



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA – PIBIC

**Abertura Afetivo-sexual e Vivência do Preconceito Homofóbico na
População LGB**

Área do conhecimento: Ciências Humanas
Subárea do conhecimento: Psicologia
Especialidade do conhecimento: Sexualidade e Gênero

Relatório Final
Período da bolsa: de agosto/2017 a julho/2018

Este projeto é desenvolvido com bolsa de iniciação científica

PIBIC/CNPq

Orientador: Elder Cerqueira Santos
Autor: Amanda Silvestre Santos Gonçalves

SUMÁRIO

- 1. Introdução**
- 2. Objetivos**
- 3. Metodologia**
- 4. Resultados e discussões**
- 5. Conclusões**
- 6. Perspectivas**
- 7. Referências bibliográficas**
- 8. Outras atividades**

1. Introdução

As relações não-heterossexuais sempre estiveram presentes nas diferentes culturas, sendo perceptível uma alternância entre aceitação e repulsa (Albuquerque, Garcia, Alves, Queiroz, & Adami, 2013). Hoje, é observada a hegemonia do padrão heteronormativo, caracterizado pela naturalização e normatização de relações sexuais entre gêneros binários e opostos (masculino e feminino), sendo o gênero entendido nesta lógica dominante como sinônimo de sexo biológico (macho e fêmea). Os indivíduos que violam tais normas tornam-se alvos de perseguições, punições e ridicularizações (Bell & Perry, 2015), como no caso de gays, lésbicas e bissexuais. Quando essas atitudes hostis ocorrem unicamente em razão de a vítima pertencer a esse grupo desviante, caracterizam o preconceito contra a diversidade sexual (Costa & Nardi, 2015).

Recentemente, estudos evidenciam que o preconceito, o estigma sexual e a discriminação contribuem para a maior prevalência de transtornos mentais entre gays, lésbicas e bissexuais, tornando esse grupo vulnerável a problemas de saúde mental como depressão, estresse, ansiedade, ideação e tentativa de suicídio (D'Augelli, 2002; Dunn, Gonzalez, Costa, Nardi, & Iantaffi, 2014). Estudos empíricos apontam chance duas vezes maior de indivíduos LGBT que sofreram alguma forma de preconceito desenvolverem transtornos mentais em relação a suas contrapartes que não foram expostas a essa experiência (Bostwick *et. al.*, 2014). Tais estudos explicam que a relação entre orientação sexual e transtornos mentais não é direta, mas ocasionada pela vivência de violências por parte desta população.

O termo *outness* tem sido apontado como um importante constructo na compreensão da interação entre os fatores que compõem o estresse sofrido por essa minoria populacional. Tal constructo refere-se à abertura do indivíduo LGBT quanto a sua sexualidade aos diversos grupos dos quais participa e engloba a dissimulação e a divulgação da própria sexualidade por esses indivíduos (Meidlinger & Hope, 2014).

Diversos estudos relacionam essa abertura acerca da sexualidade, *outness*, a problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade (Frost et al.,

2007; Pachankis & Bernstein, 2012). Ao longo do tempo, o papel desempenhado por essa relação tem sofrido alterações, com estudos mais antigos apontando que uma maior abertura seria responsável por uma pior saúde mental e estudos dos últimos anos indicando uma melhor saúde física e mental para os indivíduos com maior *outness* (Meidlinger & Hope, 2014).

Além dos transtornos mentais, o tratamento depreciativo sofrido por indivíduos LGBT pode afetar a capacidade de regulação emocional, que é a habilidade de o indivíduo modificar um estado emocional objetivando promover uma atividade desejada (Thompson, 1994). Isso envolve selecionar, atender e avaliar estímulos emocionais que ativam o indivíduo e desencadeiam respostas fisiológicas e comportamentais que, então, são reguladas de acordo com objetivos específicos (Shaw, Stringaris, Nigg, & Leibenluft, 2014). Por diversas razões, frequentemente esses objetivos são bloqueados, acarretando uma resposta emocional caracterizada por frustração (Leibenluft, 2011). Apesar de a frustração ser uma parte normal da vida de todos, as condições que a geram em um grupo vulnerável como o LGBT podem resultar em dificuldade de regular emoções por parte desses indivíduos, ocorrendo quando os processos normais de seleção, atenção, avaliação e/ou controle emocional são prejudicados, ocasionando a permanência de um estado emocional negativo, podendo gerar a ansiedade (Mayer, 2003).

A ansiedade é uma resposta natural a ameaças e envolve dimensões cognitivas, fisiológicas, emocionais e comportamentais. No entanto, quando a intensidade, a frequência e a persistência das respostas de ansiedade são exageradas, gerando sofrimento e prejuízos significativos à vida, caracterizam o transtorno de ansiedade (Craske, Rauch, Ursano, Prenoveau, Pine & Zinbarg, 2009), que tende a comprometer a qualidade de vida e o funcionamento psicossocial (Mendlowicz & Stein, 2000). Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade está a exposição à violência e discriminação (World Health Organization, 2004), que agem diretamente no bem-estar psicossocial do indivíduo.

Desde a infância e a adolescência, diversos problemas psiquiátricos, entre eles transtornos de ansiedade, têm sido associados a déficits na percepção de emoções em expressões faciais (Jarros et al., 2012). A ansiedade afeta a capacidade de identificar emoções expressas na face de outras pessoas, que é essencial para bons relacionamentos sociais, já que tais emoções são pistas para interpretar o comportamento do outro e, conseqüentemente, para a tomada de decisão quanto às ações sociais (Penton-Voak et al., 2013). Estados de humor negativos como resultado da tendência a interpretar informações ambíguas como negativas (viés de atribuição hostil) têm sido demonstrados em estudos recentes. (Dodge, 1993).

Estudos experimentais recentes, ao testar intervenções de treinamento cognitivo de percepção de emoções ambíguas como positivas, demonstraram evidências preliminares de efeitos significativos para promoção de afetos positivos (Penton-Voak et al., 2012) e redução no autorrelato de raiva (Penton-Voak et al., 2013). Foi utilizado pelos autores um experimento computadorizado para modificação da percepção de emoções ambíguas como negativas para positivas, sendo notada uma mudança significativa dessa percepção como negativas para positivas e redução, embora não estatisticamente significativa, dos sintomas de depressão e afetos negativos em comparação ao grupo controle (Penton-Voak et al., 2012). Já em outro estudo, Penton-Voak et al. (2013), utilizando o mesmo experimento, demonstraram maior modificação no viés de percepção de faces ambíguas como negativas para positivas em relação ao grupo controle e também uma redução significativa nos escores do estado de raiva.

2. Objetivos

O presente estudo tem como objetivo, em sua etapa de avaliação, investigar a associação entre a tendência a interpretar emoções ambíguas como negativas ao invés de positivas (viés de atribuição hostil) e sintomas de ansiedade e afetos positivos e negativos em uma amostra de indivíduos não-heterossexuais, lésbicas, gays e bissexuais.

Neste plano de trabalho são analisadas as variáveis abertura (*outness*), ansiedade, através da *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale* (Norman et al., 2006), e os espectros interno e externo da homofobia, utilizando a Escala de Homofobia Internalizada (Pereira & Leal, 2005).

3. Metodologia

Participantes

Participaram desta etapa do estudo 43 indivíduos não-heterossexuais, ou seja, lésbicas, gays e bissexuais, maiores de 18 anos de idade, que haviam participado da primeira fase da pesquisa ou que foram indicados por outros participantes do estudo.

A amostra foi convocada através de lista de e-mails fornecidos na realização da primeira etapa (questionário on-line) e através de e-mails e mensagens em redes sociais no caso das pessoas que não participaram do projeto no tempo de vigência da primeira etapa.

A fase de avaliação foi realizada nas dependências do campus de São Cristóvão da Universidade Federal de Sergipe, no Departamento de Psicologia.

Instrumento

Inicialmente, os participantes responderam um instrumento on-line composto pelos seguintes questionários:

Questionário sociodemográfico: composto por uma sequência de 17 questões formuladas para o objetivo desse estudo que buscam caracterizar sociodemograficamente os participantes através de itens como: idade, estado, gênero, escolaridade, atração romântica e física, filhos, conhecimento sobre vida afetiva e sexual (abertura) entre a família, os amigos, no trabalho e na escola, entre outras questões;

Questionário de Sexualidade: questionário criado para o presente estudo, composto por 9 questões acerca das experiências sexuais dos participantes com

itens como: idade da primeira relação, gênero do primeiro parceiro, prevenção contra ISTs, testagem de HIV, entre outros;

Escala de Homofobia Internalizada (Pereira & Leal, 2005): avalia o nível de internalização do preconceito sofrido pelos homossexuais através das dimensões de percepção interna e externa do estigma. A escala é composta por 26 itens, cada um com 5 opções de resposta que vão desde a concordância total até a discordância total com a assertiva expressa na questão;

Questionário de Saúde Geral (QSG; Damásio, Machado & Silva, 2011): visa detectar doenças psiquiátricas não-severas (não- psicóticas) e é constituído por 12 itens em que os participantes escolhem uma entre quatro opções a que melhor descreve o que sentem, gerando pontuação de 1 a 4 para cada item, havendo relação inversa entre o escore e a Saúde Geral;

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Carvalho et al., 2013; Crawford & Henry, 2004): composto por duas escalas de 10 itens que avaliam de forma independente o grau de experiência de afetos positivos (escala de afetos positivos) e negativos (escala de afetos negativos). Em cada item o indivíduo escolhe entre 5 opções a que melhor descreve a intensidade da característica analisada;

Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS; Norman et al., 2006): composta por cinco itens que avaliam frequência e intensidade de sintomas de ansiedade, bem como comportamentos de evitação e prejuízo funcional e social associados a esses sintomas. A escala avalia estes sintomas de modo dimensional e independentemente de o indivíduo ter um ou mais transtornos de ansiedade ou de não ter uma quantidade suficiente de sintomas para ser diagnosticado com algum transtorno. Cada item instrui o paciente a escolher uma dentre cinco opções que melhor descreve suas situações, gerando escores que variam de 0 a 4 para cada item e um escore final total que varia de 0 a 20.

Posteriormente, para a realização da presente fase, de avaliação, foi utilizado um experimento computacional através do programa OpenSesame, em que os participantes são apresentados a 15 imagens de faces que são repetidas 3

vezes em ordem aleatória, totalizando 45 imagens. Cada face permanece na tela por 150 ms, momento em que o participante deve julgar se a imagem representa uma expressão de felicidade ou de raiva. Entre cada imagem, é apresentada uma máscara de ruído visual com duração de 150 ms.

A partir da análise das respostas de cada participante, é realizada uma estimativa do ponto, no contínuo das 15 imagens, em que o participante julga a expressão facial como igualmente feliz ou com raiva. Posteriormente, esse ponto será utilizado para a realização da terceira fase do estudo, o treinamento, que tem como objetivo testar a eficácia do treinamento cognitivo de percepção de emoções ambíguas como positivas.

Análise de dados

Com os dados obtidos no experimento da presente etapa, foram realizadas análises descritivas, de comparação de médias e correlações, utilizando o programa SPSS (versão 23) juntamente com os dados obtidos através da primeira etapa do projeto, que consistiu em instrumento on-line.

Questões éticas

O presente projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe sob protocolo número 66073417.0.0000.5546. Os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo quando convidados para participação voluntária, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4. Resultados e discussões

A caracterização sociodemográfica da amostra, discriminada na Tabela 1, demonstra média de idade de 21,74 anos ($DP=2,536$), com máxima de 19 e mínima de 30 anos de idade, sendo a maioria dos participantes do gênero masculino (67,4%), solteira (53,5%) e agnóstica (39,5%), com número expressivo de crentes em um Deus Cristão (34,9%). A maior parte da amostra apresenta nível superior incompleto ou concluído e somente um quinto da amostra trabalha.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Características		
Idade em anos <i>M (DP)</i>		21,74 (2,536)
Idade Min-Max		19 – 30
Gênero (%)	Masculino	67,4
	Feminino	32,6
Estado civil/romântico (%)	Solteiro(a)	53,5
	Ficando	16,3
	Namorando	27,9
	Morando junto com parceiro(a)	2,3
Trabalho (%)	(Sim)	20,9
Escolaridade (%)	Médio	4,7
	Superior	95,4
Religião (%)	Nenhuma (Ateísta)	14
	Agnosticismo	39,5
	Acredita no Deus Cristão mas não segue nenhuma religião	16,3
	Católica	2,3
	Católica não praticante	16,3
	Espírita	9,3
	Outros	2,3
Renda individual mensal R\$ <i>M (DP)</i>		1.168,91 (866,483)
Renda familiar mensal <i>M (DP)</i>		3.220,08 (2361,793)

Na tabela 2, a amostra é caracterizada quanto ao comportamento sexual que apresenta através da idade do primeiro parceiro ($M=20,48$), da primeira relação sexual ($M= 17,37$) e da primeira relação homossexual ($M=18,64$). Também é analisado o gênero do primeiro parceiro e dos parceiros que já teve, os métodos para prevenção de IST utilizados e se já realizou testagem de HIV.

Tabela 2. Comportamento sexual

Características		
Idade da primeira relação sexual <i>M (DP)</i>		17,37 (4,726)
Idade do primeiro parceiro <i>M (DP)</i>		20,48 (4,641)
Idade da primeira relação homossexual <i>M (DP)</i>		18,61 (2,654)
Gênero do primeiro(a) parceiro(a) (%)	Mesmo gênero que o meu	65,1
	Gênero oposto ao meu	25,6
Gênero dos(as) parceiros(as) (%)	Mesmo gênero	60,5
	Todos os gêneros	25,6
Método de prevenção contra IST (%)	Parceiro(a) fixo	27,9
	Camisinha	79,1
	Não faz sexo oral	4,7
	Corta as unhas	14
	Sexo sem penetração	14
Testagem de HIV (%)	Sim	48,8

Quanto à saúde mental (Tabela 3), a amostra apresenta níveis moderados de ansiedade, com média 7,05 em escala com pontuação máxima de 20 pontos. No que diz respeito à homofobia, os participantes apontaram uma baixa homofobia para o espectro interno, ou seja, quanto à inconformidade em relação a sua sexualidade, a introjeção do preconceito sofrido, apresentando média de 33,37 em escala com pontuação mínima de 19 e máxima de 95. Já para o espectro externo, que diz respeito a atitudes preconceituosas vivenciadas no

cotidiano, o resultado foi considerado moderado, com média 18,93 em escala variando de 7 a 35.

Em relação à abertura dos participantes quanto a sua própria sexualidade aos grupos de família, amigos, trabalho e escola (*outness*), a média geral da amostra foi de 4,3916 ($DP=1,438$) em uma escala que varia de 1 a 5, com pontuação diretamente proporcional à abertura do indivíduo. Dessa forma, a amostra apresenta uma alta abertura, caracterizando uma boa relação de expressão dos indivíduos da amostra com os círculos sociais dos quais participa.

Tabela 3. Caracterização de variáveis de sexualidade e saúde mental

Características	M (DP)
Homofobia internalizada	33,37 (6,336)
Homofobia externalizada	18,93 (2,344)
Ansiedade	7,05 (3,664)
Abertura afetivo-sexual	4,39 (1,438)

Na Correlação Bivariada de Pearson (Tabela 4) foram analisadas as variáveis Homofobia Internalizada e Externalizada, Ansiedade e Abertura afetivo-sexual. Dentre as variáveis analisadas, foi encontrada correlação negativa extremamente significativa entre as variáveis Homofobia Internalizada e Abertura afetivo-sexual ($r = -,518$ e $p < ,001$). Indicando que essa internalização do preconceito sofrido por gays, lésbicas e bissexuais influenciam na expressão da sexualidade desses indivíduos, afetando negativamente tal expressão. Para as demais variáveis, não foram encontrados resultados significativos.

Tabela 4. Correlações entre as variáveis de saúde mental e sexualidade

		Abertura afetivo-sexual	Sintomas de Ansiedade	Homofobia internalizada	Homofobia externalizada
Abertura	r		,117	-,518**	-,143
afetivo-sexual	N		43	43	43
Sintomas de	r			,071	,108
Ansiedade	N			43	43
Homofobia	r				,120
internalizada	N				43
Homofobia	r				
externalizada	N				

Na tabela 5, são apresentados os valores do teste t para amostras independentes avaliando-se separadamente os espectros Interno e Externo de Homofobia quanto a suas pontuações nos escores de Ansiedade e Abertura afetivo-sexual. Compararam-se as médias entre os grupos de alta e baixa Homofobia em cada espectro, sendo o de baixa homofobia formado pelos participantes que se encontram abaixo do primeiro tercil da amostra na escala de Homofobia e o de alta, os que pontuaram acima do segundo tercil na escala.

Destaca-se o resultado obtido entre as médias de alta e baixa Homofobia Internalizada para o escore de Abertura, mostrando-se significativo ($t = 3,863$ e $p < ,001$), o que reforça a relação, já indicada na Tabela 4, de que a introjeção dessa homofobia sofrida afeta a abertura desses indivíduos sobre sua sexualidade nos grupos que frequenta. Para a variável Ansiedade e para a comparação das médias de Homofobia Externalizada para ambas as variáveis não foi encontrado resultado significativo.

Tabela 5. Teste t de Student para médias de amostras independentes

	Homofobia internalizada				Homofobia externalizada			
	Baixa	Alta	t de Student	p-valor	Baixa	Alta	t de Student	p-valor
Sintomas de ansiedade	6,06	7,57	-1,173	,250	6,78	8,31	-1,146	,261
Abertura afetivo-sexual	5,17	3,48	3,863	,001	4,56	4,01	1,127	,269

5. Conclusões

Os resultados obtidos nesse estudo demonstram a influência negativa que o preconceito sofrido pelos homossexuais e bissexuais tem em suas vidas, determinando a expressão dessa sexualidade em grupos sociais. Tal expressão, estando relacionada à saúde mental desses indivíduos, influenciam o bem-estar e a qualidade de vida dos mesmos. Por isso, faz-se necessário uma sociedade igualitária e com leis que assegurem os direitos desses indivíduos, combatendo o preconceito dirigido a esse grupo.

6. Perspectivas

Os resultados apresentados neste estudo mostram a necessidade de combater as variáveis prejudiciais à saúde mental de gays, lésbicas e bissexuais. E, com a realização da terceira etapa do projeto, a fase de intervenção, será possível testar o treinamento cognitivo de percepção de emoções ambíguas como positivas como uma ferramenta para redução dos problemas de saúde mental dessa população, podendo ser, posteriormente, aplicado na população geral.

7. Referências bibliográficas

Albuquerque, G. A., Garcia, C. L., Alves, M. J. H., Queiroz, C. M. H. T., & Adami, F. (2013). Homossexualidade e o direito à saúde: Um desafio para as políticas

públicas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 37(98), 516-524. doi: 10.1590/S0103-11042013000300015.

Bell, J. G., & Perry, B. (2015). Outside looking in: The community impacts of anti-lesbian, gay and bisexual hate crime. *Journal of Homosexuality*, 62(1), 98-120. doi: 10.1080/00918369.2014.957133.

Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., West, B. T., & McCabe, S. E. (2014). Discrimination and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(1), 35–45. <https://doi.org/10.1037/h0098851>.

Carvalho, H. W. de, Andreoli, S. B., Lara, D. R., Patrick, C. J., Quintana, M. I., Bressan, R. A., ... Jorge, M. R. (2013). Structural validity and reliability of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Evidence from a large Brazilian community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(2), 169–172. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-0957>.

Costa, A. B., Bandeira, D. R., & Nardi, H. C. (2015). Avaliação do preconceito contra diversidade sexual e de gênero: construção de um instrumento. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(2), 163–172. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200002>.

Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2009). What is an anxiety disorder? *Depression and Anxiety*, 26(12), 1066-1085.

Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(3), 245–265. <https://doi.org/10.1348/0144665031752934>.

D'augelli, A. R. (2002). Mental Health Problems among Lesbian, Gay, and Bisexual Youths Ages 14 to 21. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 433–456. <https://doi.org/10.1177/1359104502007003010>.

Dodge, K. A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, *44*, 559-584.

Dunn, T. L., Gonzalez, C. A., Costa, A. B., Nardi, H. C., & Iantaffi, A. (2014). Does the minority stress model generalize to a non-U.S. sample? An examination of minority stress and resilience on depressive symptomatology among sexual minority men in two urban areas of Brazil. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *1*(2), 117–131. <https://doi.org/10.1037/sgd0000032>.

Frost, D. M., Parsons, J. T., & Nanín, J. E. (2007). Stigma, concealment and symptoms of depression as explanations for sexually transmitted infections among gay men. *Journal of Health Psychology*, *12*, 636 – 640.
<http://dx.doi.org/10.1177/1359105307078170>.

Jarros, R. B., Salum, G. A., Belem da Silva, C. T., Toazza, R., Costa, M. A., Salles, J. F., & Manfro, G. G. (2012). Anxiety disorders in adolescence are associated with impaired facial expression recognition to negative valence. *Journal of Psychiatric Research*, *46*(2), 147-151.

Leibenluft, E. (2011). Severe Mood Dysregulation, Irritability, and the Diagnostic Boundaries of Bipolar Disorder in Youths. *American Journal of Psychiatry*, *168*(2), 129–142. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050766>.

Mendlowicz, M.V. & Stein, M.B. (2000). Quality of Life in Individuals with Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, *157*(5), 669-682.

Meidlinger, P. C. & Hope, D. A. (2014). Differentiating Disclosure and Concealment in Measurement of Outness for Sexual Minorities: The Nebraska Outness Scale. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *1*(4), 489-497.
<http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000080>.

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>.

Norman, S. B., Hami Cissell, S., Means-Christensen, A. J., & Stein, M. B. (2006). Development and validation of an Overall Anxiety Severity And Impairment Scale

(OASIS). *Depression and Anxiety*, 23(4), 245–249.

<https://doi.org/10.1002/da.20182>.

Pachankis, J. E., & Bernstein, L. B. (2012). An etiological model of anxiety in young gay men: From early stress to public self-consciousness. *Psychology of Men & Masculinity*, 13, 107–122. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024594>.

Penton-Voak, I. S., Bate, H., Lewis, G., & Munafo, M. R. (2012). Effects of emotion perception training on mood in undergraduate students: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 201(1), 71-72.

Penton-Voak, I. S., Thomas, J., Gage, S. H., McMurrin, M., McDonald, S., Munafo, M. R. (2013). Increasing recognition of happiness in ambiguous facial expressions reduces anger and aggressive behavior. *Psychological Science*, 24(5), 688-697.

Pereira, H. M., & Leal, I. P. (2005). A identidade (homo) sexual e os seus determinantes: Implicações para a saúde. *Análise Psicológica*, 305-314.

Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276–293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.

World Health Organization, W., Department of Mental Health and Substance Abuse, Universities of Nijmegen and Maastricht, & Prevention Research Centre. (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary report*. Geneva: WHO.

8. Outras atividades

Durante a vigência do projeto, foram realizadas reuniões semanais, grupos de estudo, seminários, treinamento para utilização do software SPSS, análise de literatura e discussão de artigos relacionados ao tema do estudo.

Também, foram realizadas reuniões extraordinárias para análise dos dados obtidos na coleta.

Além disso, o trabalho foi apresentado no XI Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento e na IV Semana Acadêmica da Universidade Federal de Sergipe. Recentemente, foi enviado resumo para apresentação de trabalho na 48ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento.