

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Fabiana Harumi Shimabukuro

**Práticas culturais LGBTQIA+ fóbicas e racistas e o impacto na saúde mental da
população LGBTQIA+ negra: uma revisão de literatura**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA EXPERIMENTAL: ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO**

São Paulo

2022

Fabiana Harumi Shimabukuro

Práticas culturais LGBTQIA+ fóbicas e racistas e o impacto na saúde mental da população LGBTQIA+ negra: uma revisão de literatura

Dissertação apresentada à Banca Examinadora para obtenção do título de Mestre em Psicologia Experimental – Análise do Comportamento, no Programa de Pós-graduação em Psicologia Experimental da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Fani Eta Korn Malerbi

**São Paulo
2022**

Fabiana Harumi Shimabukuro

Práticas culturais LGBTQIA+ fóbicas e racistas e o impacto na saúde mental da população LGBTQIA+ negra: uma revisão de literatura

Dissertação apresentada à Banca Examinadora para obtenção do título de Mestre em Psicologia Experimental – Análise do Comportamento, no Programa de Pós-graduação em Psicologia Experimental da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Fani Eta Korn Malerbi

Aprovada em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Fani Eta Korn Malerbi – PUC-SP

Prof. Dr. Amilcar Rodrigues Fonseca Junior –
PUC-SP

Prof.^a Dr.^a Mariângela Gentil Savoia – Instituto
de Psicologia USP

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento nº 88887.598101/2021-00.

This study was funded in part by Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Funding Code 88887.598101/2021-00.

Ao Coletivo de pesquisadoras(es) Negras(os)
Neusa Santos. Seguiremos ocupando a Pós-
graduação, resistindo e produzindo
conhecimento científico.

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo apoio. Em especial, à minha mãe, que sempre me incentivou a estudar e nunca mediu esforços para proporcionar o melhor para mim.

Às minhas irmãs, que compreenderam minhas ausências em reuniões familiares.

Ao meu padrasto (*in memoriam*), que nos deixou no meio do meu mestrado, mas que contribuiu muito para minha carreira acadêmica e profissional.

A Fani Malerbi, pelas orientações cuidadosas e pela paciência diante do meu ritmo lento de escrita conjugado a um ritmo atribulado de trabalho.

Aos componentes da banca, Prof. Dr. Amílcar Rodrigues Fonseca Júnior e Prof.^a Dr.^a Mariângela Gentil Savoia, que, no exame de qualificação, muito contribuíram com considerações primorosas, permitindo o aperfeiçoamento desta dissertação.

Aos professores do Programa de Psicologia Experimental – Análise do Comportamento, por me acolher e me permitir fazer parte dessa comunidade que muito admiro.

A Samir Mussi, que foi fonte de inspiração para escolha do tema desta dissertação.

A Thiago Gusmão, pela amizade verdadeira nesse caminhar solitário que é o mestrado. Gratidão pelas chamadas de vídeo, pelas risadas, pelas discussões, pelas trocas.

A Jefferson Pereira, pela prontidão em me ensinar a usar o Excell e pelas aulas de estatística, em encontros essenciais a despeito de sua rotina atribulada.

A Gustavo Silveira pela revisão minuciosa dos resultados estatísticos dos artigos analisados.

A Helena Lyrio-Carvalho, pela revisão cuidadosa, pelos encontros e conversas maravilhosas, que me tiravam da exaustão mental. Gratidão por ser tão cuidadosa, acolhedora e pela escuta empática.

A Janaína Ferraz, por me apresentar Helena, pelo apoio emocional, por me acompanhar nesta trajetória e me fazer entender que a vida não se interrompe para gente fazer o mestrado.

Ao Coletivo de pesquisadoras(es) Negras(os) Neusa Santos, que foi onde tudo começou, pois consegui permanecer no mestrado por força desse coletivo. Nada é por acaso. Tudo “realmente” se deve às contingências!

À Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, por me acolher.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), pela bolsa de estudos concedida.

RESUMO

SHIMABUKURO, F. H. **Práticas culturais LGBTQIA+ fóbicas e racistas e o impacto na saúde mental da população LGBTQIA+ negra: uma revisão de literatura.** 77 p.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Experimental). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.

O objetivo do presente trabalho foi fazer uma revisão sistemática dos estudos empíricos que avaliaram como práticas culturais coercitivas dirigidas às minorias sexuais e de gênero, somadas ao racismo, podem afetar a saúde mental desses indivíduos. Na Análise do Comportamento, racismo e LGBTQIA+fobia são temas pouco estudados. No entanto, uma vez que os estudiosos que se baseiam nessa teoria têm o objetivo de prever e controlar o comportamento humano, torna-se importante que se investiguem as variáveis envolvidas no preconceito decorrente da sobreposição de orientação sexual e identidade de gênero e raça, dado que a identificação dessas variáveis seria um primeiro passo para intervir em práticas culturais coercitivas. Os resultados obtidos a partir dos artigos analisados evidenciaram que o surgimento de transtornos psiquiátricos tem forte relação com as práticas coercitivas, independentemente da topografia. Este estudo pode contribuir para uma maior visibilidade dessa problemática, fomentando discussões sobre o tema e, conseqüentemente, favorecer a diminuição da vulnerabilidade da população LGBTQIA+negra.

Palavras-chave: LGBTQIA+fobia. Estresse de minorias. Práticas coercitivas. Racismo.

Abstract

SHIMABUKURO, F. H. **LGBTQIA+ phobic and racist cultural practices and the impact on mental health of LGBTQIA+ people of color: a literature review**. 77 p. Dissertation (Master in Experimental Behavior Analysis). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.

This study aimed to conduct a systematic review of empirical studies that evaluated how coercive cultural practices targeting sexual and gender minorities, in association with racism, may affect these individuals' mental health. Racism and LGBTQIA+phobia are topics that have been scarcely studied by Behavior Analysis. However, as scholars based on this theory aim to predict and control human behavior, it becomes important to investigate the variables involved in prejudice arising from the overlap of sexual orientation and gender and race identity. The identification of these variables would be a first step towards intervening in coercive cultural practices. The results obtained from the analyzed articles showed that the emergence of psychiatric disorders is strongly related to coercive practices, regardless of topography. This study can contribute to a greater visibility of the problem, promoting discussions about and, consequently, favor reducing the vulnerability of LGTBQIA+ people of color.

Keywords: LGBTQIA+phobia. Minority stress. Coercive practices. Racism.

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Fluxograma de seleção dos artigos</i>	25
Figura 2 <i>Quantidade de artigos por ano de publicação</i>	28
Figura 3 <i>Frequência dos transtornos avaliados nos artigos revisados</i>	33

Lista de Tabelas

Tabela 1 <i>Dados do estudo</i>	26
Tabela 2 <i>Amostra e seleção dos participantes nos estudos analisados</i>	29
Tabela 3 <i>Instrumentos/escalas para avaliar a saúde mental dos participantes dos estudos revisados</i>	35
Tabela 4 <i>Resultados referentes à saúde mental das pessoas negras pertencentes à população LGBTQIA+ nos estudos revisados</i>	52

Sumário

LGBTQIA+fobia	15
Racismo.....	17
Comportamentos LGBTQIA+fóbicos e racistas – uma visão analítico-comportamental	19
Saúde mental de minorias sexuais e da população negra	21
Método	23
Levantamento de estudos	23
Resultados e discussão	26
Considerações finais.....	63
Referências	64

Práticas culturais LGBTQIA+ fóbicas e racistas e o impacto na saúde mental da população LGBTQIA+ negra: uma revisão de literatura

O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão dos estudos que avaliaram como a combinação de racismo e práticas culturais dirigidas a pessoas com orientação sexual e identidade de gênero que não atendem ao padrão heterocisnormativo¹ pode afetar a saúde mental desses indivíduos.

A sigla LGBTQIA+, conhecida internacionalmente, designa as pessoas que apresentam orientações sexuais diferentes daquelas encontradas nos indivíduos heterossexuais. As letras LGBTQIA referem-se respectivamente a lésbica, gay, bissexual, transexual/transgênero, *queer*, intersexo e assexual. O símbolo “+” visa incluir outras identidades de gênero e orientações sexuais que não se encaixam no padrão heterocisnormativo.

A Associação Americana de Psicologia (American Psychological Association [APA]) define *orientação sexual* como um padrão duradouro de atração sexual, romântica e/ou emocional por indivíduos, sejam estes de outro sexo (heterossexual), do mesmo sexo (homossexual) ou de ambos os sexos (bissexual) (APA, 2008). A denominação *lésbica* (L) se refere à mulher que sente atração sexual, afetiva ou romântica por outras mulheres; *gay* (G) se refere ao homem que sente atração sexual, afetiva ou romântica por outro homem, ao passo que bissexual (B) é a pessoa que sente atração sexual, afetiva ou romântica por ambos os gêneros (masculino e feminino). Importante notar que, em 1973, a APA removeu o homossexualismo² da terceira edição do seu manual diagnóstico de doenças mentais (DSM

¹ O padrão heterocisnormativo corresponde a normas e expectativas que giram em torno de comportamentos heterossexuais (relacionamentos afetivos e sexuais com alguém do sexo oposto) e cis (ou seja, identidade de gênero das pessoas coincidindo com o sexo biológico de nascença).

² Considera-se que o termo homossexualismo reitera o discurso médico que perdurou durante anos e que se construiu em torno da visão de que homossexuais eram doentes. Atualmente, o sufixo “ismo”, utilizado como indicativo de doenças, foi substituído pelo sufixo “dade”, como em lesbianidade, homossexualidade, bissexualidade, travestilidade, transexualidade etc. Paralelamente, movimentos sociais questionaram a menção à sexualidade, e os casais homossexuais passaram a ser denominados homoafetivos, como forma de reconhecer ser o afeto a base que os une, e não o sexo.

III), em virtude da falta de bases empíricas que associassem a homossexualidade a transtornos psicológicos e devido às pressões do movimento pelos direitos sexuais da população LGBTQIA+ (Costa & Nardi, 2015).

A *identidade de gênero* diz respeito a como a pessoa se percebe e se identifica em relação a padrões comportamentais, atividades e atributos que um contexto social específico considera adequados ao seu sexo biológico (APA, 2011). Tanto a APA (2011) como o Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2010) validam a experiência subjetiva relativa à identidade de gênero do indivíduo, que pode não corresponder ao sexo biológico. Essa experiência inclui a maneira como a pessoa demonstra seu gênero para os outros por meio de comportamentos, vestimentas, estilo de cabelo, voz ou características corporais (APA, 2011).

Os indivíduos que se identificam com o gênero socialmente atribuído são chamados de *cisgênero*. *Transgênero* (T) é a designação dada à pessoa que não se reconhece com o gênero que lhe foi atribuído no seu nascimento. Transexual é o termo para designar a pessoa que não se identifica com as características sexuais biológicas com que nasceu, buscando, geralmente, alguma intervenção para alterar essas características (APA, 2011). Vale lembrar que, de acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da APA – DSM-5, pessoas que experimentam intensa e persistente incongruência de gênero podem receber o diagnóstico de disforia de gênero (APA, 2013). Nesse caso, seria equivocado considerar que esse diagnóstico indica que a incongruência experimentada é patológica. O desconforto que tal vivência desperta é o que deve ser mitigado. Dessa maneira, ao receberem esse diagnóstico, tais pessoas têm garantido o direito à terapia hormonal, psicoterapia e à cirurgia de redesignação sexual. O objetivo desses tratamentos é levar o indivíduo a se sentir mais confortável com sua identidade de gênero e aumentar seu bem-estar psicológico.

A expressão *queer* (Q) é um termo inglês que pode ser traduzido por “estranho” e designa aquela pessoa que não segue o modelo de heterossexualidade (não se define nem

como heterossexual nem como homossexual) ou de binarismo de gênero, ou seja, considera-se pertencente a um terceiro gênero, com características masculinas e femininas (Reis, 2018)

Intersexualidade (I) é qualquer variação das características sexuais, incluindo cromossomos, gônadas e/ou órgãos genitais, que dificulta a identificação de um indivíduo como feminino ou masculino. *Assexual* (A) refere-se à ausência de atração afetiva, romântica ou sexual por outras pessoas (Reis, 2018).

Tanto as orientações sexuais quanto as identidades de gênero são multideterminadas, sendo afetadas por fatores biológicos e ambientais, equivalentes aos três níveis de seleção propostos por Skinner (1981) que determinam o comportamento humano (Souza, 2019).

Na cultura ocidental, pessoas que apresentam comportamentos não-heterossexuais geralmente sofrem preconceito e discriminação (Bastos et al., 2017), e a palavra homofobia se popularizou para denominar tal prática discriminatória. No entanto, esse termo, referindo-se a uma série de comportamentos discriminatórios ou preconceituosos em relação a pessoas que sentem atração pelo mesmo sexo ou gênero, ou são assim percebidas, não inclui as demais orientações e identidades. Considera-se, portanto que a expressão LGBTQIA+fobia³ seria uma maneira mais apropriada para designar comportamentos de preconceito e discriminação dirigidos a esses grupos minoritários.

Pessoas negras que fazem parte de minorias sexuais além de serem alvo da LGBTQIA+fobia podem sofrer também com o racismo, outra forma de discriminação. No Brasil, embora pessoas da raça negra representem a maioria numérica e tenham vivências relacionadas ao racismo, à opressão e à violência, poucas pesquisas têm sido publicadas sobre a saúde dessa população (Tavares & Kuratani, 2019).

Acerca da noção de raça, sabe-se que não existe tal categoria no sentido biológico do termo, visto que há mais variação genotípica entre os indivíduos do que entre as "raças". No entanto, o termo raça continua sendo utilizado como categoria histórico-social para designar

³ O termo LGBTQIA+fobia foi escolhido pelo movimento LGBTQIA+ reunido na 3ª Conferência Nacional LGBTQIA+, ocorrida em 2016, como forma de incluir e reconhecer as várias identidades e orientações que compõem essa minoria.

grupos socialmente hierarquizados, uma vez que, conquanto prescindida de legitimação científica, é uma noção que media a distribuição desigual de recursos, como o acesso à educação, saúde, habitação, justiça e trabalho (Faro & Pereira, 2011; Schucman 2014). Em razão disso, a utilização desse termo é mais comum do que etnia, pois o termo etnia pode encobrir o preconceito e o racismo ainda existente (Mason, 1994). No caso brasileiro, é a cor da pele (e outros traços fenotípicos) que se associa ao conceito de raça biológica.

Na Análise do Comportamento, os temas racismo e LGBTQIA+fobia têm sido poucos estudados. No entanto, uma vez que os estudiosos dessa ciência têm o objetivo de prever e controlar o comportamento, é importante que investiguem as variáveis envolvidas no preconceito decorrente da sobreposição de orientação sexual/gênero e raça, dado que a identificação dessas variáveis seria um primeiro passo para intervir nas práticas culturais coercitivas.

Em razão dessas considerações, o presente estudo se propôs a fazer uma revisão sistemática da literatura que analisou indicadores de saúde mental de pessoas negras pertencentes a minorias sexuais e de gênero e verificar se esses estudos oferecem dados que permitam avaliar como as práticas culturais coercitivas afetam a saúde mental dessas pessoas.

LGBTQIA+fobia

LGBTQIA+fobia designa os comportamentos de medo ou ódio contra pessoas LGBTQIA+ (Nardi & Bolton, 1991; O'Brien, 2001). O termo foi escolhido pelo movimento LGBTQIA+ reunido na 3ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de LGBTQIA+, ocorrida em Brasília no ano de 2016. O evento teve como tema “Por um Brasil que criminalize a violência contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais”. Visou avaliar as políticas públicas contra a discriminação da comunidade LGBTQIA+, segundo o pacto federativo e a relação entre os Três Poderes, e propor formas de combater a discriminação contra a orientação sexual ou a identidade de gênero.

Borrillo (2010) conceituou o termo “homofobia” da mesma forma que, hoje, é concebido o termo LGBTQIA+fobia. Segundo esse autor, existe uma lógica binária de

construção da identidade sexual em que a mulher se opõe ao homem, assim como o homossexual se opõe ao heterossexual. Seguindo esses modelos e negando outros, o homem aprende que deve apresentar comportamentos masculinos e se sentir atraído por mulheres, que, por sua vez, devem apresentar comportamentos femininos (Borrillo, 2010). É possível observar que o raciocínio de Borrillo não inclui a identidade de gênero, mas é perfeitamente aplicável, na medida em que os mesmos padrões que presumem a heterossexualidade legitimam também as identidades cisgêneras (Pedra, 2018).

Assim, LGBTQIA+fobia engloba sentimentos e comportamentos dirigidos contra lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, *queer*, intersexos e assexuais, que inferiorizam, hostilizam e discriminam esses grupos em razão de sua sexualidade e/ou identidade de gênero. Desse modo, a LGBTQIA+fobia compreende a lesbofobia, a homofobia ou gayfobia, a bifobia, a transfobia, a queerfobia, a intersexofobia ou intersexfobia e a acefobia. Essas palavras são compostas por um prefixo que se refere à identidade sexual ou de gênero (lesbo, homo, bi, trans, queer, intersexo, assexual) e pelo radical *fobia*, de origem grega, que significa medo, intolerância, aversão (Ramos & Nicoli, 2016).

Os comportamentos LGBTQIA+fóbicos podem apresentar topografias diferentes, mas geralmente envolvem algum tipo de violência física, verbal, moral ou psicológica, que pode ser praticada por pessoas, grupos, instituições e até mesmo pelo Estado (Ramos & Nicoli, 2016). Para Catania (1999, p. 137), “apesar de suas diferenças, elas fazem parte de uma mesma classe comportamental operante, porque compartilham uma função em comum: todas produzem as mesmas consequências”.

A LGBTQIA+fobia é observada no emprego de apelidos depreciativos e “brincadeiras” que inferiorizam e constroem pessoas desses grupos minoritários. Também aparece sob a forma de discursos de ódio, que incitam o tratamento desigual, o desdém, o repúdio intransigente e a violência. Essas manifestações podem impedir o desenvolvimento saudável da pessoa atacada, contribuindo para que a vítima se sinta inadequada e inferior. Comportamentos LGBTQIA+fóbicos também podem atentar contra a integridade física e a vida de pessoas LGBTQIA+. Suas manifestações vão desde chutes, socos, tapas, pedradas

e espancamentos, até facadas, tiros, enforcamentos, decapitações e uma infinidade de outros tipos de violência (Ramos & Nicoli, 2016).

Racismo

O racismo envolve preconceito, discriminação ou comportamento hostil de um indivíduo, comunidade ou instituição contra uma pessoa ou pessoas, pelo fato de pertencer ou pertencerem a um determinado grupo racial ou étnico, tipicamente marginalizado ou constituindo uma minoria (Allport, 1954). Consiste na ideologia de que existem raças inferiores a outras, atribuindo-se a essa crença as desigualdades sociais, culturais, políticas, psicológicas. Tal modo de pensar, portanto, legitima as diferenças sociais e julgamentos morais entre grupos raciais com base em supostas diferenças biológicas (Schucman, 2014; Zamora, 2012).

Segundo Almeida (2018), é necessário fazer uma distinção entre preconceito, racismo e discriminação, uma vez que esses termos são compreendidos como sinônimos por algumas pessoas e grupos. Preconceito refere-se ao conceito que se formula sobre determinada(o) pessoa/grupo antes de conhecê-la(o), em razão de fatores históricos e sociais. Racismo é um conjunto de práticas conscientes ou inconscientes, que promovem desvantagens ou privilégios a pessoas, a depender ao grupo racial ao qual pertençam, e discriminação é tratar diferentemente as pessoas em razão da raça (Almeida, 2018).

Sendo o Brasil um país reconhecidamente racista, observou-se, por muito tempo, na produção científica brasileira relacionada à psicologia em geral, a ausência do debate acerca do racismo como uma violência psicológica que pode causar prejuízos à saúde mental da população negra. Algo já denunciado por Akbar (1984), ao se referir à literatura psicológica em geral:

A literatura psicológica dos últimos 100 anos baseou-se em observações principalmente sobre europeus, exclusivamente caucasianos, predominantemente homens, e como observou Robert Guthrie (1976) “até o rato era branco”. As formulações da maioria dos estudiosos mais conceituados que moldaram o pensamento da psicologia euro-americana como Freud, Jung, G. Stanley Hall,

William McDougall e B. F. Skinner afirmaram direta ou indiretamente a superioridade de raças europeias sobre raças não europeias. (Akbar, 1984, p. 18-19)

Felizmente psicólogos/as negros/as brasileiros/as têm evidenciado essa lacuna, a exemplo de Schucman (2014), que apresentou pelo menos duas hipóteses como explicação para essa situação:

Pensando no campo da Psicologia, algumas hipóteses foram feitas para justificar a falta dos estudos que pensam a branquitude. A primeira é o fato de que a grande maioria dos psicólogos e pesquisadores são brancos e socializados entre uma população que se acredita desracializada, o que colabora para reificar a ideia de que quem tem raça é o outro e para manter a branquitude como identidade racial normativa. A outra hipótese é que desvelar a branquitude é expor privilégios simbólicos e materiais que os brancos obtêm em uma estrutura racista; e, assim, os estudos sobre brancos indicam que o ideal de igualdade racial em que os brasileiros são socializados opera para manter e legitimar as desigualdades raciais. (Schucman, 2014, p. 84)

Todavia, também já é possível perceber indícios de avanços. O Sistema Conselhos de Psicologia começa a produzir materiais, recursos e campanhas para contribuir com o enfrentamento do racismo no Brasil, principalmente a partir da Resolução CFP n.º 018/2002, que estabelece normas de atuação para as/os psicólogas/os em relação ao preconceito e discriminação racial, com base na Declaração Universal dos Direitos Humanos, na Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, na legislação brasileira, que considera o racismo crime inafiançável e imprescritível conforme o art. 5º, XLII da Constituição Federal de 1988, na lei n.º 7.716, de 1989, que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor, e no Código de Ética Profissional das/os Psicólogas/os (CRP, 2022). Seguindo a mesma tendência, em 2017 o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2017) lançou o documento *Relações Raciais: Referências Técnicas para a Prática da(o) Psicóloga(o)*, elaborado no âmbito do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop). Mais do que um manual, esse documento é uma

das respostas do Sistema Conselhos de Psicologia (CFP e CRPs) às demandas do movimento negro para “a produção de teorias e que contribuam com a superação do racismo, do preconceito e das diferentes formas de discriminação” (CFP, 2017, p. 6).

Na Análise do Comportamento, pesquisas sobre racismo encontram-se em fase embrionária, uma vez que os analistas do comportamento têm tratado do preconceito racial com foco em processos comportamentais individuais (Mizael & Sampaio, 2019), e ainda não se tem sistematicamente desenvolvido um corpo de conhecimentos, métodos ou estratégias para o manejo clínico das repercussões do racismo sobre a saúde mental da população negra.

Comportamentos LGBTQIA+fóbicos e racistas – uma visão analítico-comportamental

Uma possível definição de comportamentos LGBTQIA+fóbicos e racistas em termos comportamentais seria a de um conjunto de comportamentos complexos, envolvendo comportamentos operantes e respostas emocionais, relativos à agressão dirigidas às minorias. Tais comportamentos provavelmente são aprendidos nas relações do indivíduo com outros em diferentes contextos ao longo da sua vida. Além disso, tais comportamentos podem ter sido selecionados e mantidos por suas consequências (Skinner, 1953/2000). Vivemos em uma cultura LGBTQIA+fóbica e racista, que frequentemente emprega contingências de controle aversivo para comportamentos que fogem aos padrões considerados normais. Como exemplo, ao se deparar com um casal homossexual, um LGBTQIA+fóbico pode agredir verbal ou fisicamente esse casal; ou um racista pode exigir que a pessoa altere a estrutura de seu cabelo, justificando que aquele cabelo não atende ao padrão da empresa.

Os comportamentos LGBTQIA+fóbico e racistas podem ser considerados produtos de processos de aprendizagem. Essa aprendizagem pode ocorrer por:

- a) Regras, situação na qual as pessoas seguem instruções oferecidas por outras (Catania, 1999).
- b) Modelação, quando as pessoas imitam o comportamento de outro indivíduo (chamado de modelo). A imitação é crucial para o desenvolvimento de muitas práticas culturais (Glenn, 1991; Mattaini, 1996).

c) Exposição direta às contingências de reforçamento, situação na qual o indivíduo atua diretamente sobre o ambiente e se depara com as consequências diretas dessa ação. Apesar de, muitas vezes, esse tipo de comportamento se assemelhar, topograficamente, ao comportamento governado por regras, as variáveis controladoras são diferentes e, por isso, os comportamentos são diversos.

Quando o comportamento é produto da exposição direta às contingências, não se observa o que é chamado de seguir um plano ou uma regra (Skinner, 1969/1984). Nesse caso, o indivíduo que se comporta pode não ser capaz de descrever as variáveis das quais o seu comportamento é função. Não é necessário identificar as contingências de reforçamento para que um indivíduo seja afetado por elas, pois, independentemente dessa identificação, as contingências são efetivas (Sidman, 1989/1995; Skinner, 1953/2000, 1969/1984).

Pode-se dizer que os comportamentos LGBTQIA+fóbicos e racistas são aprendidos ao longo da vida dos indivíduos, em uma cultura na qual a heterossexualidade e o *status* de branco são naturalizados, estando de acordo com as normas culturais vigentes naquela sociedade. Contudo, vale ressaltar que a definição do que é natural ou normal está relacionada à cultura e pode variar em diferentes contextos.

Segundo Arhin e Thyer (2004), o racismo também adviria de aprendizagem respondente. Uma palavra pareada com um estímulo aversivo, por exemplo, poderia tornar-se um estímulo condicionado e passar a eliciar respostas semelhantes àsquelas eliciadas pelo estímulo original. Assim, palavras como “negro”, apresentadas em situações aversivas como as que eliciam medo, desgosto ou aversão, eliciariam reações emocionais semelhantes quando apresentadas sozinhas em situações futuras (Arhin & Thyer, 2004).

Alguns autores sugerem que o racismo pode ser aprendido como resultado da construção de classe de estímulos equivalentes (Sidman & Tailby, 1982; Sidman, 1994). Duas características importantes nesse paradigma são a emergência/derivação de relações que não foram treinadas e o caráter de substitutabilidade entre os estímulos, por isso considerados equivalentes. Desse modo, é possível aprender a relação “negro-inferior”, por exemplo, sem que o indivíduo tenha sido exposto a essa relação de maneira direta, uma vez

que a participação indireta em relações com, no mínimo, um estímulo comum (e.g., “negro-pobre” e “pobre-inferior”) possibilita a derivação de uma relação direta envolvendo tais estímulos. Também é possível derivar relações a partir da bidirecionalidade (simetria) das relações indiretamente aprendidas (e.g., após aprender as relações “negro-ladrão” e “ladrão-mau”, derivar não somente “negro-mau” como também “mau-negro”) (Mizael, 2016).

É importante lembrar, contudo, que considerar os estímulos de uma rede relacional equivalentes não significa que eles sejam substituíveis em qualquer ocasião. Por exemplo, apesar de tratarmos a palavra “bolo” e o objeto bolo como equivalentes, não comemos a palavra “bolo”, do mesmo modo que não produzimos som com a foto de um piano, e sim com o objeto correspondente. Além disso, estudos têm mostrado que alguns estímulos podem ser “mais equivalentes” que outros (Bortoloti & de Rose, 2011), ou seja, alguns estímulos podem ter uma relação mais “forte” com um determinado estímulo de uma mesma rede relacional que com os demais. Esse paradigma pode oferecer uma análise abrangente dos elementos verbais envolvidos nos estereótipos sociais (Kohlenberg et al., 1991), incluindo aqueles relativos aos negros.

Saúde mental de minorias sexuais e da população negra

Alguns estudos mostraram que pessoas que estão expostas a práticas coercitivas podem desenvolver transtornos mentais.

A revisão sistemática realizada por Smolen e Araújo (2017) teve o objetivo de analisar os estudos que relacionaram a cor da pele com transtornos psiquiátricos no Brasil. Os quatorze estudos analisados examinaram a presença de transtornos psiquiátricos avaliados por questionários e escalas: três estudaram depressão (Escala de Depressão Geriátrica – GDS, Patient Health Questionnaire-9 - PHQ-9, Psychosomatic-Anxiety Depression do Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos - PSAD do QMPA); três avaliaram sintomas depressivos (Primary Care Evaluation of Mental Disorders – PRIME-MD); dois buscaram verificar a presença de transtornos psiquiátricos comuns (Self-Reporting Questionnaire – SRQ e General Health Questionnaire - GHQ); cinco abrangeram a depressão pré-natal, pós-natal ou durante a gravidez (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EDPS,

Composite International Diagnostic Interview – CIDI, Beck Depressive Inventory – BDI), e somente um artigo avaliou a ansiedade dos indivíduos (The State-Trait Anxiety Inventory – STAI). Os participantes tinham idades variando de 18 a 60 anos e foram caracterizados como brancos, pretos, amarelos/pardos/indígenas, não-brancos e afro-brasileiros. Os resultados dos estudos analisados indicaram maior prevalência de depressão nos grupos de pessoas não brancas (morenas – 12,0%; mulatas – 15,7%; e pretas – 11,2%) em comparação com pessoas brancas (9,4%) (Almeida-Filho et al., 2004) assim como maior prevalência de transtornos psiquiátricos comuns (insônia, irritabilidade etc.) no grupo de pessoas negras (51,6%) do que entre as pessoas brancas (37,0%) (Bastos et al., 2014). Tais resultados sugerem que a prevalência de transtornos mentais é maior na população negra do que na população branca sem, contudo, permitirem o estabelecimento de uma relação biológica entre raça e saúde mental (Cooper & David, 1986; Goodman, 2000). Provavelmente os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais na população não branca encontram-se no ambiente onde vivem essas pessoas. Segundo Smolen e Araújo (2017), se os fatores de risco forem identificados, poderiam ser prevenidos e a associação entre raça/cor e transtornos mentais, reduzida ou até eliminada.

Outra revisão, realizada por Francisco et al. (2020), buscou investigar os fatores predisponentes à ansiedade em minorias sexuais. Foram analisados treze artigos que compararam minorias sexuais com heterossexuais com o objetivo de avaliar a presença de transtornos mentais a partir do emprego de diversos instrumentos: Escala de Beck – Inventário de Ansiedade (BAI); Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada IV (GAD-Q-IV); Questionário ACHA-NCHA II (National College Health Assessment II); Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS-SR); The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule – Versão DSM-IV (AUDADIS-IV); Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21); as subescalas de depressão e ansiedade da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse; subescala de 9 itens de Preocupação/Escala de Ansiedade (RCMAS); subescala de Ansiedade de 6 itens – Brief Symptom Inventory (BSI); Escala de Saúde Comportamental (Behavioral Health Screen scales – BHS); Escala de

Ansiedade de Zung (SAS); Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE); e um questionário semiestruturado, com perguntas sobre tratamento em saúde mental. Os dados obtidos mostraram que as minorias sexuais apresentaram uma maior frequência de sintomas de transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, transtorno do estresse pós-traumático, pânico e depressão, quando comparadas aos heterossexuais.

A teoria do Estresse de Minorias (EM), desenvolvida por Meyer (2003), sugere que condições sociais desfavoráveis podem ser consideradas estressores que afetam a saúde mental de pessoas de grupos minoritários (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003). Para a Análise do Comportamento, os estressores sociais teriam a função de estímulo aversivo dentro das contingências de reforçamento. A teoria do EM supõe que pessoas pertencentes a grupos minoritários são submetidas a estressores específicos (práticas culturais coercitivas) relacionados à sua condição, além dos estressores comuns com os quais todas as pessoas entram em contato (Pachankis & Safren, 2019). Quando a pessoa pertence a dois grupos minoritários, como é caso de negros que pertencem a minorias sexuais/de gênero, os estressores provavelmente se somam (Swann et al., 2020). Assim, poderíamos indagar como a literatura tem estudado o efeito da combinação desses estressores sobre a saúde mental das pessoas que pertencem simultaneamente a esses dois grupos (população LGBTQIA+ e população negra) e quais resultados têm sido obtidos.

Método

Levantamento de estudos

Com o objetivo de fazer uma revisão dos estudos que avaliaram como a combinação de racismo e práticas culturais dirigidas a pessoas com orientação sexual e identidade de gênero que não atendem ao padrão heterocisnormativo pode afetar a saúde mental desses indivíduos, foram consultadas as bases de dados dos periódicos CAPES, BVS (Lilacs) e Pubmed (Medline).

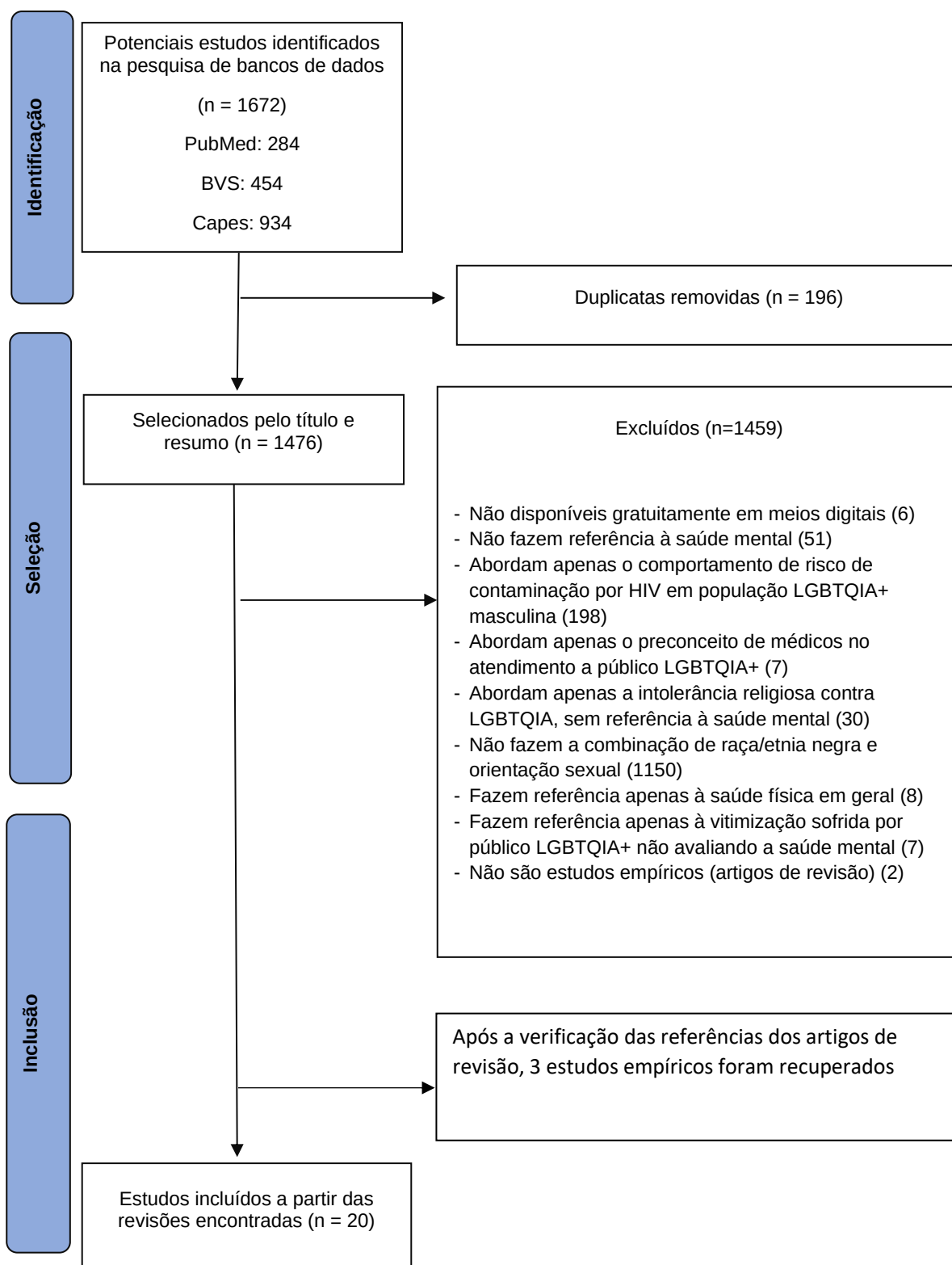
Nos dias 16 de maio e 31 de maio de 2021, a pesquisa foi realizada na plataforma de periódicos CAPES, com as palavras de busca “*prejudice*” OR “preconceito” and “*minority stress*” OR “estresse de minorias” and “*gender*” OR “gênero” and “*race*” OR “raça” and

"*psychology*" OR "psicologia" and "*mental health*" OR "saúde mental". Foram selecionados 13 artigos dos 934 encontrados. A busca nas bases não estipulou limites de data e, para essa primeira seleção de artigos, apenas os títulos e os resumos foram lidos. Aqueles que estavam de acordo com o objetivo da pesquisa foram incluídos neste trabalho. Os critérios de inclusão foram: a) ser estudo empírico; b) interseccionalidade entre orientação sexual, gênero e raça/cor da pele e saúde mental.

No dia 4 de outubro de 2021, foi realizada nova pesquisa nas bases de dados BVS (Lilacs) e Pubmed (Medline), utilizando a seguinte estratégia de busca: (((racismo OR *racism* OR "preconceito racial" OR "*racial prejudice*" OR "*racial discrimination*") AND (homofobia OR *homophobia*)) OR ((preconceito OR *prejudice*) AND ("African Americans" OR *black* OR "*people of color*" OR *POC*) AND (*lesbian** OR *gay* OR *bisexual** OR *bisexuality* OR *transgender** OR *queer** OR *homosexuality* OR *LGBTQ** OR "*sexual and gender minorities*")))) AND (psicologia OR *psychology* OR "saúde mental" OR "*mental health*" OR "estresse de minorias" OR "*minority stress*"). Na base de dados Pubmed (Medline), a busca resultou em 284 artigos e, na base de dados BVS (Lilacs), foram encontrados 454 artigos, totalizando 738 artigos. Dos artigos encontrados foram incluídos apenas seis, por estarem dentro dos critérios estabelecidos para esta pesquisa.

Dentre os artigos excluídos, dois representaram revisão de literatura. No entanto, foram verificadas as referências desses dois artigos e três estudos empíricos foram recuperados e incluídos na revisão, totalizando vinte artigos para análise final.

O procedimento de busca de artigos adotado nesta revisão está detalhado na Figura 1, a seguir.

Figura 1*Fluxograma de seleção dos artigos*

Foram encontrados 1.672 estudos. Excluindo-se aqueles que não tiveram o objetivo de analisar ou de descrever fenômenos que envolviam a temática saúde mental da população LGBTQIA+ negra restaram vinte estudos que foram lidos na íntegra.

Resultados e discussão

A Tabela 1 apresenta, para cada um dos vinte estudos revisados, título, autor(es), ano de publicação, periódico e local onde a pesquisa foi realizada.

Tabela 1

Dados do estudo

	Título	Referência	Periódico	Local da pesquisa
1.	Depressive distress among homosexually active African American men and women.	Cochran e Mays (1994)	The American Journal of Psychiatry	EUA
2.	Childhood Abuse and Mental Health Indicators among Ethnically Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Adults	Balsam et al. (2010)	Journal of Consulting and Clinical Psychology	EUA
3.	The Relationship Between Discrimination and Substance Use Disorders Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States	McCabe et al. (2010)	American Journal of Public Health	EUA
4.	Measuring multiple minority stress: the LGBT People of Color Microaggressions Scale.	Balsam et al. (2011)	Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology	EUA
5.	Health consequences of racist and antigay discrimination for multiple minority adolescents.	Thoma & Huebner (2013)	Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology	EUA
6.	Depression among Black bisexual men with early and later life adversities	Allen et al. (2014)	Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology	EUA
7.	Structural equation modeling of the effects of racism, LGBTQ discrimination, and internalized oppression on illicit drug use in LGBTQ people of color.	Drazdowski et al. (2016)	Drug and Alcohol Dependence	EUA
8.	Discrimination, mental health, and suicidal ideation among LGBTQ people of color	Sutter & Perrin (2016)	Journal of Counseling Psychology	EUA
9.	Profiles of Resilience and Psychosocial Outcomes among Young Black Gay and Bisexual Men.	Wilson et al. (2016)	American Journal of Community Psychology	EUA
10.	Experiences of racism, sexual objectification and alcohol use among gay and bisexual men of colour	Souleymanov et al. (2018)	Ethnicity and Health	Canadá

	Título	Referência	Periódico	Local da pesquisa
11.	Colorism Demonstrates Dampened Effects Among Young Black Men Who Have Sex with Men in Chicago	Alon et al. (2019)	Journal of the National Medical Association	EUA
12.	Mental health and substance use among women and men at the intersections of identities and experiences of discrimination: insights from the intersectionality framework.	Vu et al. (2019)	BMC Public Health	EUA
13.	The Role of Psychological Flexibility as a Mediator Between Experienced Sexual Racism and Psychological Distress Among Men of Color Who Have Sex with Men.	Bhambhani et al. (2020)	Archives of Sexual Behavior	EUA
14.	Minority stress and drinking: Connecting race, gender identity and sexual orientation.	Cerezo et al. (2020)	The Counseling Psychologist	EUA
15.	Racial Discrimination, Sexual Partner Race/Ethnicity, and Depressive Symptoms Among Black Sexual Minority Men.	English et al. (2020)	Archives of Sexual Behavior	EUA
16.	Mental health among sexual and gender minority adolescents: Examining interactions with race and ethnicity.	Fox et al. (2020)	Journal of Consulting and Clinical Psychology	EUA
17.	The Healthy Young Men's Cohort: Health, Stress, and Risk Profile of Black and Latino Young Men Who Have Sex with Men (YMSM)	Kipke et al. (2020)	Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine	EUA
18.	Suicide Attempt Rates and Associations with Discrimination Are Greatest in Early Adulthood for Sexual Minority Adults Across Diverse Racial and Ethnic Groups.	Layland et al. (2020)	LGBT health	EUA
19.	Effects of Sexual/Gender Minority-and Race-Based Enacted Stigma on Mental Health and Substance Use in Female Assigned at Birth Sexual Minority Youth	Swann et al. (2020)	Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology	EUA
20.	Intersections of Racial Discrimination and LGB Victimization for Mental Health: A Prospective Study of Sexual Minority Youth of Color.	Mallory & Russell (2021)	Journal of Youth and Adolescence	EUA

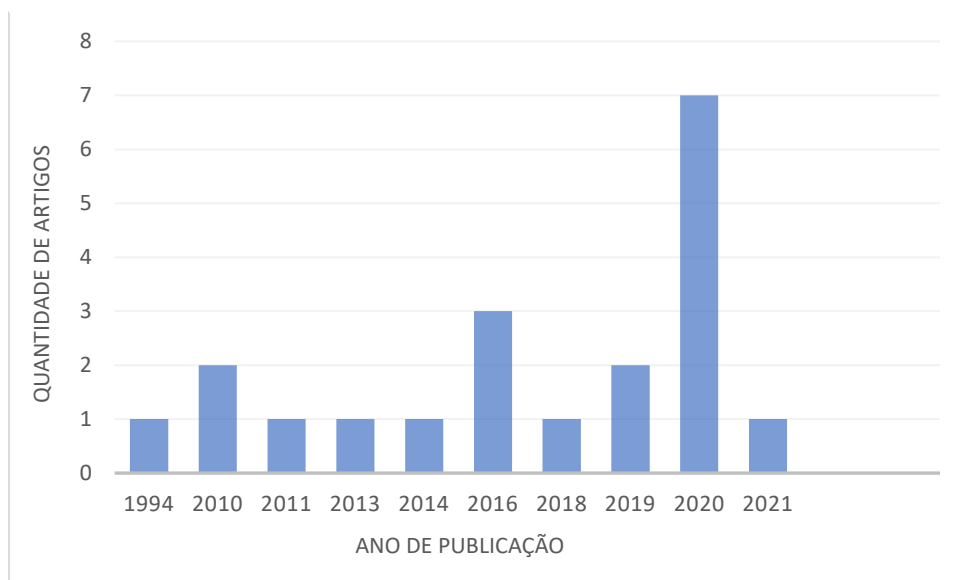
A Tabela 1 mostra que os estudos revisados foram publicados em periódicos diversos, nenhum dos quais publica especificamente trabalhos da Análise do Comportamento. A ausência de publicações nos periódicos dedicados à Análise do Comportamento sugere que a comunidade de analistas do comportamento pouco tem se dedicado à temática LGBTQIA+fobia e ao racismo. Também chama a atenção o fato de que, entre os estudos revistos, não foi identificado nenhum estudo brasileiro. Os estudos foram predominantemente conduzidos nos Estados Unidos (n=19, 95%), com apenas um no Canadá (n=1, 5%). Esses dados apontam a necessidade de pesquisas no Brasil, a fim de identificar as formas de adoecimento mental dessa população e traçar intervenções apropriadas.

O ano de publicação variou entre 1994 e 2021, sendo que 95% dos artigos (n=19) foram publicados a partir de 2010.

A Figura 2 apresenta a distribuição dos estudos por ano de publicação. Como se pode ver as maiores frequências de publicações ocorreram em 2020 (n=7 ou 35%), 2016 (n=3 ou 15%), 2019 e 2010 foram encontradas duas publicações (n=2 ou 10%).

Figura 2

Quantidade de artigos por ano de publicação



É interessante salientar que esse aumento nas publicações a partir da década de 2010 coincide com a legalização do casamento entre pessoas de mesmo sexo, que aconteceu pela primeira vez nos Países Baixos em 2001. Mais recentemente, em 2021, o casamento entre pessoas de mesmo sexo é legalmente permitido em 30 países. A possibilidade de casamento entre pessoas de mesmo gênero tem variado de acordo com a jurisdição e surgiu por meio de mudanças legislativas, decisões judiciais e pelo voto popular direto (Teixeira, 2019).

A Tabela 2 apresenta as características das amostras dos estudos revistos e a forma como os participantes foram recrutados.

Tabela 2

Amostra e seleção dos participantes nos estudos analisados

Referência	Amostra	Extração da amostra
1. Cochran & Mays (1994)	603 mulheres lésbicas negras; idades entre 18 a 60 anos 829 homens gays negros; idades entre de 18 a 70 anos	Correspondências enviadas para organizações gays negras, anúncios na imprensa gay e nas redes sociais.
2. Balsam et al. (2010)	256 homens e 413 mulheres LGBTQIA+, sendo 49 negros com idade maior ou igual a 18 anos	Anúncios enviados eletronicamente para <i>sites</i> , grupos, organizações e clubes LGBTQIA+ negros.
3. McCabe et al. (2010)	294 mulheres e 283 homens LGBTQIA+ idades entre 18 e 60 anos	Dados coletados da onda 2 do Inquérito Epidemiológico Nacional (EUA) sobre Álcool e Condições Relacionadas, que utilizou entrevistas estruturadas ^a .
4. Balsam et al. (2011)	Todos os participantes LGBTQIA+ negros Fase1: n=53; média de idade 36 anos Fase 2: n=266; idades entre 18 e 65 anos Fase 3: n=297; idades entre 18 e 74 anos	Anúncios enviados para servidores de listas de e-mail, organizações LGBTQIA+, mídia impressa e panfletos.
5. Thoma & Huebner (2013)	276 adolescentes LGBTQIA+ negros; idades entre 14 e 19 anos	Recrutamento por meio de anúncios, <i>flyers</i> e <i>sites</i> de redes sociais <i>online</i> . Os dados também foram coletados do estudo Diverse Adolescents Sexual Health (DASH) ^b , uma avaliação transversal de vários comportamentos relacionados à saúde.
6. Allen et al. (2014)	117 homens gays negros com idade maior ou igual a 18 anos	Recrutamento por meio de anúncios impressos e recrutamento presencial em organizações de cuidados de saúde para homens negros HIV-positivos.
7. Drazdowski et al. (2016)	106 mulheres e 94 homens LGBTQIA+ negros com idade maior ou igual a 18 anos	Recrutamento <i>online</i> por questionário de autorrelato sobre experiência com racismo.

Referência	Amostra	Extração da amostra
8. Sutter & Perrin (2016)	106 mulheres e 94 homens LGBTQIA+ negros com idade maior ou igual a 18 anos	Recrutamento <i>online</i> anônimo em fóruns e grupos da Internet.
9. Wilson et al. (2016)	228 homens gays negros; idade média - 24,8 anos	Recrutamento por folhetos afixados em organizações, cafés e bares com clientela majoritariamente gay; recebimento de cartões de visita que anunciavam discretamente o estudo ou recrutamento por meio de anúncios <i>online</i> .
10. Souleymanov et al. (2018)	369 homens gays negros; idades entre 18 e 50 anos	Recrutamento em comunidades LGBTQIA+ etnorraciais de Toronto.
11. Alon et al. (2019)	618 homens gays negros; idades entre 16 e 29 anos	Dados coletados da amostra do projeto uConnect ^c .
12. Vu et al. (2019)	2.315 universitários negros e brancos; idades entre 18 e 25 anos. Mulheres (n = 1.522), negro (n = 581), minorias sexuais (n = 252), minoria sexual branca feminina (n = 109), minorias sexual negra (n = 62), heterossexuais negras (n = 403), minorias sexual branca masculino (n = 64), minoria sexual negra (n = 17) e heterossexuais negros (n = 88).	Dados coletados do Projeto DECOY (Documenting Experiences with Cigarettes and Other Tobacco in Young Adults) ^d .
13. Bhambhani et al. (2020)	439 homens gays negros; idades entre 19 e 67 anos.	Recrutamento a partir da plataforma <i>on-line</i> Amazon Mechanical Turk (MTurk) ^e .
14. Cerezo et al. (2020)	20 mulheres LGBTQIA+ negras; idades entre 21 e 61 anos	O recrutamento ocorreu <i>on-line</i> via mídia social.
15. English et al. (2020)	312 homens gays negros; idades entre 18 e 62 anos	Recrutamento por anúncios impressos distribuídos em diversos locais (faculdades e universidades, livrarias para adultos, bares e clubes) e publicidade <i>online</i> em mídias sociais e aplicativos de sexo/namoro.

Referência	Amostra	Extração da amostra
16. Fox et al. (2020)	2.948 adolescentes LGBTQIA+; brancos (n = 1.960), negros (n = 142), latinos (n = 277), asiáticos (n = 118) e multirraciais (n = 451); idades entre 14 e 18 anos	Recrutamento por meio de anúncios pagos no Facebook e Instagram.
17. Kipke et al. (2020)	448 homens gays negros; idades entre 16 e 25 anos	Recrutamento por meio de mídias sociais.
18. Layland et al. (2020)	Heterossexuais brancos (n=15.539), negros (n=3149) e hispânicos (n=4271) e 2591 LGBTQIA+ negros (n=378), brancos (n=1773) e hispânicos (n=439); idades entre 18 e 60 anos	Dados do Inquérito Epidemiológico Nacional sobre Álcool e Condições Relacionadas (NESARC) III ^f .
19. Swann et al. (2020)	352 mulheres lésbicas negras com idades entre 16 e 32 anos.	Recrutamento direto em vários locais (feiras, escolas, universidades) e anúncios de mídia social <i>online</i> .
20. Mallory & Russell (2021)	476 LGBTQIA+ negros com idades entre 15 e 24 anos	Recrutamento em centros comunitários e grupos universitários para jovens LGBTQIA+.

Notas. ^a US Dept of Health and Human Services; National Institutes of Health; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)—Wave 2. Disponível em: <http://aspe.hhs.gov/hsp/06/catalog-AI-AN-NA/NESARC.htm>.

^b Division of Adolescent and School Health National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: www.cdc.gov/healthyyouth

^c Khanna, A. S., Michaels, S., Skaathun, B., Morgan, E., Green, K., Young, L., Schneider, J. A., & uConnect Study Team (2016). Preexposure Prophylaxis Awareness and Use in a Population-Based Sample of Young Black Men Who Have Sex With Men. *JAMA internal medicine*, 176(1), 136–138. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.6536>

^d Berg, C. J., Haardörfer, R., Lewis, M., Getachew, B., Lloyd, S. A., Thomas, S. F., Lanier, A., Trepanier, K., Johnston, T., Grimsley, L., Foster, B., Benson, S., Smith, A., Barr, D. B., & Windle, M. (2016). DECOY: Documenting Experiences with Cigarettes and Other Tobacco in Young Adults. *American journal of health behavior*, 40(3), 310–321. <https://doi.org/10.5993/AJHB.40.3.3>

^e Plataforma que armazena os dados dos participantes, que respondem a perguntas estruturadas sobre informações demográficas e concluem tarefas escolhidas

^f Grant BF, Chu A, Sigman R, et al.: Source and accuracy statement: National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III (NESARC III). Rockville, MD, 2014. Disponível em: https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/NESARC_Final_Report_FINAL_1_8_15.pdf

Como se pode ver, em todos os estudos foram recrutadas pessoas negras que, além disso, pertenciam a minorias sexuais e de identidade de gênero. Nove estudos (45%) recrutaram negros de ambos os gêneros que se identificaram como pertencentes a grupos de minorias sexuais e de gênero (Balsam et al., 2010; Balsam et al., 2011; Cochran et al., 1994; Drazdowski et al., 2016; Layland et al., 2020; Mallory et al., 2021; McCabe et al., 2010; Sutter et al., 2016; Vu et al., 2019).

Sete estudos (35%) selecionaram apenas homens gays negros (Allen et al., 2014; Alon et al., 2019; Bhambhani et al., 2020; English et al., 2020; Kipke et al., 2020; Souleymanov et al., 2018; Wilson et al., 2016). Dois estudos (10%) recrutaram apenas mulheres lésbicas (Cerezo et al., 2020; Swann et al., 2020). Dois estudos (10%) recrutaram adolescentes negros LGBTQIA+ (Fox et al., 2020; Thoma & Huebner, 2013).

Quanto ao número de participantes, a Tabela 2 mostra que os estudos trabalharam com tamanhos variados de amostras, sendo a maior composta por 25.550 adultos americanos, brancos, negros e hispânicos (Layland et al., 2020) e a menor composta por 20 mulheres LGBTQIA+ negras (Cerezo et al., 2020).

A forma como os pesquisadores recrutaram os participantes dos estudos também variou desde uma busca presencial em vários locais (feiras, escolas, universidades, bares, empresas), como nos estudos de Cochran et al. (1994), McCabe et al. (2010), Allen et al. (2014), Wilson et al. (2016), Souleymanov et al. (2018), English et al. (2020), Swann et al. (2020) e Mallory e Russell (2021), até anúncios *on-line* via mídia social (Balsam et al., 2010; Balsam et al., 2011; Thoma & Huebner, 2013; Drazdowski et al., 2016; Wilson et al., 2016; Alon et al., 2019; Vu et al., 2019; Bhambhani et al., 2020; English et al., 2020; Fox et al. 2020; Kipke et al., 2020).

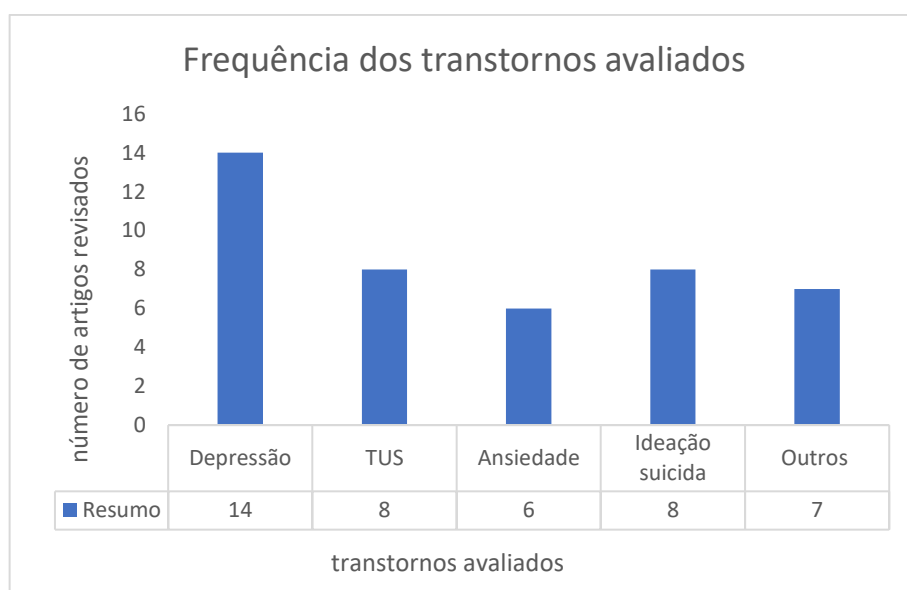
Quanto à idade dos participantes dos estudos selecionados, apenas dois (10%) estudos avaliaram a saúde mental em minorias sexuais e de gênero em menores de 18 anos (Thoma & Huebner, 2013; Fox et al., 2020). As demais pesquisas (n=18, 90%) estudaram adultos jovens. A pequena frequência de publicações com foco em adolescentes indica a necessidade de se realizarem mais pesquisas com participantes nessa faixa etária.

A adolescência é uma fase complexa e de transição para a vida adulta e ainda de grande dependência financeira e emocional dos pais. Em jovens pertencentes aos grupos de minorias sexuais, a aceitação, o diálogo e a ajuda dos pais para orientá-los quanto às demandas decorrentes do desenvolvimento parecem estar associados ao desenvolvimento de identidades saudáveis (Katz-Wise et al., 2016).

Todos os estudos revistos focaram a ocorrência de transtornos mentais em pessoas negras que pertenciam à população LGBTQIA+. Com o objetivo de se analisar quais transtornos foram avaliados bem como a frequência em que apareceram nos artigos revistos construiu-se a Figura 3.

Figura 3

Frequência dos transtornos avaliados nos artigos revistos



Como se pode ver na Figura 3, a depressão foi o transtorno mais frequente, tendo sido avaliada em 14 estudos (Allen et al., 2014; Balsam et al., 2010; Balsam et al., 2011; Bhambhani et al., 2020; Cochran & Mays, 1994; Drazdowski et al., 2016; English et al., 2020; Fox et al., 2020; Kipke et al., 2020; Mallory & Russell, 2021; Swann et al., 2020; Sutter & Perrin, 2016; Thoma & Huebner, 2013; Vu et al., 2019).

Ocupando a segunda posição na frequência de transtornos avaliados, identificou-se a ideação suicida em oito estudos (Balsam et al., 2010; Cochran & Mays, 1994; Fox et al., 2020; Kipke et al., 2020; Layland et al., 2020; Mallory & Russell, 2021; Sutter & Perrin, 2016; Thoma & Huebner, 2013) e o Transtorno por Uso de Substância também em oito estudos (Cerezo et al., 2020; Drazdowski et al., 2016; Kipke et al., 2020; McCabe et al., 2010; Swann et al., 2020; Souleymanov et al., 2018; Thoma & Huebner, 2013; Vu et al., 2019),

Seis estudos avaliaram ansiedade (Bhambhani et al., 2020; Drazdowski et al., 2016; Fox et al., 2020; Kipke et al., 2020; Swann et al., 2020; Sutter & Perrin, 2016). Seis outros transtornos – estresse, insônia, irritabilidade, baixa-autoestima, isolamento e homofobia internalizada – aparecem em pelo menos sete estudos (Allen et al., 2014; Alon et al., 2019; Balsam et al., 2010; Balsam et al., 2011; Bhambhani et al., Fox et al., 2020; Wilson et al., 2016).

Um estudo (Balsam et al., 2011) teve o objetivo de preencher a lacuna na literatura referente a microagressões associadas ao racismo e ao heterossexismo, por meio do desenvolvimento de uma ferramenta de medição para avaliar experiências únicas associadas à intersecção dessas opressões.

Os artigos selecionados na presente revisão empregaram diversos instrumentos/escalas para avaliar a saúde mental dos participantes como mostra a Tabela 3.

Tabela 3

Instrumentos/escalas para avaliar a saúde mental dos participantes dos estudos revistos

Instrumentos/escalas	O que mede	Descrição	Estudos que empregaram
Questionário sobre informações demográficas e relacionadas à saúde	Informações demográficas	Perguntas sobre idade, etnia, renda, situação empregatícia, estado civil.	Cochran e Mays (1994), Balsam et al. (2010), McCabe et al. (2010), Balsam et al. (2011), Thoma & Huebner (2013), Allen et al. (2014), Drazdowski et al. (2016), Sutter & Perrin (2016), Wilson et al. (2016), Souleymanov et al. (2018), Alon et al. (2019), Vu et al. (2019), Bhambhani et al. (2020), Cerezo et al. (2020), English et al. (2020), Fox et al. (2020), Kipke et al. (2020), Layland et al. (2020), Swann et al. (2020), Mallory & Russell (2021).
Escala CESD (Center for Epidemiologic Studies Depression)	Frequência de sintomas depressivos	20 itens em Escala tipo <i>Likert</i> de 4 pontos (nunca, poucas vezes, maioria das vezes, sempre) de rastreio de sintomas depressivos ou de vulnerabilidade à depressão.	Cochran e Mays (1994), Balsam et al. (2010), Thoma & Huebner (2013), English et al. (2020), Fox et al. (2020).
Brief Perceived Ethnic Discrimination Questionnaire-Community Version (PEDQ-CV)	Frequência de exposição à discriminação étnica/racial	17 itens abordando cinco fatores: exposição ao longo da vida; exclusão/rejeição; estigmatização/desvalorização; discriminação no trabalho/escola e ameaça/agressão. Respostas numa escala <i>Likert</i> de 5 pontos (1 = Nunca aconteceu a 5 = Aconteceu muito).	Allen et al. (2014), Wilson et al. (2016), Cerezo et al. (2020), Swann et al. (2020), Layland et al. (2020).
Schedule of Racist Events (SRE)	Frequência de estresse decorrente da discriminação no último ano e ao longo da vida	18 itens em escala tipo <i>Likert</i> de 6 pontos (1 = nunca aconteceu a 6 = quase todo o tempo).	McCabe et al. (2010), Thoma & Huebner (2013), Souleymanov et al. (2018), Bhambhani et al. (2020).
Daily Life Experiences Scale (DLE)	Frequência de experiências de discriminação racial no último ano	18 itens, em escala de 6 pontos (0 = nunca a 5 = uma vez por semana ou mais).	Drazdowski et al. (2016), Sutter & Perrin (2016), English et al. (2020), Mallory & Russell (2021).
Suicidal Behavior Questionnaire	Frequência de ideação suicida	Composto por 14 questões com valores de 0 = “nunca” a 5 = “muitas vezes”.	Sutter & Perrin (2016), Fox et al. (2020), Mallory & Russell (2021).
Sexual Orientation Microaggression inventory (SOMI)	Frequência de experiências de microagressão	19 questões em uma escala de 0 (“nunca” ter vivenciado aquela situação) a 3 (ter vivenciado aquela situação “três vezes ou mais”).	Balsam et al. (2011), Swann et al. (2020).

Instrumentos/escalas	O que mede	Descrição	Estudos que empregaram
Beck Depression Inventory II	Intensidade de sintomas depressivos nos últimos 15 dias	21 itens com quatro respostas (variando de 0 = intensidade mínima a 3 = intensidade grave).	Allen et al. (2014), Mallory & Russell (2021).
Brief Symptoms Inventory (BSI)	Transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade e somatização)	18 itens em que os entrevistados respondem escala tipo <i>Likert</i> de 5 pontos, variando de 0 (nunca) a 4 (extremamente).	Wilson et al. (2016), Kipke et al. (2020).
Cage questionnaire (Acrônimo de Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener)	Transtorno por uso de substâncias ou dependência de álcool	Quatro perguntas em que o respondente deve responder “sim” ou “não”.	Souleymanov et al. (2018), Kipke et al. (2020).
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	Frequência de consumo de álcool, comportamentos de consumo e problemas relacionados ao álcool.	10 perguntas <i>Likert</i> de 4 pontos, variando de 0 (nunca) a 4 (diariamente).	Cerezo et al. (2020), Swann et al. (2020).
SGM victimization Scale	Frequência de vitimização decorrente do status de minoria sexual ou de gênero	10 itens avaliados em escala <i>Likert</i> de 6 pontos (0 = Nunca a 5 = Mais de dez vezes).	Swann et al. (2020), Mallory & Russell (2021).
AUDADIS-IV	Abuso de substâncias	Entrevista baseada nos critérios diagnósticos do DSM IV, com 5 perguntas abordando 10 tipos de substâncias (álcool, maconha, cocaína, alucinógenos, inalantes, heroína, sedativos, tranquilizantes, analgésicos e estimulantes).	McCabe et al. (2010).
Internalized Racism Scale (IRS)	Como os indivíduos encaram o racismo e qual estratégia adotam para reduzir seu impacto	10 itens em escala <i>Likert</i> de 5 pontos, sendo 1 “discordo totalmente” a 5 “concordo totalmente”, com pontuações mais altas indicando níveis mais altos de racismo internalizado.	Drazdowski et al. (2016).
Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF)	Frequência de condições traumáticas na infância.	28 itens incluindo cinco subescalas: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. Escala <i>Likert</i> de cinco pontos: 1 = nunca é verdade a 5 = muitas vezes é verdade.	Balsam et al. (2010).
PTSD Checklist (Posttraumatic stress Symptoms)	Frequência de sintomas do Transtorno do Estresse Pós-traumático	20 itens relacionados a qualquer evento traumático. <i>Likert</i> de 5 pontos (0 = “Nada” a 5 = “Extremamente”).	Balsam et al. (2010).

Instrumentos/escalas	O que mede	Descrição	Estudos que empregaram
Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD)	Frequência de sintomas de ansiedade generalizada	7 questões em Escala <i>Likert</i> de 4 pontos (0 = nenhum a 3 = quase todos os dias).	Balsam et al. (2010).
Perceived Stress Scale-Short Form (PSS-4)	Frequência de sintomas de estresse	4 questões gerais sobre os níveis de estresse experimentado no último mês em escala <i>Likert</i> de 0 = nunca, a 4 = com muita frequência.	Balsam et al. (2010).
LGBT-POC Microaggressions Scale (LGBT-PCMS)	Microagressões	18 itens divididas em 3 fatores de microagressão (racismo dentro da comunidade LGBTQIA+, heterossexismo, rejeição em relacionamentos íntimos) em escala <i>Likert</i> de 6 pontos 0 (não aconteceu/não se aplica a mim) a 5 (aconteceu e me incomodou extremamente).	Balsam et al. (2011).
Heterosexist Harassment, Rejection, and Discrimination Scale (HHRDS)	Frequência de experiência ao assédio, rejeição e discriminação no último ano	14 itens divididos em 3 fatores (Assédio, Rejeição e discriminação), avaliados em escala <i>Likert</i> de 6 pontos (1 = nunca a 6 = quase todo o tempo).	Drazdowski et al. (2016).
Short Internalized Homonegativity Scale (SIHS)	Homofobia internalizada envolvendo: - Identificação pública como LGBTQIA+ - Conforto sexual na presença de indivíduos LGBTQIA+ - Conforto social com indivíduos LGBTQIA+	13 itens em escala tipo <i>Likert</i> de 7 pontos de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo fortemente).	Drazdowski et al. (2016).
Illicit Drug Use Questionnaire	Frequência de uso de drogas nos últimos três meses	No artigo não se especificou a quantidade de perguntas. A magnitude do uso de drogas foi medida em escala de 4 pontos: 1 (nunca) a 4 (pelo menos uma vez por semana).	Drazdowski et al. (2016).
The Hopkins Symptom Checklist-25	Sintomas de ansiedade e depressão.	25 itens: 10 itens para sintomas de ansiedade e 15 para sintomas de depressão; 4 categorias de resposta (1= "Nada" a 4 = "Extremamente").	Sutter & Perrin (2016).
Satisfaction with Life Scale (SWLS)	Satisfação global com a vida	5 itens com respostas variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo plenamente).	Sutter & Perrin (2016).

Instrumentos/escalas	O que mede	Descrição	Estudos que empregaram
Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)	Frequência de estratégias de enfrentamento que a pessoa utiliza para se recuperar após eventos estressantes ou traumáticos	25 itens, em escala <i>Likert</i> de 5 pontos (0 = “nunca” a 4 = “verdadeiro quase o tempo todo”).	Wilson et al. (2016).
Perceived Social Support from Family Scale (PSS-Fa)	Apoio social dos pais: percepção de que os membros da família atendem às suas necessidades emocionais e psicológicas de apoio	10 itens de percepção de apoio social dos membros da família em escala tipo <i>Likert</i> de 5 pontos (1 = “não é verdade” a 5 = “muito verdadeiro”)	Wilson et al. (2016).
Perceived Social Support from Friends Scale (PSS-Fr)	Apoio social dos pares: percepção de que os amigos atendem às suas necessidades emocionais e psicológicas de apoio	5 itens de percepção de apoio social de amigos, em escala tipo <i>Likert</i> de 5 pontos (1 = “não é verdade” a 5 = “muito verdadeiro”).	Wilson et al. (2016).
The Kessler-10 (K-10)	Frequência de sofrimento psicológico, como ansiedade ou depressão nos últimos 7 dias	10 itens, em escala <i>Likert</i> de 1 a 5 pontos (1 = nenhuma das vezes a 5 = todo o tempo)	Wilson et al. (2016).
Close Relationships Scale-Revised (ECR-R)	Ansiedade de apego e evitação de apego.	36 itens em uma escala <i>Likert</i> de 7 pontos, variando de “não é como eu” (0) a “muito como eu” (7)	Wilson et al. (2016).
Attitudinal Familism Scale (AFS)	Dimensões do familismo	18 itens em escala do tipo <i>Likert</i> de cinco pontos, variando “Discordo totalmente” a “Concordo totalmente”.	Wilson et al. (2016).
Mastery Scale	Medir a autoeficácia e os sentimentos de controle pessoal	7 itens em escala tipo <i>Likert</i> de 4 pontos (1 = Discordo totalmente, 4 = Concordo totalmente).	Wilson et al. (2016).
Homofobia internalizada	Homofobia internalizada: frequência em que experimentam pensamentos e sentimentos aversivos em relação a orientação sexual	9 itens em escala tipo <i>Likert</i> de quatro pontos (“muitas vezes” a “nunca”)	Wilson et al. (2016).
Sexual objectification experiences scale	Frequência de experiências de objetificação sexual no último ano, isto é, experimentaram eventos em que se sentiram instrumento de prazer sexual.	17 itens em escala <i>Likert</i> de seis pontos (1 = nunca, 6 = quase todo o tempo),	Souleymanov et al. (2018).

Instrumentos/escalas	O que mede	Descrição	Estudos que empregaram
Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)	Flexibilidade psicológica: autoavaliação das funções dos comportamentos que compõem o repertório do indivíduo	7 itens em escala <i>Likert</i> de 7 pontos (1 = nunca a 7 = sempre)	Bhambhani et al. (2020).
Depression, Anxiety, and Stress Scale-21 (DASS-21)	Frequência de depressão, ansiedade e estresse	21 itens divididos em 3 subescalas com 7 itens cada uma, com respostas na escala <i>Likert</i> de quatro pontos (0 = não se aplicou de maneira alguma a 3 = aplicou-se muito ou na maioria do tempo).	Bhambhani et al. (2020).
Transgender Congruence Scale	Disforia de gênero: grau de conforto ou desconforto que as pessoas trans* sentem com sua identidade de gênero e aparência externa	12 itens avaliados em escala <i>Likert</i> de 5 pontos (1 = discordo fortemente a 5 = concordo fortemente)	Fox et al. (2020).
Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Depression – short form (Promis)	Frequência de sintomas depressivos nos últimos 7 dias.	8 itens avaliados em escala de 1 (“Nunca”) a 5 (“Sempre”).	Swann et al. (2020).
Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Anxiety – short form (Promis)	Frequência de sintomas de ansiedade nos últimos 7 dias.	8 itens avaliados em escala de 1 (“Nunca”) a 5 (“Sempre”).	Swann et al. (2020).
Cannabis Use Disorder Identification Test – CUDIT	Problemas relacionados ao consumo de álcool e maconha	8 itens em escala <i>Likert</i> de 4 pontos, variando de 0 (nunca) a 4 (diariamente). Itens de 1-7 pontuadas de 0 – 4 e item 8 pontuada em 0, 2 ou 4.	Swann et al. (2020).
Negative ideation subscale from the Positive and Negative Suicide Inventory)	Frequência de ideação suicida	8 itens avaliados em escala de 5 pontos de (0) nenhuma das vezes para (4) na maioria das vezes.	Mallory & Russell (2021).
Brief Racism and Life Experience and Stress Scale (RaLS-B)	Frequência de discriminação racial	2 subescalas, sendo a primeira composta por 20 itens e a segunda composta por 12 itens. Itens avaliados em escala de 5 pontos de 0 = nada a 4 = extremamente.	Mallory & Russell (2021.)

Os vinte estudos revisados empregaram um total de 41 instrumentos para avaliar as variáveis de interesse. Vale notar que todos levantaram dados demográficos da amostra selecionada, como idade, etnia, renda, situação empregatícia, estado civil etc.

Pode-se verificar, na Tabela 3, que entre os instrumentos mais utilizados está a Escala CESD (*Center for Epidemiologic Studies Depression*), empregada em cinco estudos (Balsam et al., 2010; Cochran & Mays, 1994; English et al., 2020; Fox et al., 2020; Thoma & Huebner, 2013). Esse instrumento, publicado originalmente por Radloff (1977), é composto por vinte itens e empregado com o objetivo de rastrear sintomas depressivos ou de vulnerabilidade à depressão, como sono agitado, falta de apetite e sensação de solidão. As opções de resposta variam de 0 a 3 para cada item (nunca, poucas vezes, maioria das vezes, sempre). As pontuações mais altas indicam uma maior frequência de sintomas depressivos (Radloff, 1977).

O *Brief Perceived Ethnic Discrimination Questionnaire-Community Version* (Brief PEDQ-CV), cujo objetivo é avaliar a percepção de racismo e discriminação étnica, foi utilizado também em cinco estudos (Allen et al., 2014; Cerezo et al., 2020; Layland et al., 2020; Swann et al., 2020; Wilson et al., 2016). É composto por dezessete itens e abrange cinco fatores: (1) *exposição ao longo da vida*: avalia o grau de exposição, ao longo da vida, a maus-tratos relacionados à raça; (2) *exclusão/rejeição*: avalia a frequência com que os indivíduos relatam terem sido isolados, excluídos ou ignorados por causa de sua raça/etnia; (3) *estigmatização/desvalorização*: avalia a frequência com que indivíduos relatam terem sido tratados de forma humilhante ou estigmatizante por causa de sua raça/etnia; (4) *discriminação no trabalho/escola*: avalia a frequência com que indivíduos relatam terem sido tratados injustamente no trabalho ou na escola por causa de sua raça/etnia; (5) *ameaça/agressão*: avalia a frequência com que os indivíduos relatam se sentirem prejudicados ou ameaçados por causa de sua raça/etnia (Brondolo et al., 2005).

O *Schedule of Racist Events* (SRE) foi empregado em quatro estudos (Bhambhani et al., 2020; McCabe et al., 2010; Souleymanov et al., 2018; Thoma & Huebner, 2013). O SRE é um inventário de autorrelato de dezoito itens que avalia a frequência com que o respondente

identificou situações nas quais foi submetido a uma discriminação racista (eventos racistas específicos e estressantes) no ano anterior à pesquisa (eventos racistas recentes) e ao longo de toda sua vida (eventos racistas ao longo da vida), medindo até que ponto essa discriminação foi avaliada como estressante. Os itens são avaliados numa escala de 1 a 5, sendo 1 – nunca; 2 - uma vez (menos de 10% do tempo); 3 - às vezes (10%-25% do tempo); 4 - muito (26%-49% do tempo); 5 - na maior parte do tempo (50%-70% do tempo) e 6 - quase todo o tempo (mais de 70% do tempo) (Landrine & Klonoff, 1996).

A escala *Daily Life Experiences Scale* (DLE) foi empregada em quatro estudos analisados por esta revisão (Drazdowski et al., 2016; English et al., 2020; Mallory & Russell, 2021; Sutter & Perrin, 2016). É uma medida que avalia a frequência de experiências discriminatórias no ano anterior à pesquisa devido à raça/etnia em uma escala de seis pontos (0 - nunca a 5 - uma vez por semana ou mais). As pontuações totais são calculadas pela média das pontuações dos itens. As maiores pontuações refletem experiências de racismo mais frequentes (Evans, 2011).

O *Suicidal Behavior Questionnaire* (SBQ-14) foi empregado em três estudos (Fox et al., 2020; Mallory & Russell, 2021; Sutter & Perrin, 2016). É composto por quatorze itens que exploram a frequência de ideação suicida na semana anterior à pesquisa. As respostas aos itens variam de 1 - nunca a 5 - muitas vezes (Linehan, 1996).

Os instrumentos *Sexual Orientation Microaggression inventory* (Balsam et al., 2011; Swann et al., 2020), *Beck Depression Inventory II* (Allen et al., 2014; Mallory & Russell, 2021), *Brief Symptoms Inventory* (Kipke et al., 2020; Wilson et al., 2016), *Cage questionnaire* (Kipke et al., 2020; Souleymanov et al., 2018), *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (Cerezo et al., 2020; Swann et al., 2020) e *SGM victimization Scale* (Swann et al., 2020; Mallory & Russell, 2021) apareceram em dois estudos.

O *Sexual Orientation Microaggression Inventory* (SOMI), composto por dezenove itens, é utilizado para medir microagressões por orientação sexual. Os itens são respondidos em uma escala de quatro pontos variando de 0 - nunca a 3 - três vezes ou mais (Swann et al., 2020).

O *Beck Depression Inventory II* (BDI-II) é composto por 21 itens que avaliam a severidade da sintomatologia depressiva em uma escala tipo *Likert* de 0 a 3. As respostas são dadas com base em um período de duas semanas. A versão original (*Beck Depression Inventory*) foi elaborada em 1961 por Aaron T. Beck e colaboradores (Beck et al., 1996).

O *Brief Symptoms Inventory* (BSI) é composto por 53 itens e nove subescalas que medem vários domínios da saúde mental e de seu funcionamento. O inventário é amplamente utilizado e descrito como uma forma resumida do *Symptom Checklist 90* (SCL-90 – Derogatis, 1993). É geralmente empregado em amostras de pacientes não psiquiátricos. Cada item descreve um sintoma de um transtorno psicopatológico. Os entrevistados classificam a frequência com que experimentaram sintomas em uma escala de cinco pontos, variando de 0 - nada a 4 - extremamente. O BSI fornece uma pontuação do Índice de Gravidade Global, que indica uma avaliação geral do estado psicopatológico de um entrevistado, bem como pontuações para diferentes subescalas (Derogatis, 1993).

O *Cage Questionnaire* é uma ferramenta de triagem composta por quatro perguntas e usada para apoiar o diagnóstico de alcoolismo. Cada uma das quatro perguntas do questionário pode ser respondida com um simples “sim” ou “não”. Cada resposta “não” recebe pontuação zero e cada resposta “sim” recebe um ponto. Uma pontuação total de dois pontos ou superior é considerada clinicamente significativa, podendo indicar um problema de uso de álcool (Ewing, 1984).

O *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para rastrear o consumo excessivo ou a dependência de álcool. O teste é composto por dez questões. As três primeiras avaliam quantidade, frequência e embriaguez; as três seguintes, sintomas de dependência; e as quatro últimas, o risco de consequências danosas para o usuário. A pontuação é obtida somando-se as opções que o respondente assinala. As oito primeiras questões apresentam cinco possibilidades de respostas, com valores que variam de zero a quatro, e as duas últimas, somente três possibilidades de respostas, com valores zero, um e quatro. A pontuação máxima é de 40 pontos. Uma pontuação de 1 a 7 sugere consumo de baixo risco. Escores de 8 a 14 sugerem

consumo de risco ou nocivo de álcool e uma pontuação de 15 ou mais indica a probabilidade de dependência de álcool (transtorno por uso de álcool moderado-severo) (Babor et al., 1992).

A escala de vitimização (*SGM victimization scale*), composta por dez itens, desenvolvida por D'Augelli et al., (1998), mede níveis de vitimização decorrente do status de minoria sexual ou de gênero. Os itens variam de experiências menos graves (por exemplo, “Você foi insultado verbalmente porque você é, gay, lésbica, bissexual ou trans?”) até experiências mais graves (por exemplo, “Você foi atacado sexualmente porque você é gay, lésbica, bissexual ou trans?”). A frequência de cada item é medida em uma escala *Likert* de seis pontos com opções que variam de 0 (“Nunca”) a 5 (“Mais de dez vezes”). Pontuações mais altas indicam experiências de vitimização em mais graves.

Utilizada apenas em um estudo (McCabe et al., 2010), a entrevista AUDADIS-IV contém cinco questões usadas para operacionalizar o abuso e a dependência de dez substâncias (álcool, maconha, cocaína, alucinógenos, inalantes, heroína, sedativos, tranquilizantes, analgésicos e estimulantes) com base nos critérios diagnósticos do DSM-IV (McCabe et al., 2010). Segundo o DSM-IV, um diagnóstico de abuso de substâncias no último ano requer a ausência de um diagnóstico de dependência e a presença de pelo menos um dos quatro critérios de abuso (1 – uso recorrente da substância, resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa; 2 – uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo; 3 – problemas legais recorrentes relacionados à substância; 4 – uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância) do DSM-IV nos doze meses anteriores à entrevista. Um diagnóstico de dependência de substâncias no último ano é baseado na presença de pelo menos três dos sete critérios de dependência nos doze meses anteriores à entrevista (1 – tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: (a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado e (b) acentuada redução do efeito com uso continuado da mesma quantidade de

substância; 2 – abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: (a) síndrome de abstinência característica para a substância e (b) a mesma substância é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência; 3 – a substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido; 4 – existe um desejo persistente ou esforço malsucedido no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância; 5 – muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância ou na recuperação de seus efeitos; 6 – importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância; 7 – o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância). Abuso e dependência foram combinados, e um diagnóstico de transtorno por uso de substâncias exige que os critérios de abuso ou dependência do DSM-IV fossem atendidos para pelo menos uma das dez substâncias.

Os instrumentos *Internalized Racism Scale* (IRS), *Heterosexist Harassment, Rejection, and Discrimination Scale* (HHRDS), *Short Internalized Homonegativity Scale* (SIHS) e *Illicit Drug Use Questionnaire* apareceram em apenas um estudo (Drazdowski et al. 2016).

A IRS foi construída com o propósito de avaliar o racismo internalizado. É uma medida de autorrelato composta por dez itens. Os participantes devem indicar até que ponto as declarações descrevem sua opinião sobre sua própria raça/etnia, em uma escala de cinco pontos, sendo 1 - discordo totalmente a 5 - concordo totalmente. As pontuações mais altas indicam níveis mais altos de racismo internalizado (Drazdowski et al. 2016).

A HHRDS é composta por quatorze itens divididos em três subescalas: assédio/rejeição, trabalho/escola e outros. O instrumento visa avaliar experiências com heterossexismo no ano passado e utiliza uma escala de resposta do tipo *Likert* de seis pontos que varia de 1 - o evento nunca aconteceu com você a 6 - o evento ocorreu quase o tempo todo (mais de 70% das vezes) (Szymanski, 2006).

A SIHS é uma escala de treze itens que avalia a internalização de atitudes negativas e o desconforto em relação a uma identidade LGBTQIA+ (Currie et al., 2004). As respostas são dadas em escala de sete pontos, variando de 1 - discordo totalmente a 7 - concordo totalmente, com pontuações maiores indicando maior heterossexismo internalizado.

O *Illicit Drug Use Questionnaire* é um instrumento em que os entrevistados indicam o uso de drogas ilícitas nos últimos três meses anteriores à pesquisa. A magnitude do uso de drogas é medida em uma escala de quatro pontos: 1 - nunca a 4 - pelo menos uma vez por semana (Benotsch et al., 2011, Bentosch et al., 2013).

O *Childhood Trauma Questionnaire-Short Form* (CTQ-SF), o *Posttraumatic stress Symptoms* (PTSD Checklist), a *Generalized Anxiety Disorder Scale* (GAD) e a *Perceived Stress Scale-Short Form* (PSS-4) foram instrumentos utilizados apenas no estudo de Balsam et al. (2010).

O CTQ-SF é um questionário de 28 itens administrado a adolescentes e adultos para identificar condições traumáticas na infância. É composto por 25 questões, que abrangem itens como ter apoio emocional, sentir-se amado, usar roupas sujas e ser abusado sexual e fisicamente, abordando as cinco dimensões de abuso e negligência, e uma escala de minimização/negação com três perguntas para detectar indivíduos que podem estar subnotificando eventos traumáticos. A pessoa responde às perguntas em uma escala *Likert* de cinco pontos: 1 - nunca é verdade a 5 - muitas vezes é verdade. Os itens são somados para fornecer pontuações de subescala de 5 a 25, e a pontuação fornece diretrizes para estabelecer limites para quatro níveis de abuso/negligência para cada subescala: Nenhum; Moderado; Forte; Extremo (Bernstein & Fink, 1998).

O PTSD Checklist é uma escala de autoavaliação padronizada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais Quinta Edição (DSM-5) e composta por vinte itens, que avalia sintomas do Transtorno de Estresse Pós Traumático. Cada item é avaliado em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos (0 – nada a 5 - extremamente), que indica o quanto o participante foi incomodado por um evento estressante identificado no último mês (Blanchard et al., 1996).

A GAD é uma ferramenta de triagem inicial para avaliar a frequência de sintomas do Transtorno de Ansiedade Generalizada nas últimas duas semanas. É composta por sete itens a serem avaliados por meio de escala tipo *Likert* de quatro pontos (0 - nada a 3 - quase todos os dias). Na triagem de transtornos de ansiedade, o total de oito ou mais pontos representa um ponto de corte razoável para identificar casos prováveis de Transtorno de Ansiedade Generalizada. Uma avaliação diagnóstica adicional é necessária para determinar a presença e o tipo de transtorno de ansiedade. Os seguintes pontos de corte se correlacionam com o nível de gravidade da ansiedade: 0-4, ansiedade mínima; 5-9, ansiedade leve; 10-14: ansiedade moderada, e maior que 15: ansiedade grave (Spitzer et al., 2006).

A PSS4 é uma escala que mede a frequência com que as situações na vida de uma pessoa no último mês são percebidas/avaliadas como estressantes. É composta por quatro itens numa escala tipo *Likert* que varia de 0 - nunca a 4 - com muita frequência. As perguntas, de natureza geral, não são direcionadas a nenhuma subpopulação e/ou grupo específico e abordam se as pessoas se sentiram: (1) capazes de controlar coisas importantes em sua vida; (2) confiantes em suas habilidades para lidar com problemas pessoais; (3) que as coisas estavam indo bem; e (4) que as dificuldades estavam se acumulando tanto que não podiam superá-las. As respostas são somadas para indicar o nível de percepção do evento estressor (Cohen et al., 1983).

LGBT-POC Microaggressions Scale, instrumento utilizado apenas em Balsam et al. (2011), é uma entrevista semiestruturada, com perguntas focadas na natureza e experiência de microagressões, estresse minoritário, impacto de estressores, enfrentamento e resultados na saúde mental. São dezoito itens divididos em três fatores de microagressão: racismo dentro da comunidade LGBTQIA+, heterossexismo, rejeição em relacionamentos íntimos. O formato de resposta para todos os itens foi uma escala *Likert* de seis pontos com as seguintes categorias de resposta: 0 (Não aconteceu/não se aplica a mim), 1 (Aconteceu e isso não me incomodou NADA), 2 (Aconteceu, e me incomodou UM POUCO), 3 (Aconteceu, e me incomodou MODERAMENTE), 4 (Aconteceu, e isso me incomodou UM POUCO), 5 (Aconteceu, e isso me incomodou EXTREMAMENTE). Esse formato foi projetado para avaliar

tanto a ocorrência (se um evento aconteceu ou não) quanto o estresse percebido (o grau em que os eventos incomodam os participantes) (Balsam et al., 2011).

Os instrumentos *The Hopkins Symptom Checklist-25* (HSCL) e *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) apareceram apenas no estudo de Sutter e Perrin (2016). É um instrumento usado para avaliar depressão e ansiedade na última semana anterior à pesquisa, incluindo o dia da administração. Apresenta duas partes, sendo a primeira composta por dez questões que medem a ansiedade, e a segunda, por quinze questões que medem a depressão. As respostas variam de 1 (nada) a 4 (extremamente). Uma pontuação total no HSCL é calculada onde pontuações mais altas correspondem à maior gravidade dos sintomas (Derogatis et al., 1974).

A SWLS é uma escala de cinco itens utilizada para medir a satisfação global com a vida. Os indivíduos respondem a itens como “Estou satisfeito com vida”. As respostas variam de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo plenamente). A pontuação total varia de 5 a 35, com as maiores pontuações indicando maior satisfação com a vida. A SWLS demonstrou boa validade de construto e consistência interna (Pavot & Diener, 1993).

Em seu estudo, Wilson et al. (2016) utilizaram oito instrumentos: *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC), *Perceived Social Support from Family Scale* (PSS-Fa), *Perceived Social Support from Friends Scale* (PSS-Fr), *Kessler-10* (K-10), *Close Relationships Scale-Revised* (CRS-R), *Attitudinal Familism Scale*, *Mastery Scale* e Homofobia internalizada.

A CD-RISC é uma escala de 25 itens que foi desenvolvida para medir atributos/comportamentos pessoais relacionados à resiliência. O conteúdo da escala foi elaborado de modo a incluir vários domínios incluindo coragem e adaptabilidade/enfrentamento. Os participantes devem avaliar o quanto concordam com afirmações tais como “Você é capaz de se adaptar à mudança”, “Quando sob pressão, você pode se concentrar e pensar com clareza” e “Você não é facilmente desencorajado pelo fracasso”. Os itens são avaliados usando uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, com opções que variam

de 0 (não é verdade) a 4 (verdadeiro quase sempre). Pontuações mais altas indicam características resilientes (Connor & Davidson, 2003).

A PSS-Fa inclui dez itens que medem as percepções dos níveis de apoio social que os indivíduos recebem de familiares (mãe e pai). As respostas são fornecidas em escala tipo *Likert* de cinco pontos. As opções de resposta variaram de 1 (não é verdade) a 5 (muito verdadeiro). Os itens podem ser agrupados para representar duas subescalas de cinco itens cada: apoio das mães e apoio dos pais. Pontuações mais altas na escala indicam níveis mais altos de apoio percebido dos pais (Procidano & Heller, 1983).

A PPS-Fr inclui cinco itens que medem o nível de apoio social dos amigos percebido pelos participantes. Os participantes são convidados a responder aos itens usando uma escala tipo *Likert* de cinco pontos. As opções de resposta variaram de 1 (não verdadeiro) a 5 (muito verdadeiro). Pontuações mais altas nessa escala indicam níveis mais elevados de apoio percebido dos amigos (Procidano & Heller, 1983).

A escala K-10 é utilizada para medir o estresse psicológico, como ansiedade ou depressão, nos últimos sete dias anteriores à pesquisa. Composta por dez itens em escala tipo *Likert* de cinco pontos (1 - nenhuma das vezes a 5 - todo o tempo) (Kessler et al., 2002).

A CRS-R é um instrumento de autorrelato composto por 36 itens de apego adulto, em duas escalas que avaliam ansiedade de apego e evitação de apego. Durante a administração, os entrevistados são instruídos a avaliar declarações relativas aos seus pensamentos e sentimentos quando em um relacionamento romântico. As afirmações são classificadas em uma escala *Likert* de sete pontos, variando de 0 - não é como eu a 7 - muito como eu (Fraley et al., 2000).

A AFS avalia o familismo, considerando quatro dimensões: apoio familiar, interconexão familiar, honra familiar e subjugação do *self* pela família. A escala inclui dezoito itens que são classificados usando uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, variando de “Discordo totalmente” a “Concordo totalmente”. Os itens incluem questões como “uma pessoa deve se sentir envergonhada se algo que ela ou ela fez desonra o nome da família” e “pais idosos devem morar com seus parentes”. O familismo relaciona-se a valores e atitudes que

expressam o fato de que, na tomada de decisão, os interesses da família são colocados acima das próprias necessidades individuais, reforçando a ideia de que a família deve estar em primeiro lugar na vida do indivíduo (Steidel & Contreras, 2003).

A *Mastery Scale* é uma escala de sete itens projetada para medir a autoeficácia e os sentimentos de controle pessoal. Os participantes são solicitados a avaliar o quão verdadeira cada afirmação é para eles usando uma escala tipo *Likert* com quatro opções de resposta de 1 “Discordo totalmente” a 4 “Concordo totalmente”. Os itens são somados, resultando em um intervalo de 7 a 28 pontos (Pearlin & Schooler, 1978).

A homofobia internalizada foi avaliada usando uma medida projetada por Meyer et al. (2006). Os itens avaliam até que ponto homens e mulheres lésbicas, gays e bissexuais não aceitam sua orientação sexual, ficam desconfortáveis com seus desejos pelo mesmo sexo e procuram evitar sentimentos homossexuais. A escala inclui nove itens em que os entrevistados classificam a frequência com que experimentam pensamentos e sentimentos diferentes usando uma escala de quatro pontos, que varia de “muitas vezes” a “nunca” (Meyer et al., 2006).

A *Sexual Objectification Experiences Scale* apareceu apenas em um estudo (Souleymanov et al., 2018). É uma escala que mede as experiências de objetificação sexual, sendo composta de dezessete itens em uma escala tipo *Likert* de seis pontos (1 –nunca a 6 - quase sempre), por meio da qual os participantes indicaram com que frequência no último ano experimentaram eventos percebidos/sentidos como se tivessem sido tratados como objetos sexuais. Os itens são somados e pontuações mais altas refletem maiores níveis de objetificação sexual percebida (Wiseman & Moradi, 2010).

Os instrumentos *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II) e *Depression, Anxiety, and Stress Scale-21* (DASS-21) apareceram apenas em um estudo (Bhambhani et al., 2020).

O AAQ-II foi desenvolvido para medir a inflexibilidade psicológica, sendo composto por sete itens a serem avaliados numa escala *Likert* de sete pontos, variando de 1 (nunca

verdadeiro) a 7 (sempre verdadeiro). Pontuações mais altas indicam níveis mais altos de inflexibilidade psicológica (Bond et al., 2011).

A DASS-21 é composta por três subescalas com sete itens cada: depressão, ansiedade e estresse. Os participantes avaliaram o quanto experimentaram cada uma das dificuldades na última semana em uma escala *Likert* de cinco pontos variando de 0 (não se aplica a mim) a 4 (muito aplicável a mim ou na maioria das vezes). Pontuações mais altas indicam maiores níveis de depressão, ansiedade e estresse (Lovibond & Lovibond, 1995).

A *Transgender Congruence Scale* aparece em apenas um estudo (Fox et al., 2020), sendo uma escala de doze itens que avalia o grau com que as pessoas (a) sentem que seu corpo e aparência correspondem à sua identidade de gênero (Congruência com Aparência, nove itens) e (b) aceitam sua identidade de gênero (Aceitação de Identidade, três itens). Ambas as subescalas estão positivamente relacionados com a satisfação com a vida e negativamente relacionadas com ansiedade e depressão. Os participantes foram solicitados a indicar suas respostas em uma escala *Likerte* que variou de 1 - discordo totalmente a 5 - concordo totalmente (Kozee et al., 2012).

Os instrumentos *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Depression – short form (PROMIS Depression)*, *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Anxiety – short form (PROMIS Anxiety)* e *Cannabis Use Disorder Identification Test (CUDIT)* apareceram apenas no estudo de Swann et al. (2020).

A *PROMIS Depression*, é uma medida de oito itens que mede sintomas de depressão (por exemplo, “Senti-me sem esperança”) nos últimos sete dias anteriores à pesquisa em uma escala de 1 (nunca) a 5 (sempre). A soma dos oito itens com pontuações mais altas indica sintomas graves de depressão (Pilkonis et al., 2011).

A *PROMIS Anxiety*, consiste em oito itens que avaliam sentimentos de ansiedade (por exemplo, “Senti-me nervoso”) e foi empregado com mesma escala e no mesmo período do *PROMIS Depression*. Os oito itens foram usados para formar uma soma composta com pontuações mais altas indicando alta frequência de sintomas de ansiedade (Pilkonis et al., 2011).

O CUDIT, semelhante ao AUDIT é um teste composto de oito itens que mede o uso de maconha e os problemas associados ao uso nos últimos seis meses. A pontuação é calculada pela soma dos oito itens. Questões de 1-7 são pontuadas de 0-4 e a questão 8 é pontuada em 0, 2 ou 4. Pontuações mais altas (acima de 8) indicam problemas mais frequentes relacionados ao uso de maconha (Adamson et al., 2010; Adamson & Sellman, 2003).

Os instrumentos *Negative ideation subscale from the Positive and Negative Suicide Inventory* e *Brief Racism and Life Experience and Stress Scale (RaLS-B)* apareceram apenas em um estudo (Mallory e Russell, 2021).

A subescala de ideação negativa do Inventário de Suicídio Positivo e Negativo (*Negative ideation subscale from the Positive and Negative Suicide Inventory*) mede frequência de pensamentos suicidas nas últimas duas semanas (Muehlenkamp et al., 2005). É composta por oito itens avaliados em uma escala de cinco pontos que vão de 0 - nenhuma das vezes até 4 - na maioria das vezes. Pontuações mais altas representaram alta frequência de pensamentos suicida.

A Escala Breve de Racismo e Experiência de Vida e Estresse (*Brief Racism and Life Experience and Stress Scale - RaLS-B*) é usada para avaliar a discriminação racial no ano passado. A versão completa apresenta duas subescalas, sendo a primeira composta por vinte itens que avaliam o grau com que o racismo afeta a vida pessoal. A segunda, composta por doze itens, avalia o grau com que o racismo afeta o grupo racial como um todo. Cada item é avaliado em uma escala de cinco pontos de 0 = nada a 4 = extremamente. Pontuações mais altas representavam maior frequência de discriminação (Harrell, 1995).

Com o objetivo de verificar se os estudos analisados oferecem dados que permitem avaliar como as práticas culturais coercitivas (LGBTQIA+fobia e racismo) afetam a saúde mental de minorias sexuais e de gênero negra, construiu-se a Tabela 4.

Tabela 4

Resultados referentes à saúde mental das pessoas negras pertencentes à população LGBTQIA+ nos estudos revistos

Referência	Transtornos avaliados	Resultados
1. Cochran e Mays (1994)	Frequência de sintomas depressivos e ideação suicida	46,7% dos homens gays negros sintomáticos para HIV e 38,1% das lésbicas negras apresentaram sintomas depressivos e ideação suicida com pontuação superior a 15 na CES-D.
2. Balsam et al. (2010)	Ideação suicida, transtornos depressivos, estresse e transtorno do estresse pós-traumático (TEPT)	Entre os negros que pertenciam à população LGBTQIA+, 59,2% relataram que haviam sofrido abuso emocional durante a infância, 51,1%, abuso físico e 52,2%, abuso sexual. O abuso emocional mostrou forte relação com sintomas de TEPT e ansiedade para participantes negros ($B = 1,5$; $t = 3,28$; $p < 0,001$ e $B = 0,45$; $t = 2,94$; $p < 0,001$ respectivamente).
3. McCabe et al. (2010)	Transtorno por uso de substâncias	67,6% de todos os participantes (homens e mulheres negros pertencentes à população LGBTQIA+) enfrentaram algum tipo de discriminação ao longo de suas vidas; dentre esses, 10,6% sofreram discriminação por raça, gênero e sexualidade no ano anterior à pesquisa e 14,7% sofreram os três tipos de discriminação ao longo da vida. Para aqueles que sofreram algum tipo de discriminação ao longo da vida ou no ano anterior, a prevalência de uso de substância foi de 46,0% e 49,9% respectivamente. Dentre aqueles que sofreram discriminação apenas por raça e sexualidade, a prevalência de abuso de substâncias ao longo da vida ou no ano anterior à pesquisa foi de 22,2% e 24,0% respectivamente.
4. Balsam et al. (2011)	Impacto do estressores (devido a microagressões)	Homens pontuaram mais na escala LGBT-PCMS do que mulheres ($t(259) = 2,19$; $p = 0,03$); lésbicas e homens gays pontuaram mais do que mulheres e homens bissexuais ($t(225) = 2,17$; $p = 0,03$), e asiáticos-americanos pontuaram mais do que afro-americanos e latinos ($F(2, 159) = 3,05$; $p = 0,05$), notavelmente na escala de racismo em namoro ($F(2, 159) = 3,19$; $p = 0,04$).
5. Thoma e Huebner (2013)	Transtornos por uso de substâncias, sintomas depressivos, ideação suicida	Racismo e LGBTQIA+fobia mostraram-se associados a sintomas depressivos ($B = 0,309$; $\beta = 0,268$; $p < 0,001$ e $B = 0,146$; $\beta = 0,206$; $p < 0,01$ respectivamente) e à ideação suicida ($B = 0,763$; $p < 0,05$ e $B = 0,752$; $p < 0,001$ respectivamente). Essas duas formas de discriminação, quando associadas entre si, apresentaram efeito único e significativo sobre a ocorrência de sintomas depressivos. LGBTQIA+fobia isoladamente apresentou efeito significativo sobre a ideação suicida ($B = 0,684$; $p < 0,05$), o que não se verificou para a discriminação racista. O racismo mostrou efeito significativo sobre o abuso de álcool e sobre o uso de maconha ($B = 0,334$; $\beta = 0,183$; $p < 0,01$ e $B = 0,7$; $\beta = 0,2$; $p < 0,05$ respectivamente). Não se encontrou relação significativa entre a LGBTQIA+fobia e o uso de substâncias.
6. Allen et al. (2014)	Depressão e estresse	Homens negros bissexuais com histórico de adversidades na infância mostraram-se mais vulneráveis a sintomas de depressão ($R^2 = 0,25$; $F(3, 112) = 12,67$; $p < 0,001$) e estresse crônico ($R^2 = 0,17$; $F(3, 112) = 7,41$; $p < 0,001$).

Referência	Transtornos avaliados	Resultados
7. Drazdowski et al. (2016)	Depressão, ansiedade e abuso de substâncias ilícitas	Por meio dos instrumentos <i>Heterosexist Harassment, Rejection, and Discrimination Scale</i> e <i>Short Internalized Homonegativity Scale</i> , o estudo avaliou que a LGBTQIA+fobia mostrou-se diretamente relacionada ao aumento da opressão internalizada e positivamente associada à magnitude do uso de drogas ilícitas ($\beta = 0,23$; $p < 0,001$). Por meio dos instrumentos <i>Daily Life Experiences Scale</i> , <i>Internalized Racism Scale</i> e <i>Illicit Drug Use Questionnaire</i> , o estudo verificou que o racismo não mostrou efeitos diretos significativos na opressão internalizada ou efeitos indiretos na magnitude do uso de drogas ilícitas ($\beta = -0,04$; $p = 0,43$).
8. Sutter e Perrin (2016)	Depressão, ansiedade e ideação suicida	Por meio do instrumento <i>Suicidal Behavior Questionnaire</i> , o estudo encontrou uma correlação significativa entre LGBTQIA+fobia e ideação suicida ($\beta = 0,3$; $p = 0,017$). Por meio do instrumento <i>Daily Life Experiences Scale</i> , o estudo não encontrou uma correlação significativa entre racismo e ideação suicida ($p = 0,095$).
9. Wilson et al. (2016)	Estresse	No geral, os participantes apresentaram níveis relativamente altos de autoeficácia e resistência/adaptação. A média para autoeficácia foi de 17,59 (DP=3,01), em uma escala de 0 a 21, e a média para resistência/adaptação foi 99,40 (DP=13,03) em uma escala de 25 a 125. Em uma escala de 5 a 25, a média para o apoio paterno foi de 10,44 (DP=6,8); a média para apoio materno foi de 15,92 (DP=6,71) e a média para apoio dos pares 19,56 (DP=5,01). 34,5% dos participantes apresentaram níveis de autoeficácia e de resistência/adaptação moderadamente superiores à média, com alto apoio dos pares, baixo apoio paterno e nível médio de apoio materno. 23,5% dos participantes apresentaram baixa autoeficácia e baixa resistência/adaptação, com níveis de apoio paterno, materno e de pares muito próximos da média. 21,2% dos participantes apresentaram níveis de autoeficácia e de resistência/adaptação ligeiramente superiores à média, com baixo apoio paterno, materno e de pares. 20,8% dos participantes apresentaram níveis de autoeficácia e de resistência/adaptação moderadamente superiores à média da amostra, com alto nível de apoio paterno e materno e nível de apoio de pares ligeiramente acima da média da amostra.
10. Souleymanov et al. (2018)	Transtornos por uso de álcool	Observou-se uma associação significativa entre experiências de racismo e de objetificação sexual com o consumo de uso de álcool e, mais especificamente, com o transtorno por consumo de álcool ($AOR = 1,04$; <i>erro padrão</i> = 0,26; IC 95% [1,01 – 2,10]; $p = 0,03$ para racismo, e $AOR = 1,44$, <i>erro padrão</i> = 0,25; IC 95% [1,18 – 3,19]; $p = 0,03$ para objetificação sexual).
11. Alon et al. (2019)	Efeitos do colorismo em questões sociais e de saúde	Entre os homens gays negros, os participantes de pele escura mostraram-se mais propensos a concordar com a afirmação “minha raça é importante para mim como homem” (RRR = 2,09; IC 95% [1,13 – 3,86]). Indivíduos de cor de pele tanto média quanto escura mostraram uma propensão significativamente maior a ter relações sexuais também com mulheres (RRR* = 1,94; IC 95% [1,24 – 3,03] e RRR = 1,88; IC 95% [1,16 – 3,03] respectivamente). A escolaridade dos parceiros sexuais dos participantes mostrou-se significativamente maior na amostra de indivíduos de pele escura (RRR = 2,07; IC 95% [1,03 – 4,16]) do que de outras tonalidades. O colorismo não se mostrou associado às questões sociais e de saúde analisadas. * <i>Reduced Rank Regression</i>

Referência	Transtornos avaliados	Resultados
12. Vu et al. (2019)	Depressão e abuso de substâncias (álcool, tabaco e maconha)	70,91% (n = 412) dos estudantes negros relataram sofrer discriminação racial vs. 24,63% (n = 427) dos alunos brancos. 55,56% (n = 140) dos estudantes pertencentes a minorias sexuais relataram sofrer discriminação por orientação sexual vs. 2,85% (n = 58) dos estudantes heterossexuais. Homens que sofreram apenas discriminação racial ou apenas discriminação por orientação sexual apresentaram níveis mais elevados de sintomas depressivos (B = 0,96; p = 0,03 e B = 3,78; p < 0,001 respectivamente), comparativamente àqueles que não sofreram. Mulheres que sofreram discriminação racial (B = 1,57; p < 0,001), discriminação por orientação sexual (B = 2,59; p < 0,001) ou ambas as formas de discriminação (B = 3,63; p < 0,001) apresentaram níveis mais elevados de sintomas depressivos, comparativamente àquelas que não sofreram. Mulheres que sofreram discriminação racial e por orientação sexual apresentaram níveis mais elevados de uso de álcool (B = 1,65; p = 0,003), ao passo que mulheres de minorias sexuais, brancas ou negras foram mais propensas a usar produtos de tabaco (OR = 2,21; p = 0,003 e OR = 2,64; p = 0,003 respectivamente). Mulheres que sofreram apenas discriminação racial ou discriminação racial e por orientação sexual também foram mais propensas a usar tabaco (OR = 1,42; p = 0,04 e OR = 3,45; p < 0,001 respectivamente). Mulheres heterossexuais negras, mulheres negras de minorias sexuais e mulheres brancas de minorias sexuais mostraram-se mais propensas a usar maconha (OR = 1,72; p = 0,02 e OR = 2,81; p = 0,007 e OR = 3,01; p < 0,001 respectivamente), quando comparadas a mulheres heterossexuais brancas. Mulheres que sofreram discriminação racial e por orientação sexual apresentaram níveis mais elevados de sintomas depressivos (B = 3,63; IC [2,22-5,03]) e de uso de álcool (B = 1,65; IC [0,56-2,73]), tabaco (OR = 3,45; IC [1,97-6,05]) e maconha (OR = 3,38; IC [1,80-6,31]) do que mulheres que não sofreram discriminação.
13. Bhambhani et al. (2020)	Depressão, ansiedade e estresse.	Observou-se correlação positiva entre racismo sexual e frequência de sintomas depressivos (r = 0,36; IC 95% [0,28 – 0,44]), de ansiedade (r = 0,39; IC 95% [0,30 – 0,46]), de estresse (r = 0,36; IC 95% [0,28 – 0,44]) e de inflexibilidade psicológica (r = 0,40; IC 95% [0,32 – 0,48]). A inflexibilidade psicológica também se mostrou correlacionada com depressão (r = 0,68; IC 95% [0,63 – 0,73]), ansiedade (r = 0,59; IC 95% [0,52 – 0,64]) e estresse (r = 0,64; IC 95% [0,58 – 0,69]). Foram encontrados efeitos indiretos do racismo sexual, mediado pela flexibilidade psicológica, sobre a depressão (IC 95% [0,22 – 0,39]), a ansiedade (IC 95% [0,15 – 0,29]) e o estresse (IC 95% [0,18 – 0,33]).
14. Cerezo et al. (2020)	Transtorno por uso de álcool	70% (n = 14) das participantes afirmaram consumir álcool como um mecanismo de enfrentamento para lidar com o estresse crônico (tanto pequenos incidentes diários quanto grandes eventos). 65% (n = 13) das participantes indicaram que a rejeição familiar desempenhou um papel significativo na formação de suas identidades, uma vez que tiveram que se adaptar à carência de redes de apoio social. 60% (n = 12) das participantes relataram ter passado por uma exposição precoce ao consumo e dependência de álcool entre seus familiares, fatores conectados com abuso e violência dentro de casa. 45% (n = 9) das participantes apontaram que os hábitos de consumo de álcool de seus parceiros românticos e sexuais tiveram forte impacto sobre seus próprios hábitos de consumo. 40% (n = 8) das participantes declararam que a bebida era um meio de lidar com padrões abusivos em seus relacionamentos homoafetivos e relataram que a entrada na cena <i>queer</i> feminina depende do comparecimento a bares gays e eventos sociais nos quais o consumo de álcool é encorajado.

Referência	Transtornos avaliados	Resultados
15. English et al. (2020)	Depressão	96,2% dos participantes relataram ter tido um parceiro sexual negro nos últimos 12 meses. Dentre esses, 19,6% relataram também ter tido um parceiro sexual branco nos últimos 12 meses. 88,8% dos participantes relataram não ter sofrido discriminação racial ou sexual no ano anterior à pesquisa (taxas relativamente altas de atividade sexual com homens negros e taxas mais baixas de atividade sexual com homens brancos). 12,5% dos participantes (homens gays negros) relataram também ter tido um parceiro sexual latino. 6,4% dos participantes relataram ter tido um parceiro sexual de outras raças/etnias (americanos nativos, asiáticos e outras etnias especificadas). A discriminação sexual e a discriminação racial mostraram-se positivamente associadas à exclusividade sexual negra ($\beta = 0,21$; erro padrão = 0,06; $p < 0,001$). Contudo, a exclusividade sexual negra não se mostrou significativamente associada ao efeito principal da discriminação ($\beta = -0,001$; erro padrão = 0,16; $p = 0,99$), nem à interação entre discriminação e atribuição de identidade sexual ($\beta = -0,27$; erro padrão = 0,21; $p = 0,21$). A exclusividade sexual dos negros mostrou-se associada a menores chances de discriminação racial sexual ($\beta = -0,25$; erro padrão = 0,02; $p < 0,001$) e a sintomas depressivos ($\beta = 0,16$; erro padrão = 0,06; $p < 0,01$).
16. Fox et al. (2020)	Depressão, ansiedade, autolesão não suicida, ideação suicida e tentativa de suicídio	Por meio dos instrumentos <i>Transgender Congruence Scale</i> e Escala CESD, o estudo verificou que minorias sexuais ($B = 3,75$; IC 95% [2,21– 5,30]) ou de gênero ($B = 8,81$; IC 95% [7,44 – 10,18]) apresentaram mais sintomas depressivos do que os participantes heterossexuais cisgêneros. Por meio do instrumento <i>Suicidal Behavior Questionnaire</i>, os índices de automutilação não-suicida mostraram-se maiores entre as minorias sexuais (OR = 2,25; IC 95% [1,68 – 3,02]) ou de gênero (OR = 5,44; IC 95% [4,12 – 7,19]). Comparados aos participantes heterossexuais cisgêneros, os pertencentes a uma minoria sexual ou de gênero foram mais propensos a relatar tentativas de suicídio (OR = 1,92; IC 95% 1,41 – 2,63; OR = 2,87; IC 95% 2,18 – 3,80, respectivamente). Os participantes pertencentes a uma minoria sexual apresentaram, em média, 5 sintomas depressivos a menos que os participantes pertencentes a uma minoria de gênero, e foram 59% menos propensos a relatar ideação suicida e 33% menos propensos a relatar tentativas de suicídio. Os dados obtidos por meio dos instrumentos <i>Transgender Congruence Scale</i> e Escala CESD mostraram que os participantes negros, pertencentes tanto à minoria de gênero quanto à sexual, apresentaram menos sintomas depressivos do que brancos heterossexuais cisgêneros ($B = -6,38$; IC 95% -12,50 -0,25; $B = -8,40$; IC 95% -14,63 -2,16, respectivamente). Similarmente, participantes negros pertencentes à minoria de gênero ou sexual apresentaram menores índices de automutilação não-suicida (OR = 0,14; IC 95% 0,04 – 0,49 e OR = 0,12; IC 95% 0,03 – 0,45, respectivamente). Os participantes negros pertencentes a uma minoria sexual mostraram-se menos propensos a relatar ideação suicida ao longo da vida (OR = 0,16; IC 95% 0,04 – 0,59) e menos propensos a relatar tentativas de suicídio ao longo da vida (OR = 0,23; IC 95% 0,07 - 0,75) em comparação com o grupo de brancos heterossexuais.

Referência	Transtornos avaliados	Resultados
17. Kipke et al. (2020)	Depressão, ansiedade, somatização, comportamento auto lesivo, insônia, ideação e tentativa de suicídio, abuso de álcool ou drogas	88% (n = 392) dos participantes relataram consumo de álcool. 87% (n = 390) dos participantes relataram já ter sofrido racismo. 76% (n = 339) dos participantes relataram já ter sofrido homofobia. 72% (n = 321) dos participantes relataram consumo de maconha. 56% (n = 249) dos participantes relataram preocupação com a saúde. 46% (n = 204) dos participantes relataram consumir tabaco. 45% (n = 202) dos participantes precisaram de serviços de saúde mental no ano anterior à pesquisa. 41% (n = 180) dos participantes testaram positivo para o uso de uma ou mais drogas. 33% (n = 146) dos participantes relataram ter alguma condição crônica de saúde. 31% (n = 139) dos participantes relataram alguma condição de saúde mental. 26% (n = 113) relataram já ter se envolvido em comportamentos autolesivos. 17% (n = 4) relataram ideação suicida ou tentativa de suicídio.
18. Layland et al. (2020)	Tentativas de suicídio	Em todos os grupos raciais/étnicos, a relação entre discriminação sexual e tentativas de suicídio nos 5 anos anteriores à pesquisa foi mais forte entre aqueles com idade entre 18 e 25 anos. Adultos brancos de minoria sexual, com idades entre 18 e 25 anos, que relataram discriminação sexual, apresentaram 3,60 vezes mais chances de tentativas de suicídio (IC 95%: 1,56–8,29), em comparação com adultos brancos de minoria sexual na mesma faixa etária que não sofreram discriminação. Para adultos negros e hispânicos de minoria sexual, com idades entre 18 e 25 anos, as chances de tentativas de suicídio entre aqueles que relataram discriminação foram 4,52 (IC 95%: 1,58-12,91) maiores do que para aqueles que não sofreram discriminação. Após os 25 anos, a relação entre discriminação sexual e tentativas de suicídio não foi significativa para nenhum grupo racial/étnico (resultados não mostrados no estudo).
19. Swann et al. (2020)	Ansiedade, depressão, abuso de álcool e maconha	Os participantes obtiveram pontuação média de 19,02 (DP = 7,94) na escala PROMIS para depressão (máximo=40) e uma média de 19,67 (DP = 8,11) na escala PROMIS para ansiedade (máximo=40). A pontuação média dos participantes no AUDIT foi de 3,49 (DP = 4,14) (máximo=40), com 13,1% da amostra indicando níveis médios de problemas com álcool e 1,4% níveis altos (15 ou mais). No CUDIT, a média foi de 4,76 (DP = 5,94) (máximo=32), com 13,9% da amostra apresentando níveis médios de problemas com maconha e 11,4% níveis altos (acima de 8). Os sintomas de depressão mostraram-se associados tanto à discriminação racial (B = 1,95; IC 95% [1,08 – 2,81]; p < 0,001) quanto às microagressões por orientação sexual (B = 1,11; IC 95% [0,26 – 2,04]; p = 0,011). Os sintomas de ansiedade também se mostraram associados à discriminação racial (B = 1,9; IC 95% [1,03 – 2,78]; p < 0,001) e às microagressões por orientação sexual (B = 0,99; IC 95% [0,09 – 1,88]; p = 0,031). A vitimização devido à orientação sexual (IRR* = 1,18; IC 95% [1,01 – 1,38]; p = 0,034) e a discriminação racial (IRR = 1,18; IC 95% [1,01 – 1,37]; p = 0,035) tiveram relação significativa com problemas com álcool, cada uma tendo um impacto singular, sem efeitos multiplicativos significativos. Apenas a discriminação racial mostrou relação significativa com problemas com maconha (IRR = 1,31; IC 95% [1,14 – 1,49]; p < 0,001). *IRR = Incident rate ratio
20. Mallory e Russell (2021)	Depressão, ideação suicida	Os dados obtidos com a aplicação do Inventário de Depressão de Beck e da subescala de ideação negativa do Inventário de Suicídio Positivo e Negativo mostraram que os níveis de sintomas de depressão e de ideação suicida diminuíram ao longo dos três anos de duração do estudo.

A Tabela 4 indica que os estudos que avaliaram depressão chegaram a conclusões semelhantes sobre os impactos deletérios da discriminação racial e da discriminação por orientação sexual na saúde mental de indivíduos LGBTQIA+ negros (Allen et al., 2014; Balsam et al., 2010; Bhambhani et al., 2020; Cochran & Mays, 1994; Drazdowski et al., 2016; English et al., 2020; Fox et al., 2020; Kipke et al., 2020; Mallory & Russell, 2021; Swann et al., 2020; Sutter & Perrin, 2016; Thoma & Huebner, 2013; Vu et al., 2019).

Quando os escores da Escala CESD dos participantes negros pertencentes à população LGBTQIA+ foram comparados com pesquisas realizadas com afro-americanos predominantemente heterossexuais, os participantes pertencentes simultaneamente às duas minorias relataram claramente maior sofrimento depressivo, provavelmente em decorrência da estigmatização por ser homossexual somada ao fato de pertencerem a uma minoria racial/étnica e, em alguns casos, por serem portadores de HIV. Quando as participantes eram mulheres, por pertencerem ao gênero feminino (Cochran & Mays &, 1994).

Os dados indicaram que a discriminação sexual tem um efeito aditivo à presença de estressores cotidianos, impactando a saúde mental da população LGBTQIA+ e a qualidade de vida desses indivíduos (Drazdowski et al., 2016).

Os estudos de desamparo aprendido demonstram como o contato com eventos aversivos incontroláveis resulta na aprendizagem de que as respostas do indivíduo não têm conexão com as mudanças ambientais, diminuindo a capacidade de resposta ao ambiente (Ferreira & Tourinho, 2013). O indivíduo LGBTQIA+negro é exposto, desde muito cedo e ao longo de todo seu desenvolvimento, a sucessivos eventos aversivos incontroláveis. Esses eventos podem variar desde a violência explícita até microagressões. Tais experiências de incontrolabilidade e o consequente efeito de desamparo aprendido podem levar a uma diminuição geral da atividade do indivíduo e à baixa probabilidade de emissão de respostas de solução de problemas perante novas situações aversivas, dificultando o desenvolvimento de estratégias para lidar com problemas em geral, mesmo quando a situação apresenta alternativas viáveis de solução (Ferreira & Tourinho, 2013).

A discriminação sexual somada ao racismo também se mostrou associada ao aumento da frequência do uso de drogas ilícitas (Drazdowski et al., 2016). No estudo de Cerezo et al. (2020), as participantes descreveram que beber é uma forma de lidar com o estresse, incluindo lidar com rejeição familiar, tensão, abuso enfrentado em parcerias românticas e dificuldades econômicas. Resultados semelhantes foram relatados por Kipke et al. (2020), McCabe et al. (2010), Swann et al. (2020), Souleymanov et al. (2018), Thoma e Huebner (2013) e Vu et al. (2019). Tais dados sugerem que, nesses oito estudos (40% do total dos estudos analisados), as práticas coercitivas foram associadas ao envolvimento problemático do indivíduo com substâncias ilícitas. Se, sob efeito de uma substância, o indivíduo consegue eliminar ou amenizar temporariamente uma contingência aversiva (Ferreira & Tourinho, 2013), poderíamos interpretar o uso abusivo de substâncias como um comportamento de fuga.

Nos oito estudos (Balsam et al., 2010; Cochran & Mays, 1994; Fox et al., 2020; Kipke et al., 2020; Layland et al., 2020; Mallory & Russell, 2021; Sutter & Perrin, 2016; Thoma & Huebner, 2013) em que a ideação suicida foi analisada, os resultados mostraram, de forma geral, que adultos negros LGBTQIA+ apresentaram, ao longo da vida, maior prevalência de pensamentos suicidas do que pessoas heterossexuais. Ao considerar tanto a discriminação sexual quanto a discriminação racial/étnica entre adultos negros de minorias sexuais, evidenciou-se que é a discriminação sexual que está associada à alta taxa de tentativa de suicídio (Layland et al., 2020). Talvez possamos considerar o suicídio um comportamento de fuga, uma vez que, ao extinguir a vida, também remove as consequências aversivas.

A ansiedade é definida como um o fenômeno clínico quando: (1) implica um comprometimento ocupacional do indivíduo, impedindo o andamento de suas atividades profissionais, sociais e acadêmicas; (2) envolve um grau de sofrimento considerado pelo indivíduo como significativo; e (3) as respostas de evitação e eliminação ocupam um tempo considerável do dia (Zamignani & Banaco, 2005). Nos seis estudos (Bhambhani et al., 2020; Drazdowski et al., 2016; Fox et al., 2020; Kipke et al., 2020; Swann et al., 2020; Sutter & Perrin, 2016) que avaliaram ansiedade em pessoas negras LGBTQIA+, constatou-se que

esses participantes relataram mais sintomas de ansiedade, apresentavam mais comportamentos antissociais e relataram menos enfrentamento do que seus pares não pertencentes a essas minorias.

Entre os sete estudos que avaliaram o estresse, Kipke et al. (2020) mostraram que gays negros com baixos níveis de estresse ao longo do tempo relataram menos problemas de saúde, perceberam mais apoio social e foram mais propensos a concluir o ensino médio do que aqueles com maiores níveis de estresse ao longo do tempo. De outra parte, destaca-se o trabalho de Wilson et al. (2016), que teve como objetivo examinar diferentes perfis de resiliência e compará-los em termos de sofrimento psicológico, saúde mental e outros fatores psicossociais. O estudo definiu resiliência como um processo que permite que homens jovens adultos negros, gays ou bissexuais alcancem resultados psicossociais positivos diante de condições adversas. Os autores consideraram fatores como autoeficácia, resistência e adaptação, e apoio social podem ser importantes para o desenvolvimento da resiliência da amostra estudada e buscaram comparar diferentes perfis de resiliência para entender como cada um está associado ao sofrimento psicológico, à saúde mental, aos vínculos afetivos, à homofobia internalizada e ao familismo dos participantes. A pesquisa identificou quatro perfis de resiliência: perfil 1 - baixa autoeficácia e baixa resistência e adaptação, perfil 2 - baixo apoio dos pares e dos pais, perfil 3 - alto apoio dos pares, mas baixo apoio paterno e perfil 4 - alto apoio paterno e materno, autoeficácia, e resistência e adaptação. Os dados revelaram diferenças claras entre os perfis, com o perfil 4 aparecendo como o mais resiliente, seguido pelos perfis 3, 2 e 1, nessa ordem. No entanto, as diferenças de pontuação nas variáveis psicossociais entre os perfis 2, 3 e 4 foram, muitas vezes, estatisticamente insignificantes. O contraste mais marcado e estatisticamente significativo foi observado na comparação entre os membros do perfil 1 e os dos outros perfis. Os participantes que se enquadraram no perfil 1 tiveram uma pontuação marcadamente maior do que a média dos outros grupos nas escalas K10 e BSI que avaliam o estresse psicológico, como sintomas de ansiedade ou sintomas depressivos (21,68 contra 15,91; $p < 0,01$ e médias 5,05 contra 2,27; $p < 0,01$), indicando que esse grupo apresenta, em geral, maiores níveis de sofrimento psicológico e

níveis mais baixos de saúde mental. Os resultados sugerem que a autoeficácia, a resistência e adaptação desempenham um papel mais importante no desenvolvimento da resiliência do que o apoio social, visto que os grupos 2, 3 e 4, com níveis de apoio social bastante distintos, tiveram resultados similares nos níveis de resiliência, saúde mental e sofrimento psicológico. Os resultados também mostram que a resiliência é um construto multidimensional, permitindo o surgimento de diferentes padrões de resiliência entre homens jovens adultos negros, gays ou bissexuais (Wilson et al., 2016).

Segundo Bhambhani et al. (2020) a resiliência e/ou flexibilidade psicológica protegem a população LGBTQIA+ negra dos efeitos do racismo, ou seja, a discriminação, seja por raça ou orientação sexual, gera sofrimento psicológico (depressão, ansiedade e estresse), porém aqueles que têm maior flexibilidade psicológica não experimentam os efeitos negativos da discriminação tão fortemente quanto aqueles que têm menor flexibilidade psicológica. Podemos dizer que, sob a perspectiva da análise do comportamento, flexibilidade psicológica/resiliência pode ser definida como um condicionamento de uma resposta na presença de um estímulo, a qual pode ser extinta na presença de outro, por exemplo, beijar seu parceiro na presença de outras pessoas LGBTQIA+, e não beijar seu parceiro na presença de outras pessoas que não pertençam a esse grupo.

Em geral, uma resposta é mais efetiva para produzir reforçadores em determinadas ocasiões e menos em outras. A ocasião na qual a resposta obteve maior sucesso em produzir reforçadores, frequentemente, adquire função de estímulo discriminativo. Esse estímulo, quando presente, aumenta momentaneamente a probabilidade de emissão daquela resposta (Skinner, 2000).

Balsam et al. (2011) desenvolveram uma ferramenta para avaliar as experiências únicas associadas à somatória do racismo e do heterossexismo (Escala de Microagressões de LGBTQIA+ negras – [*LGBT People of Color Microaggressions Scale - LGBT-PCMS*]). A pesquisa envolveu 259 adultos negros LGBTQIA+ e mostrou que homens pontuaram mais do que mulheres ($t(259) = 2,19; p = 0,03$); lésbicas e homens gays pontuaram mais do que mulheres e homens bissexuais ($t(225) = 2,17; p = 0,03$); e asiáticos-americanos pontuaram

mais do que afro-americanos e latinos ($F(2, 159) = 3,05; p = 0,05$), notavelmente na escala de racismo em namoro ($F(2, 159) = 3,19; p = 0,04$), indicando que o heterossexismo em comunidades de minorias raciais ou étnicas é prejudicial à saúde mental de pessoas. Os autores sugeriram que as microagressões têm aparente sutileza, o que dificulta o seu reconhecimento. Muitas vezes, quem sofre a agressão fica em dúvida se está exagerando ou não, mas a sua repetição marca profundamente o indivíduo, principalmente aquele “visto” como diferente (pessoas com deficiência, obesos, mulheres, negros e LGBTQIA+) (Sue et al., 2007).

No estudo de Balsam et al. (2011), três classes principais de microagressões foram identificadas – microassaltos, microinsultos e microinvalidação –, sendo que cada uma mostrou ter implicações para a saúde mental e física da vítima.

Nos vinte estudos analisados, denominações diferentes foram utilizadas pelos autores ao se referirem ao racismo ou à LGBTQIA+fobia, dentre elas destacam-se: estigmatização, homofobia, racismo, preconceito, discriminação, abuso emocional, físico e sexual, objetificação sexual e microagressões. Apesar das diferentes topografias, essas práticas sociais parecem compartilhar a mesma função de coerção dirigida aos negros que pertencem às minorias sexuais e de gênero. Embora os estudos revistos tenham abordado diferentes amostras (em termos do número de participantes e em relação às variáveis idade, sexo e gênero) e utilizado diferentes instrumentos, os dados obtidos indicaram que tanto o racismo quanto a LGBTQIA+fobia apresentaram impacto negativo sobre a saúde mental dos participantes, principalmente quando foram avaliados sintomas de depressão e ansiedade (Allen et al., 2014; Balsam et al., 2010; Balsam et al., 2011; Bhambhani et al., 2020; Cochran & Mays, 1994; Drazdowski et al., 2016; English et al., 2020; Fox et al., 2020; Kipke et al., 2020; Mallory & Russell, 2021; Swann et al., 2020; Sutter & Perrin, 2016; Thoma & Huebner, 2013; Vu et al., 2019). Dados desta revisão são semelhantes aos encontrados por Paveltchuk e Borsa (2019), que verificaram a moderação da conectividade à comunidade LGBTQIA+ na relação entre homofobia internalizada e desfechos negativos de saúde mental em lésbicas, gays e bissexuais brasileiros. A homofobia internalizada pode ser definida como o preconceito

anti-LGBTQIA+ que foi internalizado por aquelas pessoas que são parte desse grupo minoritário (Williamson, 2000). A homofobia internalizada tem sido associada a baixos níveis de bem-estar, ao passo que sua diminuição se relaciona a uma melhora da saúde mental e do nível de resiliência de pessoas LGBTQIA+ (Herrick et al., 2013). Por viverem em uma sociedade onde o estigma a respeito da não-heterossexualidade tem se espalhado por décadas, é possível supor que as próprias vítimas absorvam tal estigma, afetando o modo com que se percebem (Pachankis et al., 2015). A partir disso, a homofobia internalizada pode ser considerada um estressor, uma vez que crenças negativas a respeito de si estão associadas a desfechos negativos de saúde mental (Goldin et al., 2013).

O racismo e a LGBTQIA+fobia podem ser compreendidos como práticas coercitivas que somadas aumentam seus efeitos colaterais, entre os quais é possível citar: medo, ansiedade, raiva, mágoa, ociosidade, até tentativas de buscar aliviar ou escapar desses estímulos que causam sofrimento (Skinner, 1972; Sidman, 1995). Medo e ansiedade ocorrem frequentemente associados aos comportamentos de fuga e esquiva. O contracontrole, que é uma reação do indivíduo aos eventos aversivos, também se torna provável (Sidman, 1995). Em todos os estudos analisados por esta revisão, consequências emocionais e comportamentais decorrentes do controle aversivo foram relatadas, sugerindo que o surgimento de transtornos psiquiátricos tem forte relação com a exposição prolongada às práticas coercitivas, independentemente da topografia. Esses achados corroboram a teoria do estresse de minorias que, sob a perspectiva analítico-comportamental, indica que a exposição crônica a estímulos aversivos, quando associada à impossibilidade de fuga, leva à perda de interesse pelos reforçadores e ao desamparo aprendido (Ferreira & Tourinho, 2013), sintomas críticos para o diagnóstico de depressão (APA, 2013). Temos, ainda, que o não reforçamento e os padrões de abuso e punição presentes em um ambiente não reforçador podem impedir que indivíduos de minorias de sexo e gênero aprendam soluções efetivas para situações de conflito. Além disso a história de punição e/ou abuso pode produzir desregulação emocional e aumentar a vulnerabilidade a relações abusivas. Consequentemente, indivíduos dos grupos minoritários (sexo e gênero) podem vir a

apresentar sofrimento psicológico e/ou respostas de esquiva, em parte caracterizadas por variados tipos de comportamentos impulsivos (abuso de substâncias e/ou ideação suicida) ou de risco (Souza et al., 2022).

Considerações finais

A presente pesquisa buscou revisar estudos que avaliaram como práticas culturais dirigidas a pessoas negras, cujas orientação sexual e de identidade de gênero não atendem ao padrão heterocisnormativo, somadas ao racismo podem afetar a saúde mental desses indivíduos. O método proposto para a seleção dos estudos identificou apenas vinte artigos, sendo todos publicado em língua inglesa e nenhum específico da Análise do Comportamento.

Os resultados da revisão permitiram apontar que o preconceito, a exclusão social e a violência física, verbal e psicológica vividas pela população LGBTQIA+negra têm um efeito aditivo na presença de estressores cotidianos, o que impacta a saúde mental e a qualidade de vida desses indivíduos. Esses achados estão de acordo com a Teoria do Estresse de Minoria, que explica como condições sociais – e não apenas individuais – podem levar ao adoecimento físico e psicológico. A partir da identificação das condições que provavelmente levam ao adoecimento físico e psicológico, o analista do comportamento pode entrar em cena, delinear estratégias de combate às diferentes formas de coerção, tanto dentro quanto fora da comunidade de analistas do comportamento.

Referências

As referências marcadas com asterisco indicam os estudos incluídos nesta revisão.

- Adamson, S. J., Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., Thornton, L., Kelly, B. J., & Sellman, J. D. (2010). An improved brief measure of cannabis misuse: the Cannabis Use Disorders Identification Test-Revised (CUDIT-R). *Drug and alcohol dependence*, 110(1-2), 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.02.017>
- Adamson, S. J., & Sellman, J. D. (2003). A prototype-screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and alcohol review*, 22(3), 309–315. <https://doi.org/10.1080/0959523031000154454>
- Akbar, N. (1984). Ciências Sociais Africêntricas para a Libertação Humana. Tradução Mpenzi Rocha. *Journal of Black Studien*, 14(4), 395-414.
- *Allen, V. C., Myers, H. F., & Williams, J. K. (2014). Depression among Black bisexual men with early and later life adversities. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 20(1), 128–137. <https://doi.org/10.1037/a0034128>
- Almeida, S. L. (2018). O que é racismo estrutural? Letramento.
- Almeida-Filho, N., Lessa, I., Magalhães, L., Araújo, M. J., Aquino, E., James, S. A., & Kawachi, I. (2004). Desigualdade social e transtornos depressivos na Bahia, Brasil: Interações de gênero, etnia e classe social. *Social Science & Medicine*, 59 (7), 1339–1353. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.11.037>
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Addison-Wesley.
- *Alon, L., Smith, A., Liao, C., & Schneider, J. (2019). Colorism Demonstrates Dampened Effects Among Young Black Men Who Have Sex with Men in Chicago. *Journal of the National Medical Association*, 111(4), 413–417. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2019.01.011>
- American Psychological Association. (2008). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. <http://www.apa.org/topics/lgbt/orientation.pdf>

- American Psychological Association. (2011). *Answers to your questions: About transgender people, gender identity and gender expression*, 2. <http://www.apa.org/topics/lgbt/transgender.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mental* (5ª ed.).
- American Psychiatric Association. (2010). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision* (DSM-IV-TR®).
- Arhin, A., & Thyer, B. A. (2004). The causes of racial prejudice: A behavior- analytic perspective. In J. L. Chin (Ed.), *The psychology of prejudice and discrimination: Racism in America* (pp. 1-19). Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Babor, T. F., Fuente, J. R., Saunders, J., & Grant, M. (1992). AUDIT - The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care. *PAHO*, 92(4), 1-29.
- *Balsam, K. F., Lehavot, K., Beadnell, B., & Circo, E. (2010). Childhood abuse and mental health indicators among ethnically diverse lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(4), 459–468. <https://doi.org/10.1037/a0018661>
- *Balsam, K. F., Molina, Y., Beadnell, B., Simoni, J., & Walters, K. (2011). Measuring multiple minority stress: the LGBT People of Color Microaggressions Scale. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 17(2), 163–174. <https://doi.org/10.1037/a0023244>
- Bastos, G. G., Garcia, D. A., & Sousa, L. M. A. (2017). A homofobia em discurso: Direitos Humanos em circulação. *Linguagem em (Dis)curso*, 17(1), 11-24. <https://doi.org/10.1590/1982-4017-170101-0416>.
- Bastos, J. L., Barros, A. J., Celeste, R. K., Paradies, Y., & Faerstein, E. (2014). Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. *Cadernos de saúde pública*, 30(1), 175–186. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00163812>

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II: Beck Depression Inventory Manual*. Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. Harcourt Brace & Company.
- *Bhambhani, Y., Flynn, M. K., Kellum, K. K., & Wilson, K. G. (2020). The Role of Psychological Flexibility as a Mediator Between Experienced Sexual Racism and Psychological Distress Among Men of Color Who Have Sex with Men. *Archives of sexual behavior*, 49(2), 711–720. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1269-5>
- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behavior, Research, and Therapy*, 34(8), 669-673. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00033-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00033-2)
- Benotsch, E. G., Koester, S., Luckman, D., Martin, A. M., & Cejka, A. (2011). Non-medical use of prescription drugs and sexual risk behavior in young adults. *Addict Behav.*, 36(1-2), 152-155. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.08.027>
- Benotsch, E. G., Zimmerman, R., Cathers, L., McNulty, S., Pierce, J., Heck, T., Perrin, P. B., & Snipes, D. (2013). Non-medical use of prescription drugs, polysubstance use, and mental health in transgender adults. *Drug Alcohol Depend*, 132(1-2), 391-394. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.027>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>.
- Borrillo, D. (2010). *Homofobia: história e crítica de um preconceito*. Autêntica Editora.
- Bortoloti, R., & de Rose, J. C. (2011). An “Orwellian” account of stimulus equivalence: Are some stimuli “more equivalent” than others? *European Journal of Behavior Analysis*, 12(1), 121-134. <https://doi.org/10.1080/15021149.2011.11434359>

Brasil (2010). Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*.

Brondolo, E., Kelly, K. P., Coakley, V., Gordon, T., Thompson, S., Levy, E., Cassells, A., Tobin, J. N., Sweeney, M., & Contrada, R. J. (2005). The perceived ethnic discrimination questionnaire: Development and preliminary validation of a community version. *Journal of Applied Social Psychology*, 35(2), 335-365. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2005.tb02124.x>

Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*. Artes Médicas Sul.

*Cerezo, A., Williams, C., Cummings, M., Ching, D., & Holmes, M. (2020). Minority Stress and Drinking: Connecting Race, Gender Identity and Sexual Orientation. *The Counseling Psychologist*, 48(2), 277–303. <https://doi.org/10.1177/0011000019887493>

*Cochran, S. D., & Mays, V. M. (1994). Depressive distress among homosexually active African American men and women. *The American Journal of Psychiatry*, 151(4), 524–529. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.4.524>

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>

Conselho Federal de Psicologia. (2017). *Relações Raciais: Referências Técnicas para atuação de psicólogas/os*. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/relacoes-raciais-referencias-tecnicas-para-pratica-dao-psicologao/>.

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (2022). Normativas e Orientações para uma psicologia antirracista. *PSI – Conselho Regional de Psicologia SP*, 199, 7-8. Disponível em:

https://www.crpssp.org/uploads/impresso/232353/q51_gZqfm7FAU3yQfDNV75XEzD4hGM7H.pdf

- Cooper, R., & David, R. (1986). The biological concept of race and its application to public health and epidemiology. *Journal of health politics, policy and law*, 11(1), 97–116. <https://doi.org/10.1215/03616878-11-1-97>
- Costa, A. B., & Nardi, H. C. (2015). Homofobia e preconceito contra diversidade sexual: debate conceitual. *Temas em Psicologia*, 23(3), 715-726. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2015.3-15>
- Currie, M. R., Cunningham, E. G., Findlay, B. M. (2004). The Short Internalized Homonegativity Scale: Examination of the factorial structure of a new measure of internalized homophobia. *Educational and Psychological Measurement*, 64(6), 1053-1067. <https://doi.org/10.1177/0013164404264845>
- D'Augelli, A. R., Hershberger, S. L., & Pilkington, N. W. (1998). Lesbian, gay, and bisexual youth and their families: disclosure of sexual orientation and its consequences. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 68(3), 361–375. <https://doi.org/10.1037/h0080345>
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI Brief Symptom Inventory: Administration, Scoring, and Procedure Manual*, 4th Edition. National Computer Systems.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1–15. <http://dx.doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- *Drazdowski, T. K., Perrin, P. B., Trujillo, M., Sutter, M., Benotsch, E. G., & Snipes, D. J. (2016). Structural equation modeling of the effects of racism, LGBTQ discrimination, and internalized oppression on illicit drug use in LGBTQ people of color. *Drug and alcohol dependence*, 159, 255–262. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.029>
- *English, D., Hickson, D. A., Callander, D., Goodman, M. S., & Duncan, D. T. (2020). Racial Discrimination, Sexual Partner Race/Ethnicity, and Depressive Symptoms Among

- Black Sexual Minority Men. *Archives of sexual behavior*, 49(5), 1799–1809.
<https://doi.org/10.1007/s10508-020-01647-5>
- Evans, A. B. (2011). *The Relation of Gender to Racial Discrimination Experiences and Achievement among Black College Students*. [Tese de doutorado, University of Michigan]. Disponível em:
https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/89778/ashleye_1.pdf?sequence=1
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252(14), 1905–1907. <https://doi.org/10.1001/jama.252.14.1905>
- Faro, A., & Pereira, M. E. (2011). Raça, racismo e saúde: A desigualdade social da distribuição do estresse. *Estudos de Psicologia*, 16(3), 271-278.
<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000300009>
- Francisco, L. C. F. L., Barros, A. C., Pacheco, M. S., Nardi, A. E. & Alves, V. M. (2020). Ansiedade em minorias sexuais e de gênero: uma revisão integrativa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 69 (1), 48-56. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000255>
- Ferreira, D. C., & Tourinho, E. Z. (2013). Desamparo aprendido e incontrolabilidade: relevância para uma abordagem analítico-comportamental da depressão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(2). <https://doi.org/10.1590/S0102-37722013000200010>
- *Fox, K. R., Choukas-Bradley, S., Salk, R. H., Marshal, M. P., & Thoma, B. C. (2020). Mental health among sexual and gender minority adolescents: Examining interactions with race and ethnicity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(5), 402–415.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000486>
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.78.2.350>
- Glenn, S. S. (1991). Contingencies and Metacontingencies: Relations among Behavioral, Cultural, and Biological Evolution. In P. A. Lamal (Ed.) *Behavioral Analysis of Societies and Cultural Practices* (pp. 39-73). Hemisphere Publishing Corporation.

- Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Hahn, K., Heimberg, R., & Gross, J. J. (2013). Impact of cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder on the neural dynamics of cognitive reappraisal of negative self-beliefs: randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 70(10), 1048–1056. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.234>
- Goodman A. H. (2000). Why genes don't count (for racial differences in health). *American journal of public health*, 90(11), 1699–1702. <https://doi.org/10.2105/ajph.90.11.1699>
- Harrell, S. P. (1995). *The Racism & Life Experience Scale—Brief Version*. [Unpublished Manuscript].
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K.G., (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553–578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Herrick, A. L., Stall, R., Chmiel, J. S., Guadamuz, T. E., Penniman, T., Shoptaw, S., & Plankey, M. W. (2013). It gets better: resolution of internalized homophobia over time and associations with positive health outcomes among msm. *AIDS and Behavior*, 17(4), 1423–1430. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0392-x>
- Katz-Wise, S. L., Rosario, M., & Tsappis, M. (2016). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth and Family Acceptance. *Pediatric clinics of North America*, 63(6), 1011–1025. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.005>
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L. T., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to minor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959–976. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006074>
- *Kipke, M. D., Kubicek, K., Akinyemi, I. C., Hawkins, W., Belzer, M., Bhandari, S., & Bray, B. (2020). The Healthy Young Men's Cohort: Health, Stress, and Risk Profile of Black and

- Latino Young Men Who Have Sex with Men (YMSM). *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 97(5), 653–667.
<https://doi.org/10.1007/s11524-019-00398-6>
- Kohlenberg, B., Hayes, S., & Hayes, L. (1991). The transfer of contextual control over equivalence classes through equivalence classes: A possible model of social stereotyping. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 56(3), 505–518.
<https://doi.org/10.1901/jeab.1991.56-505>
- Kozee, H. B., Tylka T. L., & Bauerband, L. A. (2012). Measuring transgender individuals' comfort with gender identity and appearance: Development and validation of the transgender congruence scale. *Psychology of Women Quarterly*, 36(2), 179–196.
<https://doi.org/10.1177/0361684312442161>
- Landrine, H., & Klonoff, E. A. (1996). The Schedule of Racist Events: A Measure of Racial Discrimination and a Study of Its Negative Physical and Mental Health Consequences. *Journal of Black Psychology*, 22(2), 144–168.
<https://doi.org/10.1177/00957984960222002>
- *Layland, E. K., Exten, C., Mallory, A. B., Williams, N. D., & Fish, J. N. (2020). Suicide Attempt Rates and Associations with Discrimination Are Greatest in Early Adulthood for Sexual Minority Adults Across Diverse Racial and Ethnic Groups. *LGBT Health*, 7(8), 439–447. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0142>
- Linehan, M. M. (1996). *The Suicide Behaviors Questionnaire*. SBQ.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- *Mallory, A. B., & Russell, S. T. (2021). Intersections of Racial Discrimination and LGB Victimization for Mental Health: A Prospective Study of Sexual Minority Youth of Color. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(7), 1353–1368. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01443-x>

- Mason, D. (1994). On the Dangers of Disconnecting Race and Racism. *Sociology*, 28(4), 845-858. <https://doi.org/10.1177/0038038594028004003>
- Mattaini, M. (1996). Envisioning cultural practices. *The Behavior Analyst*, 19(2), 257-272. <https://doi.org/10.1007/BF03393168>
- *McCabe, S. E., Bostwick, W. B., Hughes, T. L., West, B. T., & Boyd, C. J. (2010). The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American journal of public health*, 100(10), 1946–1952. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.163147>
- 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., Frost, D. M., Narvaez, R., & Dietrich, J. H. (2006). *Project stride methodology and technical notes* [PDF document]. Disponível em: <http://www.columbia.edu/~im15/method/stridemethod.pdf>
- Mizael, T. M., Santos, S. & de Rose, J. (2016). Contribuições do paradigma de equivalência de estímulos para o estudo das atitudes. *Revista Interação em Psicologia*. 20. 124-134. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v20i2.46278>
- Mizael, T. M., & Sampaio, A. A. S. (2019). Racismo Institucional: Aspectos Comportamentais e Culturais da Abordagem Policial [Institutional Racism: Behavioral and Cultural Aspects of the Police Approach]. *Acta Comportamental*, 27(2), 215-231.
- Muehlenkamp, J. J., Gutierrez, P. M., Osman, A., & Barrios, F. X. (2005). Validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory in a Diverse Sample of Young Adults. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 431–445. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v20i2.46278>
- Nardi, P. M., & Bolton, R. (1991). "Gay-bashing": Violence and aggression against gay men and lesbians. *Advances in Psychology*, 76, 349-400. [https://doi.org/10.1016/S0166-4115\(08\)61062-6](https://doi.org/10.1016/S0166-4115(08)61062-6)

- O'Brien, J. (2001). Heterosexism and homophobia. In N. J. Smelser, & P. B. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 6672-6676). Elsevier.
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A., & Parsons, J. T. (2015). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 875-889.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000037>
- Pachankis, J. E., & Safren, S. A. (2019). Adapting evidence-based practice for sexual and gender minorities: The current state and future promise of scientific and affirmative treatment approaches. In J. E. Pachankis & S. A. Safren (Eds.), *Handbook of evidence-based mental health Practice with Sexual and Gender Minorities* (pp. 3-24). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190669300.003.0001>
- Pavot, L., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164 –172. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>
- Paveltchuk, F. O., & Borsa, J. C. (2019). Homofobia internalizada, conectividade comunitária e saúde mental em uma amostra de LGB brasileiros. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 37 (1), 47–61.
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6155>
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2–21. <http://doi.org/10.2307/2136319>
- Pedra, C. B. (2018). Direitos LGBT: A LGBTfobia estrutural na arena jurídica. [Dissertação de mestrado, UFMG]. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-BAMK3R/1/disserta_o_caio_pedra_vers_o_final.pdf
- Pilkonis, P. A., Choi, S. W., Reise, S. P., Stover, A. M., Riley, W. T., Cella, D., & PROMIS Cooperative Group (2011). Item banks for measuring emotional distress from the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®):

- depression, anxiety, and anger. *Assessment*, 18(3), 263–283.
<https://doi.org/10.1177/1073191111411667>
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1–24. <http://doi.org/10.1007/BF00898416>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements*, 1(3), 385-401.
<https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Ramos, M. M., & Nicoli, P. A. G. (2016). O que é LGBTfobia? In: M. M. Ramos, P. A. G. Nicoli, & P. R. G. Brêner (Orgs.). *Gênero, sexualidade e direito: uma introdução* (pp. 183-192). Initia Via.
- Reis, T. (2018). *Manual de Comunicação LGBTI+*. Aliança Nacional LGBTI/GayLatino. ISBN: 978-85-66278-11-8
- Schucman, L. V. (2014). Sim, nós somos racistas: Estudo psicossocial da branquitude paulistana. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 83-94. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100010>
- Sidman, M. (1994). *Equivalence relations and behavior: A research story*. Authors Cooperative.
- Sidman, M. (1995). Coerção e suas implicações. (Tradução de Maria Amália Pie Abib Andery e Tereza Maria de Azevedo Pires Sério). Editorial Psy. (Originalmente publicado em 1989)
- Sidman, M., & Tailby, W. (1982). Conditional discrimination vs. matching to sample: An expansion of the testing paradigm. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37(1), 5–22. <http://doi:10.1901/jeab.1982.37-5>
- Skinner, B. F. (1972). *Tecnologia do ensino*. Trad. Rodolpho Azzi. Herder, Ed. da Universidade de São Paulo.
- Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213 (4507), 501–504. <https://doi.org/10.1126/science.7244649>

- Skinner, B. F. (1984). Contingências de reforço: uma análise teórica. (Tradução de R. Moreno). In V. Civita (Org.), *Os pensadores: Pavlov Skinner*. Editora Abril. (Originalmente publicado em 1969)
- Skinner, B. F. (2000). *Ciência e Comportamento Humano* (Tradução de João Claudio Todorov e Rodolfo Azzi). Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1953)
- Smolen, J. R., & Araújo, E. M. (2017). Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12), 4021-4030. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>
- Souza, J. F. (2019). A Análise do Comportamento e a Intersexualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(spe3), 129-134. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003229830>
- Souza, J. S., Marques, J. M., Scanavino, M. T., Zamignani, D. R., & Costa, A. B. (2022). Desfechos negativos em saúde mental de minorias de sexo e de gênero: uma análise comportamental a partir da teoria do estresse de minorias. *Perspectivas em Análise Do Comportamento*, 13(1), 069–085. <https://doi.org/10.18761/DH027.mart22>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Steidel, A. G. L., & Contreras, J. M. (2003). A new familism scale for use with Latino populations. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 25(3), 312–330. <https://doi.org/10.1177/0739986303256912>
- *Souleymanov, R., Brennan, D. J., George, C., Utama, R., & Ceranto, A. (2018). Experiences of racism, sexual objectification and alcohol use among gay and bisexual men of colour. *Ethnicity & health*, 25(4), 525–541. <https://doi.org/10.1080/13557858.2018.1439895>
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice. *The American Psychologist*, 62(4), 271–286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>

- *Sutter, M., & Perrin, P. B. (2016). Discrimination, mental health, and suicidal ideation among LGBTQ people of color. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 98–105. <https://doi.org/10.1037/cou0000126>
- *Swann, G., Stephens, J., Newcomb, M. E., & Whitton, S. W. (2020). Effects of sexual/gender minority and race-based enacted stigma on mental health and substance use in female assigned at birth sexual minority youth. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 26(2), 239–249. <https://doi.org/10.1037/cdp0000292>
- Szymanski, D. M. (2006). Does internalized heterosexism moderate the link between heterosexual events and lesbians' psychological distress? *Sex Roles*, 54, 227–234. <https://doi.org/10.1007/s11199-006-9340-4>
- Tavares, J. S. C., & Kuratani, S. M. A. (2019). Manejo Clínico das Repercussões do Racismo entre Mulheres que se “Tornaram Negras”. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e184764, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003184764>
- *Thoma, B. C., & Huebner, D. M. (2013). Health consequences of racist and antigay discrimination for multiple minority adolescents. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 19(4), 404–413. <https://doi.org/10.1037/a0031739>
- *Vu, M., Li, J., Haardörfer, R., Windle, M., & Berg, C. J. (2019). Mental health and substance use among women and men at the intersections of identities and experiences of discrimination: insights from the intersectionality framework. *BMC public health*, 19(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6430-0>
- Williamson, I. R. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research*, 15(1), 97–107. <https://doi.org/10.1093/her/15.1.97>
- *Wilson, P. A., Meyer, I. H., Antebi-Gruszka, N., Boone, M. R., Cook, S. H., & Cherenack, E. M. (2016). Profiles of Resilience and Psychosocial Outcomes among Young Black Gay and Bisexual Men. *American Journal of Community Psychology*, 57(1-2), 144–157. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12018>

- Wiseman, M. C., & Moradi, B. (2010). Body Image and Eating Disorder Symptoms in Sexual Minority men: A Test and Extension of Objectification Theory. *Journal of Counseling Psychology*, 57(2), 154–166. [https://doi.org/ 10.1037/a0018937](https://doi.org/10.1037/a0018937)
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 77–92. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v7i1.44>
- Zamora, M. H. R. N. (2012). Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24(3), 563-578. <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922012000300009>