). Department of Psychology of Colorado State University.

Overton, W. F. (2002). Understanding, explanation, and reductionism: Finding a cure for cartesian anxiety. In L. Smith, & T. Brown (Eds.), *Reductionism* (pp. 29-51). Lawrence Erlbaum Associates.

Owens, C., Stall, R., & Dodge, B. (2020). Sampling considerations for LGBTQ health research. In R. Stall, B. Dodge, J. Bauermeister, T. Poteat & C. Beyrer (Eds.), *LGBTQ health research: Theory, methods, practice* (pp. 91-103). Johns Hopkins University Press.

Pachankis, J., & Lick, D. (2018). Sexual minority stigma and health. In B. Major, J. Dovidio, & B. Link (Eds.), *The Oxford handbook of stigma, discrimination, and health* (pp. 477–497). Oxford University Press.

Pereira, H., & Costa, P. (2016). Modeling the impact of social discrimination on the physical and mental health of portuguese gay, lesbian and bisexual people. *The European Journal of Social Science Research*, 29(2), 205–217. <http://dx.doi.org/10.1080/13511610.2016.1157683>

Pereira, H., & Leal, I. (2005). Medindo a homofobia internalizada: A validação de um instrumento. *Análise Psicológica*, 3(23), 323-328.

Pescosolido, B., & Martin, J. (2015). The stigma complex. *Annual Review of Sociology*, 41, 87-116. <https://doi.org/10.1146%2Fannurev-soc-071312-145702>

Phelan, J., Link, B., & Dovidio, J. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two?. *Social Science & Medicine*, 67, 358-367. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.022>

Pinto, N., & Moleiro, C. (2012). As experiências dos cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: Perspetivas de profissionais de saúde e utentes. *Psicologia*, 26, 129-151. <http://hdl.handle.net/10071/13585>

Revelle, W. (2019). *Psych: Procedures for psychological, psychometric, and personality research*. [R package]. <https://cran.r-project.org/package=psych>.

Rodrigues, C., & Vasco, A. B. (2010). *Necessidade psicológica de coerência/incoerência: Relação com bem-estar e distress psicológico* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/6061>

Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa* (tradução portuguesa). Padrões Culturais. [Edição original de 1961]

Ross, L., Dobinson, C., & Eady, A. (2010). Perceived determinants of mental health for bisexual people: A qualitative examination. *American Journal of Public Health, 100*, 496-502. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.156307>

Ross, L., Salway, T., Tarasoff, L., MacKay, J., Hawkins, B., & Fehr, C. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sex Research, 55*(4-5), 435-456. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1387755>

Rucha, S., & Vasco, A. B. (2011). *Necessidade psicológica de produtividade/lazer: Relação com bem-estar e distress psicológico* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/4991>

Ryan, C., Russell, S., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 23*(4), 205-213. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x>

Safer, J., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., & Sevelius, J. (2016). Barriers to health care for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity, 23*(2), 168-171. <https://doi.org/10.1097%2FMED.0000000000000227>

Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2009). Social support: Mapping the construct. *Journal of Social and Personal Relationships, 26*(1), 113–120. <https://doi.org/10.1177%2F0265407509105526>

Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la practica sistémica*. Gedisa.

Sol, A., & Vasco, A. B. (2017). Relationships between the regulation of psychological needs satisfaction and symptomatology. *Psicologia, 31*(1), 1-16. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v31i1.1135>

Smith, E. R., Mackie, D. M., & Claypool, H. M. (2015). Perceiving groups. In E. Smith, D. Mackie, & H. Claypool (Eds.), *Social Psychology* (4th Ed., pp. 141-189). Psychology Press.

Stevens, S. (1946). On the theory of scales of measurement. *Science, 103*(2684), 677-680. <https://doi.org/10.1126/science.103.2684.677>

Streiner, D. (2005). Finding Our Way: An Introduction to Path Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(2), 115-122. <https://doi.org/10.1177%2F070674370505000207>

Su, D., Irwin, J., Fisher, C., Ramos, A., Kelley, M., Mendoza, D., & Coleman, J. (2016). Mental health disparities within the LGBT population: A comparison between transgender and nontransgender individuals. *Transgender Health*, 1(1), 12-20. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0001>

Testa, R., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65-77. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000081>

The jamovi project (2022). *Jamovi* (version 2.3) [Computer software]. <https://www.jamovi.org>

Urbina, S. (2014). *Essentials of Psychological Testing* (2nd Edition). John Wiley & Sons.

Valdiserri, R., Holtgrave, D., Poteat, T., & Beyrer, C. (2018). Unraveling health disparities among sexual and gender minorities: A commentary on the persistent impact of stigma. *Journal of Homosexuality*, 66(5), 571-589. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1422944>

Valentine, S. E, & Shipherd, J. C. (2018). A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clinical Psychology Review*, 66, 24-38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.003>

Vasco, A. B. (Julho, 2009). *Regulation of needs satisfaction as the touchstone of hapiness*. Comunicação apresentada na “16th Conference: European Association for Psychotherapy”. Lisboa, Portugal.

Vasco, A. B. (2013). Sinto e penso, logo existo!: Abordagem integrativa das emoções. *Psilogos*, 11(1), 37-44. <http://hdl.handle.net/10400.10/1100>

Vasco, A. B., Conceição, N., Silva, A., Ferreira, J., & Vaz-Velho, C. (2018). O (meta)modelo de complementaridade paradigmática (MCP). In I. Leal (Ed.), *Psicoterapias* (pp. 339-362). Pactor.

Watson, L., Allen, L., Flores, M., Serpe, C., & Farrell, M. (2019). The development and psychometric evaluation of the Trans Discrimination Scale: TDS-21. *Journal of Counseling Psychology*, 66(1), 1-16. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000301>

Yu, C.-L., & Sheu, C.-F. (2018). EFashiny: An user-friendly shiny application for exploratory factor analysis. *Journal of Open Source Software*, 3(22), 567-568. <https://doi.org/10.21105/joss.00567>.

ANEXOS

Anexo A – Revisão Teórica de Instrumentos para Medir Estigma Sexual e de Género

<u>Instrumentos</u>	<u>Vantagens</u>	<u>Desvantagens</u>
<p><i>Attitudes Towards Lesbians and Gay Men</i> (ATLG) (Herek, 1988)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de itens reduzido (20) ✓ Existe uma versão reduzida (ATLG-S) com boas propriedades psicométricas ✓ Conteúdo heterogéneo: subescalas diferenciadas para pessoas lésbicas e <i>gays</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escala que mede apenas atitudes, não perceção de estigma <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avalia as atitudes da população geral (normalmente heterossexuais/cisgénero) e não é dirigida às populações-alvo LGBT ✓ Foco exclusivo no preconceito (domínio cognitivo-atitudinal) ✓ Construção empírica (vs teórica) dos itens, com base apenas em critérios estatísticos
<p><i>Gender Minority Stress and Resilience Measure</i> (GMSR) (Testa et al., 2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elevada aplicabilidade: populações-alvo de pessoas com género não-conforme (transgénero, transexuais e não-binárias) ✓ Instrumento orientado pela teoria ✓ Multidimensionalidade da escala: avalia diversas componentes do stress minoritário/estigma propostas pelo modelo de stress das minorias de Meyer (2003) ✓ Construção/Redação dos itens com base em metodologia mista: dados qualitativos (<i>focus group</i>) e quantitativos (literatura sobre estigma de género) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Longa extensão da GMSR (58 itens) ✓ Negligencia o estigma ao nível estrutural (macrossistémico) ✓ Escala de resposta variável (elicita concordância e frequência) consoante as subescalas ✓ Não apresenta uma clara demarcação entre os construtos de stress minoritário e resiliência (ex: afiliação com a comunidade LGBTQ+ e orgulho acerca da identidade minoritária), pelo que existe uma certa confusão ao nível conceptual
<p><i>Escala de Homofobia Internalizada</i> (Pereira & Leal, 2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mede a perceção de estigma ✓ Avalia este construto em pessoas com sexualidades minoritárias ✓ Sensibilidade do conteúdo dos itens à cultura portuguesa 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escala unidimensional: avalia apenas a faceta de homofobia internalizada ✓ Restrita nos subgrupos minoritários a que se destina: homens homossexuais/bissexuais (vs pessoas lésbicas e com identidades trans)

<u>Instrumentos</u>	<u>Vantagens</u>	<u>Desvantagens</u>
<p><i>Trans Discrimination Scale (TDS-21)</i> (Watson et al., 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Curta extensão da escala (21 itens) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Construto avaliado com base numa perspetiva contextual (ex: cuidados de saúde, contexto de trabalho/escolar) ✓ Bons indicadores psicométricos: teste-reteste ($r = .91$), consistência interna ($\alpha = 0.92$) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Unidimensionalidade da TDS-21: mede apenas a faceta de discriminação e o estigma ao nível interpessoal <ul style="list-style-type: none"> ✓ Foco temporal no passado (vs presente) e em eventos concretos/objetivos (vs percepção subjetiva de estigma) ✓ Pontos da escala de resposta associados a descritores verbais de frequência (ex: “algumas vezes” - 10 a 25% do tempo) dificultam o preenchimento dos respondentes
<p><i>LGBT Minority Stress Measure</i> (Outland, 2016)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escala multidimensional ✓ Mede o stress minoritário de acordo com o modelo de Meyer (2003) ✓ Curta extensão da escala (25 itens) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilização da análise fatorial confirmatória para avaliar a validade de construto 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Itens com baixa sensibilidade diferencial: não captam as experiências idiossincráticas das pessoas com orientações sexuais e identidades de género não-normativas (homogeneidade do “grupo” LGBT) ✓ Dupla escala de resposta que elicitam quer frequência, quer concordância por parte dos respondentes ✓ Avalia não somente o construto de stress minoritário, mas também fatores protetores e exclui o estigma estrutural

Anexo B – Questionário Sociodemográfico

Q1: Idade

Indique a sua idade (em anos): _____

Q2: Sexo (Biológico)

Qual o sexo que lhe foi atribuído à nascença?

- masculino
- feminino
- intersexo

Q3: Género

Qual o género com que mais se identifica?

- masculino
- feminino
- não-binário (uma combinação, nenhum ou neutralidade de géneros)
- outro
 - indique qual: _____

Q4: Estado Civil

- solteiro(a)
- união de facto
- casado(a)
- separado(a)/divorciado(a)
- viúvo(a)

Q5: Nacionalidade

Qual a sua nacionalidade? _____ (critério de inclusão: nacionalidade portuguesa)

Q6: Situação Profissional

- trabalhador(a)
- estudante
- trabalhador-estudante
- desempregado(a)
- reformado(a)

Q7: Habilitações Literárias/Académicas

- menos do que o 9º ano de escolaridade
- 9º ano ou equivalente (3º ciclo do ensino básico)
- 12º ano ou equivalente (ensino secundário)
- licenciatura
- mestrado
- doutoramento

Q8: Orientação Sexual

- lésbica
- gay
- bissexual
- heterossexual
- outra
 - indique qual: _____

Q9: Identidade de Género

- cisgénero (género e sexo biológico coincidem)
- trans: transgénero/transsexual (género e sexo biológico diferem)

Q10: Critério de tomada de decisão

Por favor, responda a esta pergunta apenas se for uma pessoa simultaneamente lésbica/gay/bissexual e trans. Indique qual destes dois aspetos da sua sexualidade é o mais saliente para as experiências ou vivências que tem como pessoa:

- ter uma orientação sexual não-normativa (lésbica, gay ou bissexual)
- ter uma identidade de género não-normativa (trans)

Anexo C - Escala de Percepção de Estigmatização (Versão 1 - LGB): Escala Inicial

Abaixo, encontra vivências que as pessoas lésbicas, *gays* e/ou bissexuais (LGB) podem experienciar em várias esferas da sua vida pessoal, profissional, social e familiar. Por favor, de seguida indique qual a frequência com que vivencia cada uma das experiências descritas, utilizando a seguinte escala de resposta:

Nunca	Raramente	Às Vezes	Muitas vezes	Quase Sempre	Constantemente
1	2	3	4	5	6

Tenho sentido (ou sinto) que...

1. ... é mais fácil obter cuidados de qualidade por parte de um profissional de saúde se esconder a minha orientação sexual LGB.
2. ... os meus colegas usam (ou usavam) vocabulário insultuoso em relação a pessoas LGB.
3. ... os meus amigos me julgam pelo facto de ser lésbica/*gay*/bissexual.
4. ... os meus pais têm atitudes homofóbicas/bifóbicas.
5. ... a nossa cultura tende a salientar ou amplificar as diferenças entre LGB e heterossexuais.
6. ... os meus colegas fazem (ou faziam) troça das práticas sexuais das pessoas LGB.
7. ... os meus amigos respeitam a minha orientação sexual LGB como uma parte de mim. (R)
8. ... existe pouca abertura no meu seio familiar para falar acerca da minha orientação sexual LGB.
9. ... circula nas redes sociais o estereótipo de que as pessoas LGB são promíscuas a nível sexual.
10. ... ocorrem (ou ocorreram) atos de discriminação contra pessoas LGB no meu local de trabalho/estudo.
11. ... não converso sobre assuntos relativos à minha sexualidade (LGB) com amigos, por receio de ser rejeitado/a.
12. ... a maior parte da minha família condena as relações sexuais entre pessoas LGB.
13. ... a sociedade considera exagerado ou excessivo o ativismo pelos direitos LGBT.
14. ... os meus colegas consideram (ou consideravam) a homossexualidade e a bissexualidade perturbações mentais.
15. ... a maioria dos meus amigos é a favor da inclusão de pessoas LGBT na sociedade. (R)
16. ... os meus familiares mais próximos acreditam que as pessoas LGB não assumem relações amorosas com compromisso.
17. ... a nossa sociedade acredita que as doenças sexualmente transmissíveis (ex: HIV) apenas ocorrem em pessoas LGB.
18. ... para a maioria dos meus colegas, as orientação sexuais LGB são tão válidas como as heterossexuais. (R)

19. ...no geral, os meus amigos entendem as orientações sexuais LGB como perversões ou desvios sexuais.
20. ... a minha família é contra os direitos das pessoas LGBT.
21. ... as forças de segurança (ex: polícia) sabem como gerir conflitos motivados por ódio pelas pessoas LGB. (R)
22. ... tendo a isolar-me de um grupo de colegas, por acreditar que serei humilhado/a por ser LGBT.
23. ... evitaria expressar afeto com um/a namorado/a LGB em locais públicos ou eventos sociais (ex: festa), para não ser alvo de preconceito.
24. ... os meus pais aprovariam um relacionamento amoroso meu com outra pessoa LGB. (R)
25. ... não tenciono ser pai/mãe com outra pessoa LGB, por medo de ser marginalizado/a pela sociedade.
26. ... na minha presença, os meus colegas comentam (ou comentaram): “ser lésbica/gay/bissexual é uma escolha ou opção”.
27. ... se um/a amigo/a heterossexual descobrir que sou LGB, poderei perder a amizade que tenho com ele/a.
28. ... experiencio desconforto face à intimidade com outras pessoas LGB, por ter crescido numa família conservadora.
29. ... tenho dificuldade em aceitar a minha orientação sexual LGB devido à estigmatização das minorias sexuais na sociedade.
30. ... seria mais feliz se fosse heterossexual, como a maior parte dos meus colegas.
31. ... quando estou rodeado/a de amigos heterossexuais, sou excluído/a e não pertença ao grupo.
32. ... tenho dificuldade em vivenciar plenamente a sexualidade (LGB), por ter crescido num clima familiar religioso.
33. ... sou respeitado como gay/lésbica/bissexual por viver em Portugal. (R)
34. ... na escola, a minha orientação sexual LGB foi motivo para ter sido vítima de *bullying*.
35. ... quando estou com amigos heterossexuais, fico inseguro/a e confuso/a acerca da minha orientação sexual LGB.
36. ... os meus pais desejam que eu frequente serviços de saúde mental para curar a minha orientação sexual LGB.
37. ... o governo aposta em medidas relacionadas com a saúde e o bem-estar das pessoas que pertencem à comunidade LGBT. (R)
38. ... ficaria muito ansioso/a pela possibilidade de vir a ser despedido/a pelo meu atual/futuro patrão, caso ele desconfie que sou LGB.
39. ... no geral, os meus amigos têm facilitado (ou facilitaram) o meu processo de “sair do armário”. (R)
40. ... assumir que sou homossexual/bissexual perante a minha família é sinónimo de vergonha ou culpa.

Nota. (R) representa os itens invertidos. Os itens sublinhados são iguais em ambas as versões da EPE.

Anexo D - Escala de Percepção de Estigmatização (Versão 2 - T): Escala Inicial

Abaixo, encontra vivências que as pessoas com identidades trans (transgênero/transsexual) podem experienciar em várias esferas da sua vida pessoal, profissional, social e familiar. Por favor, de seguida indique qual a frequência com que vivencia cada uma das experiências descritas, utilizando a seguinte escala de resposta:

Nunca	Raramente	Às Vezes	Muitas vezes	Quase Sempre	Constantemente
1	2	3	4	5	6

Tenho sentido (ou sinto) que...

1. ... se quisesse realizar a mudança de sexo, os profissionais de saúde rejeitariam o meu pedido.
2. ... os meus colegas usam (ou usavam) pronomes insultuosos a respeito de pessoas com identidades trans.
3. ... muitos amigos meus não entendem porque algumas pessoas trans utilizam a casa de banho dos homens (das mulheres) e não aquela destinada ao seu sexo biológico.
4. ... em casa dos meus pais, eles exigem que eu me comporte de acordo com o papel de género com o qual não me identifico.
5. ... as redes sociais transmitem a ideia de que não existem géneros alternativos, para além do binário masculino-feminino.
6. ... ocorrem (ou ocorreram) atos de discriminação ou *bullying* contra pessoas trans no meu local de trabalho/estudo.
7. ... os meus amigos cisgénero fazem comentários preconceituosos acerca das práticas sexuais das pessoas trans.
8. ... os meus familiares mais próximos não aceitam nem respeitam as pessoas com identidades trans.
9. ... a nossa cultura encara as identidades trans como se fossem doenças mentais.
10. ... os meus colegas têm posto (ou puseram) em causa as identidades trans, ao duvidarem sobre a sua existência.
11. ... a maioria dos meus amigos é a favor da inclusão de pessoas LGBT na sociedade. (R)
12. ... para os meus pais, um homem deverá ser sempre homem e uma mulher sempre mulher.
13. ... a sociedade considera exagerado ou excessivo o ativismo pelos direitos LGBT.
14. ... para os meus colegas, as identidades trans não são tão válidas como as cisgénero.
15. ... os meus amigos acham que as pessoas trans são demasiado sensíveis, ficando facilmente ofendidas.
16. ... a minha família é contra os direitos das pessoas LGBT.
17. ... a sociedade parte do pressuposto que quem tem pénis é homem e quem tem vulva é mulher.
18. ... o meu atual (ou último) patrão/a maioria dos meus professores considera que as intervenções biomédicas para mudança de sexo deveriam ser ilegais.

19. ... os meus amigos percebem claramente a diferença entre identidades cisgénero, trans(género) e não-binária. (R)
20. ... os meus pais preferiam ter um/a filho/a toxicodependente do que trans.
21. ... acontecem conflitos com figuras de autoridade (ex: seguranças), por me solicitarem o cartão de cidadão para confirmar o meu sexo biológico.
22. ... tendo a isolar-me de um grupo de colegas, por acreditar que serei humilhado/a por ser LGBT.
23. ... é provável que esconda de um/a namorado/a a minha identidade de género trans.
24. ... na presença dos meus primos, posso falar abertamente acerca das minhas vivências enquanto pessoa trans. (R)
25. ... serei protegido/a pelas forças de segurança (ex: polícia), caso seja vítima de uma agressão motivada por transfobia. (R)
26. ... no meu local de trabalho/estudo, sou (ou fui) alvo de transfobia.
27. ... se um/a amigo/a cisgénero descobrir que sou trans, poderei perder a sua amizade.
28. ... os meus pais reprovariam qualquer relacionamento interpessoal meu (ex: amizade, namoro) com outra pessoa trans.
29. ... não tenciono ser pai/mãe enquanto pessoa trans, por medo de ser marginalizado/a pela sociedade.
30. ... seria recusada a oportunidade de poder ter um emprego, simplesmente por ser trans.
31. ... a parte mais difícil de ter relações sexuais enquanto trans é revelar um corpo com o qual não me identifico ao outro.
32. ... quando era mais novo, os meus pais insistiam em tratar-me de acordo com o meu sexo biológico, contra a minha vontade.
33. ... sou respeitado/a como pessoa trans por viver em Portugal. (R)
34. ... seria mais feliz se fosse cisgénero, como a maioria dos meus colegas.
35. ... os meus amigos não sabem, mas tenho pensado no suicídio por sentir que nasci no corpo errado.
36. ... se precisasse, obteria ajuda da minha família para me submeter a intervenções médicas de mudança de sexo. (R)
37. ... o governo aposta em medidas relacionadas com a saúde e o bem-estar das pessoas que pertencem à comunidade LGBT. (R)
38. ... no meu local de trabalho/estudo tenho (ou tinha) necessidade de mascarar a minha identidade trans, fingindo ser outra pessoa.
39. ... tenho o apoio dos meus amigos para lidar com os desafios de ter uma identidade trans. (R)
40. ... é impossível falar acerca da minha identidade trans com os meus familiares mais próximos.

Nota. (R) representa os itens invertidos. Os itens sublinhados são iguais em ambas as versões da EPE.

Anexo E – Consentimento Informado

O presente estudo insere-se no âmbito da realização de uma dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde: Especialidade de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa, para obtenção do grau de Mestre pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. O projeto irá ser concretizado pelo investigador Pedro Freitas, sob orientação da Prof.^a Doutora Maria João Afonso.

Esta investigação tem como foco a temática das sexualidades não-normativas, mais concretamente, debruça-se sobre a vivência das pessoas lésbicas, *gays*, bissexuais e/ou trans (LGBT). Pretende-se compreender o impacto que a perceção de discriminação, preconceito e estigmatização experienciada pelos indivíduos destas populações tem na sua saúde mental.

Podem participar adultos entre os 18 e os 60 anos, com sexualidades não-normativas (LGBT) ou normativas (heterossexuais cisgénero) e de nacionalidade portuguesa. Se pertence a uma destas populações, a sua participação é muito importante porque este estudo poderá contribuir para um melhor entendimento das dificuldades e desafios que as pessoas LGBT enfrentam no seu dia-a-dia, tendo como finalidade poder ajudá-las em contexto preventivo ou clínico, de forma mais eficaz e responsiva às suas necessidades.

A tarefa dos participantes consiste em responder a um questionário online, numa única sessão, sendo o tempo médio para a sua realização de aproximadamente 25 minutos. A confidencialidade dos dados recolhidos e a privacidade dos participantes estarão salvaguardadas, uma vez que as respostas ao questionário serão dadas de forma anónima. Além disso, os resultados serão analisados de forma agrupada, com recurso a metodologia estatística, não sendo por isso considerados individualmente. Os participantes têm ainda o direito de desistir a qualquer momento, caso o pretendam, sem que haja qualquer consequência ou prejuízo associado.

Não serão fornecidos resultados individuais, devido às condições de anonimato das respostas. Caso os participantes desejem conhecer um resumo dos resultados no final da investigação e/ou que lhes sejam facultados contactos de serviços de saúde mental, devem enviar ao investigador uma mensagem de correio eletrónico a solicitá-lo, para o seguinte endereço eletrónico: pedorinho@gmail.com

Ao avançar para o bloco seguinte, confirmo que li o consentimento informado e:

- Tenho pelo menos 18 anos, mas menos de 61 anos;
- Sou uma pessoa lésbica, *gay*, bissexual, transgénero ou heterossexual/cisgénero;
- Tenho nacionalidade portuguesa.

Anexo F – Resultados da Análise Fatorial Exploratória na Versão 1 (Reformulada) da EPE na Amostra LGB (N = 348)

	Saturações/Fatores				h ²
	1	2	3	4	
29. Tenho dificuldade em aceitar a minha orientação sexual LGB devido à estigmatização das minorias sexuais na sociedade.	0.573				0.442
40. Assumir que sou homossexual/bissexual perante a minha família é sinónimo de vergonha ou culpa.	0.547	0.510			0.564
22. Tendo a isolar-me de um grupo de colegas, por acreditar que serei humilhado(a) por ser LGBT.	0.541			0.334	0.461
23. Evitaria expressar afeto com um(a) namorado(a) LGB em locais públicos ou eventos sociais (ex: festa), para não ser alvo de preconceito.	0.537				0.303
30. Seria mais feliz se fosse heterossexual, como a maior parte dos meus colegas.	0.535				0.362
32. Tenho dificuldade em vivenciar plenamente a sexualidade (LGB), por ter crescido num clima familiar religioso.	0.519	0.346			0.416
35. Quando estou com amigos heterossexuais, fico inseguro(a) e confuso(a) acerca da minha orientação sexual LGB.	0.476		0.312		0.342
31. Quando estou rodeado(a) de amigos heterossexuais, sou excluído(a) e não pertença ao grupo.	0.466			0.307	0.376
27. Se um(a) amigo(a) heterossexual descobrir que sou LGB, poderei perder a amizade que tenho com ele(a).	0.437		0.436		0.446
28. Experiencio desconforto face à intimidade com outras pessoas LGB, por ter crescido numa família conservadora.	0.421				0.225
38. Ficaria muito ansioso(a) pela possibilidade de vir a ser despedido(a) pelo meu atual/futuro patrão, caso ele desconfie que sou LGB.	0.407				0.280
25. Não tenciono ser pai/mãe com outra pessoa LGB, por medo de ser marginalizado(a) pela sociedade.	0.395				0.234
12. A maior parte da minha família condena as relações sexuais entre pessoas LGB.		0.779			0.692
20. A minha família é contra os direitos das pessoas LGBT.		0.717			0.586
24. Os meus pais aprovariam um relacionamento amoroso meu com outra pessoa LGB.		0.717			0.607
4. Os meus pais têm atitudes homofóbicas/bifóbicas.		0.678			0.530
8. Existe pouca abertura no meu seio familiar para falar acerca da minha orientação sexual LGB.		0.645			0.462
16. Os meus familiares mais próximos acreditam que as pessoas LGB não assumem relações amorosas com compromisso.		0.547			0.381
15. A maioria dos meus amigos é a favor da inclusão de pessoas LGBT na sociedade.			0.688		0.485
7. Os meus amigos respeitam a minha orientação sexual LGB como uma parte de mim.			0.589		0.368
3. Os meus amigos me julgam pelo facto de ser lésbica/gay/bissexual.			0.561		0.404

18. Para a maioria dos meus colegas, as orientações sexuais LGB são tão válidas como as heterossexuais.		0.530		0.343
19. No geral, os meus amigos entendem as orientações sexuais LGB como perversões ou desvios sexuais.		0.523		0.329
14. Os meus colegas consideram (ou consideravam) a homossexualidade e a bissexualidade perturbações mentais.	0.349	0.478	0.344	0.468
26. Na minha presença, os meus colegas comentam (ou comentaram): “ ser lésbica/gay/bissexual é uma escolha ou opção”.		0.449	0.333	0.321
39. No geral, os meus amigos têm facilitado (ou facilitaram) o meu processo de “sair do armário”.		0.439		0.232
11. Não converso sobre assuntos relativos à minha sexualidade (LGB) com amigos, por receio de ser rejeitado(a).	0.377	0.430		0.345
2. Os meus colegas usam (ou usavam) vocabulário insultuoso em relação a pessoas LGB.			0.578	0.473
6. Os meus colegas fazem (ou faziam) troça das práticas sexuais das pessoas LGB.		0.321	0.530	0.473
9. Circula nas redes sociais o estereótipo de que as pessoas LGB são promíscuas a nível sexual.			0.490	0.246
10. Ocorrem (ou ocorreram) atos de discriminação contra pessoas LGB no meu local de trabalho/estudo.	0.332		0.480	0.379
13. A sociedade considera exagerado ou excessivo o ativismo pelos direitos LGBT.			0.446	0.260
5. A nossa cultura tende a salientar ou amplificar as diferenças entre LGB e heterossexuais.			0.423	0.226
17. A nossa sociedade acredita que as doenças sexualmente transmissíveis (ex: HIV) apenas ocorrem em pessoas LGB.			0.415	0.241
1. É mais fácil obter cuidados de qualidade por parte de um profissional de saúde se esconder a minha orientação sexual LGB.			0.360	0.241
<i>Eigenvalues</i>	3.83	3.62	3.39	2.69
% de Variância Explicada (Total = 38.7%)	10.96	10.35	9.68	7.70

Nota. Índice KMO = .89. Teste de Bartlett: $X^2(780) = 4843.251, p < .001$. Extração: análise paralela, por meio de uma fatorização do eixo principal. Rotação: varimax (ortogonal). h^2 – Comunalidades. Fator 1 – Intrapessoal ou Estigma Individual; Fator 2 – Discriminação/Preconceito Familiar; Fator 3 – Cognição-Preconceito entre Pares; Fator 4 – Comportamental-Discriminação na Comunidade ou Estigma Estrutural.

^a Apenas são apresentadas saturações iguais ou superiores a |0.30|. A **negrito** estão assinalados os pesos fatoriais superiores a |0.40|.

Anexo G – Análise dos Itens e Estudo da Consistência Interna da Versão 1 da EPE:
Escala Inicial

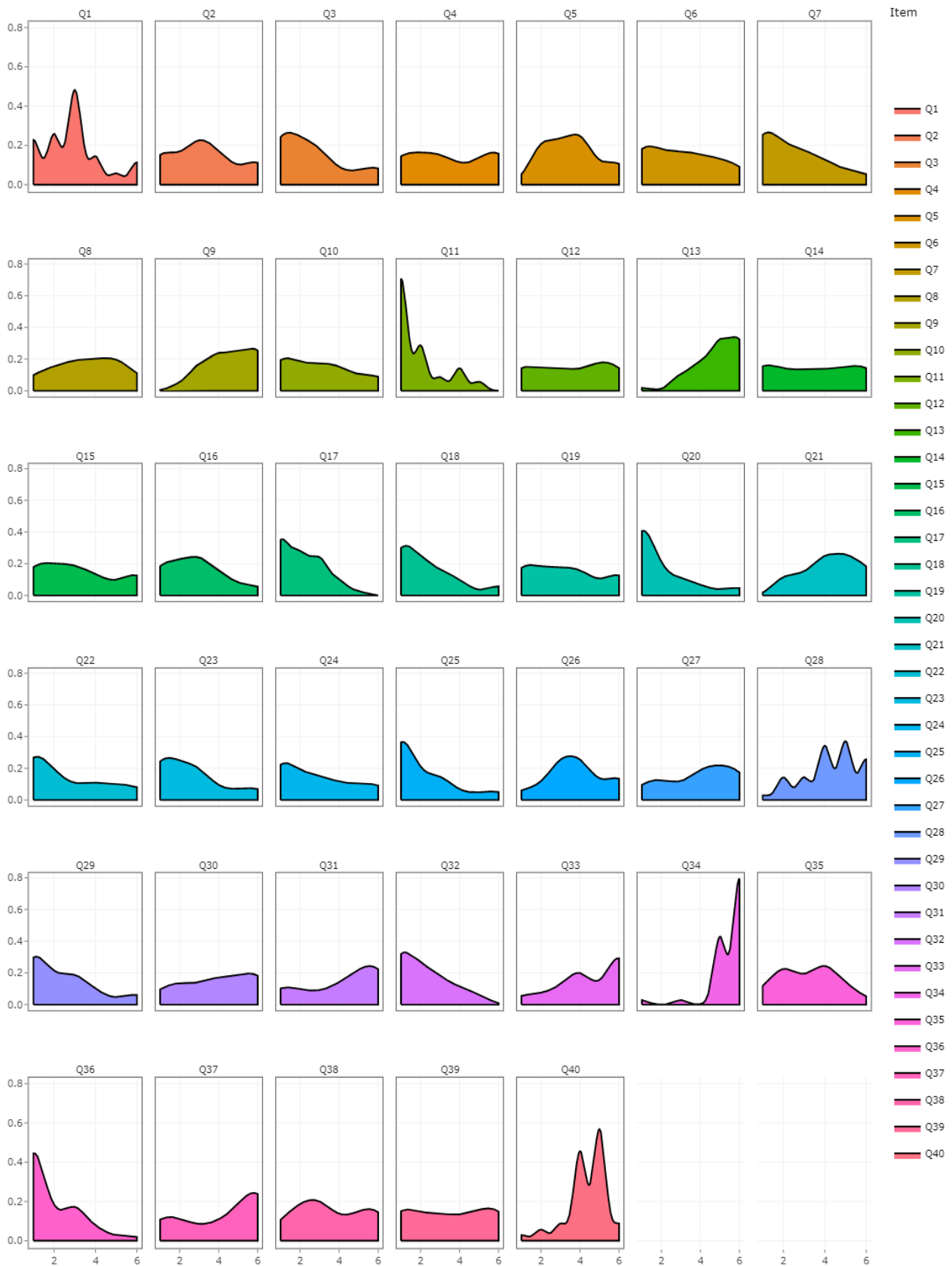
	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação item-total	Se item for eliminado
				α de Cronbach = 0.902
Item 1	2.61	1.49	0.43	0.899
Item 2	3.30	1.32	0.46	0.899
Item 3	1.59	0.87	0.43	0.900
Item 4	2.54	1.42	0.52	0.898
Item 5	4.24	1.23	0.27	0.901
Item 6	3.09	1.42	0.51	0.898
Item 7	1.74	1.28	0.25	0.902
Item 8	4.03	1.72	0.42	0.900
Item 9	4.27	1.36	0.26	0.902
Item 10	2.56	1.40	0.49	0.899
Item 11	2.07	1.40	0.47	0.899
Item 12	3.18	1.60	0.56	0.897
Item 13	4.65	1.16	0.30	0.901
Item 14	1.77	1.11	0.54	0.898
Item 15	1.74	1.21	0.27	0.901
Item 16	2.80	1.45	0.45	0.899
Item 17	3.62	1.42	0.32	0.901
Item 18	2.43	1.44	0.43	0.899
Item 19	1.64	1.06	0.42	0.900
Item 20	2.47	1.39	0.49	0.898
Item 21	4.79	1.04	0.09	0.903
Item 22	2.15	1.34	0.58	0.897
Item 23	3.40	1.65	0.38	0.900
Item 24	3.33	1.73	0.43	0.900
Item 25	1.83	1.25	0.41	0.900
Item 26	2.49	1.47	0.36	0.900
Item 27	1.96	1.21	0.57	0.898
Item 28	2.18	1.41	0.36	0.900
Item 29	2.12	1.40	0.55	0.898
Item 30	2.28	1.71	0.51	0.898
Item 31	1.62	1.00	0.53	0.899
Item 32	2.12	1.41	0.55	0.898
Item 33	3.23	1.26	0.36	0.900
Item 34	2.99	1.91	0.28	0.903
Item 35	1.54	1.02	0.49	0.899
Item 36	1.34	0.93	0.30	0.901
Item 37	4.31	1.13	0.12	0.903
Item 38	2.48	1.66	0.49	0.898
Item 39	2.46	1.42	0.30	0.901
Item 40	2.91	1.71	0.57	0.897



Nota. N = 348. O eixo das abcissas (x) corresponde aos seis pontos da escala de resposta da EPE e o eixo das ordenadas (y) assinala a frequência absoluta das respostas. Figura (gráfico de densidades) adaptada do programa EFAShiny (Yu & Sheu, 2018).

Anexo H – Análise dos Itens e Estudo da Consistência Interna da Versão 2 da EPE:
Escala Inicial

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação item-total	Se item for eliminado
				α de Cronbach = 0.905
Item 1	2.91	1.43	0.56	0.901
Item 2	3.24	1.67	0.52	0.901
Item 3	2.67	1.67	0.49	0.902
Item 4	3.51	1.94	0.52	0.901
Item 5	3.58	1.38	0.41	0.903
Item 6	3.07	1.72	0.62	0.900
Item 7	2.56	1.58	0.50	0.902
Item 8	3.60	1.54	0.67	0.899
Item 9	4.56	1.22	0.63	0.901
Item 10	2.98	1.74	0.69	0.899
Item 11	1.87	1.22	0.52	0.902
Item 12	3.51	1.84	0.49	0.902
Item 13	4.87	1.16	0.59	0.901
Item 14	3.44	1.93	0.67	0.899
Item 15	3.16	1.77	0.63	0.899
Item 16	2.82	1.47	0.57	0.901
Item 17	5.49	0.92	0.02	0.906
Item 18	2.11	1.09	0.25	0.905
Item 19	3.20	1.39	-0.00	0.908
Item 20	2.33	1.54	0.48	0.902
Item 21	1.91	1.28	0.13	0.906
Item 22	3.22	1.77	0.64	0.899
Item 23	1.98	1.52	0.29	0.904
Item 24	4.20	1.96	0.26	0.906
Item 25	4.27	1.30	0.45	0.902
Item 26	2.60	1.83	0.54	0.901
Item 27	2.60	1.59	0.53	0.901
Item 28	2.82	1.81	0.54	0.901
Item 29	2.13	1.55	0.32	0.904
Item 30	3.78	1.43	0.35	0.904
Item 31	3.96	1.69	0.24	0.905
Item 32	3.58	1.70	0.17	0.906
Item 33	4.29	1.34	0.44	0.903
Item 34	3.49	1.91	0.06	0.909
Item 35	2.40	1.59	0.27	0.905
Item 36	3.93	1.74	0.33	0.904
Item 37	4.36	1.03	0.07	0.906
Item 38	4.18	1.85	0.51	0.901
Item 39	2.22	1.26	0.17	0.905
Item 40	4.49	1.62	0.41	0.903



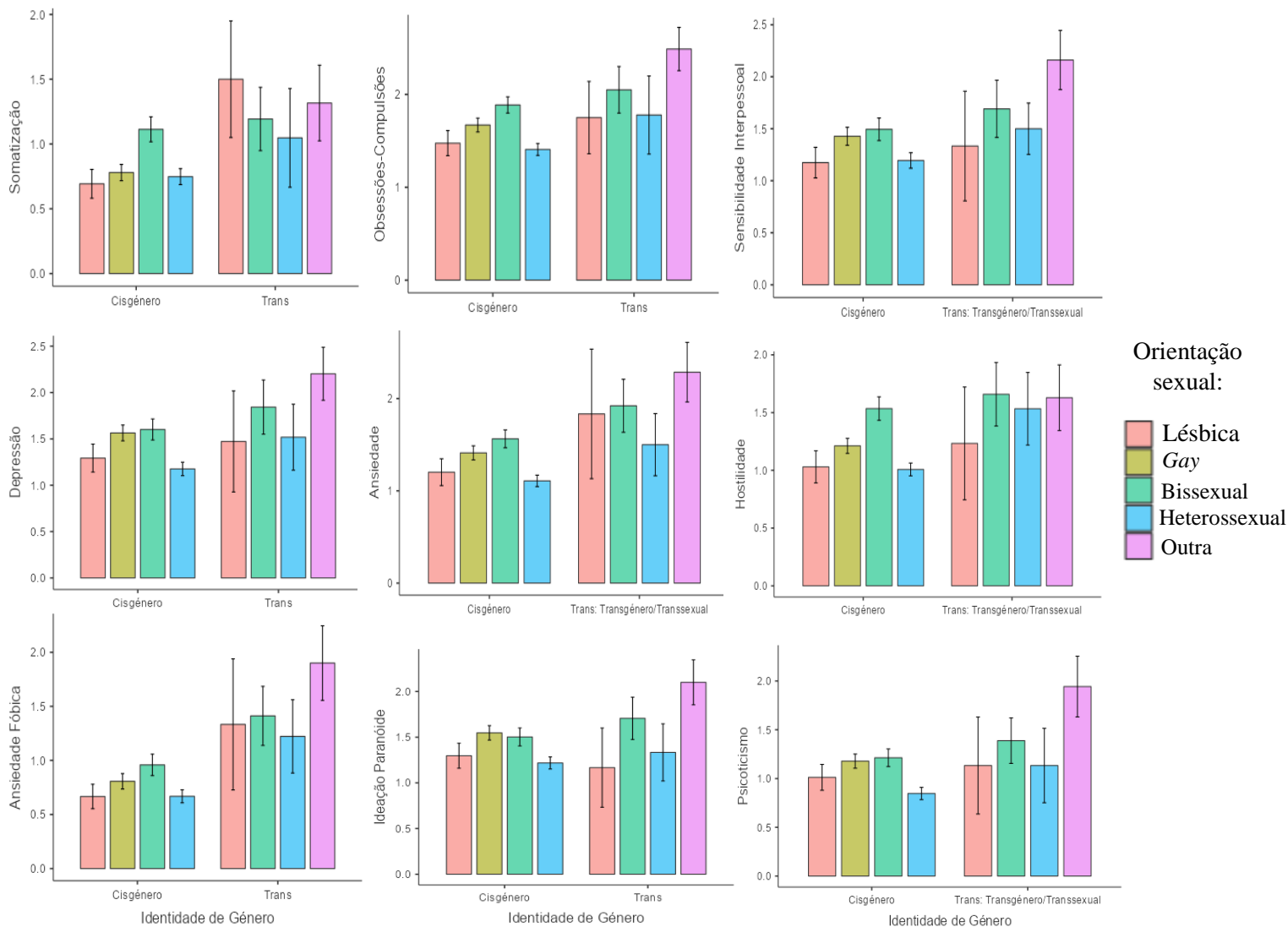
Nota. N = 45. No eixo das abcissas (x) estão representados os seis pontos da escala de resposta da EPE e o eixo das ordenadas (y) assinala a densidade das respostas, com base em percentagens. Figura (gráfico de densidades) adaptada do programa EFAShiny (Yu & Sheu, 2018).

Anexo I – Análise dos Resultados das Dimensões de Psicopatologia do BSI, na
Diversidade Sexual e de Género

	Identidade de Gênero	Orientação Sexual	S	OC	SI	D	A	H	AF	IP	P	
Média	Cisgênero	Lésbica	0.70	1.47	1.17	1.29	1.20	1.03	0.67	1.30	1.01	
		Gay	0.78	1.67	1.43	1.56	1.41	1.21	0.81	1.55	1.18	
		Bissexual	1.11	1.89	1.49	1.60	1.56	1.53	0.96	1.50	1.21	
		Heterossexual	0.75	1.41	1.19	1.18	1.11	1.01	0.67	1.22	0.85	
	Trans	Lésbica	1.50	1.75	1.33	1.47	1.83	1.23	1.33	1.17	1.13	
		Gay	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
		Bissexual	1.19	2.05	1.69	1.84	1.92	1.66	1.41	1.71	1.39	
		Heterossexual	1.05	1.78	1.50	1.52	1.50	1.53	1.22	1.33	1.13	
	Outra	1.32	2.49	2.16	2.20	2.29	1.63	1.90	2.10	1.94		

Nota. N = 500. S – Somatização; OC – Obsessões-Compulsões; SI – Sensibilidade Interpessoal; D – Depressão; A – Ansiedade; H – Hostilidade; AF – Ansiedade Fóbica; IP – Ideação Paranóide; P – Psicoticismo.

^a O único participante gay e trans da amostra foi excluído, de modo a não enviesar as estatísticas descritivas.



Nota. N = 500. Figura adaptada do programa estatístico *jamovi* (the jamovi project, 2022).

Anexo J - Escala de Percepção de Estigmatização (Versão 1 - LGB): Escala Reformulada

Tenho sentido (ou sinto) que...

1. ... é mais fácil obter cuidados de qualidade por parte de um profissional de saúde se esconder a minha orientação sexual LGB.
2. ... os meus colegas usam (ou usavam) vocabulário insultuoso em relação a pessoas LGB.
3. ... os meus amigos me julgam pelo facto de ser lésbica/gay/bissexual.
4. ... os meus pais têm atitudes homofóbicas/bifóbicas.
5. ... a nossa cultura tende a salientar ou amplificar as diferenças entre LGB e heterossexuais.
6. ... os meus colegas fazem (ou faziam) troça das práticas sexuais das pessoas LGB.
7. ... os meus amigos respeitam a minha orientação sexual LGB como uma parte de mim. (R)
8. ... existe pouca abertura no meu seio familiar para falar acerca da minha orientação sexual LGB.
9. ... circula nas redes sociais o estereótipo de que as pessoas LGB são promíscuas a nível sexual.
10. ... ocorrem (ou ocorreram) atos de discriminação contra pessoas LGB no meu local de trabalho/estudo.
11. ... não converso sobre assuntos relativos à minha sexualidade (LGB) com amigos, por receio de ser rejeitado/a.
12. ... a maior parte da minha família condena as relações sexuais entre pessoas LGB.
13. ... a sociedade considera exagerado ou excessivo o ativismo pelos direitos LGBT.
14. ... os meus colegas consideram (ou consideravam) a homossexualidade e a bissexualidade perturbações mentais.
15. ... a maioria dos meus amigos é a favor da inclusão de pessoas LGBT na sociedade. (R)
16. ... os meus familiares mais próximos acreditam que as pessoas LGB não assumem relações amorosas com compromisso.
17. ... a nossa sociedade acredita que as doenças sexualmente transmissíveis (ex: HIV) apenas ocorrem em pessoas LGB.
18. ... para a maioria dos meus colegas, as orientação sexuais LGB são tão válidas como as heterossexuais. (R)
19. ...no geral, os meus amigos entendem as orientações sexuais LGB como perversões ou desvios sexuais.
20. ... a minha família é contra os direitos das pessoas LGBT.
21. ~~... as forças de segurança (ex: polícia) sabem como gerir conflitos motivados por ódio pelas pessoas LGB.~~ (R)
22. ... tendo a isolar-me de um grupo de colegas, por acreditar que serei humilhado/a por ser LGBT.
23. ... evitaria expressar afeto com um/a namorado/a LGB em locais públicos ou eventos sociais (ex: festa), para não ser alvo de preconceito.
24. ... os meus pais aprovariam um relacionamento amoroso meu com outra pessoa LGB. (R)
25. ... não tenciono ser pai/mãe com outra pessoa LGB, por medo de ser marginalizado/a pela sociedade.

26. ... na minha presença, os meus colegas comentam (ou comentaram): “ser lésbica/*gay*/bissexual é uma escolha ou opção”.
27. ... se um/a amigo/a heterossexual descobrir que sou LGB, poderei perder a amizade que tenho com ele/a.
28. ... experiencio desconforto face à intimidade com outras pessoas LGB, por ter crescido numa família conservadora.
29. ... tenho dificuldade em aceitar a minha orientação sexual LGB devido à estigmatização das minorias sexuais na sociedade.
30. ... seria mais feliz se fosse heterossexual, como a maior parte dos meus colegas.
31. ... quando estou rodeado/a de amigos heterossexuais, sou excluído/a e não pertença ao grupo.
32. ... tenho dificuldade em vivenciar plenamente a sexualidade (LGB), por ter crescido num clima familiar religioso.
- ~~33. ... sou respeitado como *gay*/lésbica/bissexual por viver em Portugal. (R)~~
- ~~34. ... na escola, a minha orientação sexual LGB foi motivo para ter sido vítima de *bullying*.~~
35. ... quando estou com amigos heterossexuais, fico inseguro/a e confuso/a acerca da minha orientação sexual LGB.
- ~~36. ... os meus pais desejam que eu frequente serviços de saúde mental para curar a minha orientação sexual LGB.~~
- ~~37. ... o governo aposta em medidas relacionadas com a saúde e o bem-estar das pessoas que pertencem à comunidade LGBT. (R)~~
38. ... ficaria muito ansioso/a pela possibilidade de vir a ser despedido/a pelo meu atual/futuro patrão, caso ele desconfie que sou LGB.
39. ... no geral, os meus amigos têm facilitado (ou facilitaram) o meu processo de “sair do armário”. (R)
40. ... assumir que sou homossexual/bissexual perante a minha família é sinónimo de vergonha ou culpa.

Nota. (R) representa os itens invertidos. Os itens sublinhados são iguais em ambas as versões da EPE. Os itens eliminados/excluídos encontram-se realçados a **vermelho** e rasurados.

Anexo K – Composição das Subescalas da Versão 1 (Reformulada) da EPE

Escala	Itens
Intrapessoal ou Estigma Individual ($\alpha = 0.83$)	22, 23, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 38 (11 itens)
Discriminação/Preconceito Familiar (Micro) ($\alpha = 0.87$)	4; 8, 12, 16, 20, 24, 40 (7 itens)
Cognição-Preconceito entre Pares (Meso) ($\alpha = 0.79$)	3, 7, 11, 14, 15, 18, 19, 26, 39 (9 itens)
Comportamental-Discriminação na Comunidade ou Estigma Estrutural (Macro) ($\alpha = 0.74$)	1, 2, 5, 6, 9, 10, 13, 17 (8 itens)
Escala Completa ($\alpha = 0.90$)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 38, 39, 40 (35 itens)

Nota. Os itens 21, 33, 34, 36 e 37 foram eliminados/excluídos da versão 1 da EPE.

Anexo L - Escala de Percepção de Estigmatização (Versão 2 - T): Escala Reformulada

Tenho sentido (ou sinto) que...

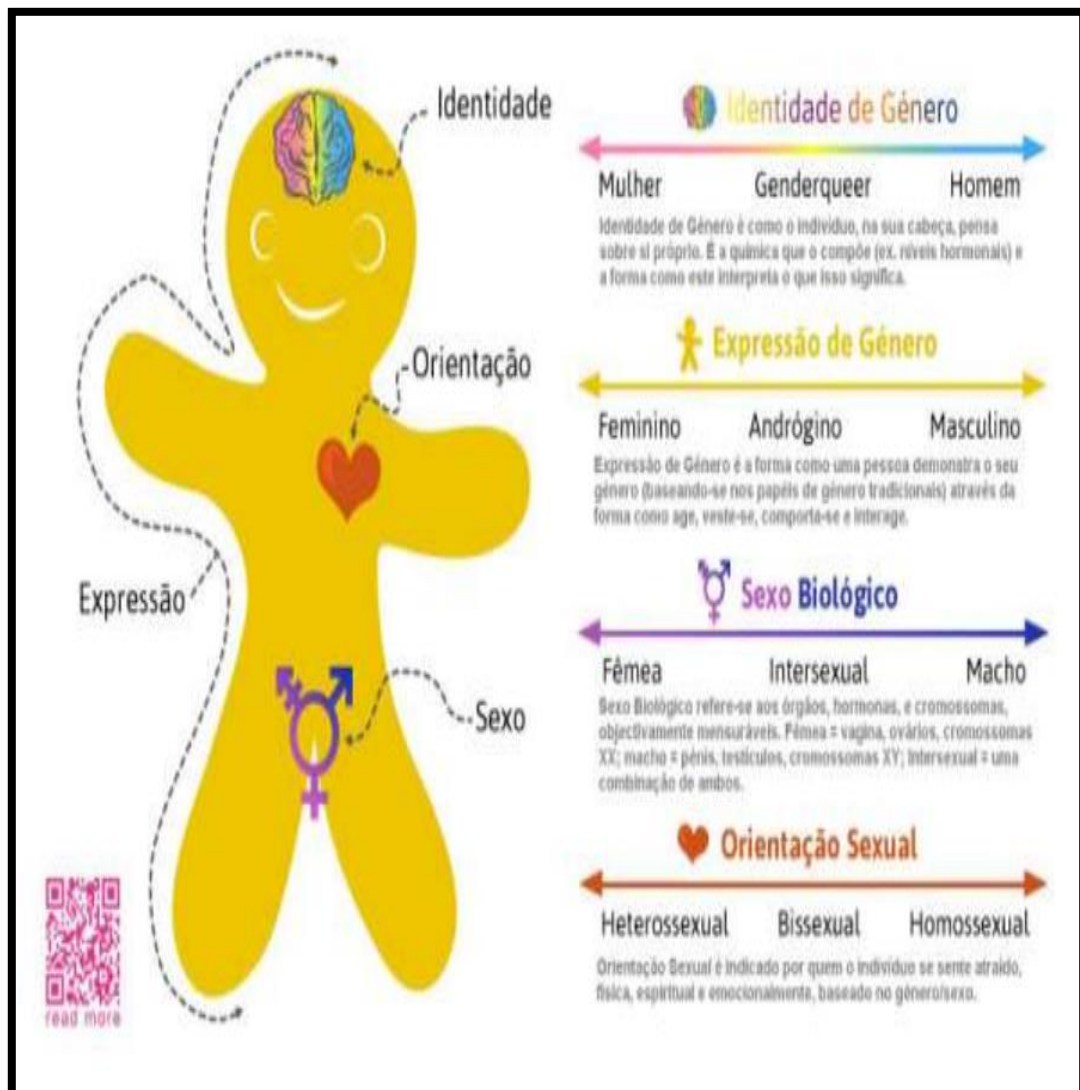
1. ... se quisesse realizar a mudança de sexo, os profissionais de saúde rejeitariam o meu pedido.
2. ... os meus colegas usam (ou usavam) pronomes insultuosos a respeito de pessoas com identidades trans.
3. ... muitos amigos meus não entendem porque algumas pessoas trans utilizam a casa de banho dos homens (das mulheres) e não aquela destinada ao seu sexo biológico.
4. ... em casa dos meus pais, eles exigem que eu me comporte de acordo com o papel de género com o qual não me identifico.
5. ... as redes sociais transmitem a ideia de que não existem géneros alternativos, para além do binário masculino-feminino.
6. ... ocorrem (ou ocorreram) atos de discriminação ou *bullying* contra pessoas trans no meu local de trabalho/estudo.
7. ... os meus amigos cisgénero fazem comentários preconceituosos acerca das práticas sexuais das pessoas trans.
8. ... os meus familiares mais próximos não aceitam nem respeitam as pessoas com identidades trans.
9. ... a nossa cultura encara as identidades trans como se fossem doenças mentais.
10. ... os meus colegas têm posto (ou puseram) em causa as identidades trans, ao duvidarem sobre a sua existência.
11. ... a maioria dos meus amigos é a favor da inclusão de pessoas LGBT na sociedade. (R)
12. ... para os meus pais, um homem deverá ser sempre homem e uma mulher sempre mulher.
13. ... a sociedade considera exagerado ou excessivo o ativismo pelos direitos LGBT.
14. ... para os meus colegas, as identidades trans não são tão válidas como as cisgénero.
15. ... os meus amigos acham que as pessoas trans são demasiado sensíveis, ficando facilmente ofendidas.
16. ... a minha família é contra os direitos das pessoas LGBT.
17. ... a sociedade parte do pressuposto que quem tem pénis é homem e quem tem vulva é mulher.
18. ... o meu atual (ou último) patrão/a maioria dos meus professores considera que as intervenções biomédicas para mudança de sexo deveriam ser ilegais.
19. ... os meus amigos percebem claramente a diferença entre identidades cisgénero, trans(género) e não binária. (R)
20. ... os meus pais preferiam ter um/a filho/a toxicodependente do que trans.
21. ... acontecem conflitos com figuras de autoridade (ex: seguranças), por me solicitarem o cartão de cidadão para confirmar o meu sexo biológico.
22. ... tendo a isolar-me de um grupo de colegas, por acreditar que serei humilhado/a por ser LGBT.
23. ... é provável que esconda de um/a namorado/a a minha identidade de género trans.

- ~~24. ... na presença dos meus primos, posso falar abertamente acerca das minhas vivências enquanto pessoa trans. (R)~~
25. ... serei protegido/a pelas forças de segurança (ex: polícia), caso seja vítima de uma agressão motivada por transfobia. (R)
26. ... no meu local de trabalho/estudo, sou (ou fui) alvo de transfobia.
27. ... se um/a amigo/a cisgénero descobrir que sou trans, poderei perder a sua amizade.
28. ... os meus pais reprovariam qualquer relacionamento interpessoal meu (ex: amizade, namoro) com outra pessoa trans.
29. ... não tenciono ser pai/mãe enquanto pessoa trans, por medo de ser marginalizado/a pela sociedade.
30. ... seria recusada a oportunidade de poder ter um emprego, simplesmente por ser trans.
31. ... a parte mais difícil de ter relações sexuais enquanto trans é revelar um corpo com o qual não me identifico ao outro.
- ~~32. ... quando era mais novo, os meus pais insistiam em tratar-me de acordo com o meu sexo biológico, contra a minha vontade.~~
33. ... sou respeitado/a como pessoa trans por viver em Portugal. (R)
- ~~34. ... seria mais feliz se fosse cisgénero, como a maioria dos meus colegas.~~
35. ... os meus amigos não sabem, mas tenho pensado no suicídio por sentir que nasci no corpo errado.
36. ... se precisasse, obteria ajuda da minha família para me submeter a intervenções médicas de mudança de sexo. (R)
- ~~37. ... o governo aposta em medidas relacionadas com a saúde e o bem-estar das pessoas que pertencem à comunidade LGBT. (R)~~
38. ... no meu local de trabalho/estudo tenho (ou tinha) necessidade de mascarar a minha identidade trans, fingindo ser outra pessoa.
39. ... tenho o apoio dos meus amigos para lidar com os desafios de ter uma identidade trans. (R)
40. ... é impossível falar acerca da minha identidade trans com os meus familiares mais próximos.

Nota. (R) representa os itens invertidos. Os itens sublinhados são iguais em ambas as versões da EPE. Os itens eliminados/excluídos encontram-se realçados a **vermelho** e rasurados.

APÊNDICES

Apêndice I – Boneco de Gengibre da Sexualidade Humana



Nota. Figura adaptada de Killerman (2012)

Apêndice II – Escala de Regulação da Satisfação de Necessidades (ERSN-43; Conde et al., 2012)

Seguidamente apresentamos uma sequência de afirmações relativas a características e vivências pessoais. Por favor, leia com atenção cada uma delas e responda, assinalando o seu grau de acordo ou desacordo numa escala de 1 a 8. **O número “1” significa que “discorda totalmente” e o “8” que “concorda totalmente”.** A linha divisória entre o “4” e o “5” separa as zonas de desacordo e de acordo. Quanto mais elevado for o número selecionado maior é o grau de acordo.

1 a 4 Desacordo				5 a 8 Concordo			
1	2	3	4	5	6	7	8

	Discordo				Concordo			
1. Sou capaz de distinguir críticas construtivas de destrutivas.	1	2	3	4	5	6	7	8
2. De forma geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Sinto mal-estar quando tenho de discordar de alguém.	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Faço frequentemente coisas para sair da rotina.	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Sinto que os outros não se interessam ou se preocupam comigo.	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Sinto-me amado(a) e acarinhado (a) por uma ou mais pessoas.	1	2	3	4	5	6	7	8
7. De uma forma geral, gosto de experienciar coisas novas.	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Consigo desfrutar os pequenos prazeres da vida.	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Sentir-me zangado com alguém é sempre sinal de má educação.	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Estou satisfeito com a qualidade daquilo que produzo.	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Sinto-me sozinho(a), mesmo quando estou acompanhado(a).	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Sinto que o meu tempo de lazer é útil e valioso.	1	2	3	4	5	6	7	8
13. Tenho dificuldade em desfrutar da vida.	1	2	3	4	5	6	7	8
14. É humano chorar a perda de alguém que amamos.	1	2	3	4	5	6	7	8
15. As minhas actividades de lazer contribuem para o meu sentimento de bem-estar.	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Sou capaz de aceitar que há coisas que estão fora do meu controlo.	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Sou tolerante comigo mesmo face a conflitos entre o que penso, sinto e faço.	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Sinto-me constrangido e inibido em mostrar as minhas opiniões aos outros.	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Sinto que consigo tirar prazer da vida.	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Experiencio paz de espírito.	1	2	3	4	5	6	7	8
21. Sinto-me confortável com a ideia de que não posso controlar tudo e todos.	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Em função dos meus erros posso aperfeiçoar o meu comportamento.	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Sinto-me confortável quando tenho de colaborar com outros.	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Consigo suportar situações de desagradáveis se vejo benefícios futuros nisso.	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Consigo cooperar com os outros para atingir objectivos comuns.	1	2	3	4	5	6	7	8

26.	Sou tolerante comigo mesmo face a conflitos entre emoções contraditórias.	1	2	3	4	5	6	7	8
27.	Quando paro e reparo nas coisas à minha volta, sinto-me bem e satisfeito(a).	1	2	3	4	5	6	7	8
28.	Expresso as minhas ideias e opiniões, independentemente das reacções dos outros.	1	2	3	4	5	6	7	8
29.	Sou capaz de reconhecer que há coisas que estão fora do meu controlo.	1	2	3	4	5	6	7	8
30.	Sei distinguir os medos justificados dos que não o são.	1	2	3	4	5	6	7	8
31.	Quando sinto que tenho de ceder o meu controlo a um colectivo, aceito-o, cooperando com ele.	1	2	3	4	5	6	7	8
32.	Vejo-me como uma pessoa aberta a novas experiências.	1	2	3	4	5	6	7	8
33.	Quando sinto incoerências ou conflitos entre o que penso, sinto e faço, aceito a sua existência e procuro resolvê-los.	1	2	3	4	5	6	7	8
34.	Sinto-me perto de ser a pessoa que desejo ser.	1	2	3	4	5	6	7	8
35.	Sinto que errar possa ser uma oportunidade de aprendizagem.	1	2	3	4	5	6	7	8
36.	No geral, sinto-me satisfeito(a) quando penso nas minhas características.	1	2	3	4	5	6	7	8
37.	Quando sinto incoerências ou conflitos entre emoções contraditórias, aceito a sua existência e procuro resolvê-los.	1	2	3	4	5	6	7	8
38.	Sinto orgulho na pessoa que sou.	1	2	3	4	5	6	7	8
39.	Sinto que tenho uma certa calma interior.	1	2	3	4	5	6	7	8
40.	Sinto orgulho naquilo que produzo e realizo.	1	2	3	4	5	6	7	8
41.	É-me difícil suportar a distância entre o que sou e o que desejo ser.	1	2	3	4	5	6	7	8
42.	Sinto-me satisfeito com a minha capacidade de usar o meu tempo de lazer.	1	2	3	4	5	6	7	8
43.	Sinto-me satisfeito com a minha competência produtiva.	1	2	3	4	5	6	7	8

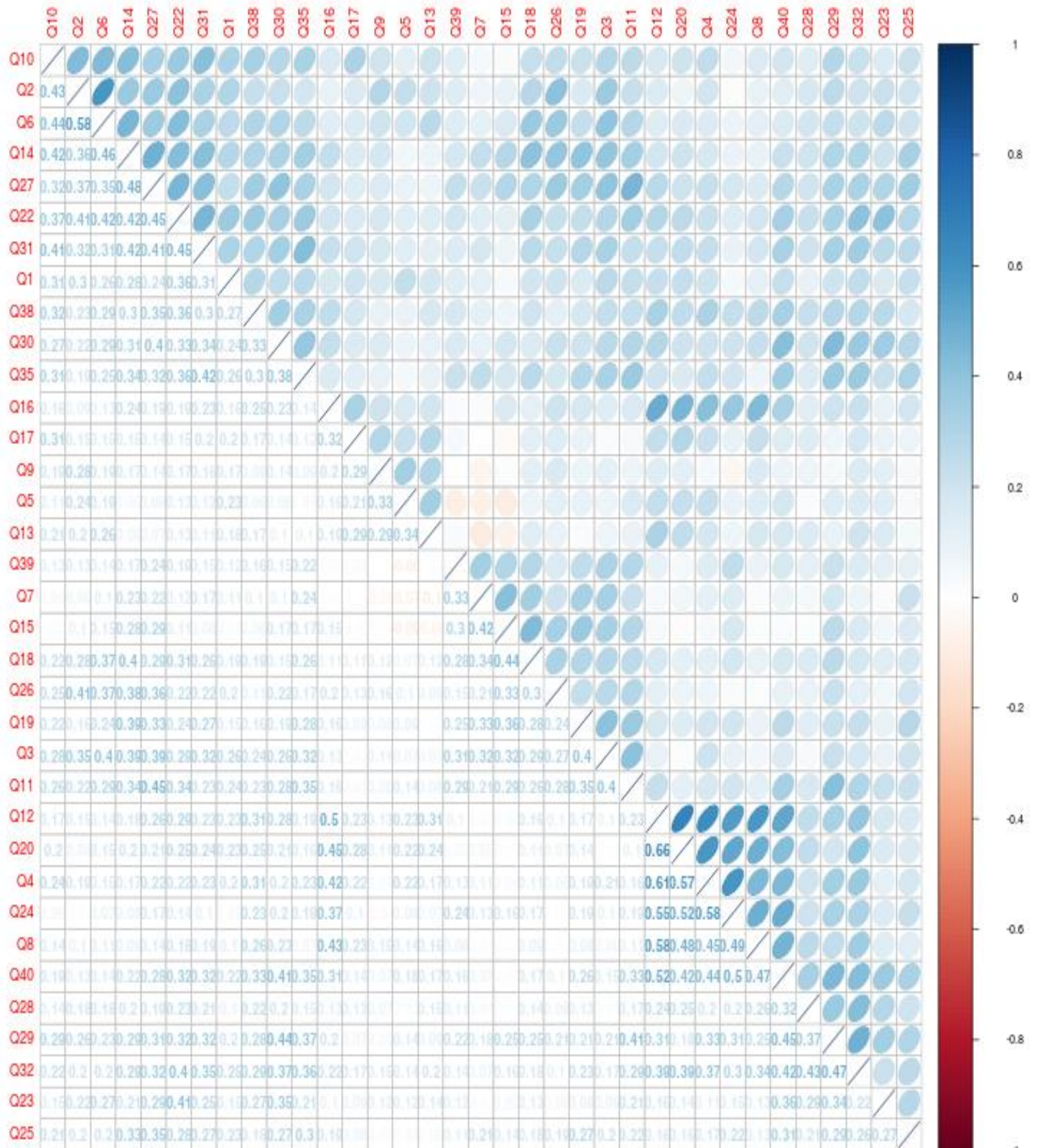
Apêndice III – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1993; versão portuguesa: Canavarro, 1995)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7. Dores sobre o coração ou no peito					
8. Medo na rua ou praças públicas					
9. Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso					
13. Ter impulsos que não se podem controlar					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinho					
17. Sentir-se triste					
18. Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se atemorizado					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si					
22. Sentir-se inferior aos outros					
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago					
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si					
25. Dificuldade em adormecer					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões					
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro					
29. Sensação de que lhe falta o ar					
30. Calafrios ou afrontamentos					
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo					
32. Sensação de vazio na cabeça					
33. Sensação de anestesia (encortijamento ou formigueiro) no corpo					
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados					
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
36. Ter dificuldade em se concentrar					
37. Falta de forças em partes do corpo					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias					
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa					
45. Ter ataques de terror ou pânico					
46. Entrar facilmente em discussão					
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho					
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto					
50. Sentir que não tem valor					
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
52. Ter sentimentos de culpa					
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça					

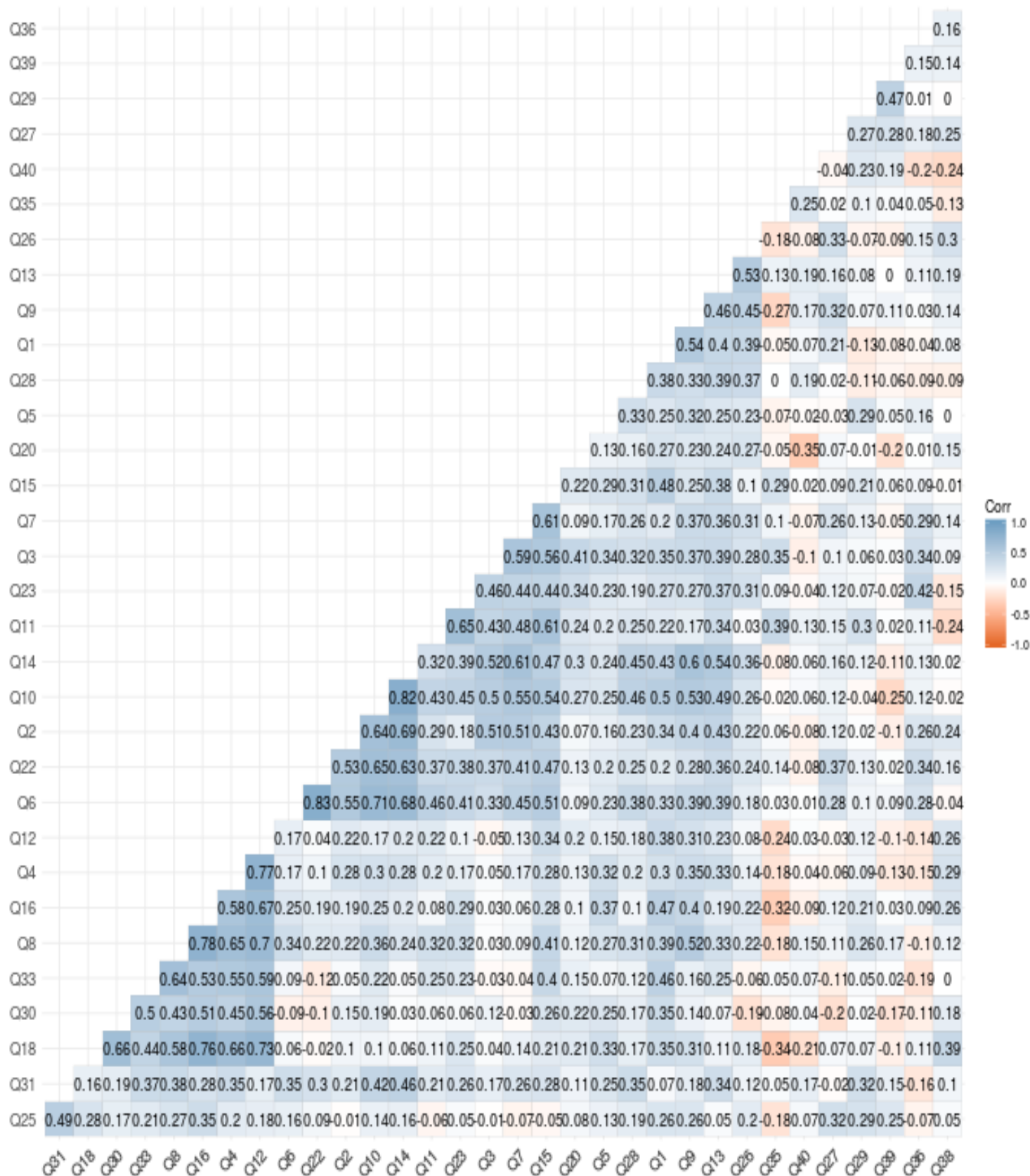
Apêndice IV – Matriz de Correlações Inter-Itens na Versão 1 (Reformulada) da EPE



Nota. N = 348. Figura adaptada do programa *EFAShiny* (Yu & Sheu, 2018).

^a Na gradação de cores, as cores mais saturadas indicam uma maior força da correlação (de Pearson). A gradação de cores azuis representa correlações positivas.

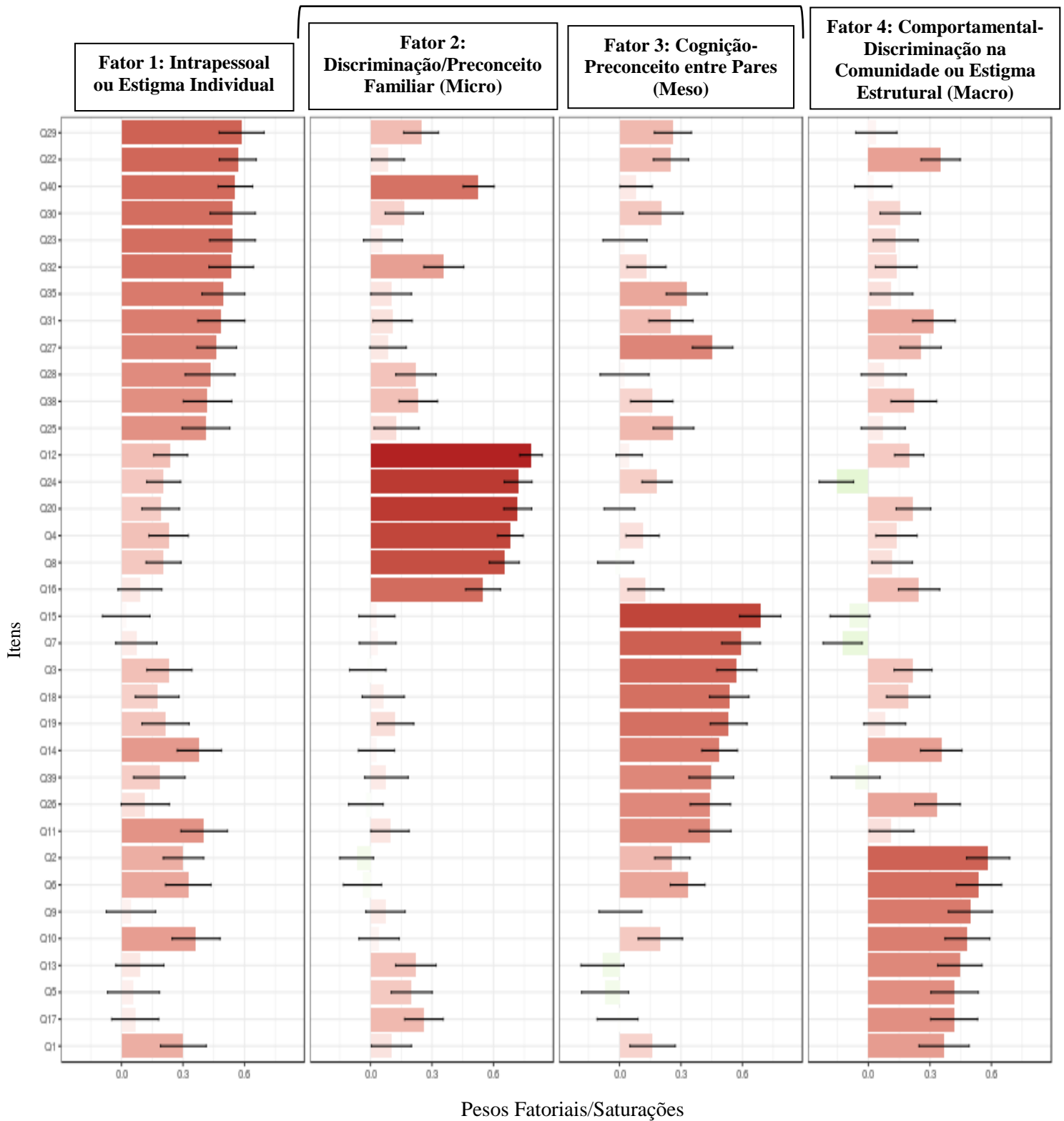
Apêndice V – Matriz de Correlações Inter-Itens na Versão 2 (Reformulada) da EPE



Nota. Figura adaptada do programa *EFAShiny* (Yu & Sheu, 2018). Corr – Correlação de Pearson.

^a Maiores saturações de cor indicam correlações mais fortes. A gradação de cores azuis representa correlações positivas.

Apêndice VI – Diagrama dos Pesos Fatoriais dos Itens na Versão 1 (Reformulada) da EPE



Nota. Figura adaptada do programa EFAShiny (Yu & Sheu, 2018). O eixo das ordenadas (y) corresponde aos itens da versão 1 da EPE.

^a Maiores saturações de cor indicam pesos fatoriais mais elevados.