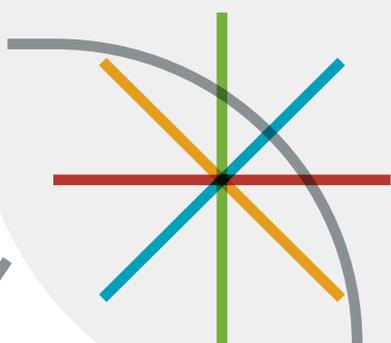


Guia
de boas práticas

Promoção da **saúde mental** da população LGBTI+



Cofinanciamento

Ficha técnica

Título: Promoção da Saúde Mental da População LGBTI+: Guia de Boas Práticas

Propriedade: Associação ILGA Portugal - Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo

Autoria: Francisco Martins (ele/dele), Daniel Seabra (ele/dele), Liliana S. Ribeiro (ela/dela), Rita Torres (ela/dela), Sara Malcato (ela/dela)

Financiamento: Direção-Geral da Saúde - DGS-N-21-38-1

Comunicação: Leonor Castro Nunes (ela/dela), Sara Matos Soares (ela/dela)

Design: Frederico Leonel (ele/dele)

Referência: Martins, F., Seabra, D., Torres, R., Ribeiro, L., & Malcato, S. (2023). *Promoção da Saúde Mental da População LGBTI+: Guia de Boas Práticas*. Associação ILGA Portugal - Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo. <https://ilga-portugal.pt/projeto-promocao-da-saude-mental-na-populacao-lgbti/>



Cofinanciamento



Nota prévia

Este guia foi desenvolvido por uma equipa de profissionais de saúde mental, com experiência clínica e académica no âmbito da saúde mental de pessoas LGBTI+, contratada no âmbito do projeto “Promoção da saúde mental na população LGBTI+”, pela Associação ILGA Portugal – Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo. Não mantêm com a associação outro vínculo laboral. Este projeto foi financiado pela Direção-Geral da Saúde. O conteúdo deste manual não reflete necessariamente as opiniões nem a posição oficial das entidades financiadoras.

Este guia foi realizado considerando o estado atual da arte, bem como o contributo da experiência clínica de terapeutas da área da psicologia. A terminologia utilizada reflete as definições consideradas no Projeto ABCLGBTQIA+*. Reconhecemos que a linguagem está em constante evolução e que contribui tanto para incluir como oprimir. Em momento algum o nosso objetivo é reforçar estereótipos ou ter uma linguagem violenta. Por favor, considere os termos utilizados com o único objetivo de facilitar a comunicação. Se considerar que algum termo é manifestamente violento, por favor entre em contacto com a equipa. Teremos todo o gosto em reconsiderar, reconhecendo a dificuldade do uso de uma terminologia universalmente isenta.

Todo o guia está escrito em linguagem neutra e inclusiva, tentando, sempre que possível, a ausência de binarismos. ✨

* ABCLGBTQIA+,
Glossário de palavras
e expressões [https://
abclgbtqia.com/](https://abclgbtqia.com/)

Índice

Introdução	5
Enquadramento	6
Abordagem afirmativa e modelos compreensivos	6
Interseccionalidade e feminismo trans	7
Direitos sexuais e reprodutivos	8
Boas práticas	9
Acompanhamento com pessoas em Questionamento.....	9
Acompanhamento com pessoas Trans	9
Acompanhamento com pessoas Intersexo	11
Acompanhamento com pessoas Não-Binárias	12
Acompanhamento com pessoas Plurissexuais (Bissexuais e Pansexuais)	13
Acompanhamento com pessoas Monossexuais (Lésbicas e Gays)	15
Práticas de conversão.....	18
Referências	19



Introdução

Fundada em 1995, a Associação ILGA Portugal é a mais antiga ONG que luta pela igualdade e contra a discriminação em razão de características e orientações sexuais, identidades e expressões de género.

A Associação ILGA Portugal tem por principal objetivo a integração social da população lésbica, gay, bissexual, trans e intersexo e das suas famílias em Portugal através de um programa alargado de apoio no âmbito social que garanta a melhoria da sua qualidade de vida; através da luta contra a discriminação em razão de características e orientações sexuais, identidades e expressões de género; e, através, da promoção da cidadania, dos Direitos Humanos e da igualdade de género.

Trata-se de uma organização de âmbito nacional, cuja sede é em Lisboa, e que integra, a nível nacional, o Conselho Consultivo da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) e a Comissão Técnica de Acompanhamento do PAIOEC.

A nível europeu, foi a primeira organização portuguesa a integrar a Plataforma dos Direitos Fundamentais da Agência da União Europeia para os Direitos Fundamentais (FRA), para além de ser membro na Advocacy Network da ILGA-Europe e de ser membro fundador da Network of European LGBT Families Association (NELFA).

A nível internacional, é membro da International Lesbian and Gay Association (ILGA), da Transgender Europe (TGEU), da Organisation Intersex International Europe (OII-Europe), da InterPride, da European Pride Organisers Association (EPOA) e é correspondente do Dia Internacional da Luta contra a Homofobia e Transfobia (IDAHOT).

A ILGA Portugal dispõe de um conjunto de serviços que disponibiliza às pessoas LGBTI+ e às suas famílias, nomeadamente o Serviço de Apoio Psicológico (SAP), o Serviço de Apoio à Vítima LGBTI+ (SAV), o Serviço de Apoio Social (SAS), o Serviço de Apoio Jurídico (SAJ) e a Linha de Apoio LGBTI+.

O SAP, Serviço de Apoio Psicológico, funciona como clínica social, oferecendo consultas de apoio psicológico individual, relacional e familiar mediante o rendimento ilíquido do agregado familiar. São objetivos gerais do SAP prestar apoio e aconselhamento psicológico às pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo (LGBTI+) e suas famílias, dar formação a profissionais da área e a entidades parceiras da Associação ILGA Portugal promovendo a qualidade dos seus serviços de apoio e aconselhamento psicológico e fazer supervisão e intervenção a entidades parceiras.

As atividades a desenvolver no SAP incluem aconselhamento e apoio psicológico e psicoterapia, formação a profissionais de psicologia e ciências sociais, supervisão e intervenção, investigação, e organização e coordenação de grupos de apoio e partilha/ grupos terapêuticos.

Este guia insere-se no projeto “Promoção da saúde mental na população LGBTI+” desenvolvido pela Associação ILGA Portugal – Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo. O projeto concretizou-se pela execução de dois vetores complementares. O primeiro refere-se à capacitação e profissionalização do SAP/ILGA – Serviço de Apoio Psicológico da Associação ILGA no apoio psicológico e de promoção da saúde mental dirigido à população LGBTI+ e suas famílias. Este vector cumpriu-se nas seguintes atividades: a) Contratação de prestação de serviços de 2 profissionais de saúde mental (de Psicologia e Psiquiatria); b) Estudo de avaliação e diagnóstico das necessidades do SAP/ILGA e de outros serviços análogos; e c) Formação de profissionais de saúde mental de entidades públicas (nas áreas de saúde e educação) e formação interna dirigida a pessoas colaboradoras do SAP, staff e pessoas voluntárias nos diversos serviços e atividades da ILGA Portugal. O segundo vetor de intervenção do projeto visava a promoção da literacia em saúde mental junto da população LGBTI+ e profissionais de saúde mental. Este guia cumpre o segundo vetor, divulgando as boas práticas para serviços de saúde mental especializados para a população LGBTI+. ✨

Enquadramento

Abordagem afirmativa e modelos compreensivos

A abordagem afirmativa é uma abordagem transversal a qualquer perspectiva/área da Psicologia que tem como princípio a visão positiva e respeitadora das diferentes identidades associadas às características e orientações sexuais, identidades e expressões de género, reconhecendo essas diferentes identidades como representação natural da diversidade humana [1]. Dessa forma, reforça a despatologização da orientação sexual e identidade de género, enquanto considera as consequências negativas associadas ao heterocissexismo, à discriminação e à violência contra pessoas LGBTI+ como fontes de stress e opressão [1][2]. Práticas, cuidados e intervenções afirmativas exigem que as pessoas profissionais honrem e celebrem ativamente as diferentes identidades, ao mesmo tempo que validam a opressão sentida pelas pessoas que procuram os diferentes serviços, devendo ser aplicado em todas as culturas e comunidades, reconhecendo o valor de cada pessoa e evitando estereótipos [3].

Nesse sentido, é importante que profissionais tenham conhecimento acerca dos modelos compreensivos relacionados com as especificidades associadas às pessoas LGBTI+. De uma forma transversal, diferentes modelos, que resumimos de seguida, oferecem uma compreensão do impacto dos fenómenos/experiências sociais associadas ao heterocissexismo/estatuto minoritário na saúde mental de pessoas LGBTI+, bem como da clarificação das disparidades ao nível da saúde, oferecendo contributos ao nível das implicações clínicas.

O Modelo de Stress Minoritário [4] foca-se em processos de stress adicional únicos associados ao estatuto minoritário como responsáveis pelo impacto na saúde mental - pessoas LGBTI+ têm níveis de saúde empobrecidos quando comparados com pessoas heterossexuais e cisgénero. Reconhece esses processos num *continuum* entre experiências objetivas e externas à pessoa (processos distais) e subjetivas e internas (processos proximais) através da internalização e estratégias defensivas. Os processos distais são os episódios de violência, políticas/leis discriminatórias e microagressões e os processos proximais são a antecipação da rejeição, ocultação da orientação sexual e/ou identidade de género, estigma internalizado e disforia de género (apenas para minorias de género). A antecipação do estigma diz respeito às expectativas de rejeição, discriminação e violência devido às características e orientação sexual e/ou identidade e expressão de género na relação com pessoas heterossexuais, cisgénero e binárias [4][5]. A ocultação das características e orientação sexual e/ou identidade de género, habitualmente, tem uma função de evitamento das consequências negativas associadas ao estigma, mas pode ter o efeito contrário e aumentar o stress porque exige um esforço contínuo de dissimulação [4]. O estigma internalizado, também chamado de homo/bi/trans/interfobia internalizada, manifesta-se no conflito interno entre o desejo de ser heterossexual e a experiência de atração por alguém do mesmo sexo [6], entre o desejo de ser cisgénero e a experiência de se ter um género diferente do sexo designado à nascença, ou entre o desejo de não ser intersexo e ter variações ao nível das características sexuais. Este processo traduz o direcionamento das atitudes sociais negativas em relação à própria pessoa [7]. A disforia de género manifesta-se através do intenso desconforto e sofrimento associado ao facto de o sexo designado à nascença ser diferente do género com que a pessoa se identifica [8], sendo específico de minorias de género [9].

O Modelo de Mediação Psicológica [10] foca-se nos caminhos específicos através dos quais os processos distais têm impacto na saúde mental. Reconhece que o stress relacionado com o estigma (processos distais) vulnerabiliza as pessoas LGBTI+ também para processos gerais que predizem a psicopatologia (também em pessoas heterossexuais e cisgénero) adicionalmente aos processos específicos (proximais). Esses processos (gerais e específicos) medeiam a relação entre os processos distais e o impacto na saúde mental. Os processos gerais contemplam processos emocionais (défices na regulação emocional como a ruminação), sociais (problemas interpessoais como o baixo suporte social) e cognitivos (como a desesperança ou o pessimismo).

O Modelo da Sensibilidade à Rejeição [11] foca-se no impacto da sensibilidade aumentada à rejeição nas respostas às experiências sociais e na saúde mental. Reconhece que experiências precoces contribuem para aprendizagens cognitivo-emocionais que interferem na resposta atual às experiências sociais. Na sensibilidade à rejeição há uma disposição ansiosa de hipervigilância aos sinais de rejeição, percepção imediata na presença de sinais mínimos ou ambíguos e reação intensa a essa percepção [12].



Interseccionalidade e feminismo trans

O conceito de interseccionalidade foi introduzido pela autora Kimberlé Crenshaw (1989), durante a década de 80 [13][14][15]. A interseccionalidade propõe que se devem compreender as vivências das pessoas de acordo com as várias categorias sociais de pertença. Estas categorias são múltiplas e interdependentes, sendo a identidade interseccional. Permite-nos compreender como diferentes formas de opressão, em função de categorias como a cor de pele/etnicidade, sexo/género, orientação sexual, idade, diversidade funcional, classe socioeconómica entre outras, se relacionam e sobrepõem, afetando grupos marginalizados de maneira única e complexa. Patrícia Hill Collins (1991), ativista e teórica feminista negra, usa a expressão de “matriz de dominação e sistemas interseccionados de opressão”, que enquadra diferentes eixos de opressão, que se interseitam numa matriz na qual se encontram pessoas em diferentes posições de poder. Esta matriz possibilita uma melhor compreensão da interdependência dos vários eixos de poder, e o modo como as pessoas se situam enquanto opressoras e oprimidas, muitas vezes, simultaneamente. Por exemplo, em homens seniores brancos, gays e cisgénero, percebemos que existe um matriz de opressão relacionada com a orientação sexual (gay) e com a idade (sénior), e uma matriz de privilégio relacionada com a etnia (caucasiana) e com o género (homem cisgénero). A interseccionalidade dá-nos a possibilidade de nos interrogarmos sobre os nossos pontos cegos [16], para obter uma melhor compreensão do cruzamento das múltiplas opressões. A Tabela 1 exemplifica diferentes possibilidades interseccionais considerando diferentes categorias de pertença e os respetivos sistemas sociais [17].

Tabela 1. Identidades múltiplas, independentes e mutuamente consecutivas (adaptado de Seabra et al, 2023)

Categoria de pertença	Sistemas sociais		
	Tipo de opressão	Grupo dominante	Grupo minoritário
Sexo / Género	Sexismo	Homem	Não-homens
Cor de pele / etnicidade	Racismo	Pessoas brancas	Pessoas não-brancas
Localização geográfica	Eurocentrismo	Pessoas europeias	Pessoas não-europeias
Identidade de género	Cissexismo	Pessoas cis	Pessoas trans
Orientação sexual	Heterossexismo	Pessoas hétero	Pessoas não-hétero
Orientação relacional	Monossexismo	Pessoas monossexuais	Pessoas plurissexuais
Idade	Idadismo	Pessoas no início da vida adulta	Crianças e pessoas idosas
Diversidade funcional	Capacitismo	Pessoas sem incapacidade	Pessoas com incapacidade
Classe socioeconómica	Classismo	Classe alta	Classe trabalhadora e pobre

Por sua vez, os feminismos deverão viabilizar a desconstrução destas matrizes de subordinação e privilégio, de modo a promover uma maior igualdade [14]. O movimento feminista trans surge, pela primeira vez, nos EUA, na década de 1990 [18], e emergiu da necessidade de reconhecer os direitos das pessoas trans e combater situações de transfobia, no âmbito dos movimentos feministas. Historicamente, tanto os movimentos feministas, como parte do movimento LGBTI+ têm excluído as pessoas trans. O feminismo trans surgiu para dar visibilidade e proteger a autodeterminação das pessoas trans, opondo-se ao cissexismo [19].

Direitos sexuais e reprodutivos

Uma abordagem centrada nos direitos sexuais e reprodutivos coloca a saúde e o prazer sexual como objetivos centrais da intervenção. De acordo com a definição da Sociedade Internacional de Medicina Sexual ser *sex-positive* implica ter uma visão positiva da sexualidade, com consentimento e com direito ao prazer sexual, onde a diversidade sexual, de gênero e relacional deve ser celebrada. Entende-se que a promoção de saúde sexual é uma componente central no âmbito da abordagem afirmativa, e que não se pauta apenas pela ausência de doença, mas também pelo maior acesso ao prazer sexual. A importância do prazer sexual está explicitada na declaração sobre o prazer sexual, emitida pela Associação Mundial de Saúde Sexual (2019). O acesso ao prazer sexual deve ser procurado no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, tais como o direito à igualdade e não discriminação, autonomia e integridade corporal, acesso ao cuidados de saúde competentes e liberdade de expressão, e é caracterizado por uma grande variedade de experiências subjetivas. ✨



Boas práticas



Acompanhamento com pessoas em Questionamento

O processo de Questionamento já não é considerado como apenas uma série de metas que se devem cumprir até se chegar a um destino (geralmente heterossexual, cisgénero e binário), mas sim um processo em constante evolução e descoberta, com sobreposição de diferentes aspetos a serem considerados na construção da identidade de uma pessoa [20]. Ou seja, de que forma as pessoas se autopercecionam, acerca do que é ser, por exemplo, heterossexual ou bissexual e qual o seu entendimento sobre estes termos, como é que a comunidade em que estão inseridas entende e percebe ser-se heterossexual ou bissexual são elementos a considerar. No fundo, é o processo de exploração da orientação sexual e/ou da identidade de género [21][22][23].

Este processo poderá ser experienciado de variadas formas, dependendo da temática (orientação sexual *versus* identidade de género, ou ambas), do apoio que a pessoa percebe que tem (família, comunidade, círculo social, entre outras), da sua experiência com LGBTIfobia (por exemplo se sofreu, ou sofre, de homofobia e de estigma internalizado), da pressão que sente em escolher uma categoria (poderá sentir pressão tanto por parte de pessoas heterossexuais e cisgénero como de pessoas da população LGBTI+), se pertence a uma comunidade mais conservadora (não só religiosa mas, também, cultural), e mesmo até do próprio processo que comporta indefinição [20][24][25][26].

Um aspeto a ser considerado pela pessoa profissional com uma pessoa em Questionamento, será a capacidade de suportar processos contratransferenciais de dúvida e indefinição, tendo que ter em conta que existe a possibilidade de não se chegar a uma categoria definitiva. Poderá ser, inclusive, prejudicial apressar um processo de decisão [20]. A pessoa profissional deverá então criar um espaço seguro de partilha e de abertura para explorar com a pessoa utente toda e qualquer dúvida que possa ter, colocando sempre a hipótese de que a indefinição é uma categoria em si mesma.



Acompanhamento com pessoas Trans

De acordo com a definição de Teixeira et al. [27], Trans é um termo guarda-chuva que pode englobar inúmeras variações de identidades, sendo muitas vezes utilizado para designar pessoas que não se identificam com o sexo/género designado à nascença, ou mesmo até para pessoas que simplesmente não se identificam como pertencendo ao sistema binário de género, ou que possam ter uma expressão de género diferente daquela que seria esperada pelo seu género. Pessoas Trans poderão querer, ou não, realizar um processo de afirmação de género*.

Com base nesta definição, falar-se-á de crianças e jovens Trans para designar aqueles/as que, de alguma forma, tenham uma expressão de género diferente do que seria esperado e/ou que demonstrem indícios ou desejos de pertencerem a um género diferente daquele designado à nascença, sem a presunção de se tratar de uma terminologia estanque, definitiva, sem ter em conta as vicissitudes do desenvolvimento de qualquer criança.

Ter-se-á em conta o seguinte: a maior parte das crianças que apresentam uma expressão de género não-conforme não desenvolvem uma identidade Trans ao longo do processo de crescimento [28]. Contudo, isto não deverá invalidar a existência de crianças de género diverso, que deve ser celebrado e afirmado o mais possível em diferentes contextos de vida, de modo a prevenir o impacto negativo do estigma e discriminação transfóbica no seu desenvolvimento. Também não se deve invalidar o acompanhamento cuidadoso de exploração de género das crianças que “revertem” aos padrões de género esperados. Aliás, Ehrensaft [29] e Nichols [23] afirmam que se deverá ter atenção e cuidado com crianças que querem “reverter” o processo de afirmação, já que estas poderão sentir receio em provocar o desapontamento de figuras parentais e de pessoas do círculo social próximo. O processo de arrependimento é pouco frequente, mas pode ocorrer [30], havendo cerca de 2% de pessoas Trans que “reverteram” [31], sendo a maioria jovens adultos que iniciaram o processo uns anos antes, que não tinham apoio social, sofriam de estigma e discriminação, e que tiveram sequelas devido a intervenções cirúrgicas que correram mal [32]. Contudo, é preciso apontar que a maioria das pessoas que afirma o seu género fica feliz com as suas escolhas [33].

* Processo de afirmação é a terminologia mais adequada, em substituição de “processo de transição”. Pode traduzir-se em aspetos sociais, hormonais ou físicos. A afirmação de género social inclui aspetos legais, pronomes e/ou expressão de género. A hormonal refere-se às diferentes terapêuticas ao nível hormonal. A física contempla diferentes alterações cirúrgicas anatómicas.

Como tal, dever-se-á ter em conta a diferença entre identidade de género não-conforme e expressão de género não-conforme [29]. Ehrensaft explora no seu livro a seguinte metáfora: no acompanhamento de crianças Trans, a pessoa deverá tentar distinguir as “maças das laranjas e das saladas de fruta”. As “maças” são as crianças que questionam a sua identidade de género e que, provavelmente, ao longo dos anos, a sua identificação ao género diferente do designado à nascença será persistente, consistente e insistente. Tendem a dizer afirmações como “eu sou uma rapariga/um rapaz” ao invés de “eu queria ser uma rapariga/um rapaz”. E tendem a não gostar dos seus corpos desde tenra idade. As “laranjas” são crianças que experimentam ou exploram expressões de género não-conformes e poderão dizer afirmações como “eu queria ser uma rapariga/um rapaz”, mas raramente insistem que “são” uma rapariga/um rapaz. Tendem a ficar desconfortáveis com os estereótipos de género que lhes são designados e poderão rebelar-se contra eles. Frequentemente, na adolescência, tomam consciência das suas atrações sexuais pelo mesmo sexo, identificando-se como lésbicas, gays ou bissexuais, não se identificando como Trans. As “saladas de fruta”, são geralmente crianças que exploram questões de identidade e de expressão de género, tornando-se adolescentes e pessoas adultas que se identificam como sendo pessoas não-binárias, *gender queer* ou agénero.

Os profissionais deverão ter cuidado e atenção quando estiverem perante uma criança ou jovem Trans, para não punir ou contrariar a vontade de exploração de identidade e/ou de expressão de género que possa estar a ocorrer, mas também não deverá incentivar ativamente a pessoa, deixando espaço para haver essa exploração e apoio quando for necessário. A punição poderá enquistar a pessoa na preocupação em ser ou não ser Trans, e o incentivo poderá empurrar a pessoa para um determinado caminho ou dar a entender que esta terá de se comportar e ser de determinada forma. Como referem Ehrensaft [29], Nichols [23] e Yarbrough [30], o papel de profissional é um papel de autoridade que poderá influenciar estes processos tão delicados e, como tal, deverá promover-se uma posição de humildade e de cuidado.

No acompanhamento com pessoas Trans não se poderá descuidar do apoio imprescindível que as figuras parentais, famílias, escolas (especialmente no caso de crianças e jovens), locais de trabalho, amizades e sociedade em geral, podem prestar a estas pessoas [23][29][34][35][36]. O trabalho de profissionais com crianças e adolescentes, deverá também passar por um trabalho com as famílias e, possivelmente, escolas. A investigação de Olson, Key e Eaton [36], por exemplo, demonstra que crianças Trans que tenham apoio das suas famílias no seu processo de afirmação social, veem os seus níveis de depressão, ansiedade e outras dificuldades psicológicas diminuírem, até serem indistinguíveis dos níveis de crianças cisgénero.

No acompanhamento com pessoas adultas Trans, poderá haver a necessidade de dar algum apoio no processo de *coming out* às famílias (especialmente se tiverem crianças), nos locais de trabalho e círculo de amizades [23][30], já que viveram bastantes anos com uma determinada expressão de género e identidade. Mais do que um processo de exploração, o receio maior será se “é a altura certa” ou se “ainda vou a tempo” [23].

Por fim, caso a pessoa Trans decida prosseguir com o processo de afirmação de género hormonal e/ou físico, poderá ter que se fazer a gestão de expectativas: de como ficará o corpo, que tipo de corpo a pessoa quer ter e quanto tempo irá demorar – é preciso ter em conta que o tratamento hormonal é considerado como uma segunda puberdade [37] e, como todo o processo pubertário, tem o seu ritmo e o seu tempo, dependendo de pessoa para pessoa. Seja como for, existe uma associação entre o início do tratamento hormonal e uma melhoria da saúde mental das pessoas Trans [38][39]. O final do processo de afirmação desejado pelas pessoas adultas Trans, quer social, quer hormonal, quer físico, surge sempre associado a maiores níveis de satisfação com a vida [40].





Acompanhamento com pessoas Intersexo

De acordo com a APA [21][22] Jones [41] e Teixeira et al. [27], a palavra Intersexo serve para designar um conjunto de variações sexuais resultantes de um desenvolvimento atípico do aparelho reprodutor. Estas variações poderão ser ao nível da genitália externa (difícil classificação entre masculino ou feminino), dos órgãos reprodutores internos (desenvolvimento incompleto ou diferente do convencional como masculino ou feminino), inconsistência entre a genitália e os órgãos reprodutores internos, cromossomas sexuais (variação cromossomática, como os síndromes de Klinefelter e de Turner), ou mesmo até relacionado com a produção atípica de hormonas sexuais (produção excessiva ou deficitária). Esta variedade de características resulta a que existam cerca de mais de 40 variações conhecidas, com uma prevalência de 1:2000-5500 nascimentos [42][43].

Nem todas as pessoas Intersexo apresentam características visíveis ao nascimento, ou variações sexuais em fases precoces do desenvolvimento. Muitas descobrem que são Intersexo por resultado da sua infertilidade ou baixa fertilidade [41][44]. Como tal, o termo Intersexo engloba vários tipos de características que, em última análise, não encaixam nas categorias binárias de sexo designado à nascença [27].

Devido à multiplicidade de combinações, a experiência de ser Intersexo é extremamente variável de pessoa para pessoa, portanto será importante a pessoa clínica tome conhecimento acerca do tipo de variação que a pessoa utente em questão tenha. Esta revelação poderá ser carregada com sentimentos de vergonha, tristeza, raiva e até mesmo confusão, sendo necessário então a criação de um espaço acolhedor e livre de julgamento [45]. De acordo com Ambrose [46], Ansara [45] e APA [44], a intervenção com a pessoa Intersexo deverá ter em consideração a fase do desenvolvimento em que os diferentes tipos de variações ocorreram, como por exemplo:

- Pessoas a quem tenham sido detetadas características sexuais atípicas em fases precoces do desenvolvimento (nascimento e infância), poderão ter sido alvo de intervenções cirúrgicas com o intuito de “corrigir” [47] o aspeto da genitália (geralmente vaginoplastias, por ser de menor complexidade) com o intuito de inserir a pessoa num sistema binário de sexo e, como tal, de “desenvolvimento normal”. Esta prática está, aos poucos, a ser eliminada e, em Portugal, desde 7 de agosto de 2018, de acordo com a Lei nº 38/2018 (Direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa), artigo 5º, apenas poderão ocorrer intervenções cirúrgicas (e outros tratamentos) nos casos de comprovado risco para a saúde;
- Para as pessoas que sofreram de intervenções médicas sem o seu consentimento e necessidade médica, estas experiências poderão ser traumáticas. Falamos, por exemplo, do sofrimento que qualquer procedimento médico possa provocar numa fase precoce do desenvolvimento (pessoas intersexo poderão passar por várias cirurgias ao longo dos anos, com a exposição e documentação constante da sua genitália a diferentes profissionais de saúde). Mas pode haver também incongruência entre a identidade de género e o resultado final das operações (é importante não equacionar características sexuais com identidade de género, e é preciso ter em consideração que uma pessoa Intersexo possa querer escolher um tipo de genitália de acordo com a sua identidade de género e não com base num determinismo biológico). Pode ocorrer infertilidade como resultado dos procedimentos médicos e, também, a ideia de que devem conformar-se a ser um género que não foi escolhido por eles, situação que podem desconhecer durante muitos anos. É preciso perceber-se que a manutenção na ignorância acerca destas características pode acarretar consequências complexas para a construção da sua identidade como pessoas autónomas;
- É importante referir também que uma pessoa Intersexo poderá não se sentir parte da população LGBTI+, especialmente se aprender que é Intersexo em fases mais tardias do desenvolvimento (como acontece com os casos de infertilidade), já que viveu a sua vida e construiu a sua identidade com base num modelo tipicamente cisnormativo e heterossexual. Ou ainda porque procura evitar interfobia por parte dessa população, por ser posta de parte, por não ter uma orientação sexual e/ou identidade de género diferente do padrão esperado. Como tal é importante que profissionais tenham consciência destas nuances quando estão defronte de uma pessoa Intersexo;

- Por fim, como são as características sexuais da pessoa Intersexo que estão constantemente debaixo do microscópio e do escrutínio (quer seja médico, do círculo social próximo, competições desportivas ou mesmo até da sociedade em geral), não é de estranhar que a vivência da sexualidade e dos afetos possa ficar afetada, carregada de fantasmas e de conflitos, especialmente com intervenções médicas no passado. Poderá ocorrer mesmo o desenvolvimento de alexitimia como resultado dos vários procedimentos invasivos a que a pessoa Intersexo possa ter sido submetida, médicos e não só. Poderá ser importante que os profissionais abordem estas temáticas e criem um espaço seguro para se explorarem estes conflitos e sentimentos de tristeza e raiva.



Acompanhamento com pessoas Não-Binárias

Poder-se-á definir uma pessoa Não-Binária, como sendo uma pessoa que se identifica como estando fora do espectro binário de género (*genderqueer*), podendo não ter género (agénero ou género neutro), estar entre géneros (género fluído, *bigender*), estar mais próximo de um dos géneros mas sem pertencer completamente a um deles (demi homem/mulher), entre outros [23][27][48]. O termo Não-Binário é comumente utilizado como termo guarda-chuva para as variações supramencionadas.

Esta população, em particular, é das menos estudadas e encontrar informação sobre a mesma poderá ser desafiante [23][27][48][49]. Dificilmente, se encontra investigação realizada antes de 2016 [49], mas é possível observar-se uma tendência [23][48][49]: a maioria das pessoas Não-Binárias são jovens e adolescentes. Isto poderá significar atribuições acrescidas no desenvolvimento de pessoas jovens, pois muitas crescem sem um modelo de alguém semelhante, sentido-se sós.

De acordo com Losty e O'Connor [50] e Nichols [23], as pessoas Não-Binárias, pelo menos na sociedade Ocidental, poderão estar mais vulneráveis ao risco de desenvolverem uma saúde mental empobrecida, comparativamente às pessoas trans binárias, devido à dupla discriminação que sofrem: falta de apoio da sociedade em geral, assim como de minorias de género nessa mesma sociedade – tudo ligado à dificuldade de conceptualização de género Não-Binário.

Esta dificuldade de conceptualização para a pessoa profissional, poderá causar sentimentos de frustração, confusão e uma tendência para se sentir perdida na linguagem que é muitas vezes usada. Poderá inclusive, levar a que se empurre a pessoa Não-Binária para fazer o *coming-out* como pessoa trans e realize o processo de afirmação de género. Nichols [23] faz a ressalva de que pessoas Não-Binárias, muitas vezes, encontram resistência por parte de profissionais da área da medicina e de profissionais de saúde mental que estão mais presas a um modelo de apenas dois géneros, pois é mais fácil entender o conceito de que alguém queira “passar” de um género para o oposto, ao invés de alguém que se sinta mais confortável entre os dois pólos, ou fora do espectro até.

Para algumas pessoas investigadoras [23][50], a importância de usar os pronomes corretos* é algo fundamental para validar a experiência de se ser pessoa Não-Binária, assim como para respeitar a sua identidade. Quando a sua existência é tão posta em causa, ou é tão desconsiderada, o sentido de existir pela gramática torna-se, muitas vezes, aquilo que as liga ao seu sentido de existir. Este cuidado que a pessoa clínica deverá ter, poderá gerar sentimentos de que se está a caminhar numa corda bamba em que, por um lado, há o desejo de compreender e validar a identidade da pessoa que se tem à frente e, por outro, há o receio de que poderá tornar-se numa figura de rejeição e intolerância – basta uma palavra mal colocada para cair ora num lado, ora no outro. Isto poderá criar uma atmosfera de hipersensibilidade e tensão na perspetiva de profissionais. Uma forma de aliviar esta tensão será, por exemplo, reconhecer a potencial dificuldade em usar determinados pronomes e que, caso se engane, não será por motivos de rejeição da identidade da outra pessoa, mas uma evidência de que irá precisar de tempo para se habituar às particularidades da pessoa, tal como terá que fazer com qualquer pessoa que tenha à sua frente.

É através do uso dos pronomes corretos, no fundo a verbalização da sua decisão em usar os seus pronomes, que a pessoa Não-Binária tem o poder de comunicar às outras pessoas a validação da sua existência [50]. Isto pode conduzir, contudo, a potenciais sentimentos de isolamento e de desconexão, mesmo até dentro desta população, que pode englobar muitas categorias devido à não compreensão da sua identidade pela parte de outras pessoas [5]. Aliás, esta incompreensão e invalidação (ou a

* Utilizou-se a designação de “pronomes corretos” e não “pronomes de preferência” pois a segunda designação implica, ainda, a ideia de escolha arbitrária. Trata-se de uma questão de identidade, não de opção de identidade [64].



antecipação destas duas respostas), poderá levar a que a pessoa Não-Binária se proteja, permanecendo anónima para as outras pessoas – esta posição, no entanto, poderá conduzir a, mais uma vez, sentimentos de rejeição e isolamento.

O uso correto dos pronomes é tão relevante na vida das pessoas Não-Binárias que pode mesmo levar a um condicionamento do seu dia-a-dia [23][50]. Poderão evitar ir a restaurantes, cafés, socializar com pessoas desconhecidas em sítios novos, evitar usar serviços que não tenham a opção de *self-service*, evitar usar casas-de-banho que não tenham a opção de género neutro e reduzir o tempo que passam com familiares ou pessoas conhecidas ou círculo social. No fundo, evitar estar em contacto com pessoas e situações em que o risco de utilização errada dos seus pronomes possa ser elevada ou, pelo menos, percebida como sendo elevada.

Por fim, quando a pessoa Não-Binária faz o seu *coming out* e se assume como tal, escolhendo o nome social e esclarecendo os seus pronomes, poderá passar por um momento de grande euforia, de sentimento de libertação do constrangimento dos limites de género e de procura de novas relações que validem a sua identidade; seguido de um momento de frustração, raiva e de restrição de vários aspetos da sua vida. Estes momentos não têm de ser necessariamente mutuamente exclusivos, podem acontecer concomitantemente [23][48][50].



Acompanhamento com pessoas Plurissexuais (Bissexuais e Pansexuais)

O termo Plurissexual* é um termo guarda-chuva que abrange diversas orientações sexuais que envolvem a atração por mais de um sexo/género (e.g. pessoas bissexuais, pansexuais) [1]. No acompanhamento de pessoas Plurissexuais, é importante ter em conta o conceito de fluidez sexual [23] que, de acordo com Diamond [51], pode ser definido como a flexibilidade que uma pessoa tem em alterar a sua responsividade sexual/erótica, dependendo de diferentes contextos e situações. Refere a mesma autora que esta flexibilidade permite que as pessoas possam experienciar alterações nos seus desejos e comportamentos, pelo mesmo ou por um sexo diferente, tanto em períodos de curto como de longo prazo. Estas alterações, é importante frisar, não são controláveis, nem dependentes da vontade das próprias pessoas. O facto de a pessoa ter uma sexualidade mais fluida, não significa que seja indecisa, esteja confusa ou seja promíscua – todas estas crenças negativas que as pessoas Plurissexuais sofrem. A própria conceptualização de fluidez sexual é algo que, na sociedade atual, provoca estranheza e algum questionamento, havendo muitas vezes um desconhecimento acerca desta característica humana, contribuindo assim para a invisibilidade que muitas pessoas Plurissexuais sentem [23].

Neste guia, dividiu-se as pessoas Plurissexuais em dois grupos: pessoas Bissexuais e pessoas Pansexuais. O próprio termo Bissexualidade pode ser usado como termo guarda-chuva que engloba todos os tipos de Plurissexualidade [52]. Contudo, há quem entenda que poderá não ser inclusivo o suficiente, já que, muitas vezes, é usado numa definição mais restrita (atração sexual e/ou romântica por ambos os géneros, masculino e feminino), surgindo assim e ganhando cada vez mais força o termo Pansexualidade.

Acompanhamento com pessoas Bissexuais

Para começar a definir o termo Bissexual, talvez se possa começar com a seguinte recomendação: não assumir que uma pessoa Bissexual seja igualmente atraída tanto por homens como por mulheres e que tenha tido experiências sexuais com ambos os géneros [23][53]. A pessoa Bissexual demonstra uma atração afetiva e/ou sexual por pessoas do mesmo género e de géneros diferentes, quer sejam trans ou cis [27]. Na verdade, existem diferentes graus de atração, sendo que podem haver pessoas que se sintam atraídas por ambos os géneros sem nunca terem tido experiências sexuais com um deles [23].

Poderá ser útil perguntar e explorar com a pessoa Bissexual a definição de Bissexualidade que atribui a si mesma, no sentido de melhor compreender o mundo afetivo e repertório erótico da pessoa e que tipo de atração sente por diferentes tipos de pessoas [23][54]. Esta exploração poderá dar a entender à pessoa Bissexual que não só temos interesse no que tem para partilhar, como é uma forma de reconhecer a existência deste componente tão importante da sua vida interna, retirando-a, assim, da

* O termo "plurissexual" é usado muitas vezes em contraponto com o termo "monossexual". A APA [1] utiliza inclusive a expressão Bi+: termo guarda-chuva que engloba várias orientações sexuais cuja atração é direcionada para mais do que um sexo ou género (pessoas bissexuais, pansexuais, demissexuais ou queer).

invisibilidade forçada [54], a qual muitas vezes lhe é imposta tanto por pessoas heterossexuais, como por pessoas homossexuais [53].

É importante salientar que as pessoas Bissexuais poderão sofrer de uma dupla discriminação, tanto por pessoas heterossexuais como por pessoas lésbicas ou gays [23]. De acordo com um estudo de Dodge et al. [55], existem cinco crenças negativas que as pessoas têm sobre as pessoas Bissexuais: que estão confusas sobre a sua orientação sexual e que ainda não escolheram ser só homossexuais ou só heterossexuais; que são um veículo de transmissão do VIH; que são infiéis com as suas parcerias; que são promíscuas e incapazes de manter uma relação monogâmica; e que a Bissexualidade é apenas uma fase. Noble [54] acrescenta ainda as crenças: apenas mulheres podem ser Bissexuais; uma pessoa só se poderá identificar como sendo Bissexual se tiver relações sexuais com homens e mulheres; as pessoas Bissexuais não são tão oprimidas como as pessoas homossexuais porque podem ter acesso ao privilégio de passarem por heterossexuais. Todas estas crenças poderão ser trazidas pela própria pessoa Bissexual para a consulta, que ouviu à sua volta ou que, de alguma forma, internalizou.

As pessoas Bissexuais, comparativamente às pessoas heterossexuais e homossexuais, podem desenvolver mais perturbações mentais comparativamente às pessoas heterossexuais ou homossexuais [53][54][56]. Podem ainda obter valores mais elevados de ansiedade e de depressão, reportando também terem atravessado eventos adversos ao longo da vida, menos suporte familiar, assim como de um maior criticismo por parte do seu círculo social [57]. Noutros estudos mais recentes [58][59], foram replicados os mesmos resultados, reportando também uma maior prevalência de incidência de violência na infância, vitimização sexual adulta e comportamentos de risco em pessoas desta população.

Tais resultados poderão ser explicados tanto pelo stress minoritário [4], como pelo stress intraminoritário, em que as pessoas Bissexuais experienciam dupla discriminação pelas pessoas não-LGBTI+ e também por pessoas LGBTI+ [53]. Considerando a maior prevalência de experiências precoces adversas, a vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologia é também acrescida, como clarificado no Modelo da Mediação Psicológica [10]. As pessoas Bissexuais irão revelar a sua orientação sexual com menor probabilidade; poderão sentir-se mais isoladas e sentirem um menor suporte por parte de outras pessoas LGBTI+, havendo ainda a possibilidade de sentirem negada e desconsiderada a sua orientação sexual (e num extremo, identidade) como sendo irreal [23].

Acompanhamento com pessoas Pansexuais

A definição de Pansexual, quando comparada com a bissexualidade pode ser elusiva, já que a primeira poderá ser incluída na segunda [52]. Contudo, quando não se usa a bissexualidade como termo guarda-chuva e se se limita à definição de atração por mais do que um sexo/género, a definição de Pansexual contrasta visivelmente: atração sexual e/ou romântica por todos os géneros, binários e não-binários, independentemente da sua expressão de género ou características sexuais [52][60][61]. No entanto, tal definição não significa que a pessoa Pansexual se sinta necessariamente atraída por qualquer pessoa, pois continua a ter preferências, ou a não sentir atração por determinadas pessoas, ou sentir diferentes níveis de atração [62] – são os critérios de seleção de binarismo de género e características sexuais que não são relevantes para a pessoa Pansexual.

Muitas pessoas desconhecem ou têm dificuldade em conceptualizar uma orientação sexual como a Pansexualidade, levando a que muitas pessoas Pansexuais recorram a outras categorias (como a bissexualidade) para fazerem o seu *coming-out* e não terem de lidar com potencial discriminação ou simples desconhecimento que requeira uma explicação extensiva [52].

Como com pessoas bissexuais, poderá ser importante perceber e explorar com a pessoa Pansexual a definição de Pansexualidade que atribui a si mesma. As pessoas que se identificam como sendo Pansexuais tendem a ser jovens [23], do sexo feminino, não-cisgénero e não-binário [60][63], rejeitando muitas vezes o sistema binário de género. Como tal, no acompanhamento com estas pessoas, será importante ter em mente que uma forma de pensar estrita e rigidamente binária poderá não ser a mais adequada, provocando confusão na pessoa profissional [62]. Outro aspeto importante a ser considerado é a sexualidade fluída, que permite à pessoa sentir-se atraída por diferentes tipos de



género e pessoas [23] – não confundir sexualidade fluída com escolha, pois uma pessoa Pansexual não tem mais poder de escolha numa potencial pessoa parceira sexual e/ou romântica do que uma pessoa heterossexual.

De acordo com Formosa [62], as pessoas Pansexuais poderão sofrer de discriminação semelhante àquela que as pessoas bissexuais sofrem às mãos de pessoas monossexuais (heterossexuais e homossexuais). A Pansexualidade poderá não ser considerada válida (invisibilidade), ser vista como apenas uma fase, um estado de confusão, ser-se uma pessoa promíscua ou usufruir do privilégio de poder estar numa relação heterossexual e passar por pessoa heterossexual. Tendo em conta um estudo de Borgogna et al. [65], as pessoas Pansexuais apresentavam maiores níveis de depressão e ansiedade, comparativamente às pessoas homossexuais que, por sua vez, apresentavam maiores níveis destas perturbações quando comparadas com pessoas heterossexuais. Aplicando o Modelo do Stress Minoritário, entender-se-á que, por serem uma minoria dentro de uma minoria [62], as pessoas Pansexuais irão experienciar maiores níveis de stress psicológico que pessoas gays e lésbicas. Alguns autores chamam a este fenómeno Stress Intraminoritário [66][67].



Acompanhamento com pessoas Monossexuais (Lésbicas e Gays)

A pessoa Monossexual é alguém que, à partida e tendencialmente, sente atração sexual e/ou romântica por apenas um género. Contudo, é importante não esquecer o conceito de fluidez sexual de Diamond [51] previamente mencionado na secção sobre pessoas plurissexuais – isto não significa que uma pessoa Monossexual altere a sua atração como uma pessoa bissexual, por exemplo, mas poderá demonstrar, esporadicamente, dependendo das pessoas envolvidas e das circunstâncias, uma atração por um género com o qual nunca tinha sentido atração anteriormente. No fundo, importa saber como é que a pessoa se identifica e manter a hipótese de que a sexualidade não tem de ser uma característica estanque e definitiva.

No presente guia, as pessoas Monossexuais foram separadas em dois grupos: pessoas Lésbicas e pessoas Gays. Em cujos acompanhamentos existem fatores semelhantes:

- Fatores centrais na terapia de pessoas Monossexuais [68]: demonstrar atitudes de afirmação das suas sexualidades (*gay-affirming*), procurar e entender os efeitos da homofobia, ajudar as pessoas a entender a sua homofobia internalizada, apenas focar na orientação sexual das pessoas quando expressamente requisitado e ter algum conhecimento dos recursos que possam existir para pessoas pertencentes a esta população.
- Fatores deletérios na terapia de pessoas Monossexuais [68]: considerar a homossexualidade como uma perturbação, atribuir a orientação sexual como sendo a única origem dos seus problemas, não ter conhecimento para reconhecer as possíveis consequências de se realizar o *coming-out*, basear-se num sistema de referências de relacionamento heterossexual para entender uma relação entre duas pessoas do mesmo sexo e expressar preconceitos relativamente à homossexualidade;
- Caso a pessoa Monossexual ainda não tenha feito o seu *coming-out* à família, poderá ser necessário, se assim for desejado, explorar as razões que mantiveram a pessoa “dentro do armário”, razões essas que terão de ser respeitadas, mesmo que haja suspeita de que possa estar a ocorrer uma perceção negativamente enviesada dos factos [23]. É importante criar um espaço seguro para a pessoa explorar a sua sexualidade, para se colocarem perguntas desconfortáveis [69].
- Nichols [23] sugere também o seguinte: no caso da pessoa profissional ser heterossexual, poderá revelar a sua orientação sexual quando estiver defronte a uma pessoa Lésbica ou Gay. Tendo em conta a homofobia prevalente na nossa sociedade, é apenas compreensível que uma pessoa Lésbica ou Gay procure perceber qual é a posição que tal profissional tenha relativamente à homossexualidade, assim como tente perceber qual é o seu conhecimento e formação sobre esta população (aliás, não é por acaso que uma pessoa Lésbica ou Gay geralmente procure profissionais que sejam também homossexuais). Uma forma que as pessoas profissionais heterossexuais

poderão usar para aliviar alguma ansiedade deste nível, será revelarem a sua própria orientação sexual, pondo em evidência as suas diferenças (e possíveis vulnerabilidades), mostrando à-vontade em fazê-lo e tentando chegar a um ponto em comum, no qual o processo de melhoria se possa realizar.

Acompanhamento com pessoas Lésbicas

De forma geral, a pessoa Lésbica é uma mulher (cis ou trans – aqui, o termo trans é utilizado na sua conceção de termo guarda-chuva que poderá incluir pessoas não-binárias) que sente atração sexual e/ou romântica por outras mulheres [23]. Esta atração por mulheres poderá ser exclusiva, mas não necessariamente. E mesmo que uma mulher sinta atração por outra mulher, isto não faz dela uma pessoa Lésbica, pois poderá ser bissexual, pansexual, ou mesmo até uma pessoa heterossexual que tenha sentido de forma esporádica uma atração como a descrita [70]. No fundo, o que define a pessoa Lésbica como tal, passa também por uma questão identitária e não só por uma questão de orientação sexual dependente do género das pessoas envolvidas [71]. O ser Lésbica engloba várias expressões de género assim como identidades [69].

A pessoa Lésbica poderá não ter sofrido *bullying* com a mesma probabilidade com que a pessoa gay sofreu, em razão da sua orientação sexual [72]. Contudo poderá ter-se defrontado com preconceito e atitudes negativas das suas famílias, no trabalho e comunidade onde se inserem [70]. Aquelas que se apresentarem com um aspeto mais masculino, poderão, com maior probabilidade, ser o alvo de maior hostilidade e crimes de ódio [69]; enquanto que aquelas que se apresentarem com um aspeto mais feminino, poderão ter que lidar com a atenção indesejada de homens que acreditam que as poderão “tornar heterossexuais” [23][69]. Isto destaca a importância da consideração da expressão de género nas experiências relacionadas com violência contra pessoas LGBTI+. Mais do que as características e orientações sexuais e identidades e expressões de género *per se*, a violência é habitualmente movida por razão da expressão de género não-conforme e/ou papéis de género não tradicionais [73].

A discriminação de pessoas Lésbicas caminha a par e passo com a discriminação de género, sendo importante ter estes dois fatores em consideração quando se está perante alguém desta população. De acordo com Wilsnack et al. [74], as mulheres Lésbicas têm maior probabilidade de sofrerem abuso sexual na infância, comparativamente às mulheres heterossexuais, muito possivelmente devido a comportamentos atípicos de género e realização de comportamentos de risco (como sair de casa e abuso de substâncias) seguidos de rejeição pela família e círculo social próximo.

Considerando a investigação de Mayeza [75], uma situação de violência extrema, é a chamada “violação corretiva”, em que um homem viola uma mulher Lésbica com a intenção de lhe mostrar o que é “ter sexo com um homem a sério”, acreditando que, assim, a poderá “curar” a sua orientação sexual. Na base deste pensamento está a ideia de que a mulher é um objeto sexual, cujo propósito é receber prazer providenciado pelo macho (discriminação de género) e que o ser-se Lésbica é apenas uma “não descoberta” da heterossexualidade (discriminação lesbofóbica). Relativamente a este último ponto, uma mulher Lésbica pode não ser abertamente um alvo de discriminação, mas poderá ser alvo de “negligência benigna”, mas não existe violência aparente, mas em que a sua orientação sexual é desconsiderada [23] ou não falada, ou ainda considerada imberbe (porque não experimentou ter um relacionamento com um homem de quem goste). Estas duas situações poderão aumentar a sintomatologia depressiva, contribuindo para sentimentos de invisibilidade e insuficiência, respetivamente [23].

A probabilidade de se envolver uma relação em que ocorra violência na intimidade é semelhante à de uma mulher heterossexual [76], contudo a probabilidade de procurar ajuda ou contar a alguém é menor, com medo de encontrar discriminação. Consequentemente, a probabilidade de prolongar o relacionamento abusivo é mais elevada, conduzindo a um maior isolamento da vítima e a situações de risco mais graves [77].



Acompanhamento com pessoas Gays

O termo Gay é geralmente atribuído a homens (cis ou trans – aqui, o termo trans é utilizado na sua conceção de termo guarda-chuva que poderá incluir pessoas não-binárias) que sentem atração sexual e/ou romântica por outros homens [23]. É também recorrente reduzir a definição de Gay ao comportamento sexual da pessoa, contudo não é o suficiente já que existem homens que têm sexo com outros homens que não se identificam como Gays e que se poderão identificar como sendo heterossexuais, bissexuais ou pansexuais [78]. Tal como a pessoa lésbica, a pessoa Gay define-se como tal, não só por uma questão de atração, mas também por uma questão identitária, em que o ser-se Gay engloba várias formas de expressão de género assim como de identidades [79]. Pode até fazer-se a distinção entre orientação sexual e comportamento sexual. Comportamento sexual diz respeito apenas à componente comportamental relacionada com a atividade sexual, como por exemplo, homens que têm sexo com homens (que não são, necessariamente gays) e mulheres que têm sexo com mulheres (que não são, necessariamente, lésbicas) [17].

Um importante factor a ter em conta no acompanhamento de pessoas Gays será o *bullying* e discriminação que possa ter sofrido por razão de comportamentos atípicos de género durante a infância [78][80], sendo que homens Gays mais efeminados na infância, poderão não ter sofrido apenas de *bullying* de pares mas, também, de membros familiares [23].

De acordo com o estudo de Pachankis e Bernstein [81], foi descoberta uma correlação entre o stress experienciado em fases precoces do desenvolvimento e os níveis elevados de ansiedade que homens Gays reportaram na vida adulta, devido à desaprovação pela família de comportamentos e atitudes atípicos do género masculino aquando em crianças, o seu escrutínio e expectativas para estas se conformarem ao que é expectável. Este escrutínio e vigilância poderão ser sentidos como formas de rejeição (quando não são mesmo rejeitados pelas famílias), rejeição essa que está associada a uma maior propensão para desenvolver sintomas de depressão, ansiedade, uma problemática de abuso de álcool ou outras substâncias, maior probabilidade de tentativa de suicídio, assim como de comportamentos sexuais de risco [82] ou, também, uma perturbação alimentar [23][83], tudo comparativamente a homens heterossexuais ou a pessoas que não sofreram os mesmos níveis de rejeição.

Por terem sofrido de maior escrutínio na infância, em adultos, exercem muitas vezes esse mesmo escrutínio na forma como se comportam, se vestem e falam [80], desenvolvendo uma maior autoconsciência de si quando em público [81]. Isto poderá levar a que desenvolvam com mais facilidade um locus externo de controlo no que toca à regulação da sua autoestima. Na verdade, a baixa autoestima é uma característica comum nos homens gays, estando muitas vezes relacionada com atributos e atração física e cuidados com a imagem [23]. Esta imagem poderá estar relacionada com uma ideia estereotipada de machismo apreendida na infância, que poderá ser reforçada mais tarde mesmo até dentro da “comunidade Gay” [83]. Torna-se assim um *loop* do qual possa ser difícil sair, em que estão presentes pensamentos, sentimentos e atitudes negativas e discriminatórias para com o próprio e contra possíveis comportamentos ou atitudes mais estereotipicamente femininas que possa ter [80]. A internalização desta ideia estereotipada daquilo que deve ser um homem (menos emocional, mais agressivo, com musculatura desenvolvida, que seja cis e heterossexual), pode estar relacionada com a predileção que muitos homens Gays têm por homens heterossexuais [23][80] – servindo possivelmente como duplo objeto de identificação (do homem que deveria ser) e de atração (o tipo de homem pelo qual se deverá sentir atraído e no qual reconhece características vistas como sendo mais desejadas).

O *bullying* que a pessoa Gay sofreu na infância tende a ser em graus mais elevados comparativamente a mulheres ou homens heterossexuais [23][79][80]. Dependendo da intensidade e violência do *bullying*, poderão existir graus variados de sintomas de stress pós-traumático [23]. A probabilidade destes sintomas aumenta se houver violência e discriminação pela comunidade escolar assim como pela família – não é de surpreender que existam muitos homens Gays que não tenham uma boa relação com a família de origem e que muitos deles constituam as suas próprias famílias [78].

Como com as pessoas lésbicas, a probabilidade de se envolverem numa relação em que ocorra violência na intimidade é semelhante à de um homem heterossexual, contudo a probabilidade de procurar ajuda ou contar a alguém é menor, com medo de encontrar discriminação [79]. Consequentemente, a probabilidade de prolongar o relacionamento abusivo é mais elevada, conduzindo a um maior isolamento da vítima e a situações de risco mais graves [23].

Nota: Práticas de conversão

As chamadas *terapias* de (re)conversão ou de reparação dizem respeito a um conjunto de práticas com objetivo de desencorajar ou mudar comportamentos relacionados com identidades e expressões LGBTI+ [84][85]. Por outras palavras, práticas com intenção de modificar a atração sexual e/ou romântica e/ou modificar o género com que uma pessoa se identifica, de modo a pertencer a uma dada categoria socialmente prescrita [17]. Estas práticas assumem que ser LGBTI+ é uma doença a ser curada e que qualquer comportamento relacionado com identidades e expressões LGBTI+ devem ser evitadas. A bom rigor, não são formas de terapias baseadas na evidência, devendo ser chamadas de “esforços de mudança da orientação sexual e/ou identidade de género” [86].

A literatura reforça a não eficácia destas práticas, bem como as consequências negativas associadas [86][87][88]. Estas práticas violam as diretrizes éticas no trabalho com pessoas LGBTI+. Por outro lado, as terapias afirmativas, consistentes com as diretrizes internacionais e nacionais, são eficazes e estão associadas a resultados positivos [86].

Tanto a Associação Americana de Psicologia (“APA RESOLUTION on Sexual Orientation/ Gender Identity Change Efforts”) [89][90], como a Associação Americana de Psiquiatria (“Position Statement on Conversion Therapy and LGBTQ Patients”) [91] e a Ordem dos Psicólogos Portugueses (“PARECER OPP – Terapias de Conversão”) [92] já emitiram documentos desacreditando essas práticas. ✨



Referências

- [1] American Psychological Association. (2021). APA | Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minority Persons. The American Psychological Association, February. www.apa.org/about/policy/psychological-practice-sexual-minority-persons.pdf
- [2] Carvalho, S. A., Castilho, P., Seabra, D., Salvador, M. do C., Rijo, D., & Carona, C. (2022). Critical issues in cognitive behavioural therapy (CBT) with gender and sexual minorities (GSMs). *The Cognitive Behaviour Therapist*, 15(E3). <https://doi.org/10.1017/S1754470X21000398>
- [3] Mendoza, N. S., Moreno, F. A., Hishaw, A., Gaw, A. C., Fortuna, L. R., Skubel, A., Porche, M. V., Roessel, M. H., Shore, J., & Gallegos, A. (2020). Affirmative Care Across Cultures: Broadening Application. *Clinical Synthesis*, 18(1), 31–39. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190030>
- [4] Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- [5] Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- [6] Herek, G. M. (2004). Beyond “Homophobia”: Thinking About Sexual Prejudice and Stigma in the Twenty-First Century. *Sexuality Research & Social Policy*, 1(4), 6–24. <https://doi.org/10.1525/srsp.2004.1.2.6>
- [7] Meyer, I. H., & Dean, L. (1998). Internalized Homophobia, Intimacy, and Sexual Behavior among Gay and Bisexual Men. In G. M. Herek (Ed.), *Stigma and Sexual Orientation: Understanding Prejudice against Lesbians, Gay Men, and Bisexuals* (pp. 160–186). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452243818.n8>
- [8] American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- [9] Lindley, L., & Galupo, M. P. (2020). Gender dysphoria and minority stress: Support for inclusion of gender dysphoria as a proximal stressor. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(3), 265–275. <https://doi.org/10.1037/sgd0000439>
- [10] Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707–730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>
- [11] Feinstein, B. A. (2020). The Rejection Sensitivity Model as a Framework for Understanding Sexual Minority Mental Health. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2247–2258. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1428-3>
- [12] Downey, G., Bonica, C., & Rincón, C. (1999). Rejection sensitivity and adolescent romantic relationships. In W. Furman, B. B. Brown, & C. Feiring (Eds.), *The Development of Romantic Relationships in Adolescence* (pp. 148–174). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781316182185.008>
- [13] Rodrigues, L. (2016). *Viagens Trans(Género) em Portugal e no Brasil: Uma Aproximação Psicológica Feminista Crítica*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- [14] Nogueira, C. (2013). A Teoria da Interseccionalidade nos estudos de género e sexualidades: condições de produção de “novas possibilidades” no projeto de uma psicologia feminista crítica. In A. Brizola, A. Zanella, & M. Gesser (Eds.), *Práticas Sociais, Políticas Públicas e Direitos Humanos* (pp.227-248). Florianópolis: ABRAPSO – NUPPE/CFH/UFSC.
- [15] Platero, R. L. (2014). *Trans*sexualidades: Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona: edicions bellaterra.

- [16] Davis, K. (2008). Intersectionality as buzzword: A sociology of science perspective on what a feminist theory successful. *Feminist Theory*, 9(1), 67-85. <https://doi.org/10.1177/1464700108086364>
- [17] Seabra, D., Carona, C., & Almeida, M. J. (2023). Prestação de Cuidados de Saúde a Minorias Sexuais e de Género. In D. Carteiro & H. Lourenço (Eds.), *Cuidar da Sexualidade ao Longo da Vida*. LIDEL
- [18] Kaas, H. (2013). O que é e porque precisamos do transfeminismo. In L. Sakamoto & M. Kubik Mano (Eds.), *A quem pertence o corpo da mulher? Reportagens e Ensaios*, (pp. 103-112). São Paulo: Repórter Brasil.
- [19] Jesus, J. G. & Alves, H. (2010). Feminismo transgênero e movimentos de mulheres transexuais. *Cronos*, 11(2) 8-19. <https://goo.gl/aTXO95>
- [20] Messih, M. (2020). Questioning: The second Q in LGBTQ2IAPA. In P. Levounis & E. Yarbrough (Eds.), *Pocket guide to LGBTQ mental health: Understanding the spectrum of gender and sexuality*. (pp. 87-126). Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing.
- [21] American Psychological Association. (2015). Key terms and concepts in understanding gender diversity and sexual orientation among students. <https://www.apa.org/pi/lgbt/programs/safe-supportive/lgbt/key-terms.pdf>
- [22] American Psychiatric Association. (2019). Mental Health Facts on Questioning/Queer Populations. <https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Cultural-Competency/Mental-Health-Disparities/Mental-Health-Facts-for-Queer-Questioning-Populations.pdf>
- [23] Nichols, M. (2021). *The modern clinician's guide to working with LGBTQ+ clients: The inclusive psychotherapist*. New York, NY: Routledge.
- [24] Birkett M, Espelage D., & Koenig, B. (2009). LGB and questioning students in schools: The moderating effects of homophobic bullying and school climate on negative outcomes. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 989-1000. <https://doi.org/10.1007/s10964-008-9389-1>
- [25] Heggstad K. & Wetsch, P. (2010). Counseling gay and questioning minors about coming out. *Virtual Mentor*, 12(8), 654-657. <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2010.12.8.cpr12-1008>
- [26] Jamil, O., Harper, G., & Fernandez, M. (2009). Sexual and ethnic identity development among gay-bisexual-questioning (GBQ) male ethnic minority adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 15(3), 203-214. <https://doi.org/10.1037/a0014795>
- [27] Teixeira, T., Grave, R., Aires, R., & Pereira, C. G. (2021). isto não é um glossário: in/definições de géneros e sexualidades. gentopia - Associação para a diversidade e Igualdade de Género. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/136001/2/492883.pdf>
- [28] Hidalgo, M., Ehrensaft, D., Tishelman, A., Clark, L., Garofalo, R., Rosenthal, S., Spack, N., & Olson, J. (2013). The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn. *Human Development*, 56(5), 285- 290. <https://doi.org/10.1159/000355235>
- [29] Ehrensaft, D. (2016). *The gender creative child: Pathways for nurturing and supporting children who live outside gender boxes*. New York, NY: The Experiment.
- [30] Yarbrough, E. (2018). *Transgender Mental Health*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing.
- [31] Dhejne, C., Öberg, K., Arver, S., & Landén, M. (2014). An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960-2010: Prevalence, incidence, and regrets. *Archives of Sex Behavior*, 43(8), 1535-1545. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0300-8>
- [32] Coleman et al. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1-S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>



- [33] Ruppin, U., & Pfäfflin, F. (2015). Long-term follow-up of adults with gender identity disorder. *Archives of Sex Behavior*, 44(5), 1321-1329. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0453-5>
- [34] Altinay, M. (2020). Transgender: The T in LGBTQ2IAPA. In P. Levounis & E. Yarbrough (Eds.), *Pocket guide to LGBTQ mental health: Understanding the spectrum of gender and sexuality*. (pp. 61-85). Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing.
- [35] Olson, K., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K. (2016). Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>
- [36] Olson, K., Key, A., & Eaton, N. (2015). Gender cognition in transgender children. *Psychological Science*, 26(4), 467-474. <https://doi.org/10.1177/0956797614568156>
- [37] Roller, C., Sedlak, C., Draucker, C. (2015). Navigating the system: How transgender individuals engage in health care services. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(5), 417-424. <https://doi.org/10.1111/jnu.12160>
- [38] de Vries, A., Steensma, T., Doreleijers, T., & Cohen-Kettenis, P. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2276-2283. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
- [39] Heylens, G., Verroken, C., De Cock, S., T'Sjoen, G., & De Cuypere, G. (2014). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: a prospective study of persons with a gender identity disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 119-126. <https://doi.org/10.1111/jsm.12363>
- [40] Coelho, L., Seabra, D., Carreiras, D., Azevedo, J., & Macedo, A. (2022, June 24). Mental health of young trans adults: How the transition process influences satisfaction with life [Poster presentation]. 3rd edition of the International Conference on LGBT+ Psychology and Related Field, ISPA, Lisbon, Portugal. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.19906.25284>
- [41] Jones, T. (2018). Intersex studies: A systematic review of International Health Literature. *SAGE Open*, 8(2). <https://doi.org/10.1177/2158244017745577>
- [42] Hughes, I., Houk, C., Ahmed, S., & Lee, P. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554-563. <https://doi.org/10.1136/adc.2006.098319>
- [43] Kim, K. & Kim J. (2012). Disorders of sex development. *Korean Journal of Urology*, 53(1), 1-8. <https://doi.org/10.4111/kju.2012.53.1.1>
- [44] American Psychiatric Association (2006). *APA Task Force on Gender Identity, Gender Variance, and Intersex Conditions*. <https://www.apa.org/topics/lgbtq/intersex.pdf>
- [45] Ansara, G. (2023). Intersex-centred sex therapy and relationship counselling: Six commonly neglected concerns of intersex adults. In S. Neves & D. Davies (Eds.), *Erotically queer: A pink therapy guide for practitioners*. (pp. 89-107). New York, NY: Routledge.
- [46] Ambrose, A. (2020). Intersex: The I in LGBTQ2IAPA. In P. Levounis & E. Yarbrough (Eds.), *Pocket guide to LGBTQ mental health: Understanding the spectrum of gender and sexuality*. (pp. 127-144). Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing.
- [47] Carpenter, M. (2018). Intersex variations, human rights and the international classification of diseases. *Health and Human Rights Journal*, 20(2), 205-214.
- [48] Barker, M., & Richards, C. (2015). Further genders. In C. Richards & M. J. Barker (Eds.), *The Palgrave handbook of the psychology of sexuality and gender*. (pp. 166-182). England: Palgrave Macmillan.

- [49] Scandurra, C., Mezza, F., Maldonato, N., Bottone, M., Bochicchio, V., Valerio, P., & Vitelli, R. (2019). Health of non-binary and genderqueer people: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01453>
- [50] Losty, M., & O'Connor, J. (2018). Falling outside of the 'nice little binary box': A psychoanalytic exploration of the non-binary gender identity. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 32(1), 40–60. <https://doi.org/10.1080/02668734.2017.1384933>
- [51] Diamond, L. (2016). Sexual fluidity in male and females. *Current Sexual Health Reports*, 8(4), 249-256. <https://doi.org/10.1007/s11930-016-0092-z>
- [52] Belous, C., & Bauman, M. (2017). What's in a name? Exploring pansexuality online. *Journal of Bisexuality*, 17, 58-72. <https://doi.org/10.4324/9780429447549-5>
- [53] Bowes-Catton, H., & Hayfield, N. (2015). Bisexuality. In C. Richards & M. J. Barker (Eds.), *The Palgrave handbook of the psychology of sexuality and gender*. (pp. 42-59). England: Palgrave Macmillan.
- [54] Noble, S. (2020). Bisexual: The B in LGBTQ2IAPA. In P. Levounis & E. Yarbrough (Eds.), *Pocket guide to LGBTQ mental health: Understanding the spectrum of gender and sexuality*. (pp. 47-60). Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing.
- [55] Dodge, B., Herbenick, D., Friedman, M., Schick, V., Fu, T., Bostwick, W., Bartlett, E., Munoz-Laboy, M., Pletta, D., Reece, M., & Sandfort, T. (2016). Attitudes toward bisexual men and women among a nationally representative probability sample of adults in the United States. *PLoS ONE*, 11(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164430>
- [56] Persson, T., & Pfaus, J. (2015). Bisexuality and mental health: Future research directions. *Journal of Bisexuality*, 15(1), 82-98. <https://doi.org/10.1080/15299716.2014.994694>
- [57] Jorm, A., Korten, A., Rodgers, B., Jacomb, P., & Christensen, H. (2002). Sexual orientation and mental health: Results from a community survey of young and middle-aged adults. *British Journal of Psychiatry*, 180(5), 423– 427. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.423>
- [58] Friedman, M., Marshal, M., Guadamuz, T., Wei, C., Wong, C., Saewyc, E., & Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American Journal of Public Health*, 101(8), 1481-1494. <https://doi.org/10.2105/ajph.2009.190009>
- [59] Ross, L., Salway, T., Tarasoff, L., MacKay, J., Hawkins, B., & Fehr, C. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sex Research*, 55(4– 5), 435– 456. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1387755>
- [60] Flanders, C., Robinson, M., & Caravaca, J. (2016). Defining bisexuality: Young bisexual and pansexual people's voices. *Journal of Bisexuality*, 16, 181. <https://doi.org/10.1080/15299716.2016.1227016>
- [61] Harper, A., & Ginicola, M. (2017). Counseling bisexual/pansexual/polysexual clients. In M. Ginicola, C. Smith & J. Filmore (Eds.), *Affirmative Counseling with LGBTQI+ People*. (pp. 171-182). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- [62] Formosa, V. (2020). Pansexual: The P in LGBTQ2IAPA. In P. Levounis & E. Yarbrough (Eds.), *Pocket guide to LGBTQ mental health: Understanding the spectrum of gender and sexuality*. (pp. 159-176). Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing.
- [63] Morandini, J., Blaszczyński, A., Dar-Nimrod, I. (2017). Who adopts queer and pansexual sexual identities? *The Journal of Sex Research*, 54(7), 911-922. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1249332>



- [64] Schott, E. (2021). *LGBTQI Workbook for CBT*. Routledge
- [65] Borgogna, N., McDermott, R., Aita, S., & Kridel, M. (2019). Anxiety and depression across gender and sexual minorities: Implications for transgender, gender nonconforming, pansexual, demisexual, asexual, queer, and questioning individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(1), 54-63. <https://doi.org/10.1037/sgd0000306>
- [66] Pachankis, J. E., Clark, K. A., Burton, C. L., Hughto, J. M. W., Bränström, R., & Keene, D. E. (2020). Sex, status, competition, and exclusion: Intraminority stress from within the gay community and gay and bisexual men's mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 119(3), 713-740. <https://doi.org/10.1037/pspp0000282>
- [67] Burton, C. L., Clark, K. A., & Pachankis, J. E. (2020). Risk From Within: Intraminority Gay Community Stress and Sexual Risk-Taking Among Sexual Minority Men. *Annals of Behavioral Medicine*, 54(9), 703-712. <https://doi.org/10.1093/abm/kaa014>
- [68] Israel, T., Gorcheva, R., Walther, W., Sulzner, J., & Cohen, J. (2008). Therapists' helpful and unhelpful situations with LGBT clients: An exploratory study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 361-368. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.3.361>
- [69] Petersen, D., Barber, M., Zelin, N., & Yarbrough, E. (2020). Lesbian; The L in LGBTQ₂IAPA. In P. Levounis & E. Yarbrough (Eds.), *Pocket guide to LGBTQ mental health: Understanding the spectrum of gender and sexuality*. (pp. 1-16). Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing.
- [70] Anderton, C., & Woodbridge, L. (2017). Counseling Lesbian Clients. In M. Ginicola, C. Smith & J. Filmore (Eds.), *Affirmative Counseling with LGBTQI+ People*. (pp. 129-150). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- [71] Ellis, S. (2015). Lesbian Psychology. In C. Richards & M. J. Barker (Eds.), *The Palgrave handbook of the psychology of sexuality and gender*. (pp. 109-128). England: Palgrave Macmillan.
- [72] Russell, S., Ryan, C., Toomey, R., Diaz, R., & Sanchez, J. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescent school victimization: Implications for young adult health and adjustment. *Journal of School Health*, 81(5), 223-230. <http://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00583.x>
- [73] Poteat, V. P. & Espelage, D. L. (2005). Exploring the Relation Between Bullying and Homophobic Verbal Content: The Homophobic Content Agent Target (HCAT) Scale. *Violence and Victims*, 20(5). <https://doi.org/10.1891/vivi.2005.20.5.513>
- [74] Wilsnack, S., Kristjanson, A., Hughes, T., & Bensen, P. (2012). Characteristics of childhood sexual abuse in lesbians and heterosexual women. *Child Abuse & Neglect*, 36(3), 260-265. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.10.008>
- [75] Mayeza, E. (2022). Rape culture: Sexual intimidation and partner rape among youth in sexually diverse relationships. *Sexualities*. <https://doi.org/10.1177/13634607221144618>
- [76] Breiding, M., Smith, S., Basile, K., Walters, M., Jieru, C., & Merrick, M. (2015). Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization—National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. *American Journal of Public Health*, 105(4), e11-e12. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302634>
- [77] Andersen, J., & Blossnich, J. (2013). Disparities in adverse childhood events among sexual minority and heterosexual adults: Results from a multi-state probability based sample. *PLoS ONE*, 8(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054691>
- [78] Altinay, M. (2020). Gay: The G in LGBTQ₂IAPA. In P. Levounis & E. Yarbrough (Eds.), *Pocket guide to LGBTQ mental health: Understanding the spectrum of gender and sexuality*. (pp. 17-45). Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing.

- [79] Ginicola, M., Sanabria, S., Filmore, J., & DeVoll, M. (2017). Counseling gay male clients. In M. Ginicola, C. Smith & J. Filmore (Eds.), *Affirmative Counseling with LGBTQI+ People*. (pp. 151-170). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- [80] Riggs, D. (2015). Gay men. In C. Richards & M. J. Barker (Eds.), *The Palgrave handbook of the psychology of sexuality and gender*. (pp. 77-91). England: Palgrave Macmillan.
- [81] Pachankis, J., & Bernstein, L. (2012). An etiological model of anxiety in young gay men: From early stress to public self-consciousness. *Psychology of Men and Masculinity*, 13(2), 107-122. <https://doi.org/10.1037/a0024594>
- [82] Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346-352. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524>
- [83] Filiault, S., & Drummond, M. (2007). The hegemonic aesthetic. *Gay & Lesbian Issues and Psychology Review*, 3(3), 175-184.
- [84] American Psychological Association. (2009). Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Affirmative Responses to Sexual Orientation. <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf>
- [85] Ashley, F. (2022). The clinical irrelevance of “desistance” research for transgender and gender creative youth. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 9(4), 387-397. <https://doi.org/10.1037/sgd0000504>
- [86] American Psychological Association. (n/d). Banning Sexual Orientation and Gender Identity Change Efforts Suggested Discussion Points With Resources to Oppose Transgender Exclusion Bills. <https://www.apa.org/topics/lgbtq/sexual-orientation-change>
- [87] Przeworski, A., Peterson, E., & Piedra, A. (2021). A systematic review of the efficacy, harmful effects, and ethical issues related to sexual orientation change efforts. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(1), 81-100. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12377>
- [88] Rivera, D. P., & Pardo, S. T. (2022). Gender identity change efforts: A summary. In D. C. Haldeman (Ed.), *The case against conversion “therapy”: Evidence, ethics, and alternatives* (pp. 51-68). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000266-003>
- [89] American Psychological Association. (2021). APA RESOLUTION on Sexual Orientation Change Efforts. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-sexual-orientation-change-efforts.pdf>
- [90] American Psychological Association. (2021). APA RESOLUTION on Gender Identity Change Efforts. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf>
- [91] American Psychiatric Association (2018). Position Statement on Conversion Therapy and LGBTQ Patients. <https://www.psychiatry.org/getattachment/3d23f2f4-1497-4537-b4de-fe32fe8761bf/Position-Conversion-Therapy.pdf>
- [92] Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). Parecer OPP – Terapias de Conversão. https://eusinto.me/wp-content/uploads/2021/09/parecer_opp_terapias_de_convers_o.pdf

