

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MICHELLE LISBOA ALVES

**ORIENTAÇÃO SEXUAL E IDENTIDADE DE GÊNERO:  
A HOMOSSEXUALIDADE E SEUS REFLEXOS NA  
SAÚDE MENTAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA DE  
UMA UNIVERSIDADE SERGIPANA**

Aracaju  
2018

MICHELLE LISBOA ALVES

**ORIENTAÇÃO SEXUAL E IDENTIDADE DE GÊNERO:  
A HOMOSSEXUALIDADE E SEUS REFLEXOS NA  
SAÚDE MENTAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA DE  
UMA UNIVERSIDADE SERGIPANA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como um dos pré-requisitos para a obtenção do título de Médico.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Déborah Mônica Machado Pimentel

Aracaju  
2018

MICHELLE LISBOA ALVES

ORIENTAÇÃO SEXUAL E IDENTIDADE DE GÊNERO: A  
HOMOSSEXUALIDADE E SEUS REFLEXOS NA SAÚDE MENTAL DE  
ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE SERGIPANA

Monografia apresentada ao Curso de  
Medicina da Universidade Federal de  
Sergipe – UFS, como requisito parcial  
para obtenção do título de Médico.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Profa. Dra. Déborah Mônica Machado Pimentel  
Universidade Federal de Sergipe

Dedico este trabalho à minha namorada Joedna Portugal, por todo companheirismo e amor, pois sem ela este trabalho e muitos dos meus sonhos não se realizariam.

## AGRADECIMENTOS

Eu penei mais aqui cheguei.... Viver esse momento tão especial me fez refletir sobre os caminhos que percorri, refleti sobre os pilares que me auxiliaram em toda trajetória. Nestes pilares estão incluídos Deus, toda a minha família, a minha namorada, meus amigos e professores.

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por ser as minhas asas e me permitir alçar voos cada vez mais altos, a Ele toda minha honra e glória.

Aos meus pais MARCOS e GIL por todo amor, comprometimento e sacrifícios feitos em prol de minha formação e da minha felicidade, muitas vezes abstendo-se de coisas importantes para me ajudar nesta conquista.

À matriarca da família, minha querida vovó NIRA, que une toda a família em torno de si, transmitindo seus valores e ensinamentos. Ela é a referência de mulher na qual me espelho, é meu apoio, minha força e a inspiração para ser quem sou.

À tia GEANE, por toda preocupação, por ouvir minhas reclamações, medos e por ter me auxiliado na realização desde trabalho, por ser meu alicerce, me apoiar nos melhores e piores momentos, por me dar a segurança necessária, exercendo o papel que se comprometeu perante a Deus de ser minha segunda mãe.

Ao meu irmão, MICHELL por todo companheirismo, cumplicidade e apoio. Tenho muito orgulho do homem que você está se tornando. Sei que posso contar com você para tudo e você também pode contar comigo.

À minha namorada, JOEDNA, por estar ao meu lado desde o início, acordando de madrugada desde a época do vestibular para me ajudar a estudar, até os dias de hoje, ficando várias noites sem dormir me ajudando com este trabalho, me ajudando a formatar, criar as tabelas e em tudo mais que eu precisasse, me apoiando, me acalentando e me dando todo o suporte em todos os aspectos da minha vida.

À minha orientadora, Déborah Pimentel, agradeço pela paciência, por todos ensinamentos passados e a disponibilidade para me orientar neste trabalho, aproveito para agradecer também a DANILO (Médico formado pela UNIT que fez um trabalho com a mesma temática) por ter me dado todo suporte e tirado todas as minhas dúvidas sobre o trabalho.

E por último, mas não menos importante, aquele serzinho que é minha válvula de escape, que me ama incondicionalmente, que me alegra quando estou triste, e que esteve no meu pé em cada noite que eu passava acordada estudando, à minha princesinha BEBEL!

A todos vocês os meus sinceros agradecimentos, pois “se cheguei até aqui foi porque me apoiei no ombro dos gigantes” (Isaac Newton).

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que mais de 300 milhões de pessoas vivem com depressão no mundo. Alguns grupos específicos parecem apresentar maior prevalência desta doença quando comparados com a população geral, tais como: os alunos de medicina e a população LGBT. **OBJETIVOS:** Esse trabalho visa descobrir se há repercussões na saúde mental de estudantes de acordo com a sua orientação sexual, estimar a prevalência da população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais no curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, em Aracaju, e descobrir sinais e indícios de depressão nos participantes da pesquisa de acordo com a sua orientação sexual. **METODOLOGIA:** Estudo transversal, quantitativo, analítico, realizado na Universidade Federal de Sergipe (UFS), em Aracaju, Sergipe, de abril a agosto de 2018 com discentes de medicina que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam aos quatro questionários autoaplicáveis: demográfico, Inventário de Depressão de Beck, Escala de Avaliação do Ambiente Acadêmico Frente às Necessidades da População LGBT e a Escala de Percepção de Suporte Social. Cálculo amostral para populações finitas, com erro amostral de até 5%, nível de confiança de 95% para uma população acadêmica de 581 alunos, estimando-se que 10% deles apresentem algum tipo de sofrimento relacionado à sua orientação sexual, encontrando uma amostra mínima de 231 participantes, a amostra, entretanto, foi de 310 discentes. Os dados foram descritos por meio de frequência simples e percentual quando categórica ou média e desvio padrão quando intervalar. O teste Exato de Fisher foi utilizado para avaliar associação entre variáveis categóricas. O nível de significância adotado foi de 5% e o software utilizado foi o R Core Team 2017. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dentre os acadêmicos estudados 181 (58,4%) são do gênero masculino e 129 (41,6%) do gênero feminino (n = 129). Em relação a orientação sexual 237 (76,5%) se identificou como heterossexual, 46 (14,8%) como homossexual, 25 (8,1%) bissexual e 2 (0,6%) assexual. Quanto à estratificação de depressão segundo a orientação sexual, dentre os heterossexuais foi observado níveis mínimo de depressão em 180 (75,9%) dos acadêmicos, 37 (15,6%) com depressão leve, 20 (8,4%) com depressão moderada e nenhum com depressão grave. Já no grupo dos LGBT apresentaram níveis mínimos de depressão, 40 (54,8%), com depressão leve 23 (31,5%), com depressão moderada 9 (12,3%) e 1 (1,4%) com depressão grave (p=0,001). **CONCLUSÃO:** Ambos os grupos apresentaram níveis altos de percepção de suporte social e desconhecimento sobre políticas públicas específicas para esta

população. Diante dos resultados obtidos, é de extrema importância que haja discussões que abordem ambos os temas, sexualidade e saúde mental, objetivando oferecer suporte psicossocial para aqueles que estão sob sofrimento em ambos os grupos, entretanto, com mais enfoque no grupo em que foi observado os maiores índices de depressão.

Palavras-chave: Homossexualidade. Depressão. Saúde Mental. Estudantes de Medicina.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The World Health Organization (WHO) estimated that more than 300 million people live with depression worldwide. Some specific groups seem to show a higher prevalence of this disease when compared to the general population, such as: medical students and the LGBT population. **OBJECTIVES:** This study aims to find out if there are repercussions in students' mental health according to their sexual orientation, to estimate the prevalence of the lesbian, gay, bisexual and transgender population in the medical course of the Federal University of Sergipe, in Aracaju, and to discover signs and signs of depression in the participants according to their sexual orientation. **METHODS:** A cross - sectional, quantitative, analytical study was carried out at the Federal University of Sergipe (UFS), in Aracaju, Sergipe, from April to August 2018, with medical students who signed the Free and Informed Consent Form and answered the four self - demographic, Beck Depression Inventory, Scale of Assessment of the Academic Environment Facing the Needs of the LGBT Population and the Scale of Perception of Social Support. Sample calculation for finite populations, with a sampling error of up to 5%, a 95% confidence level for an academic population of 581 students, estimated that 10% of them present some type of suffering related to their sexual orientation, finding a minimal sample of 231 participants, the sample, however, was of 310 students. The data were described by means of simple frequency and percentage when categorical or average and standard deviation when interval. Fisher's exact test was used to evaluate association between categorical variables. **RESULTS AND DISCUSSION:** Among the students studied, 181 (58.4%) were males and 129 (41.6%) were females (n = 129). Regarding sexual orientation, 237 (76.5%) identified as heterosexual, 46 (14.8%) as homosexual, 25 (8.1%) bisexual and 2 (0.6%) asexual. As for stratification of depression according to sexual orientation, among the heterosexuals, there were minimal levels of depression in 180 (75.9%) of the academics, 37 (15.6%) with mild depression, 20 (8.4%) with depression moderate and none with severe depression. In the LGBT group, there were minimal levels of depression, 40 (54.8%), mild depression (31.5%), moderate depression (12.3%) and depression severe (p = 0.001). **CONCLUSION:** Both groups presented high levels of perception of social support and lack of knowledge about specific public policies for this population. Given the results obtained, it is extremely important that there are discussions that address both themes, sexuality and mental health, aiming to offer psychosocial support to those who are suffering in both groups, however, with more focus in the group in which the higher rates of depression.

Keywords: Homosexuality. Depression. Mental health. Students of Medicine.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Definições de termos .....	20
Tabela 2. Classificação dos antidepressivos.....	31
Tabela 3. Características demográficas .....	41
Tabela 4. Características demográficas segundo a orientação sexual .....	42
Tabela 5. Níveis de depressão segundo a orientação sexual .....	45
Tabela 6. Níveis de depressão nos alunos de medicina independente da orientação sexual ....	45
Tabela 7. Resposta dos participantes da Escala de Percepção de Suporte Social .....	46
Tabela 8. Resposta dos participantes para a Escala de Avaliação do Ambiente Acadêmico Frente às Percepções das Necessidades da População LGBT .....	47

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Prevalência da população LGBT.....43

Gráfico 2. Estratificação dos níveis de depressão de acordo com a orientação sexual .....45

## LISTA DE SIGLAS

BDI	Inventário de Depressão de Beck
CFM	Conselho Federal de Medicina
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ECA–NIMH	Estudo da Área de Captação Epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde Mental
EDM	Episódio Depressivo Maior
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PUC Pontifícia	Universidade Católica
UFS	Universidade Federal de Sergipe
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1 Orientação Sexual e Identidade de Gênero .....	17
2.1.1 Definição .....	17
2.2 Depressão .....	21
2.2.1 Definição .....	21
2.2.2 Epidemiologia .....	22
2.2.3 Fatores de Risco .....	24
2.2.4 Quadro Clínico .....	26
2.2.5 Critérios diagnósticos .....	28
2.2.6 Tratamento .....	31
2.2.7 Depressão em Homossexuais .....	33
2.2.8 Depressão em estudantes de medicina .....	34
2.2.9 Depressão em estudantes lésbicas, gays, bissexuais e transexuais de medicina .....	35
3 OBJETIVOS .....	37
4 MATERIAIS E MÉTODOS .....	38
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	40
7 CONCLUSÃO .....	49
REFERÊNCIAS .....	50
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	64
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO .....	67
APÊNDICE C – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK.....	68
APÊNDICE D – ESCALA DE AVALIAÇÃO DO AMBIENTE ACADÊMICO ACADÊMICO FRENTE ÀS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO LGBT .....	71
APÊNDICE E – ESCALA DE PERCEPÇÃO DE SUPORTE SOCIAL .....	73
APÊNDICE F – CRUZAMENTOS ENTRE O INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK E A ESCALA DE PERCEPÇÃO DE SUPORTE SOCIAL .....	74

## 1 INTRODUÇÃO

A população de lésbicas, gays, bissexuais e transgênero (LGBT) faz parte de uma minoria que está imersa em um contexto perpassado por estigma, segregação, discriminação e preconceito, por conta disso estão envoltos em diversos estressores, podendo dessa maneira, ocasionar um intenso sofrimento psíquico (SANTOS; BERNARDES, 2008). Conseqüentemente, é compreensível que haja índices mais altos de depressão nesse grupo em questão (DIETER, 2012), a literatura aponta, inclusive, que os estudantes LGBT apresentam maiores taxas de depressão e/ou tentativa de suicídio, quando comparado aos seus colegas heterossexuais, comumente esses acadêmicos tem dificuldade de falar abertamente sobre sua orientação sexual, por receio de algum tipo de represaria, preconceito ou mesmo que isso acarrete prejuízos acadêmicos por parte dos professores e colegas de curso, aumentando assim a suscetibilidade para o desenvolvimento de depressão (MELLO, [2017]; ABGLT, 2016; NATARELLI et al., 2015; CAMPOS; ALVES, 2015; UNESCO, 2013; TEIXEIRA-FILHO; RONDINI, 2012; SILVA; RYAN et al., 2009; TEIXEIRA-FILHO; MARRETTO, 2008; BURKE et al., 2001; RISDON et al., 2000).

Outro grupo que apresenta alta prevalência de depressão são os estudantes de medicina, a exposição a uma carga horaria extenuante, o estresse crônico, o convívio precoce com a dor humana, cobranças pessoais e externas, hostilidade dos professores e colegas parecem contribuir para vulnerabilidade desses alunos para doenças mentais (OLIVEIRA, 2013; AHMED I., et al, 2009; ROCHA, 2006; PEREIRA, 2005; MORO, et al.; 2005 CATALDO NETO, et al., 1998; CAVESTRO; COSTA; CHAN, 1991;).

Levando em consideração características biológicas/genéticas, o sexo biológico é classificado, de maneira geral, como masculino e feminino, no entanto, essa definição biológica não definirá, necessariamente, a identidade de gênero ou a identidade afetivo-sexual do indivíduo (ARÁN, 2006). A identidade de gênero é definida, basicamente, como à experiência interna, individual e profundamente sentida que cada pessoa tem em relação ao seu gênero, independente desta corresponder ao sexo que lhe atribuído no nascimento ou não. (INTERNATIONAL COMMISSION OF JURISTS, 2007). Já a expressão de gênero se refere a um conjunto de características que de acordo com expectativas sociais são associadas ao gênero feminino e ao gênero masculino, nesse grupo entram a forma de se vestir, uso de acessórios, aspectos físicos e comportamentais (RIBEIRO, 2018). Ao passo que a orientação

sexual é conceituada como à capacidade de experimentar uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por pessoas de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, bem como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas, que são os heterossexuais, homossexuais e bissexuais respectivamente (INTERNATIONAL COMMISSION OF JURISTS, 2007).

Tratada como a doença da sociedade moderna, a depressão é a alteração afetiva mais estudada e falada atualmente. Ela é classificada como um transtorno de humor, caracterizado por uma modificação da percepção que os sujeitos têm de si mesmo (ESTEVES; GALVAN, 2006). Academicamente, pode ser definida como uma alteração patológica, persistente e inadequada do humor, resultante da combinação de fatores individuais e fatores ambientais que são capazes de desencadear a doença em indivíduos biologicamente vulneráveis (SERRANO et al., 2018). Além de ser a condição mais comum de saúde mental encontrada entre os pacientes do setor primário, esta enfermidade apresenta uma alta prevalência e alta morbidade (WHITEFORD, BAXTER, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que mais de 300 milhões de pessoas vivem com depressão no mundo, cerca de 4,4% da população mundial e 5,8% da população brasileira, havendo uma maior prevalência desta doença entre as mulheres (OMS, 2017).

É mister destacar que o número de trabalhos que abordam o universo dos estudantes de medicina LGBT é escasso, provavelmente pela temática ainda ser revestida por tabus e preconceitos.

Diante do exposto, esse trabalho visa trazer à tona uma discussão sobre a saúde mental e a repercussão da sexualidade como possível desencadeador de depressão nos alunos LGBT vinculados ao Departamento de Medicina na Universidade Federal de Sergipe, em Aracaju.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Orientação Sexual e Identidade de Gênero

#### 2.1.1 Definição

A sexualidade é um assunto múltiplo e de conceituação difícil, uma vez que está associado a tabus e repressões, sendo, por vezes, reduzida a genitalidade e reprodução sexual, diminuindo sua real abrangência (BEARZOTI, 1993). Nesse contexto é importante compreender que o sexo biológico é apenas um dos quatro pilares que a compõem, ou seja, além deste a sexualidade também é composta por identidade de gênero, expressão de gênero e orientação sexual (RIBEIRO, 2018). Resumidamente, pode-se dizer que ela se refere a uma construção cultural sobre os prazeres e intercâmbios sociais e corporais que vão desde do erotismo, do afeto e do desejo, até noções acerca de saúde, reprodução e uso de tecnologias (ABGLT, 2010).

Levando em consideração, principalmente, a determinação biológica do sexo, há um posicionamento da heterossexualidade como referência primeira dos desejos, necessidades e valores, o que muitas vezes é responsável por um sentimento de superioridade desta em relação as outras manifestações da orientação sexual e/ou identidade de gênero (GROSSI; UZIEL; MELLO, 2017). Desse modo é importante compreender a sexualidade como parte normal e essencial do desenvolvimento humano, uma vez que esta compreensão pode servir para evitar e/ou diminuir o sofrimento das pessoas quanto descobertas de orientação sexual (ADOLESCENT, 2009).

Os conceitos sobre identidade de gênero, orientação sexual e sexo biológico, são facilmente confundidos e muitas vezes colocados na mesma caixa (SOUZA; MEGLHIORATTI, 2017). O sexo biológico é classificado, de maneira geral, como masculino e feminino levando em consideração características biológicas/genéticas, os quais podem ser determinados, inicialmente, através do exame físico das genitálias, sendo o pênis atribuído ao sexo masculino e a vagina atribuída ao sexo feminino (ARÁN, 2006), outra designação possível é intersexual que agrupa aqueles indivíduos que nascem com caracteres mesclados do sexo biológico masculino e do sexo biológico feminino (RIBEIRO, 2018). Vale ressaltar que essa definição biológica não necessariamente definirá a identidade de gênero ou a orientação sexual do indivíduo, uma vez que homens e mulheres são produtos da realidade social e não da

decorrência da anatomia dos seus corpos, em outras palavras, o sexo social pode diferir do biológico (GÊNERO, 2009; LOURO, 2003).

Para alguns autores a determinação do sexo abrange uma pluralidade de fatores de ordem física, psíquica e social, sendo que na maioria das vezes há uma integração dos três sexos parciais: o sexo biológico, o sexo psíquico e o sexo civil (CHOERI, 2004).

Complementando e problematizando o conceito do sexo biológico já existente, em 1970 foi formulado o conceito de gênero, através de influências do movimento feminista, em que esse conceito distingue a dimensão biológica da dimensão social, levando em consideração que a maneira de ser homem e de ser mulher é realizada pela cultura. Nesse contexto, gênero significa que homens e mulheres são produtos da realidade social e não decorrência da anatomia de seus corpos (GÊNERO, 2009).

De acordo com os princípios de Yogyakarta a identidade de gênero é definida como à experiência interna, individual e profundamente sentida que cada pessoa tem em relação a seu gênero, independente desta corresponder ao sexo que lhe atribuído no nascimento ou não, incluindo-se aí o sentimento pessoal do corpo que pode envolver por livre escolha a modificação da aparência ou função corporal por meio de tratamentos médicos, cirúrgicos ou outros, e outras expressões de gênero, inclusive o modo de vestir, o modo de falar e certos maneirismos (INTERNATIONAL COMMISSION OF JURISTS, 2007). Uma definição mais simples é a dada por Ribeiro (2018), conceituando identidade de gênero como o modo no qual o indivíduo se identifica, isto é, como a pessoa se reconhece: homem, mulher, ambos ou nenhum dos gêneros. O que determina essa identidade, segundo o autor, é a maneira como a pessoa se sente e se percebe.

Em relação as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento, elas são normalmente denominadas como cisgênero, ou cis, já aquelas que não se identificam com o gênero que lhes foi determinado, são denominadas como transgênero ou trans, aos que ultrapassam e fogem dos papéis sociais que são atribuídos aos gêneros e não se identificam como masculino e feminino são conceituados como não binários (JESUS, 2018).

A expressão de gênero refere-se a um conjunto de características que de acordo com expectativas sociais são associadas ao gênero feminino e ao gênero masculino, nesse grupo entram a forma de se vestir, uso de acessórios, aspectos físicos e comportamentais. Fica evidente que estas associações são fortemente determinadas pela cultura em que a pessoa vive, por exemplo, no Brasil não é comum homens usarem saia, ao passo que na Escócia é comum (RIBEIRO, 2018).

Já orientação sexual é definida segundo os princípios de Yogyakarta como à capacidade de experimentar uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por pessoas de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, bem como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas (INTERNATIONAL COMMISSION OF JURISTS, 2007).

Quanto aos que se identificam como homossexuais, definido como um padrão duradouro de experiências sexuais, afetivas e românticas, principalmente ou exclusivamente entre pessoas do mesmo sexo, temos os homossexuais do sexo masculino que usualmente são chamados de gays e os homossexuais do sexo feminino que normalmente são chamadas de lésbicas (DEMBROFF, 2018). Há também, os que se identificam como bissexuais que se refere à atração afetivo e sexual por pessoas do mesmo gênero e do gênero oposto, os pansexuais que são aqueles que sentem atração por indivíduos de qualquer gênero sexual biológico ou pela identidade de gênero ao qual a pessoa se identifica e a orientação assexual que se refere àquele que não sente atração física sexual por outros indivíduos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2013).

Corroborando a diferença que existe entre gênero e orientação sexual, é importante ressaltar que uma pessoa transexual pode ser heterossexual, bissexual ou homossexual, dependendo do gênero o qual se atrai afetivo e sexualmente (LANZ, 2014).

LGBT é um acrônimo reconhecido internacionalmente e utilizado para se referir aos cidadãos e cidadãs lésbicas, gays, bissexuais, travestis, mulheres transexuais e homens transexuais (SILVA, 2017). Outra sigla que estar tomando força nos últimos anos é LGBTI+, que além de representar os LGBT's inclui também os intersexuais e outras orientações sexuais, identidades e expressões de gênero que não heterossexuais e/ou cisgênero (REIS, 2018).

Segue abaixo uma tabela que resume os conceitos sobre orientação sexual e identidade de gênero (HYDERI et al., 2016).

**Tabela 1.** Definições de termos relacionados ao grupo LGBT

Identidade de gênero	Auto percepção: entendendo a si mesmo	Homem, mulher, transgênero
Expressão de gênero	A forma de agir, de se apresentar e comunicar a sua identidade de gênero para o mundo exterior	Pode recair nas construções sociais de feminilidade, masculinidade, ambos, ou no continuum
Identidade sexual	Autoconceito sexual que é baseado nos sentimentos, atrações e desejos	Lésbica, gay, bissexual, transgênero, heterossexual, assexual, pansexual
Orientação sexual	Atração romântica ou sexual de pessoas do mesmo gênero, de gêneros opostos ou de todos os outros gêneros	
Pansexual	Atração sexual fluida para pessoas de todos os sexos biológicos ou gêneros	
Transgênero	Uma pessoa cuja identidade de gênero difere do sexo biológico e de suas noções convencionais de gênero por consequência	Homem trans: mulher com o sexo biológico feminino que se identifica como um homem Mulher trans: homem com o sexo biológico masculino que se identifica como uma mulher
Cisgênero	Uma pessoa cuja identidade de gênero está de acordo com as noções culturais do seu gênero e do seu sexo biológico ao nascimento	

**Fonte:** Adaptado Hyderi *et al.*, 2016

## 2.2 Depressão

### 2.2.1 Definição

O termo depressão vem sendo utilizado sem preocupação técnica e de maneira errônea pelas pessoas de maneira geral, para nomear um estado afetivo normal, a tristeza. Esta representa uma resposta humana universal a situações de derrota, perda e desapontamento. Sentir-se triste em momentos específicos da vida é normal, como após a morte de um ente querido e isto não deve ser confundido com depressão, já que diferentemente desta, a pessoa em luto preserva certos interesses e reage positivamente ao ambiente quando devidamente estimulada (DEL PORTO, 1999). Entretanto, esse uso inadequado parece contribuir para o aumento do uso de drogas tranquilizantes e antidepressivas, de forma indiscriminada, para amenizar situações e problemáticas típicas da condição humana (SERRANO et al., 2018).

Tratada como a doença da sociedade moderna, a depressão é a alteração afetiva mais estudada e falada atualmente. Ela é classificada como um transtorno de humor, caracterizada por uma modificação da percepção que os sujeitos têm de si mesmos, uma vez que passam a enxergar suas problemáticas como grandes catástrofes que são expressadas através de uma experiência persistente e subjetiva de grande sofrimento, associadas a diversos sintomas, tais como: tristeza, apatia, irritabilidade, agressividade, alterações de apetite, podendo, inclusive, perder a vontade de viver (ESTEVES; GALVAN, 2006). Basicamente, a depressão, pode ser definida como uma alteração patológica, persistente e inadequada do humor, resultante da combinação de fatores individuais (como os relacionados a personalidade e relacionamentos) e fatores ambientais (como álcool e ritmos biológicos) que são capazes de desencadear a doença em indivíduos biologicamente vulneráveis (SERRANO et al., 2018).

Existem três tipos de humor, o deprimido, o normal e o elevado. O humor deprimido ocorre quando há uma perda de energia e interesse de maneira persistente, aliado a um sentimento de culpa, dificuldade de concentração, alterações no apetite e até pensamentos sobre morte e suicídio. No normal ou eufímico, a pessoa sente-se no controle de seus humores e afetos, não havendo predomínio de nenhum tipo particular de emoção. Já o humor elevado, também conhecido como mania, observa-se uma expansão do humor, uma euforia, associado com fuga de ideias, sono diminuído, ideias grandiosas, aumento da libido e autoestima elevada. Essas alterações de humor podem desencadear alterações importante nas atividades diárias do indivíduo, as quais vão desde alteração da linguagem e na função sexual, até na fome e no sono (KAPLAN; SADOCK; GREB, 1997).

Clinicamente é necessário diferenciar a depressão enquanto sintoma, síndrome e doença. Enquanto sintoma, ela pode aparecer nos mais diversos quadros clínicos, tais como: alcoolismo, esquizofrenia, estresse pós-traumático, demência e doenças clínicas ou mesmo como resposta a situações estressantes e/ou adversa, porém isso normalmente ocorre de maneira transitória e sem importância clínica. Ao passo que como síndrome (conjunto de sinais e sintomas), ela inclui alterações no humor (apatia, tristeza, falta de capacidade de sentir prazer, irritabilidade), alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono e apetite). Finalmente como doença, ela tem características claras em alguns quadros clínicos específicos entre os quais: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotimia, etc. (DEL PORTO, 1999).

A depressão maior é a mais prevalente, dentro do espectro de síndromes depressivas, definidas de acordo com o DSM-5 (do Inglês, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, em Português, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Ela apresenta uma gama de sintomatologia abrangente e ampla, em que ao apresentar cinco ou mais dos sintomas a seguir, por no mínimo duas semanas consecutivas, o paciente recebe o diagnóstico. Os sintomas são: ânimo depressivo, perda de interesse ou de prazer na maior parte das atividades, mudança no apetite ou no peso corporal, retardo ou agitação psicomotora, concentração baixa, insônia ou hipersonia, fadiga, pensamentos de culpa ou pensamentos recorrentes sobre morte ou suicídio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Entretanto, por conta do excesso de abrangência em sua definição, o conceito de depressão maior recebe a crítica de ser pouco preciso, uma vez que provavelmente abarca uma gama muito heterogênea de condições, que podem ir desde as fronteiras da normalidade de um luto, por exemplo, até as formas mais graves da depressão (DEL PORTO, 1999).

### 2. 2. 2 Epidemiologia

Os vários estudos epidemiológicos, em saúde mental realizados nas últimas décadas, contribuem de forma inestimável para orientar os gestores no planejamento de assistência médica, utilização de serviços em saúde e para a elaboração de políticas em saúde, posto que proporcionam uma compreensão do desenvolvimento, prevalência e das consequências e/ou prejuízos, individuais, familiar e social destas doenças (ROBBINS; REGIER, 1991).

Sabidamente a depressão apresenta uma alta prevalência e alta morbidade, apresentando-se como uma das principais causas de **Carga Global das Doenças** que é uma medição complementar das estatísticas tradicionais de saúde para quantificar a magnitude comparativa da perda de saúde decorrente de doenças, lesões e fatores de risco (WHITEFORD, BAXTER, 2013). Além disso, a depressão também é responsável por influenciar negativamente o rendimento dos sujeitos nas atividades laborais, constituindo uma das principais causas de absenteísmo e presenteísmo no trabalho (RAZZOUK, 2016). Há uma estimativa que a depressão e a ansiedade são responsáveis por uma perda de produtividade de mais de um trilhão de dólares anualmente (CHISHOLM et al., 2016).

Estimativas apontam que 151 milhões de pessoas tenham comprometimento em suas atividades diárias e na saúde geral em consequência da depressão (PRINCE et al., 2007). A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata que a depressão é a principal causa de problemas de saúde incapacidade em todo o mundo e que houve um aumento de sua incidência em mais de 18% entre 2005 e 2015. Foi estimado que mais de 300 milhões de pessoas vivem com depressão no mundo, cerca de 4,4% da população mundial e 5,8% da população brasileira, havendo uma maior prevalência desta doença entre as mulheres (OMS, 2017).

O Estudo da Área de Captação Epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde Mental (ECA–NIMH) realizado em cinco centros (New Heaven, Eastern Baltimore, St. Louis, Durham e Los Angeles) nos Estados Unidos, com uma amostra total de aproximadamente 20 mil pessoas e com um índice de perda variando de 20% a 25%, utilizou critérios diagnósticos padronizados para a definição de transtornos psiquiátricos (*DIS – Diagnostic Interview Schedule*) e constatou que a idade média de início da depressão é por volta dos 27 anos e a duração média do transtorno é de nove anos (ROBBINS; REGIER, 1991).

Em 2011 foi publicado um outro importante estudo epidemiológico que reuniu dados de 18 países, incluindo o Brasil, os resultados desse estudo foram apresentados no artigo *Epidemiologia transnacional do MDE*. Os países participantes foram divididos em dois grupos, os de alta renda (Estados Unidos; Espanha; Nova Zelândia; Holanda; Japão; Itália; Israel; Alemanha, França e Bélgica) e de baixa e média renda (Brasil – foram usados dados exclusivamente de São Paulo; Ucrânia; África do Sul; México; Líbano; China; Índia e Colômbia). As estimativas de prevalência do episódio depressivo maior (MDE, na sigla em inglês) média ao longo da vida e nos 12 meses anteriores foram de 14,6% e 5,5% nos países de renda alta e de 11,1% e 5,9% nos países de baixa e média renda. Foi registrada no Brasil a maior prevalência nos últimos 12 meses, com 10,4% e no Japão a menor, com 2,2%. Nos países de baixa e média renda, a idade avançada foi associada com uma maior probabilidade de Episódio

Depressivo Maior (EDM), ao passo que nos países de alta renda, a idade jovem foi associada com maior prevalência de EDM nos últimos 12 meses. Em ambos houve maior prevalência de EDM entre as mulheres em relação aos homens (duas vezes mais para elas) e entre pessoas divorciadas ou viúvas em relação as casadas (BROMET E. et al. 2011).

Nota-se que o gênero, a idade e o estado civil estão associados com a depressão, sendo esta, mais frequente no sexo feminino, em idosos e solteiros (LOPES et al., 2015). De acordo com Kaplan et al. (2007) a prevalência de idosos com depressão é de 15%, para aqueles que vivem em comunidade esse número pode variar de 2 a 14%, ao passo que nos institucionalizados essas estatísticas podem dobrar, atingindo até 30%.

### 2.2.3 Fatores de Risco

A depressão é uma doença complexa, multifatorial e heterogenia que apresenta alta prevalência na população, sendo seus fatores de risco igualmente diversos. Os seus fatores etiológicos são representados pela soma dos fatores internos (genéticos e sistêmicos) e ambientais (estressores) (MENEZES; JURUENA, 2017), assim, é sabido que o sexo, a idade, a raça, a situação conjugal, estresse crônico e fatores socioeconômicos estão ligados ao desenvolvimento da doença (LOPES et al., 2015).

Em relação ao sexo, a maioria dos estudos indicam que as mulheres apresentam cerca de duas vezes mais depressão que o homem, além disso, no primeiro ano do período pós-natal, o risco é duplo para as mulheres (LIMA, 1999). Para justificar essa maior prevalência, uma das possibilidades levantadas é que as mulheres procuram, com mais frequência, ajuda médica ou de outros profissionais de saúde, resultando em um sub diagnóstico deste distúrbio de humor nos homens, além disso, eles aparentam ter uma tendência maior de usar estratégias de enfrentamento dos sintomas depressivos, através do uso de bebida alcoólicas e drogas (MARIUZZI, 2018). Outra possibilidade levantada diz respeito ao papel social da mulher, ou seja, a influência do ambiente e do suporte social na maioria das culturas (ROBBINS; REGIER, 1991). Sabe-se que esta população está sob pressão constante, por vezes precisando conciliar os afazeres domésticos, o cuidado com os filhos e a atividade profissional, além de outras questões problemáticas presentes na sociedade tais como: machismo, desigualdade social entre os sexos, distorção da imagem corporal (a questão do corpo perfeito) e violência sexual (MARIUZZI, 2018).

A idade que está mais associada ao aparecimento dos transtornos depressivos situa-se entre 20 e 40 anos, entretanto a depressão também pode ocorrer na infância e na adolescência e fatores sociais são apontados como fator de risco para o desenvolvimento desta enfermidade entre as pessoas mais jovens (LIMA, 1999). Alguns estudos tais como o realizado por Kaplan et al. (2007) demonstram que há um aumento dos transtornos mentais comuns, como ansiedade e depressão, com o aumento da idade. Porém é importante ressaltar que a idade, assim como o sexo, não é um fator de risco isolado para o desenvolvimento destes transtornos, sendo necessário, por vezes, a associação com fatores ambientais e/ou predisposições genéticas para o desenvolvimento da doença.

No que tange a situação conjugal, alguns estudos demonstram que a depressão é mais frequente nas pessoas divorciadas, separadas ou viúvas, quando comparadas com as solteiras e casadas, porém estes riscos parecem variar de acordo com o sexo. Homens solteiros parecem ser mais suscetíveis à depressão do que os casados e o inverso acontece com as mulheres (LIMA, 1999). Os resultados do estudo *Epidemiologia transnacional do MDE* também notou que o estado civil parece estar associado com um maior risco de desenvolver a doença, neste trabalho a separação de um parceiro evidenciou uma correlação demográfica mais forte nos países de alta renda, ao passo que nos países de baixa e média renda a viuvez foi a condição mais importante (BROMET E. et al. 2011).

O ECA-NIMH relata que parece não haver diferenças significativas da prevalência de depressão no que diz respeito a raça, o estudo constata que as diferenças eventualmente encontradas na análise, desapareceram quando, na avaliação, foram correlacionados com outros fatores como idade e local de residência, salientando a influência dos fatores socioeconômicos sobre a correlação de maiores taxas de prevalência de depressão entre a população de baixa renda e baixa escolaridade (ANDRADE et al., 2003). Ainda sobre a influência dos fatores socioeconômicos a *Pesquisa Nacional de Morbidade Psiquiátrica na Grã-Bretanha* demonstrou que as pessoas com depressão apresentaram menor escolaridade e situação econômica inativa quando comparadas com aquelas sem depressão ou com outros transtornos mentais (MASON, 1996; JENKINS et al., 1995).

Em relação às pessoas desempregadas, elas podem apresentar uma deterioração do seu bem-estar físico e mental, desencadeando algumas afecções ao bem-estar psicológico, tais como depressão, dificuldades cognitivas e dificuldades de relacionamento familiar (ARGOLO; ARAÚJO, 2004).

Os eventos negativos, ou seja, as mudanças no padrão de vida que representam uma ruptura do comportamento usual, afetando assim o bem-estar do indivíduo, parecem também

estar associados a depressão. Os eventos mais relacionados ao aumento da prevalência de depressão são: separação conjugal, perda por morte de ente querido, acidente com lesão corporal, perda de emprego, migração, assalto e presença de familiar com doenças crônicas no domicílio, ocorridos no último ano (LIMA, 1999).

Vivências traumáticas precoce também apresentam correlação na patogênese da depressão, o trauma precoce, especialmente, quando se trata de abuso sexual e físico estão frequentemente associados com psicopatologia grave e complexa, uma vez que os estudos demonstram forte ligação entre as histórias de abuso emocional na infância e o diagnóstico de depressão na vida adulta (KONRADT et al., 2013).

Vale compreender que todos os fatores acima citados compõem uma rede causal em que cada fator pode afetar diretamente o indivíduo e/ou interagir com os demais influenciando ou não na patogênese da doença (LIMA, 1999).

#### 2.2.4 Quadro Clínico

Os transtornos depressivos são definidos, pelo DSM-5, como a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade funcional do indivíduo. Levando em consideração a duração dos sintomas, o momento de seu aparecimento e a etiologia presumida, os transtornos depressivos são divididos em: transtorno da desregulação do humor; transtorno depressivo maior (incluindo o episódio depressivo maior); transtorno depressivo persistente (distímia); transtorno disfórico pré-menstrual; transtorno depressivo induzido por substância/medicamento; transtorno depressivo devido a outra condição médica; outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Ainda segundo o DSM-5, o transtorno depressivo maior representa a condição clássica e mais prevalente desse grupo de transtornos. Ele é caracterizado pela presença dos critérios diagnósticos (que envolvem alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, apresentando remissões interepisódicas) em episódios distintos com pelo menos duas semanas de duração, embora a maioria dos episódios durem um tempo consideravelmente maior. Sobre o transtorno depressivo persistente (distímia), o DSM-5 conceitua como uma forma mais crônica de depressão, caracterizada por uma perturbação do

humor contínua por pelo menos dois anos em adultos, e, um ano em crianças (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Acerca do transtorno disfórico pré-menstrual, o DSM-5 relata que trata-se de um transtorno depressivo específico e responsivo ao tratamento que inicia-se em algum momento após a ovulação e tem remissão em poucos dias após a menstruação, causando um impacto significativo na qualidade de vida da mulher. O DSM-5 segue, ainda, discorrendo acerca do transtorno depressivo induzido por substância/medicamento e do transtorno depressivo devido a outra condição médica, relacionando estes ao grande número de substâncias de abuso, uso de alguns medicamentos e diversas condições médicas que podem estar associados a fenômenos semelhantes a depressão (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

O quadro clínico da depressão não envolve apenas os sintomas psíquicos já mencionados anteriormente, mas também sinais e sintomas fisiológicos e evidências comportamentais (DEL PORTO, 1999).

Os sintomas psíquicos mais encontrados são alteração do humor, mais especificamente, o humor depressivo manifestado pela sensação de tristeza; autodesvalorização; sentimento de culpa; redução da capacidade de experimentar prazer nas atividades antes consideradas como agradáveis; fadiga ou sensação de perda de energia persistente, mesmo sem esforço físico que justifique o estado; diminuição da capacidade de pensar, se concentrar ou tomar decisões que antes eram quase que automáticas. Pode-se também estar presente pensamentos de suicídio que variam desde do longínquo desejo de estar simplesmente morto, até planos detalhados estabelecendo o modo, o lugar e o momento para se matar (DEL PORTO, 1999).

No que diz respeito aos sintomas fisiológicos, os mais encontrados são alterações no sono, principalmente insônia e menos frequentemente hipersonolência; alterações de apetite que vão desde a inapetência (em que é necessário um grande esforço ou ajuda de terceiros para comer) até hiperfagia (normalmente mais proeminente por carboidratos e doces), embora menos frequente; por último, redução do interesse sexual (DEL PORTO, 1999).

Já no que tange as evidências comportamentais, as mais frequentes encontradas são: retraimento social, crises de choro, comportamentos suicidas, retardo psicomotor e lentificação generalizada, ou agitação psicomotora (DEL PORTO, 1999).

De acordo com Thompson (2010, p. 87-126)), as principais categorias de sintomas depressivos são:

1. Sintomas relacionados ao humor – Inclui tristeza, perda de interesse e/ou prazer, crises de choro, variação diurna do humor (esta última, às

vezes, classificada na categoria de sintomas vegetativos). Essa categoria de sintomas é essencial para o diagnóstico de depressão.

2. Sintomas vegetativos ou somáticos – inclui alterações no sono (insônia ou hipersonia), no apetite e no peso; há perda de libido, obstipação e fadiga.
3. Sintomas motores – inclui inibição ou retardo, agitação (mais em idosos), inquietação.
4. Sintomas sociais – inclui apatia, isolamento, incapacitação para o desempenho das tarefas cotidianas.
5. Sintomas cognitivos – inclui desesperança, desamparo, ideias de culpa (que podem chegar a delírios de culpa em depressões psicóticas) e de suicídio, indecisão, perda de insight, isto é, do reconhecimento de que está doente.
6. Sintomas ligados à ansiedade – inclui ansiedade psíquica, somática e fóbica (esta última em poucas escalas).
7. Sintomas geradores de irritabilidade – inclui hostilidade, auto- e heterodirigida. A autoagressão associa-se com o risco de suicídio.

Infelizmente é comum que os médicos não psiquiatras tenham dificuldade em fazer o diagnóstico de depressão. Em Campinas-SP, 78 clínicos gerais participaram de um estudo que tinha por objetivo avaliar o conhecimento, a atitude e a autoconfiança do clínico no tratamento e diagnóstico da depressão, o resultado obtido demonstrou que 42% dos médicos sentiam-se incompetentes em diferenciar depressão de tristeza e 47% acreditavam que ela é originária apenas de tragédias e adversidades na vida das pessoas acometidas (BOTEGA; SILVEIRA, 1996).

### 2.2.5 Critérios diagnósticos

Embora a depressão apresente uma taxa de prevalência relativamente alta na população, seu diagnóstico e tratamento são insuficientes, nos serviços de atenção primária, por exemplo, os clínicos gerais falham na detecção deste transtorno em mais de 50% dos casos e prescrevem tratamento para apenas um terço deles (GUSMÃO, 2005). Quando não é feito o diagnóstico precocemente ou quando o paciente é subtratado, observa-se uma pior evolução do quadro, em que pode perdurar por mais tempo, acarretando, conseqüentemente, uma série de

prejuízo à vida do paciente que vão desde danos ao trabalho, a família e ao lazer até ao aumento de risco de suicídio (MOREIRA et al., [2017]). Por isso é importante estar atento aos seus critérios diagnósticos.

De acordo com o DSM-5, o transtorno depressivo maior representa a condição clássica dos transtornos depressivos e propõem para o seu diagnóstico, o uso de critérios clínicos que serão descritos a seguir (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 160-161).

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estejam presentes durante o mesmo período de duas semanas e representem uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é humor deprimido ou perda de interesse ou prazer.

**Nota:** não incluir sintomas nitidamente devidos à outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado pelo relato subjetivo (por exemplo: sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (por exemplo: parece choroso). (Nota: em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável).
2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (por exemplo: uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias (**Nota:** em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado).
4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento)
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriinação ou culpa por estar doente).

8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
  9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

**Nota:** os critérios A-C representam um episódio depressivo maior.

**Nota:** respostas a uma perda significativa (por exemplo: luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.

- D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.
- E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

**Nota:** essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica.

### 2.2.6 Tratamento

O tratamento dos pacientes que possuem depressão deve ser compreendido de maneira globalizada considerando o ser humano como todo, ou seja, considerando suas dimensões psicológicas, sociais e biológicas (SOUZA, 1999).

Sendo assim, a terapia indicada pode ser feita utilizando, principalmente, três pilares, o tratamento médico-farmacológico, o psicoterápico e medidas gerais de promoção e harmonização da saúde física e mental. Porém nem todos os pacientes dispõem ou necessitam que o tratamento esteja firmado neste tripé, na maioria dos casos, só a medicação e/ou a psicoterapia é prescrita (SERSON, 2007). Sabe-se que quando há uma associação entre uma boa relação médico paciente, orientações psicoeducacionais, intervenções psicoterapêuticas mais exploratórias e uso de psicofármacos, torna-se mais fácil para o paciente aderir ao tratamento proposto, e assim, tolerar os efeitos secundários ao tratamento, melhorando a eficácia do mesmo (GUSMÃO, 2005).

Dentre os objetivos do tratamento da depressão podemos salientar a redução ou eliminação dos sintomas depressivos, prevenção de novos episódios depressivos, adesão terapêutica e retorno do nível funcional pré-morbididade. (WELLS et al., [20--]). De maneira geral, a psicoterapia e a farmacoterapia são as principais terapias utilizadas para o tratamento da depressão, as evidências científicas comprovam que elas apresentam eficácia quando usadas juntas ou separadamente, contudo quando usadas em associação tem um aumento da sua eficácia (CUJIPERS et al., 2009a; CUJIPERS et al., 2009b).

Existem evidências firmes a respeito da eficácia do tratamento da depressão através da psicoterapia (SCHESTATSKY; FLECK, 1999). E estas intervenções podem ser de diferentes formatos, como terapia cognitiva comportamental, terapia de grupo, terapia de casais, terapia de família, psicoterapia de apoio, psicoterapia breve e terapia interpessoal (SOUZA, 1999).

Para realizar o tratamento farmacológico existe uma gama de antidepressivos disponíveis no mercado. Tais medicamentos podem ser classificados de acordo com o seu mecanismo de ação conforme é demonstrado na tabela abaixo:

**Tabela 2.** Classificação dos antidepressivos

---

#### **Inibidores da monoaminoxidase (IMAO)**

- Não seletivos e Irreversíveis
  - Iproniazida
  - Isocarboxazida

Tranilcipromina

Fenelzina

- Seletivos e Irreversíveis
  - clorgilina (MAO-A)
- Seletivos e Reversíveis
  - Brofaromina
  - Moclobemida
  - Toloxatona
  - Befloxatona

#### **Inibidores não seletivos de recaptura de monoaminas (ADTs)**

- Inibição mista de recaptura de 5-HT/NE
  - Imipramina
  - Desipramina
  - Clomipramina
  - Amitriptilina
  - Nortriptilina
  - Doxepina
  - Maprotilina

#### **Inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRS)**

Fluoxetina  
 Paroxetina  
 Sertralina  
 Citalopram  
 Fluvoxamina

#### **Inibidores seletivos de recaptura de 5-HT/NE (ISRSN)**

Venlafaxina  
 Duloxetina

#### **Inibidores de recaptura de 5-HT e antagonistas ALFA-2 (IRSA)**

Nefazodona  
 Trazodona

#### **Etimulantes da recaptura de 5-HT (ERS)**

Tianeptina

#### **Inibidores seletivos de recaptura de NE (ISRN)**

Reboxetina  
 Viloxazina

#### **Inibidores seletivos de recaptura de DA (ISRD)**

Amineptina  
 Bupropion  
 Minaprina

#### **Antagonistas de alfa-2 adrenorreceptores**

Mianserina  
 Mirtazapina

5-HT: serotonina; NE: noradrenalina; DA: dopamina

---

**Fonte:** BEZCHLIBNYK-BUTLER KZ; JEFFRIES,1999.

A literatura aponta que inibidores seletivos da recaptção da serotonina (em ordem decrescente a fluoxetina, sertralina, escitalopram e a paroxetina) são os fármacos mais utilizados e no regime de monoterapia, possivelmente devido ao seu perfil de segurança, tolerabilidade e pouco efeitos adversos (VALE, 2013).

### 2.2.7 Depressão em homossexuais

A partir do século XIX a heterossexualidade passou a ser sinônimo de normalidade, apoiada num discurso de que ela seria a forma ideal de felicidade amorosa e erótica, ao contrário da homossexualidade. Esta crença é chamada de heterossexismo (KATZ 1996). Conseqüentemente, o amor entre homens e mulheres é considerado, historicamente, como modelo legítimo dos desejos, princípios, ideias e valores (heteronormatividade), provocando, desta maneira, um sentimento de superioridade em relação as outras manifestações sexuais (ERIBON; HABOURY, 2003). Conseqüentemente, essa arbitrária superioridade acaba legitimando, dentre outras coisas, a homofobia (BORRILLO, 2001).

Nesse contexto, entende-se a homofobia como descrédito, medo, opressão e/ou violência relacionado às pessoas homossexuais ou àquelas que são presumidas serem, bem como a tudo que faça referência aos atributos esperado para um sexo, encontrados em outro sexo, ou seja, trata-se de um processo específico de violência física, simbólica e/ou social contra as pessoas homossexuais (WELZER-LANG, 2001). É importante salientar que a homofobia também pode ser auto infligida, ou seja, se manifestar a partir da própria pessoa homossexual em relação a si e às outras pessoas homossexuais ou a tudo aquilo que fizer referência a homossexualidade, uma vez que imprime sobre a pessoa uma relação de negatividade, causando vários conflitos emocionais e pessoais (ERIBON, 2008).

O contexto estigmatizante, segregador e discriminatório, pode desencadear um senso de inadequação pessoal no qual o risco da rejeição pessoal, do isolamento social e desacertos familiares podem ser responsáveis por intenso sofrimento psíquico (SANTOS; BERNARDES, 2008). Conseqüentemente, é compreensível que haja índices mais altos de depressão na população LGBT, pois muitas vezes com receio de enfrentar a sociedade homofóbica, eles acabam retraindo seus desejos e sentimentos (DIETER, 2012).

Um estudo realizado em 2009 com 224 pessoas latinas auto identificadas como lésbicas, gays e bissexuais, com idades entre 21 a 25 anos, faz associação, entre rejeição familiar com maiores índices de depressão, cerca de 5,9 vezes mais chances de altos níveis de depressão,

bem como 8,4 vezes mais chances de suicídio quando comparados com a população geral (RYAN et al., 2009). Outro trabalho realizado no Rio de Janeiro concluiu que as adversidades enfrentadas dia a dia, somadas com a particular violência sofrida pela população LGBT, pode deixá-la mais propensa a desenvolver problemas psicossociais (SILVA; MELLO, [2017]).

Vale salientar que o contexto da comunidade na qual o LGBT está imerso pode contribuir de maneira significativa para o aumento ou diminuição dos índices relacionados a depressão e tentativas de suicídio. Quando uma pessoa, por exemplo, está inserida em um ambiente cercado de altas taxas de violência contra LGBT, isto pode funcionar como um fator de risco desencadeador do ideário e tentativa suicida, ao passo que em comunidades que deem mais apoio e suporte, a relação fraterna pode funcionar com um fator protetivo contra o desenvolvimento de doenças de ordem da saúde mental (HATZENBUEHLER, 2011).

#### 2.2.8 Depressão em estudantes de medicina

Ao entrar na universidade o acadêmico fica imerso em um ambiente que proporciona uma ampliação de conhecimentos, expectativas e experiências, porém esse ambiente também está associado a fatores estressores como o medo do fracasso, cobranças familiares, pressões acerca do mercado de trabalho, proporcionando desta forma desgastes de ordem biopsicossocial e prejudicando a sua saúde, especialmente a saúde mental (ALVES, 2010; ZONTA et al., 2006).

Esse desgaste proporcionado pela vida acadêmica, associado com as pré-disposições individuais, podem resultar na manifestação de quadros psicopatológicos tais como transtornos de humor - notadamente depressão e ansiedade - e aumento do risco de suicídio. Portanto, não é raro que os estudantes de medicina, de maneira geral, desenvolvam algum transtorno mental durante a formação, já que estão submetidos a vários fatores estressores, tais como abdicação de tempo de lazer, intensa dedicação aos estudos, cobranças pessoais e externas quanto ao futuro, incertezas sobre o mercado de trabalho e carreira profissional e administração de novas responsabilidades (CAVESTRO; ROCHA, 2006).

A faculdade de Medicina, particularmente, se tipifica pela carga extenuante de estudo, a competitividade antes e depois do ingresso no curso, a hostilidade, o convívio precoce com a dor humana, o contato com o paciente grave, com o processo de morte e o sofrimento (OLIVEIRA, 2013). Por isso é compreensível que os discentes de medicina (e o próprio

médico) se enquadre no grupo de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, especialmente, depressão (CATALDO NETO, et al., 1998).

Durante o processo de formação do médico é notável a pressão existente, o estresse acadêmico aumenta a vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas de saúde psicossociais e outras disfunções específicas a qual pode prejudicar a saúde física, mental e social desses estudantes (AHMED I., et al, 2009). Outro fator que parece contribuir para o desenvolvimento de transtornos mentais durante a formação é o abuso exercido pelos professores, preceptores e colegas que pode ser verbal, institucional, físico, sexuais, discriminatórios e por negligência intencional (COSTA; PEREIRA, 2005).

A prevalência de sintomas depressivos em discentes de Medicina possuem valores com grande intervalo de variação, entre 13,9% a 79 % (CHAN, 1991; MORO, et al.; 2005). Todavia, contrariando o esperado, esses universitários, apesar de estar inseridos no ambiente médico, buscam menos ajuda e tratamento quando comparado à população geral. O estigma inerente a depressão e ao uso de serviços de saúde mental, parece contribuir para a negligência pela busca de ajuda (TJIA; GIVENS; SHEA, 2005).

Foi realizado um estudo sobre a prevalência de sintomas depressivos em 287 estudantes de medicina na da Universidade Federal de Goiás e este constatou que 26,8% dos alunos estudados possuíam sintomas depressivos, sendo que 19,9% apresentavam um grau leve, 5,9% um grau moderado e 1% um grau grave (AMARA et al., 2008). Vários estudos epidemiológicos corroboram e ressaltam as taxas preocupantes de depressão em estudantes de medicina e médicos (REZENDE et al., 2008; OLIVEIRA, 2013; BRUCH et al., 2009).

### 2.2.9 Depressão em estudantes lésbicas, gays, bissexuais e transexuais de medicina

Conforme demonstrado acima, a população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais (LGBT) é uma minoria que por vezes convive em um contexto estigmatizante, segregador e discriminatório. Dessa forma, pode desencadear um senso de inadequação pessoal gerando assim um intenso sofrimento psíquico (SANTOS; BERNARDES, 2008). Tudo isso pode ter correlação com o sucesso acadêmico desses estudantes, posto que muitos estudantes informam sentir dificuldades na concentração por causa da intolerância, do estresse crônico e da discriminação sentidas também no meio acadêmico (SANLO, 2004-2005; CARSON; et al., 2000).

É possível, inclusive, que a decisão de ingressar e permanecer no curso de medicina, para aqueles estudantes que já estavam cientes de sua orientação sexual antes de entrar no curso, possa ter sido influenciada por esta, numa tentativa de “compensar” para a família. (RISDON et al., 2000; BURKE et al., 2001).

Os estudantes de Medicina LGBT experimentam desafios significativos durante toda sua formação. Falar abertamente sobre sua orientação sexual, traz consigo o receio que isso, de alguma forma, acarrete prejuízos acadêmicos e pessoais, seja na forma de preconceito ou de reações negativas por parte dos professores e colegas, ou até mesmo isolamento social. Por conta disso é possível que este grupo de estudantes enfrente um dilema importante que é o de se esconder atrás de uma falsa heterossexualidade ou de ser honesto e verdadeiro para si mesmo e enfrentar o risco das reações negativas dos colegas e professores, podendo, inclusive, refletir no seu futuro profissional. A falta de representatividade no meio médico também parece dificultar a necessidade de falar abertamente sobre a orientação sexual (BURKE et al., 2001; RISDON et al., 2000).

O suporte social parece ser determinante para os estudantes sentir-se aptos para assumir a sua orientação sexual perante aos demais estudantes, esse suporte pode partir dos demais colegas de curso, dos professores, da família, através de políticas acadêmicas inclusivas e contra discriminação no campus, dentre outros (BURKE et al., 2001; RISDON et al., 2000).

### 3 OBJETIVOS

**Geral:**

Descobrir se há repercussões na saúde mental de estudantes de medicina de acordo com a sua orientação sexual.

**Específicos:**

1. Estimar a prevalência da população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais no curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, campus São Cristóvão;
2. Descobrir sinais e indícios de depressão nos participantes da pesquisa de acordo com a sua orientação sexual.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, analítico com amostra do tipo conveniência, realizado na Universidade Federal de Sergipe (UFS), em Aracaju, Sergipe, no período de abril a agosto de 2018, a partir da aplicação de quatro questionários autoaplicáveis aos acadêmicos de Medicina da referida instituição, sendo o primeiro sociodemográfico, construído pelos autores e os demais validados internacionalmente.

Cálculo amostral baseado por Santos (2016) para populações finitas, com erro amostral de até 5%, nível de confiança de 95% para uma população acadêmica de 581 alunos, estimando-se que 10% deles apresentem algum tipo de sofrimento relacionado à sua orientação sexual, encontrando uma amostra mínima de 231 participantes.

No período estudado, foram aplicados 310 questionários aos estudantes do curso de medicina. Todos estes questionários incluídos na análise por estarem de acordo com os critérios de inclusão para a pesquisa, a saber: maioridade legal (18 anos) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Os instrumentos de coleta de dados consistem em quatro questionários. O primeiro deles consiste num questionário demográfico (APÊNDICE B) da população estudada. Em seguida, os pesquisandos responderam o Inventário de Depressão de Beck (APÊNDICE C) (BDI, do Inglês: Beck Depression Inventory), sendo esta uma escala autoaplicável criada por Beck e colaboradores em 1961, capaz de fornecer uma avaliação quantitativa dos sintomas depressivos. Tal questionário recebeu várias revisões, de modo que a mais atual se adequou aos critérios diagnósticos do DSM-IV (do Inglês: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders; em Português: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e tem a sua validade nacional confirmada para a devida aplicação no país (GOMES-OLIVEIRA et al., 2012). Para efeito de estratificação, o instrumento é dividido em 21 questões, dos quais podem ser dadas pontuações que variam de 0 a 3 pontos, de modo a classificar o grau de depressão de acordo com a pontuação obtida, a saber: 0-11 pontos correspondem a uma depressão mínima, 12-19 a uma depressão leve, 20-35 a uma depressão moderada e 36-63 a uma depressão grave.

Outros dois questionários autoaplicáveis estiveram disponíveis aos respondentes, a saber: o *LGBT Campus Climate Scale* (CAMPUS PRIDE, 2013) (APÊNDICE D), que numa tradução livre foi posta como: Escala de Avaliação do Ambiente Acadêmico Frente às Necessidades da População LGBT. E por fim, o *Perceived Social Support Scale* (COYNE;

SCHWENK; 1997) (APÊNDICE E), que numa tradução livre foi posta como: Escala de Percepção de Suporte Social foi disponibilizado aos acadêmicos.

Os dados foram descritos por meio de frequência simples e percentual quando categórica ou média e desvio padrão quando intervalar. O teste Exato de Fisher foi utilizado para avaliar associação entre variáveis categóricas. Para avaliar as diferenças nas respostas dos questionários da Escala de Percepção de Suporte Social, considerando a orientação sexual com o Inventário de Depressão de Beck, foi aplicado modelo linear generalizado com distribuição multinomial e função de ligação Logit Cumulativo e a sua significância avaliada pelo Teste Qui-Quadrado de Wald. O nível de significância adotado foi de 5% e o software utilizado foi o R Core Team 2017.

Este trabalho é um recorte de um projeto de pesquisa maior. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Tiradentes CEP/UNIT sob o protocolo 64634417.1.0000.5371.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O propósito deste trabalho foi avaliar as repercussões da orientação sexual na saúde mental dos estudantes de Medicina da UFS, mais especificamente a repercussão sobre a prevalência de depressão nos alunos LGBT, bem como estimar a prevalência da população LGBT, no curso em questão, e identificar possível desconforto quanto à orientação sexual do corpo discente.

A Tabela 03 demonstra as características demográficas dos respondentes. Do total da amostra, ou seja, dos 310 alunos que responderam aos questionários, percebe-se que há um predomínio de acadêmicos do gênero masculino ( $n = 181$ ) em relação aos acadêmicos do gênero feminino ( $n = 129$ ). Essa predominância na amostra pesquisada, contraria a tendência da feminização da medicina que diversos trabalhos já demonstraram, discorda, inclusive, da pesquisa demográfica médica do Brasil, realizado pela faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) que aponta um maior número de mulheres registradas no Conselho Federal de Medicina (CFM) nos últimos anos (FERREIRA, 2017; TANAKA et al., 2016; SCHEFFER et al., 2015; ÁVILA, 2014; BARRETO, 2014; SCHEFFER; CASSENOTE, 2013).

A maioria dos respondentes se enquadra na faixa etária entre os 18 e 35 anos ( $n = 306$ ) e a minoria ( $n = 4$ ) entre 36 e 45 anos. Já quanto a religião os maiores destaques foram católicos ( $n = 111$ ) e sem práticas religiosas ( $n = 64$ ). Dados demográficos relacionados a estes, foram encontrados em outros trabalhos realizados em acadêmicos de medicina (TANAKA et al., 2016; CARDOSO FILHO et al., 2015; FIOROTT; ROSSONI; MIRANDA, 2010).

No que diz respeito a raça, os alunos se agruparam em três das cinco categorias possíveis, a parda ( $n = 171$ ), a branca ( $n = 113$ ) e a negra ( $n = 26$ ), contrariando outros dados encontrados na literatura em que a maioria dos estudantes de medicina se dizem brancos. Na amostra pesquisada, a maioria se declarou parda e essa mudança no perfil étnicos dos alunos de medicina pode ser justificada pela inserção de políticas públicas de cunho social e racial, como por exemplo, a política de cotas que foi implementada na UFS no processo seletivo de 2010, contribuindo dessa maneira para esta mudança do perfil sociodemográfico (NOGUEIRA, 2015; FIOROTT; CAPUCHINHO, 2013; ROSSONI; ENNES, 2011; MIRANDA, 2010).

Alunos dos seis anos do curso de medicina responderam aos questionários. No que diz respeito a orientação sexual, observou-se que 237 (76,5%) dos respondentes afirmaram ser heterossexuais, 46 (14,8%) homossexuais, 25 (8,1%) bissexuais e apenas 2 (0,6%) assexuais, totalizando uma representatividade de 23,5% da população estudada como integrantes do grupo

LGBT. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Rio Grande do Sul, em 2015, em que 72,1% das pessoas avaliadas se identificavam como heterossexuais, 16,1% como homossexuais e 11,8% como bissexuais (TEITELBAUM et al., 2015).

Pela avaliação da Escala de Kinsey, as opções mais escolhidas foram exclusivamente heterossexuais (n= 227) e exclusivamente homossexuais (n= 34), cabendo aos demais se enquadrar nas outras categorias no espectro LGBT proposto por Kinsey. Esses dados, no entanto, podem estar subestimados, uma vez que, mesmo sendo assegurado aos respondentes o anonimato, é possível que haja um desconforto para responder de maneira verdadeira as perguntas sobre a sexualidade, mais especificamente, acerca da orientação sexual (BURKE et al., 2001; RISDON et al., 2000).

**Tabela 3.** Características demográficas, Aracaju, 2018

	N	%
<b>1. Gênero Biológico</b>		
Feminino	129	41,6
Masculino	181	58,4
<b>2. Idade</b>		
18-25 anos	261	84,2
26-35 anos	45	14,5
36-45 anos	4	1,3
<b>3. Raça</b>		
Branca	113	36,5
Negra	26	8,4
Parda	171	55,2
<b>4. Religião</b>		
Agnóstico	22	7,1
Ateu	22	7,1
Budista	2	0,6
Católica	111	35,8
Espírita	31	10,0
Evangélica	42	13,5
Judeu	1	0,3
Muçulmano	1	0,3
Outra	14	4,5
Sem práticas religiosas	64	20,6
<b>5. Ano da faculdade em que o aluno se encontra</b>		
1º ano	30	9,7
2º ano	64	20,6
3º ano	58	18,7
4º ano	36	11,6
5º ano	59	19,0

6º ano	63	20,3
<b>6. Orientação sexual</b>		
Assexual	2	0,6
Bissexual	25	8,1
Heterossexual	237	76,5
Homossexual	46	14,8
<b>7. Escala de Kinsey</b>		
Assexual	2	0,6
Bissexual	6	1,9
Exclusivamente heterossexual	227	73,2
Exclusivamente homossexual	34	11,0
Predominantemente heterossexual, apenas eventualmente homossexual	20	6,5
Predominantemente heterossexual, embora homossexual com frequência	1	0,3
Predominantemente homossexual, apenas eventualmente heterossexual	16	5,2
Predominantemente homossexual, embora heterossexual com frequência	4	1,3

Fonte: Elaborada pela autora (2018)

A tabela 4 mostra uma perspectiva mais abrangente, excluindo a Escala de Kinsey, na estratificação dos valores obtidos acima em relação a população LGBT e à população heterossexual do curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

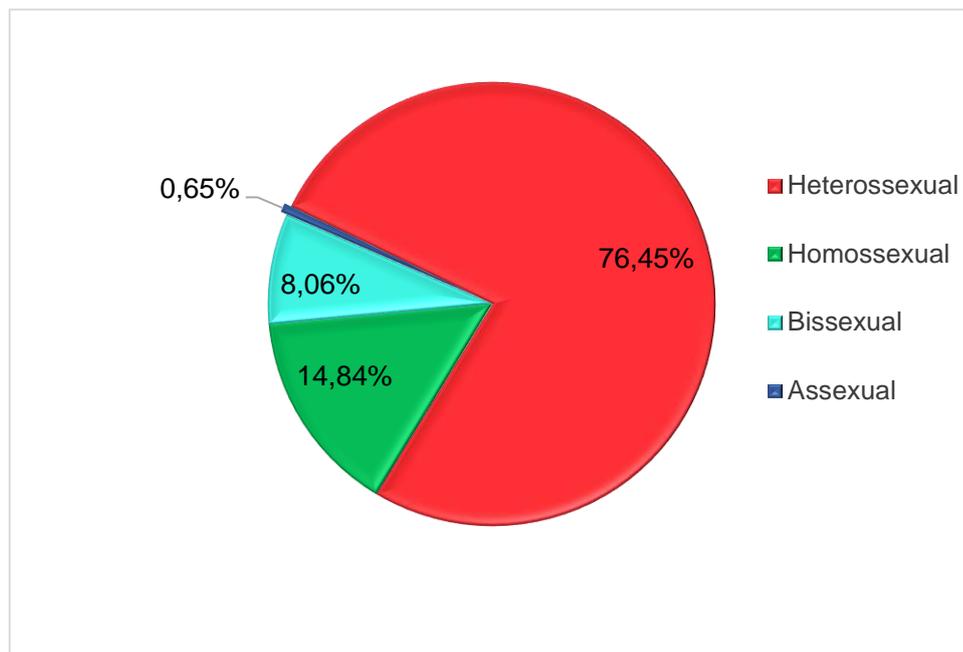
**Tabela 4.** Características demográficas segundo a orientação sexual, Aracaju 2018

	Heterossexual N (%)	LGBT N (%)	P-valor*
<b>1. Gênero Biológico</b>			
Feminino	101 (42,6)	28 (38,4)	0,585
Masculino	136 (57,4)	45 (61,6)	
<b>2. Idade</b>			
18-25 anos	202 (85,2)	59 (80,8)	0,765
26-35 anos	32 (13,5)	13 (17,8)	
36-45 anos	3 (1,3)	1 (1,4)	
<b>3. Raça</b>			
Branca	82 (34,6)	31 (42,5)	0,466
Negra	21 (8,9)	5 (6,8)	
Parda	134 (56,5)	37 (50,7)	
<b>4. Religião</b>			
Agnóstico	16 (6,8)	6 (8,2)	<0,001
Ateu	15 (6,3)	7 (9,6)	
Budista	2 (0,8)	0 (0,0)	
Católica	95 (40,1)	16 (21,9)	
Espírita	15 (6,3)	16 (21,9)	
Evangélica	40 (16,9)	2 (2,7)	
Judeu	1 (0,4)	0 (0,0)	
Muçulmano	(0)	1 (1,4)	
Outra	13 (5,5)	1 (1,4)	
Sem práticas religiosas	40 (16,9)	24 (32,9)	
<b>5. Ano da faculdade em que o aluno se encontra</b>			
1º ano	25 (10,5)	5 (6,8)	0,013

2º ano	50 (21,1)	14 (19,2)
3º ano	48 (20,3)	10 (13,7)
4º ano	29 (12,2)	7 (9,6)
5º ano	48 (20,3)	11 (15,1)
6º ano	37 (15,6)	26 (35,6)

Fonte: Elaborada pela autora (2018); \*Teste Exato de Fisher

O gráfico 1 abaixo demonstra a prevalência da população LGBT dentro do curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju 2018.



**Gráfico 1.** Prevalência da população LGBT

A análise dos níveis de depressão, de acordo com a orientação sexual, obtidos através do Inventário de Depressão de Beck (BDI), foi expresso na tabela 5 e nesta, foi constatado que há uma maior prevalência de depressão mínima (ausência de sinais depressivos) entre os heterossexuais. No que diz respeito aos níveis de depressão leve e moderada observa-se níveis maiores na população LGBT, onde também foi encontrado o único caso de depressão grave entre os respondentes. Já a prevalência de depressão nos alunos de medicina, independente da orientação sexual, pode ser observada na tabela 6. Também foram feitos cruzamentos entre os resultados do Inventário de Depressão de Beck com os dados da Escala de Percepção de Suporte Social (APÊNDICE F).

Conforme demonstrado abaixo (tabela 6) 29% dos respondentes apresentaram, segundo o Inventário de Depressão de Beck (BDI), algum grau de comprometimento. Números semelhantes foram encontrados em um trabalho realizado em Dubai, no qual 28,6% dos alunos

apresentaram depressão (AHMED et al., 2009). Outro estudo, realizado na Faculdade Pernambucana de Saúde, também aponta índices elevados de depressão em alunos de medicina, quando comparado com a população geral. (NADER; BARROS, 1991). Todavia, mesmo que em menor frequência, também é possível encontrar na literatura estudos que não demonstram relação de aumento da prevalência de depressão em alunos de medicina, tal qual o estudo realizado em outra universidade aqui em Aracaju em 2017. No entanto, esse estudo apresentou algumas limitações, segundo o próprio autor, tais como: a possibilidade de viés de aferição e a quantidade relativamente pequena de questionários obtidos (FERREIRA, 2017).

Através dos resultados obtidos é possível notar que houve uma correlação significativa entre homossexualidade e depressão (tabela 5), ao passo que os alunos heterossexuais apresentaram depressão leve e moderada numa prevalência de 15,6% e 8,4% respectivamente. As queles enquadrados na população LGBT exibiram índices maiores em ambas categorias, em que 31,5% apresentaram depressão leve, 12,3% depressão moderada e 1,4% depressão grave, sendo esta exclusiva ao grupo LGBT. De maneira resumida, a prevalência de algum grau de depressão entre os heterossexuais foi de 24% e nos LGBT de 45,2%. Existe na literatura outros trabalhos que mostram de forma clara esta associação de maior frequência de depressão nos LGBT quando comparados aos seus colegas heterossexuais (MELLO, [2017]; ABGLT, 2016; NATARELLI et al., 2015; CAMPOS; ALVES, 2015; UNESCO, 2013; TEIXEIRA-FILHO; RONDINI, 2012; SILVA; RYAN et al., 2009; TEIXEIRA-FILHO; MARRETTO, 2008; BURKE et al., 2001; RISDON et al., 2000).

É compreensível e preocupante esses altos índices de depressão neste grupo específico, uma questão que pode contribuir para essa maior prevalência são os estorvos ocorridos em um contexto estigmatizante, segregador e discriminatório, que podem desencadear um senso de inadequação pessoal, levando a um possível risco da rejeição pessoal, de isolamento social e desacertos familiares podem ser responsáveis por intenso sofrimento psíquico (SANTOS; BERNARDES, 2008).

Outros pontos também podem influenciar negativamente na saúde mental do estudante LGBT de medicina, tais como o impasse sobre falar abertamente sobre sua orientação sexual e os possíveis prejuízos acadêmicos e pessoais ou reações negativas acerca da orientação sexual, a falta de representatividade no meio médico, problemas familiares e pessoais relacionados a sexualidade, dentre outros (BURKE; WHITE, 2001; RISDON, et al.2000).

Consequentemente, é compreensível que haja índices mais altos de depressão na população LGBT, pois muitas vezes com receito de enfrentar a sociedade homofóbica, eles acabam retraindo seus desejos e sentimentos (DIETER, 2012).

**Tabela 5.** Níveis de depressão segundo a orientação sexual, Aracaju 2018

	Heterossexual N (%)	LGBT N (%)	P-valor*
<b>Depressão</b>			
Mínima	180 (75,9)	40 (54,8)	0,001
Leve	37 (15,6)	23 (31,5)	
Moderada	20 (8,4)	9 (12,3)	
Grave	0 (0,0)	1 (1,4)	

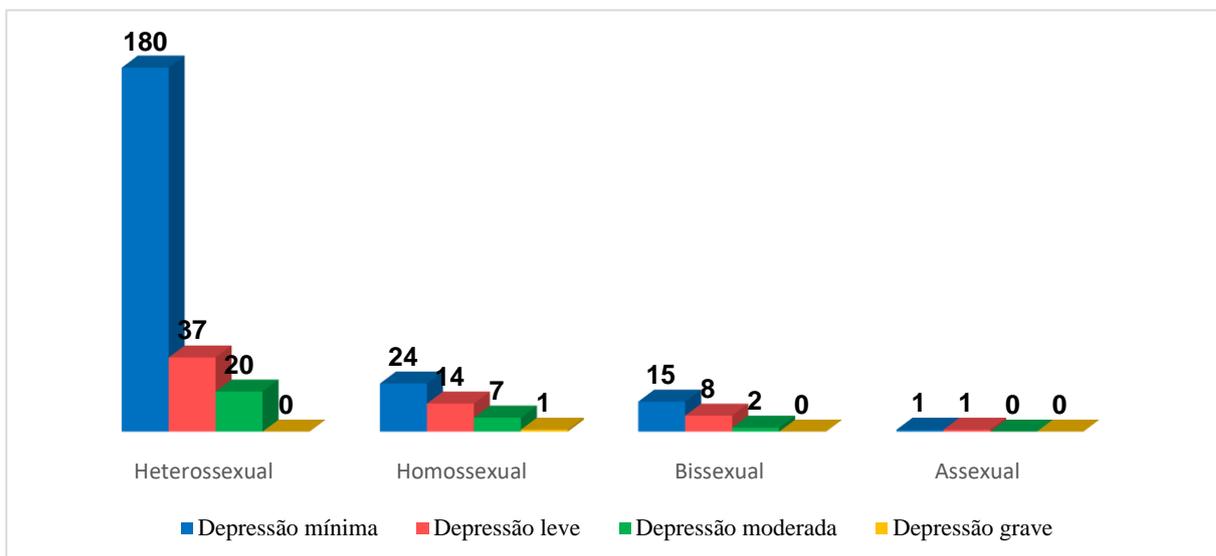
Fonte: Elaborada pela autora (2018); \*Teste Exato de Fisher.

**Tabela 6.** Níveis de depressão nos alunos de medicina independente da orientação sexual, Aracaju 2018

	N	%
<b>Depressão</b>		
Mínima	220	71,0
Leve	60	19,4
Moderada	29	9,4
Grave	1	0,3

Fonte: Elaborada pela autora (2018)

O Gráfico 2 mostra o panorama de estratificação da depressão segundo a orientação sexual dos respondentes.

**Gráfico 2.** Estratificação dos níveis de depressão de acordo com a orientação sexual

No tocante da percepção de suporte social, ficou demonstrado na tabela 7, que os alunos de medicina de ambos grupos estudados, demonstraram através das respostas à Escala de Percepção de Suporte Social expressa na tabela 7, altos níveis deste tipo de apoio social.

**Tabela 7.** Resposta dos participantes da escala de percepção de suporte social, Aracaju 2018

		Concordo completamente	Concordo parcialmente	Discordo completamente	Discordo parcialmente	Neutro	P-valor*
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
1. As pessoas ao meu redor me deixam saber que elas se importam comigo	Heterossexual	79 (33,3)	83 (35,0)	8 (3,4)	21 (8,9)	46 (19,4)	0,590
	LGBT	23 (31,5)	27 (37,0)	0 (0,0)	8 (11,0)	15 (20,5)	
2. Eu tenho alguém em cujas opiniões eu tenho confiança	Heterossexual	155 (65,4)	57 (24,1)	5 (2,1)	8 (3,4)	12 (5,1)	0,087
	LGBT	37 (50,7)	27 (37,0)	0 (0,0)	3 (4,1)	6 (8,2)	
3. Eu tenho alguém que eu sinto que posso confiar completamente	Heterossexual	159 (67,1)	48 (20,3)	7 (3,0)	8 (3,4)	15 (6,3)	0,004
	LGBT	35 (47,9)	29 (39,7)	2 (2,7)	0 (0,0)	7 (9,6)	
4. Eu tenho pessoas ao meu redor que me ajudarão a manter o meu ânimo elevado	Heterossexual	137 (57,8)	61 (25,7)	3 (1,3)	11 (4,6)	25 (10,5)	0,154
	LGBT	32 (43,8)	28 (38,4)	0 (0,0)	3 (4,1)	10 (13,7)	
5. Há pessoas em minha vida que me fazem sentir bem sobre quem sou	Heterossexual	150 (63,3)	60 (25,3)	4 (1,7)	9 (3,8)	14 (5,9)	0,377
	LGBT	40 (54,8)	25 (34,2)	0 (0,0)	2 (2,7)	6 (8,2)	
6. Eu tenho pelo menos um amigo ou parente com quem eu quero estar quando estou me sentindo desanimado	Heterossexual	164 (69,2)	40 (16,9)	7 (3,0)	6 (2,5)	20 (8,4)	0,069
	LGBT	41 (56,2)	23 (31,5)	1 (1,4)	3 (4,1)	5 (6,8)	

**Fonte:** Elaborada pela autora (2018); \*Teste Exato de Fisher.

Quanto a Escala de Avaliação do Ambiente Acadêmico Frente às Necessidades da População LGBT, percebe-se que a maioria dos respondentes, independente da orientação sexual, afirma não ter conhecimento dos aspectos que envolvem a vida LGBT na UFS, seja no âmbito de políticas públicas, ações que integrem as vidas acadêmicas e estudantis, seja no apoio da instituição a esta população especificamente. Estes resultados corroboram com um outro estudo realizado em Aracaju com estudantes de medicina em uma outra universidade (FERREIRA, 2017). Esse desconhecimento pode ocorrer por alguns motivos, tais como falta de menção do tema por parte da universidade referida ou mesmo por falta de interesse dos alunos para procurar informação acerca do tema, desconsiderando sua relevância.

**Tabela 8.** Resposta dos participantes para a escala de avaliação do ambiente acadêmico frente às percepções das necessidades da população LGBT, Aracaju, 2018

		Não N (%)	Não sei N (%)	Sim N (%)	P- valor*
<b>Inclusão de Políticas LGBT</b>					
1. O seu campus proíbe discriminação baseado em orientação sexual?	Heterossexual	22 (9,3)	149 (62,9)	66 (27,8)	<0,001
	LGBT	19 (26,0)	49 (67,1)	5 (6,8)	
2. O seu campus inclui orientação sexual em declarações escritas públicas sobre diversidade e multiculturalismo?	Heterossexual	31 (13,1)	168 (70,9)	38 (16,0)	<0,001
	LGBT	26 (35,6)	41 (56,2)	6 (8,2)	
3. O seu campus proíbe discriminação baseado em identidade de gênero?	Heterossexual	15 (6,3)	155 (65,4)	67 (28,3)	<0,001
	LGBT	17 (23,3)	48 (65,8)	8 (11,0)	
<b>Apoio e Compromisso Institucional à População LGBT</b>					
4. O seu campus fornece treinamento para a equipe do centro de saúde para aumentar a sua sensibilidade às necessidades especiais de saúde dos indivíduos LGBT?	Heterossexual	63 (26,6)	161 (67,9)	13 (5,5)	0,037
	LGBT	31 (42,5)	39 (53,4)	3 (4,1)	
5. O seu campus tem um escritório ou centro de recursos para estudantes LGBT (isto é, um espaço financiado institucionalmente para a educação sexual e serviços de apoio para a comunidade LGBT)?	Heterossexual	58 (24,5)	172 (72,6)	7 (3,0)	<0,001
	LGBT	36 (49,3)	34 (46,6)	3 (4,1)	
<b>Vida Acadêmica LGBT</b>					
6. O seu campus integra questões LGBT em debates quando apropriado?	Heterossexual	37 (15,6)	108 (45,6)	92 (38,8)	0,006
	LGBT	22 (30,1)	21 (28,8)	30 (41,1)	

7. O seu campus tem um número significativo de livros e periódicos sobre tópicos de orientação sexual na(s) biblioteca(s) existente(s)?	Heterossexual	27 (11,4)	198 (83,5)	12 (5,1)	0,005
	LGBT	20 (27,4)	50 (68,5)	3 (4,1)	

#### **Vida Estudantil LGBT**

8. O seu campus regularmente oferece atividades e eventos para aumentar a conscientização das experiências e preocupações de lésbicas, gays e bissexuais?	Heterossexual	58 (24,5)	131 (55,3)	48 (20,3%)	<0,001
	LGBT	38 (52,1)	25 (34,2)	10 (13,7%)	
9. O seu campus realiza regularmente eventos sociais especificamente para estudantes LGBT?	Heterossexual	51 (21,5)	162 (68,4)	24 (10,1)	<0,001
	LGBT	39 (53,4)	28 (38,4)	6 (8,2)	
10. O seu campus tem uma organização universitária reconhecida para estudantes LGBT e simpatizantes?	Heterossexual	32 (13,5)	137 (57,8)	68 (21,7)	<0,001
	LGBT	29 (39,7)	28 (38,4)	16 (21,9)	
11. O seu campus tem alguma organização acadêmica de estudantes LGBT?	Heterossexual	10 (4,2)	115 (48,5)	112 (47,3)	<0,001
	LGBT	14 (9,2)	24 (32,9)	35 (47,9)	

#### **Aconselhamento e Saúde da População LGBT**

12. O seu campus oferece grupos de apoio para indivíduos LGBT em vias de assumir a sua orientação sexual publicamente?	Heterossexual	21 (8,9)	206 (86,9)	10 (4,2)	<0,001
	LGBT	30 (41,1)	41 (56,2)	2 (2,7)	
13. O seu campus fornece treinamento para a equipe do centro de saúde para aumentar a sua sensibilidade às necessidades especiais de saúde de indivíduos LGBT?	Heterossexual	28 (11,8)	195 (82,3)	14 (5,9)	<0,001
	LGBT	28 (38,4)	43 (58,9)	2 (2,7)	

**Fonte:** Elaborada pela autora (2018); \*Teste Exato de Fisher

Foi solicitado aos respondentes, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que se manifestassem sobre o seu desejo de receber encaminhamento psicoterápico, e, apenas um, dos 310 respondentes, declarou interesse de ser encaminhado para tal propósito. Esta alta recusa, pode ter ocorrido por desconhecimento do que é uma psicoterapia, ou pelo estigma associado à depressão e aos serviços de saúde mental, ou mesmo por descaso quanto à esta modalidade terapêutica, quer por descrença, quer por falta de tempo e recursos financeiros, ou por dificuldades de acesso.

Este trabalho teve algumas limitações que podem interferir de maneira direta ou indireta nos resultados obtidos. A principal delas foi um possível desconforto dos estudantes em responder aos questionários, por terem perguntas sobre temas pouco discutidos de maneira geral, como depressão e sexualidade, mesmo sendo assegurado aos respondentes o anonimato. Assim, sugere-se mais pesquisas, desta ordem de cunho qualitativo, através de entrevistas e grupos focais, que possam esclarecer os prováveis pontos cegos do corrente estudo.

## 7 CONCLUSÃO

Neste estudo foi evidenciado que os alunos de medicina têm altos índices de depressão, 29%, quando comparado à população geral. Durante o processo de formação acadêmica é notável a pressão exercida sobre o aluno, o que, dentre outros fatores, pode aumentar a vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas de saúde psicossociais.

Outro ponto observado foi o maior índice de depressão nos estudantes de medicina LGBT quando comparados aos heterossexuais. No grupo dos alunos heterossexuais as taxas de depressão leve e moderada foram de 15,6% e 8,4% respectivamente, ao passo que os índices da população LGBT foram maiores em ambas as categorias: 31,5% apresentaram depressão leve, 12,3% depressão moderada e 1,4% depressão grave, sendo esta exclusiva ao grupo LGBT. De forma geral a prevalência de algum grau de depressão entre os heterossexuais foi de 24% e nos LGBT de 45,2%.

A prevalência de alunos LGBT, dentre os 310 que responderam aos questionários, foi de 23,5%. Nos dois grupos foi observado que os estudantes recebem altos níveis de apoio pessoal e social, e, por outro lado, desconhecem quaisquer suportes acadêmicos oferecidos à comunidade LGBT pela UFS.

Diante dos resultados obtidos, é de extrema importância que haja mais discussões que abordem ambos os temas, sexualidade e saúde mental, objetivando oferecer suporte psicossocial para aqueles estudantes, independente da orientação sexual, que estão sob sofrimento psíquico.

## REFERÊNCIAS

ABGLT. **Manual de comunicação LGBT: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Curitiba: ABGLT, 2010. Secretaria de Educação.

ABGLT. **Pesquisa Nacional sobre o Ambiente Educacional no Brasil 2015: as experiências de adolescentes e jovens lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em nossos ambientes educacionais**. Curitiba: ABGLT, 2016. Secretaria de Educação.

AHMED I., et al. Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff. **Journal of critical care** [online], v. 24, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19664516>>. Acesso em: 10 maio 2018

ALTHUSSER, **Louis. Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado**. Tradução Joaquim José Moura Ramos. Lisboa: Presença; São Paulo: Martins Fontes, 1970

ALVES, João Guilherme Bezerra, et al. Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 91-96, jan./mar., 2010

AMARAL, Geraldo Francisco do et al. Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, [S. l.], v. 30, n. 2, p.124-130, 2008

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)**, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV-TR)**, American Psychiatric Association, Arlington, 2000

ANAKA, Márcia Miki et al. Adaptação de Alunos de Medicina em Anos Iniciais da Formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São José do Rio Preto, v. 40, n. 4, p.663-668, 2016

ANDRADE, L.; et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. **Int J Methods Psychiatr Res.** [S. l.], v. 12, n. 1, p. 03-21, 2003

ARÁN, Márcia. **A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero**. Rio de Janeiro: Ágora, 2006

ARGOLO, J. C. T.; ARAÚJO, M. A. D. O Impacto do Desemprego sobre o Bem-Estar Psicológico dos Trabalhadores da Cidade de Natal. **Rac**, [s.l.], v. 8, n. 4, p.161-182, out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v8n4/v8n4a09>>. Acesso em: 06 maio 2018

ÁVILA, Rebeca Contrera. Formação das Mulheres nas Escolas de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Campinas, v. 38, n. 1, p.142-149, 2014

BARRETO, Andreia. **A mulher no ensino superior distribuição e representatividade**. Rio de Janeiro: Flacso, 2014. Cadernos do GEA.

BEARZOTI, Paulo. **Sexualidade: um conceito psicanalítico freudiano**. Campinas, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/24>>. Acesso em: 4 abr. 2018

BEZCHLIBNYK-BUTLER, K. Z.; JEFFRIES J. J. **Clinical handbook of psychotropic drugs**. 9. ed. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers; 1999

BORRILLO, Daniel. **A homofobia**. 2 ed. Paris: PUF, 2001

BOTEGA, Neury José; SILVEIRA, Guilherme Martins. General practitioners attitudes towards depression: a study in primary care setting in Brazil. **International Journal Of Social Psychiatry**, [S. l.], v. 42, n. 3, p.230-237, set. 1996

BROMET E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**, 2011

BRUCH, Tatiana Pizzolotto; CARNEIRO, Ellis Alves; JORNADA, Luciano Kurtz. Presença de sintomas psiquiátricos em estudantes de medicina de Universidade do sul do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Santa Catarina, v.38, n.4, p.61-65, jun., 2009

BURKE, Brian P; WHITE, Jocelyn C. Wellbeing of gay, lesbian, and bisexual doctors. **BMJ**. [S. l.], v. 7283, n. 322, p.422-425, 2001

CAMPOS, Jéssica Lisboa; ALVES, Jéssica Luana da Silva. A invisibilidade da saúde da população LGBT: uma reflexão acerca da homofobia presente nos espaços institucionais de saúde. In: VII JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 7., 2015, São Luís. **Anais...**. São Luís: JOINPP, 2015. p. 1 - 11. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo6/a-invisibilidade-da-saude-da-populacao-lgbt-uma-reflexao-acerca-da-homofobia-presente-nos-espacos-institucionais-de-saude.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2018

CAMPUS PRIDE. **LGBT-friendly campus climate index**. Web site, 2013. Disponível em: <http://www.campusprideindex.org/about/default.aspx>. Acesso em: 14 maio de 2018

CAPUCHINHO, Cristiane. **No curso de medicina, apenas 2,7% dos formandos são negros**. 2013. Disponível em: <[http://www.redeacaoafirmativa.ceao.ufba.br/uploads/uol\\_materia\\_2013\\_CCapuchinho.pdf](http://www.redeacaoafirmativa.ceao.ufba.br/uploads/uol_materia_2013_CCapuchinho.pdf)>. Acesso em: 03 set. 2018

CARDOSO FILHO, Francisco de Assis Brito et al. Perfil do Estudante de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), 2013. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Mossoró, v. 39, n. 1, p.32-40, 2015

CARSON, A. et al. Mental health in medical students: a case control study using the 60 item General Health Questionnaire. **Scott Med J**. [S. l.], v. 45, n. 4, p. 115-116, 2000

CATALDO NETO, Alfredo, et al. O estudante de medicina e o stress acadêmico. **Scientia medica**, Porto Alegre, v. 8, n.1, p.6-16, 1998

CAVESTRO, Julio de Melo; ROCHA, Fabio Lopes. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. [S. l.] v.55, n.4, p.264-267, 2006

CHAN, D. W. Depressive symptoms and depressed mood among Chinese medical students in Hong Kong. **Compr Psychiatry**. [S. l.], v. 32, n. 2, p. 170-80, 1991

CHISHOLM, D.; SWEENEY, K.; SHEEHAN P. et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. **Lancet Psychiatry**. [S. l.], v. 3, n. 5, p. 415-24, may 2016

CHOERI, Raul Cleber da Silva. **Conceito de identidade e a redesignação sexual**. Rio de Janeiro: Renovar, 2004

COSTA, L. S. M.; PEREIRA, C. A. A. O abuso como causa evitável de estresse entre estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 185- 90, 2005

COYNE, J. C.; SCHWENK, T. L. The relationship of distress to mood disturbance in primary care and psychiatric populations. **J Consult Clin Psychol**. [S. l.], v. 65, n. 1, p. 161-168, 1997

CUJPERS, Pim et al. Adding Psychotherapy to Pharmacotherapy in the Treatment of Depressive Disorders in Adults. **The Journal Of Clinical Psychiatry**, [S. l.], v. 70, n. 9, p.1219-1229, 15 set. 2009a

CUJPERS, Pim et al. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. **Depression And Anxiety**, [S. l.], v. 26, n. 3, p.279-288, mar. 2009b.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.21, p. 06-11, maio. 1999

DEMBROFF, Robin A. **What is sexual orientation?**. Philosophers' Imprint, 2016. Disponível em: <<https://quod.lib.umich.edu/cgi/p/pod/dod-idx/what-is-sexual-orientation.pdf?c=phimp;idno=3521354.0016.003;format=pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2018

DEPRESSION and other common mental disorders. **Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization. 2017

DIETER, Cristina Ternes. **As raízes históricas da homossexualidade, os avanços no campo jurídico e o prisma constitucional**. 2012. Disponível em: <[http://www.ibdfam.org.br/\\_img/artigos/As%20ra%C3%ADzes%20hist%C3%B3ricas%2012\\_04\\_2012.pdf](http://www.ibdfam.org.br/_img/artigos/As%20ra%C3%ADzes%20hist%C3%B3ricas%2012_04_2012.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2018

ENNES, Marcelo Alario. **Cotas e democracia**. 2011. Disponível em: <<http://www.ufs.br/conteudo/3035-cotas-e-democracia>>. Acesso em: 03 set. 2018.

ERIBON, D. **Reflexões sobre a questão gay**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008

ERIBON, D.; HABOURY, F. (Org.). **Dictionnaire des cultures gay et lesbiennes**. Paris: Editions Larousse, 2003

ESTEVES, F.C.; GALVAN, A.L. Depressão numa contextualização contemporânea. **Aletheia**, Canoas, n. 24, dez. 2006. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942006000300012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300012)>. Acesso em: 02 maio 2018

FERREIRA, Danilo Bastos Bispo. **Orientação sexual e identidade de gênero: a homossexualidade e seus reflexos na saúde mental de estudantes de medicina de uma universidade sergipana**. 2017. 95 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Universidade Tiradentes, Aracaju, 2017

FIOROTT, Karoline Pedroti; ROSSONI, Renzo Roldi; MIRANDA, Angélica Espinosa. Perfil do Estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Vitória, v. 34, n. 3, p.355-362, 2010

GÊNERO e diversidade na escola: formação de professoras/es em gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais. Livro de conteúdo. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília, 2009

GILMAN, S. E.; et al. Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. **Am J Public Health**, [S. l.], v. 91, n. 6, p.933-939, jun. 2001

GOMES-OLIVEIRA, et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria** [online], v. 34, n. 4, p. 389-394, 2012

GROSSI, Miriam; UZIEL, A. Paula; MELLO, Luiz (orgs.). **Conjugalidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007

GUSMÃO, Ricardo Duarte Miranda de. **Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento**: Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas nos Cuidados de Saúde Primários. 582 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Psiquiatria e Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2005

HATZENBUEHLER, M. L. The Social Environment and Suicide Attempts in Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. **Pediatrics**, [S. l.], v. 127, n. 5, p.896-903, abr. 2011

HYDERI, A.; ANGEL, J.; MADISON, M. *et al.* **Transgender patients**: providing sensitive care. **J Fam Pract**, v. 65, n. 7, p. 61-450, 2016

ILVA, Bianca Luna da; MELLO, Rosâne. **A incidência de sintomatologia depressiva na população LGBT**. [2017]. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/anais.php?evt=16&sec=127&niv=3.3&mod=1&con=15555&pdf=1>>. Acesso em: 19 maio 2018

INTERNATIONAL COMMISSION OF JURISTS. **Yogyakarta Principles**: Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity. 2007. Disponível em: <<http://www.refworld.org/docid/48244e602.html>>. Acesso em: 14 maio 2018

JENKINS R., MELTZER H. The National Survey of Psychiatric Morbidity in Great Britain. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. [S. l.], v. 30, n. 1, p. 01-04, 1995

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. 2. ed. Brasília, 2012. Disponível em: < <http://www.diversidadessexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2018

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria**: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997

KATZ, J. N. **A invenção da homossexualidade**. Tradução de C. Fernandes. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996

KONRADT, Caroline Elizabeth et al. Trauma precoce e transtornos de humor em jovens. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 40, n. 3, p.93-96, mar. 2013

LANZ, Letícia. **O corpo da roupa**: a pessoa transgênero entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba: 2014

LIMA, Maurício Silva de. Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.01-05, maio 1999

LOPES, Johnnatas Mikael et al. Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro:

estudo seccional de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.521-531, set. 2015

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2003

MARIUZZI, Janaina. **Mulheres e depressão: por que elas têm mais?** Disponível em: <<https://www.psicologiasdobrasil.com.br/mulheres-e-depressao-por-que-elas-tem-mais/>>. Acesso em: 17 jul. 2018

MASON P., WILKONSON G. The prevalence of psychiatric morbidity: OPCS survey of psychiatric morbidity in Great Britain. **Br J Psychiatry**. [S. l.], v. 168, n. 1, p. 01-03, 1996

MAYS, V. M.; COCHRAN, S. D. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay and bisexual adults in the United States. **Am J Public Health**. [S. l.], v. 91, n. 11, p. 1869-1876, 2001

MENEZES, Itiana Castro; JURUENA, Mário Francisco. Diagnóstico de depressões unipolares e bipolares e seus especificadores. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 50, n. 1, p.64-71, 4 fev. 2017. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/2017/vol50-Supl-1/Simp7-Diagnostico-de-depressoes-unipolares-e-bipolares-e-seus-especificadores.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2018

MEYER, Ilan H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. **Psychological Bulletin**, [S. l.], v. 129, n. 5, p.674-697, nov. 2003

MOREIRA, Antonia Viviane Rodrigues et al. **Depressão: um transtorno de humor**. [2017]. Disponível em: <[http://www.fjn.edu.br/iniciacaocientifica/anais-v-semana/trabalhos/poster/Rivonilda\\_poster.pdf](http://www.fjn.edu.br/iniciacaocientifica/anais-v-semana/trabalhos/poster/Rivonilda_poster.pdf)>. Acesso em: 17 maio 2018

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld; SOARES, Márcia Britto de Macedo. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S. l.], v. 21, n. 1, p.24-40, maio 1999

MORO A., VALE J., LIMA L. Sintomas Depressivos nos Estudantes de Medicina da Universidade da Região de Joinville (SC). **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 97-102, 2005

NADER, D. A.; BARROS A. F. Estudo de perturbações psicossomáticas em estudantes de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. **Revista do Hospital Universitário de Juiz de Fora**. [S. l.] v. 18, n. 01, p. 69-79, 1991

NATARELLI, Taison Regis Penariol et al. The Impact of homophobia on adolescent health. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.664-670, 2015

NOGUEIRA, Fernanda. **Cotas raciais no curso de medicina da UFRGS na perspectiva docente: rupturas e configurações tecidas na garantia do direito à educação superior pública**. 2015. 173 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Educação, Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015

OLIVEIRA, Elisângela Neves de. **Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, ago. 2013

PERES, A. P. A. B. **Transexualismo: o direito a uma nova identidade sexual**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001

PRINCE, M.; PATEL V.; SAXENA S. et al. No health without mental health. **The Lancet**. [S.l.], v. 370, n. 9590, p. 859-77, 2007

RAZZOUK, Denise. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde?. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 845-848, dez. 2016

REIS, Toni (org.). **Manual de comunicação LGBTI+**. Curitiba: Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros - Universidade Federal do Paraná, 2018

REMAFEDI, G., et al. The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. **Am J Public Health**. [S.l.], v. 88, n. 1, p.57-60, jan. 1998

REZENDE, Carlos Henrique Alves de, et al. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.3, p.315-323, 2008

RIBEIRO, Rodrigo da Silva Cândido. **Processos de comunicação organizacional e transexualidade**: um estudo sobre o papel estratégico da comunicação na inclusão de gênero nas “melhores empresas para se trabalhar. 2018. 139 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social) - Faculdade Cásper Líbero, São Paulo 2018

RISDON, C.; COOK, D., WILLMS, D. Gay and lesbian physicians in training: a qualitative study. **CMAJ**. [S.l.], v. 162, n. 3, p.331-334, 2000

ROBBINS, N.; REGIER, D. A. **Psychiatric disorders in America**: the epidemiologic Catchment Area study. Lybrary of Congress Cataloging-in- Publication Data. New York, 1991

RYAN, C. et al. Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. **Pediatrics**, [s.l.], v. 123, n. 1, p.346-352, jan. 2009

SANLO, R. Lesbian, gay, and bisexual college students: risk, resiliency and retention. **J Coll Stud Ret**. [s. l.], v. 6, n. 1, p. 97-110, 2004-2005

SANTOS, G. E. O. **Cálculo amostral**: calculadora on-line. Disponível em: <http://www.publicacoesdeturismo.com.br/calculoamostral>. Acesso em: 14 maio de 2018

SANTOS, J. P.; BERNARDES, N. M. G. Percepção social da homossexualidade na perspectiva de gays e de lésbicas. In ZANELLA, A. V., et al., org. **Psicologia e práticas sociais** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. Disponível em:

<<http://books.scielo.org/id/886qz/pdf/zanella-9788599662878-27.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2018

SCHEFFER, Mário César; CASSENOTE, Alex Jones Flores. A feminização da medicina no Brasil. **Revista Bioética**, São Paulo, v. 21, n. 2, p.77-268, 2013

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo, 2015.

SCHESTATSKY, Sidnei; FLECK, Marcelo. Psicoterapia das depressões. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.l.], v. 21, n. 1, p.41-47, maio 1999

SERRANO, Alan Índio. et al. **Síndromes depressivas: Protocolo de acolhimento na linha de cuidado**. Disponível em: <[http://portales.saude.sc.gov.br/phocadownload/Regulacao/protocolos/19%20S%C3%ADndromes%20depressivas%20\(acolhimento\).pdf](http://portales.saude.sc.gov.br/phocadownload/Regulacao/protocolos/19%20S%C3%ADndromes%20depressivas%20(acolhimento).pdf)>. Acesso em: 05 maio 2018

SERSON, Breno. Integrando farmacoterapia à psicoterapia e a medidas gerais no tratamento dos quadros ansioso-depressivos. **Revista SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, dez. 2007.

SILVA, Cassio Rodrigo de Oliveira (org.). **Diversidade sexual e cidadania LGBT**. 2. ed. São Paulo: IMESP, 2017

SOUZA, Bruno Barbosa de; MEGLHIORATTI, Fernanda Aparecida. **Uma reflexão a respeito dos conceitos de sexo biológico, identidade de gênero e identidade afetivo-sexual**. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL EM EDUCAÇÃO SEXUAL, 5, 2017, Maringá. Disponível em: <<http://www.sies.uem.br/trabalhos/2017/3178.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018

SOUZA, Fábio Gomes de Matos e. Tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.18-23, maio 1999

TEITELBAUM, Ilton et al. **Projeto 18/34: Ideias e Aspirações do Jovem Brasileiro sobre Conceitos de Família.** 2015. Disponível em: <<http://estaticog1.globo.com/2015/10/30/Apresentacao-Pesquisa-Familia-EE-2015.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2018

TEIXEIRA-FILHO, Fernando Silva; MARRETTO, Carina Alexandra Rondini. Homossexualidades, homofobia e tentativas de suicídio em adolescentes LGBT1. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO - CORPO, VIOLÊNCIA E PODER, 8., 2008, Florianópolis. **Anais Eletrônicos.** Florianópolis: UFSC, 2008. p. 1 - 8. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST50/Teixeira\\_Filho-Marreto\\_50.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST50/Teixeira_Filho-Marreto_50.pdf)>. Acesso em: 03 set. 2018

TEIXEIRA-FILHO, Fernando Silva; RONDINI, Carina Alexandra. Ideações e Tentativas de Suicídio em Adolescentes com Práticas Sexuais Hetero e Homoeróticas. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 21, n. 3, p.651-667, 2012

THOMPSON, C. – Affective disorders. **The Instruments of Psychiatric Research.** London, John Wiley & Sons Ltd., p. 87-126, 2010.

TJIA, J.; GIVENS, J. L.; SHEA, J. A. **Factors associated with undertreatment of medical student depression.** J Am Coll Health, v. 53, n. 5, p. 219-224, 2005

UNESCO. **Resposta do Setor de Educação ao bullying homofóbico.** 8. ed. Brasília: UNESCO, 2013. 60 p.

VALE, João Joaquim Alves Ribeiro Barreiros do. **“Medicamentos antidepressivos- perfil de utilização, efeitos secundários e interações medicamentosas: Experiência Profissionalizante na Vertente de Farmácia Comunitária, Hospitalar e Investigação.** 180 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Farmacêuticas, Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2013

WEISSMAN, M. M. *et al.* **Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder.** JAMA 1996

WELLS, Barbara G. et al. **Pharmacotherapy Handbook**. 7. ed. [s.l]: Mcgraw Hill, [20--]. Disponível em: <[http://fac.ksu.edu.sa/sites/default/files/Pharmacotherapy\\_Handbook\\_7th\\_Edition.pdf](http://fac.ksu.edu.sa/sites/default/files/Pharmacotherapy_Handbook_7th_Edition.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2018. **Citação com autor incluído no texto:** Wells et al. ([20--])

WELZER-LANG, D. **A construção do masculino:** dominação das mulheres e homofobia. Cadernos Pagu. Estudos Feministas, v. 9, n. 2, p. 460-82, 2001

WHITEFORD HA, BAXTER AJ. The global burden of disease 2010 study: what does it tell us about mental disorders in Latin America?, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v 35, n. 2, p. 111-2, 2013

ZONTA Ronaldo; ROBLES Ana Carolina Couto; GROSSEMAN, Suely. Estratégias de Enfrentamento do Estresse Desenvolvidas por Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.30, n.3, p.147–153, set./dez., 2006

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, autorizo a Universidade Federal de Sergipe (UFS), por intermédio da acadêmica **Michelle Lisboa Alves**, devidamente assistidos pela sua orientadora **Professora Dra. Déborah Mônica Machado Pimentel** a desenvolverem a pesquisa abaixo descrita:

**1-Título da pesquisa:** Orientação sexual e identidade de gênero: a homossexualidade e seus reflexos na saúde mental dos estudantes de Medicina de uma universidade sergipana.

**2-Objetivo primário:** Descobrir se há repercussões na saúde mental dos estudantes de acordo com a sua orientação sexual. Os **objetivos secundários** serão: 1. Estimar a prevalência da população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais no curso de Medicina de uma universidade de Aracaju. 2. Identificar possível desconforto quanto à orientação sexual do corpo discente. 3. Descobrir sinais e indícios de depressão nos participantes da pesquisa de acordo com a sua orientação sexual. 4. Determinar a relação entre o desconforto e o relacionamento social dentro do mundo acadêmico.

**3-Descrição de procedimentos:** Os acadêmicos serão abordados na **Universidade Federal de Sergipe** sobre a realização da pesquisa e caso aceitem a participação na mesma, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), serão aplicados **quatro** questionários, instrumentos da pesquisa. Os respondentes serão avaliados e participarão da amostra da pesquisa, respeitando os critérios de inclusão, ser maior de 18 anos e aceitar assinar este TCLE.

**4-Justificativa para a realização da pesquisa:** Estimular a discussão acerca das questões de ordem de gênero e de orientação sexual e suas correlações com a saúde mental do corpo discente de Medicina, de modo a desconstruir preconceitos e estimular um ambiente amigável no campus para a população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais da Universidade.

**5-Desconfortos e riscos esperados:** Por tratar-se de uma pesquisa em que o participante se colocará disponível a responder o instrumento do estudo, há a possibilidade de se sentir constrangido mediante o teor da questão. Fui devidamente informado(a) dos riscos acima descritos e de que precisarei responder somente o que for confortável para mim. O dano que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

**6-Benefícios esperados:** Esta pesquisa trará um benefício direto para aquele participante que desejar conhecer-se mais, com ajuda psicoterápica, se assim se manifestar neste TCLE, porém, não há benefício material ou financeiro para o participante. Espera-se que os dados oriundos desta pesquisa possam fornecer subsídios que facilitem o entendimento da magnitude causada pelo impacto da orientação sexual homossexual do corpo discente do curso de Medicina frente aos seus anseios pessoais e profissionais atuais e futuros. Espera-se também, após divulgado os resultados, uma reflexão da população sobre o tema e um aumento na capacidade de discernimento e compreensão frente a questões de ordem de orientação sexual.

**7-Informações:** Os participantes têm a garantia que receberão respostas a quaisquer perguntas e esclarecimentos de dúvidas quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

**8-Retirada do consentimento:** O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando em nenhum dano ou prejuízo ao voluntário.

**9-Aspecto Legal:** Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde, Brasília-DF.

**10-Confabilidade:** Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

**11-Quanto à indenização:** Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, pois trata-se de uma pesquisa de participação espontânea e voluntária. Mesmo assim, fica prevista indenização, caso seja judicialmente pertinente e de direito legítimo.

**12-Os participantes receberão uma cópia deste Termo assinado por um dos responsáveis pela pesquisa.**

**13- Manifesto o desejo de receber encaminhamento para orientação psicoterápica de apoio**

**a) SIM, desejo receber encaminhamento para orientação psicoterápica.**

**b) NÃO quero receber encaminhamento para orientação psicoterápica.**

**14-Contatos dos pesquisadores responsáveis:**

Michelle Lisboa Alves, [michellelisboaalves@gmail.com](mailto:michellelisboaalves@gmail.com), (79) 9-9934-4592

Déborah Mônica Machado Pimentel, [deborah@infonet.com.br](mailto:deborah@infonet.com.br), (79) 9-9982-1714

*ATENÇÃO:* A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária.

Aracaju, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

---

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

---

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELA COLETA

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO

Esse questionário é anônimo e você não precisa se identificar.

**1. Qual o seu gênero biológico?**

- a) Masculino
- b) Feminino

**2. Qual a sua idade?**

- a) 18-25 anos
- b) 26-35 anos
- c) 36-45 anos
- d) 46-55 anos
- e) Acima de 55 anos

**3. Qual a sua raça?**

- a) Branca
- b) Parda
- c) Negra
- d) Amarela
- e) Indígena

**4. Qual a sua religião?**

- a) Católica
- b) Evangélica
- c) Espírita
- d) Judeu
- e) Budista
- f) Muçulmano
- g) Religião de matriz africana
- h) Agnóstico
- i) Sem práticas religiosas
- j) Ateu
- k) Outra

**5. Em que ano da faculdade você se encontra?**

- a) 1º ano
- b) 2º ano
- c) 3º ano
- d) 4º ano
- e) 5º ano
- f) 6º ano

**6. Qual a sua orientação sexual?**

- a) Heterossexual
- b) Homossexual
- c) Bissexual
- d) Assexual

**7. De acordo com a Escala de Kinsey, em qual categoria de orientação sexual você se classificaria?**

- a) Exclusivamente heterossexual
- b) Predominantemente heterossexual, apenas eventualmente homossexual
- c) Predominantemente heterossexual, embora homossexual com frequência
- d) Bissexual
- e) Predominantemente homossexual, embora heterossexual com frequência
- f) Predominantemente homossexual, apenas eventualmente heterossexual
- g) Exclusivamente homossexual
- h) Assexual

## APÊNDICE C – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Este questionário anônimo consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, marque o campo próximo à afirmação, em cada grupo, **QUE DESCREVE MELHOR A MANEIRA** que você tem se sentido **NA ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE**. Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar igualmente bem, marque cada uma.

### 1ª Questão:

- a) Não me sinto triste.
- b) Eu me sinto triste.
- c) Estou sempre triste e não consigo sair disto.
- d) Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

### 2ª Questão:

- a) Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
- b) Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- c) Acho que nada tenho a esperar.
- d) Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

### 3ª Questão:

- a) Não me sinto um fracasso.
- b) Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- c) Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- d) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

### 4ª Questão:

- a) Tenho tanto prazer em tudo como antes.
- b) Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- c) Não encontro um prazer real em mais nada.
- d) Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

### 5ª Questão:

- a) Não me sinto especialmente culpado.
- b) Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
- c) Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- d) Eu me sinto sempre culpado.

### 6ª Questão:

- a) Não acho que esteja sendo punido
- b) Acho que posso ser punido
- c) Creio que serei punido.
- d) Acho que estou sendo punido

**7ª Questão:**

- a) Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
- b) Estou decepcionado comigo mesmo.
- c) Estou enjoado de mim.
- d) Eu me odeio.

**8ª Questão:**

- a) Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.
- b) Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
- c) Eu me culpo sempre por minhas falhas.
- d) Eu me culpo por tudo de mau que acontece.

**9ª Questão:**

- a) Não tenho quaisquer ideias de me matar.
- b) Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
- c) Gostaria de me matar.
- d) Eu me mataria se tivesse oportunidade.

**10ª Questão:**

- a) Não choro mais do que o habitual.
- b) Choro mais agora do que costumava.
- c) Agora, choro o tempo todo.
- d) Costumava ser capaz e chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

**11ª Questão:**

- a) Não sou mais irritado agora do que já fui.
- b) Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.

c) Atualmente me sinto irritado o tempo todo.

d) Não me irrita mais com as coisas que costumavam me irritar.

**12ª Questão:**

- a) Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
- b) Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
- c) Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
- d) Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.

**13ª Questão:**

- a) Tomo decisões tão bem quanto antes.
- b) Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
- c) Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
- d) Não consigo mais tomar decisões.

**14ª Questão:**

- a) Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
- b) Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativos.
- c) Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
- d) Acredito que pareço feio.

**15ª Questão:**

- a) Posso trabalhar tão bem quanto antes.
- b) Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
- c) Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
- d) Não consigo mais fazer trabalho algum.

**16ª Questão:**

- a) Consigo dormir tão bem como o habitual.
- b) Não durmo tão bem quanto costumava.
- c) Acordo um a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.
- d) Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

**17ª Questão:**

- a) Não fico mais cansado do que o habitual.
- b) Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
- c) Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
- d) Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

**18ª Questão:**

- a) Meu apetite não está pior do que o habitual.
- b) Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.

- c) Meu apetite está muito pior agora.
- d) Não tenho mais nenhum apetite.

**19ª Questão:**

- a) Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
- b) Perdi mais de dois quilos e meio.
- c) Perdi mais de cinco quilos.
- d) Perdi mais de sete quilos.

**20ª Questão:**

- a) Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
- b) Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.
- c) Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
- d) Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

**21ª Questão:**

- a) Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- b) Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.
- c) Estou muito menos interessado em sexo atualmente.
- d) Perdi completamente o interesse por sexo

## APÊNDICE D – ESCALA DE AVALIAÇÃO DO AMBIENTE ACADÊMICO ACADÊMICO FRENTE ÀS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO LGBT

Este questionário é anônimo e você não precisa se identificar.

### **INCLUSÃO DE POLÍTICAS LGBT**

**1. O seu campus proíbe discriminação baseado em orientação sexual?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

**2. O seu campus inclui orientação sexual em declarações escritas públicas sobre diversidade e multiculturalismo?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

**3. O seu campus proíbe discriminação baseado em identidade de gênero?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

### **APOIO E COMPROMISSO INSTITUCIONAL À POPULAÇÃO LGBT**

**4. O seu campus fornece treinamento para a equipe do centro de saúde para aumentar a sua sensibilidade às necessidades especiais de saúde dos indivíduos LGBT?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

**5. O seu campus tem um escritório ou centro de recursos para estudantes LGBT (isto é, um espaço financiado institucionalmente para a educação sexual e serviços de apoio para a comunidade LGBT)?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

### **VIDA ACADÊMICA LGBT**

**6. O seu campus integra questões LGBT em debates quando apropriado?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

**7. O seu campus tem um número significativo de livros e periódicos sobre tópicos de orientação sexual na(s) biblioteca(s) nela existente(s)?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

#### **VIDA ESTUDANTIL LGBT**

**8. O seu campus regularmente oferece atividades e eventos para aumentar a conscientização das experiências e preocupações de lésbicas, gays e bissexuais?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

**9. O seu campus realiza regularmente eventos sociais especificamente para estudantes LGBT?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

**10. O seu campus tem uma organização universitária reconhecida para estudantes LGBT e simpatizantes?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

**11. O seu campus tem alguma organização acadêmica de estudantes LGBT?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

#### **ACONSELHAMENTO E SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT**

**12. O seu campus oferece grupos de apoio para indivíduos LGBT em vias de assumir a sua orientação sexual publicamente?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

**13. O seu campus fornece treinamento para a equipe do centro de saúde para aumentar a sua sensibilidade às necessidades especiais de saúde de indivíduos LGBT?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

## APÊNDICE E – ESCALA DE PERCEPÇÃO DE SUPORTE SOCIAL

Este questionário é anônimo e você não precisa se identificar.

**1. As pessoas ao meu redor me deixam saber que elas se importam comigo.**

- a) Discordo completamente
- b) Discordo parcialmente
- c) Neutro
- d) Concordo parcialmente
- e) Concordo completamente

**2. Eu tenho alguém em cujas opiniões eu tenho confiança.**

- a) Discordo completamente
- b) Discordo parcialmente
- c) Neutro
- d) Concordo parcialmente
- e) Concordo completamente

**3. Eu tenho alguém que eu sinto que posso confiar completamente.**

- a) Discordo completamente
- b) Discordo parcialmente
- c) Neutro
- d) Concordo parcialmente
- e) Concordo completamente

**4. Eu tenho pessoas ao meu redor que me ajudarão a manter o meu ânimo elevado.**

- a) Discordo completamente
- b) Discordo parcialmente
- c) Neutro
- d) Concordo parcialmente
- e) Concordo completamente

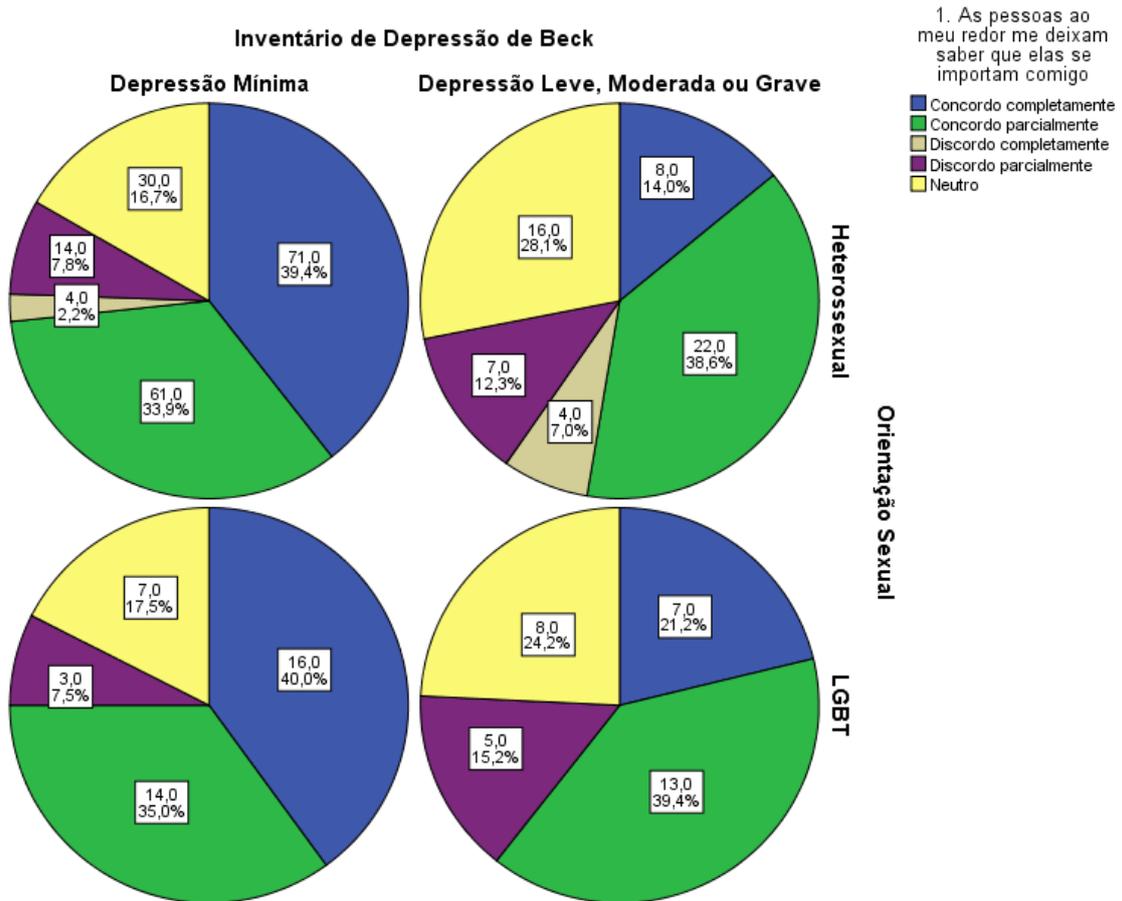
**5. Há pessoas em minha vida que me fazem sentir bem sobre quem eu sou.**

- a) Discordo completamente
- b) Discordo parcialmente
- c) Neutro
- d) Concordo parcialmente
- e) Concordo completamente

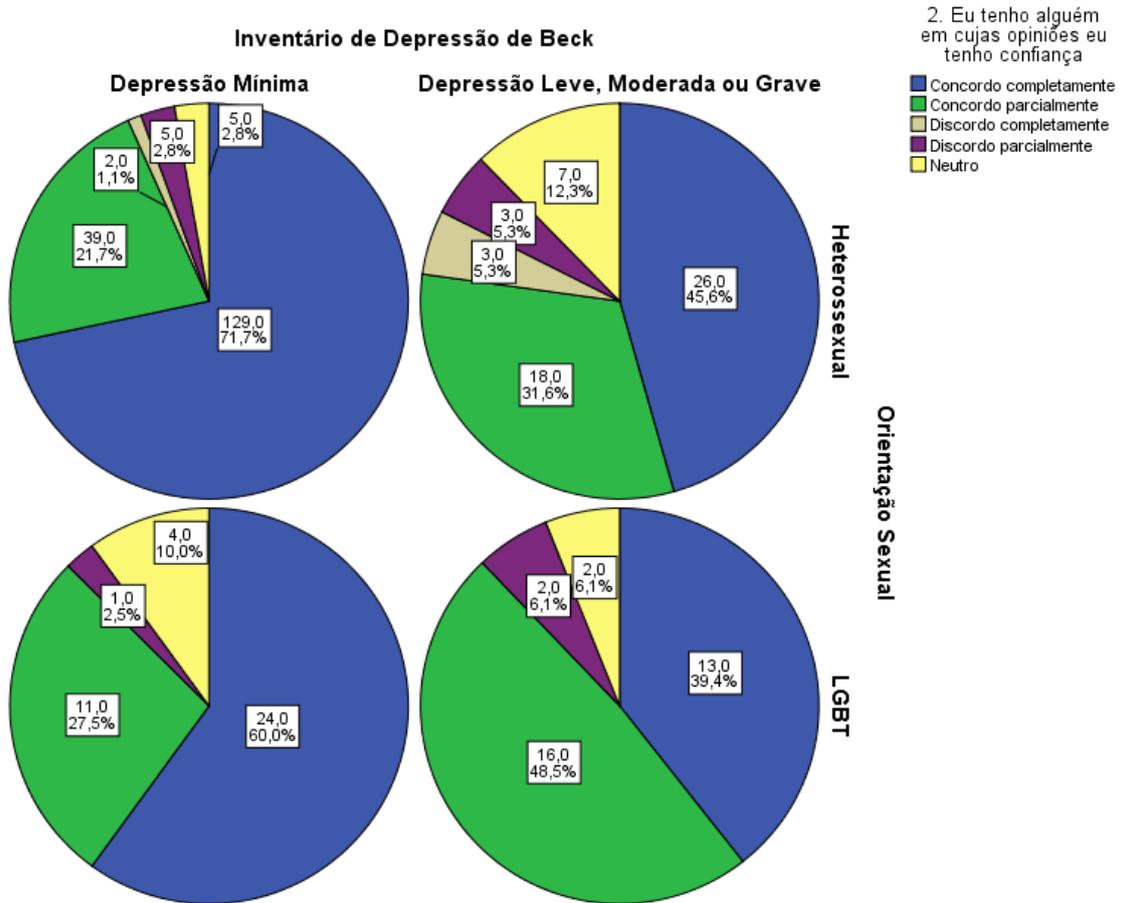
**6. Eu tenho pelo menos um amigo ou parente com quem eu quero estar quando estou me sentindo desanimado.**

- a) Discordo completamente
- b) Discordo parcialmente
- c) Neutro
- d) Concordo parcialmente
- e) Concordo completamente

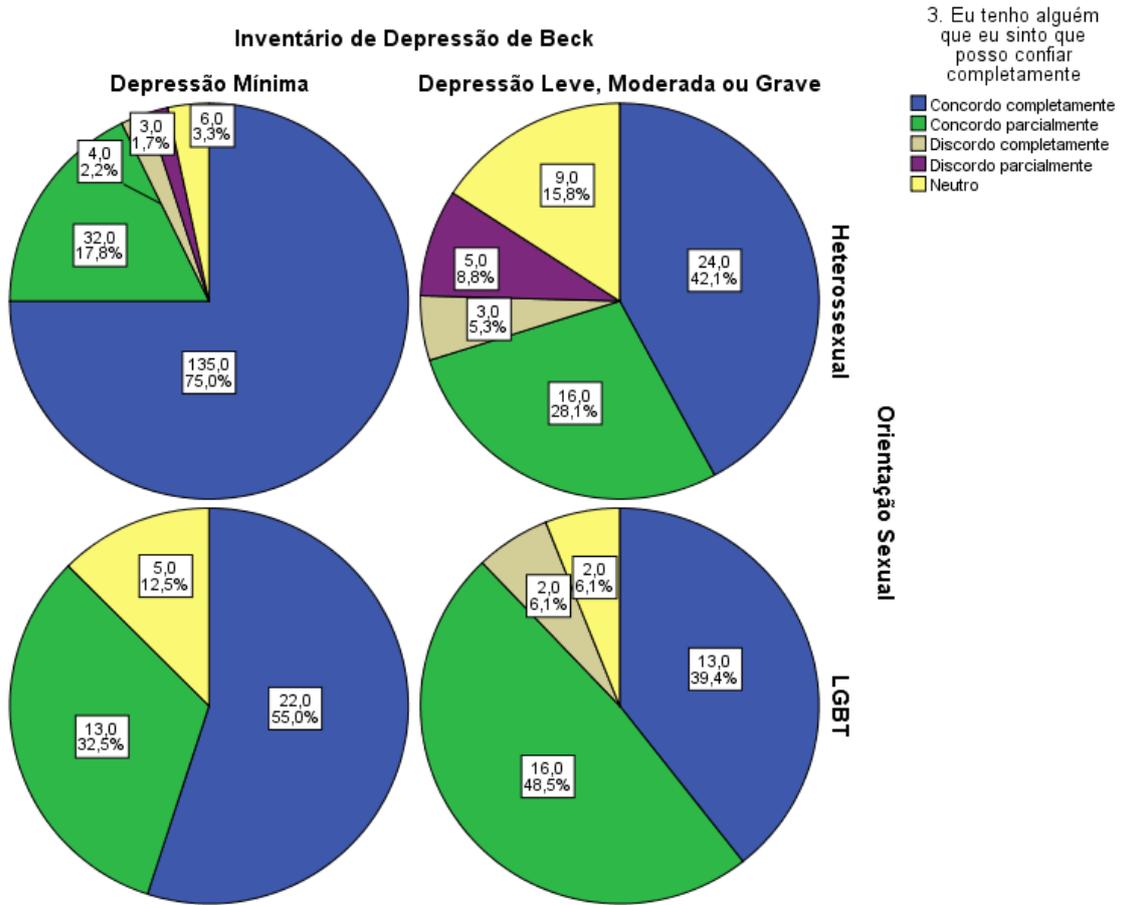
## APÊNDICE F – CRUZAMENTOS ENTRE O INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK E A ESCALA DE PERCEPÇÃO DE SUPORTE SOCIAL



Teste Qui-Quadrado de Wald para Modelo Linear Generalizado: EPSS1=Orientação Sexual X BDI. Distribuição Multinomial, Função de Ligação Logit Cumulativo.  $p=0,001$ .

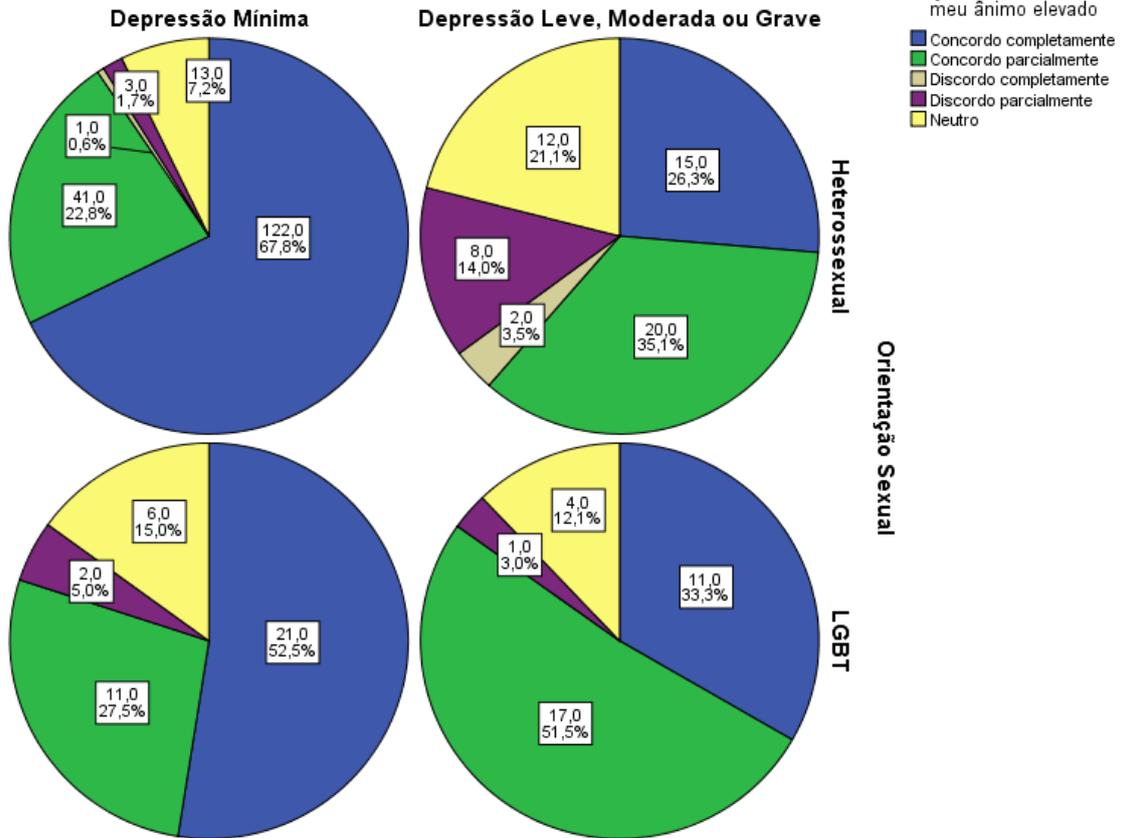


Teste Qui-Quadrado de Wald para Modelo Linear Generalizado: EPSS2=Orientação Sexual X BDI. Distribuição Multinomial, Função de Ligação Logit Cumulativo.  $p < 0,001$ .



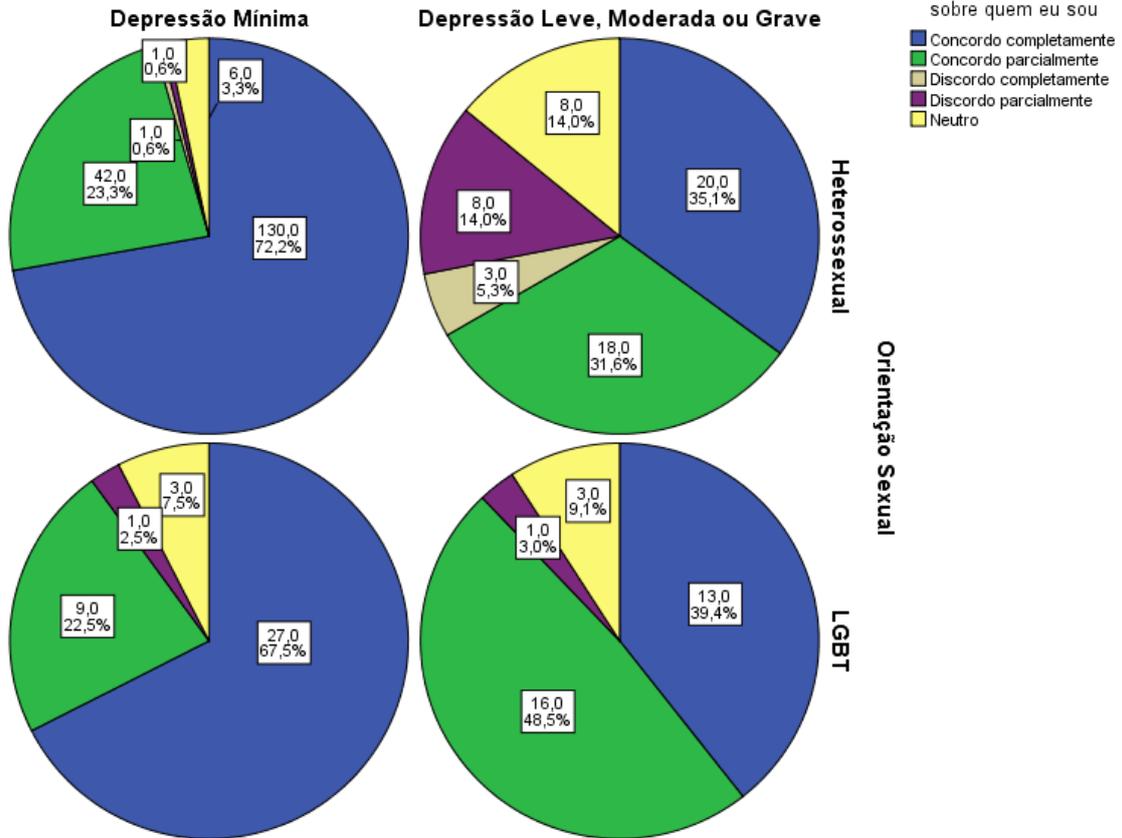
Teste Qui-Quadrado de Wald para Modelo Linear Generalizado: EPSS3=Orientação Sexual X BDI. Distribuição Multinomial, Função de Ligação Logit Cumulativo.  $p < 0,001$ .

**Inventário de Depressão de Beck**

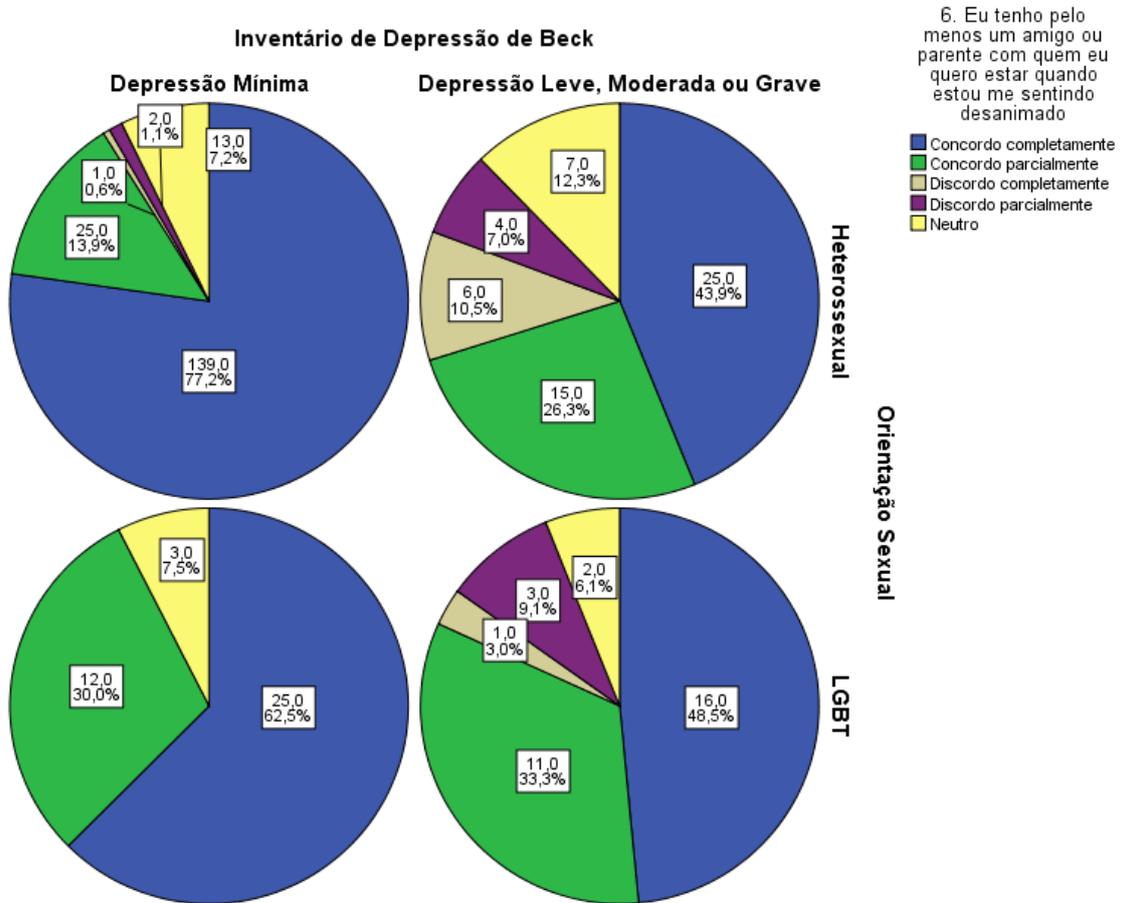


Teste Qui-Quadrado de Wald para Modelo Linear Generalizado: EPSS4=Orientação Sexual X BDI. Distribuição Multinomial, Função de Ligação Logit Cumulativo.  $p < 0,001$ .

**Inventário de Depressão de Beck**



Teste Qui-Quadrado de Wald para Modelo Linear Generalizado: EPSS5=Orientação Sexual X BDI. Distribuição Multinomial, Função de Ligação Logit Cumulativo.  $p < 0,001$ .



Teste Qui-Quadrado de Wald para Modelo Linear Generalizado: EPSS6=Orientação Sexual X BDI. Distribuição Multinomial, Função de Ligação Logit Cumulativo.  $p < 0,001$ .