

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE MEDICINA

RENATA CORRÊA RIBEIRO

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DE DOIS
INVENTÁRIOS PARA AVALIAR CONHECIMENTOS E ATITUDES DE
MÉDICOS FRENTE A HOMOSSEXUAIS**

BRASÍLIA-DF

2017

Renata Corrêa Ribeiro

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DE DOIS
INVENTÁRIOS PARA AVALIAR CONHECIMENTOS E ATITUDES DE MÉDICOS
FRENTE A HOMOSSEXUAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Orientador: Prof. Dr. Einstein Francisco de Camargos

Coorientador: Prof. Dr. Fábio Iglesias

Brasília

2017

Renata Corrêa Ribeiro

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DE DOIS
INVENTÁRIOS PARA AVALIAR CONHECIMENTOS E ATITUDES DE MÉDICOS
FRENTE A HOMOSSEXUAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Prof. Dr. Einstein Francisco de Camargos - UnB (Orientador)

Prof. Dr. Angelo Brandelli Costa – PUCRS (Banca Examinadora)

Prof. Dr. Otávio de Toledo Nóbrega – UnB (Banca Examinadora)

Brasília, 26 de junho de 2017.

*Aos meus pais, irmãos,
cunhadas e amados sobrinhos.
Pelo apoio, incentivo, compreensão
e fonte de alegria.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por ter permitido que essa pesquisa acontecesse, sendo fonte de força e inspiração.

Ao meu orientador, Dr. Einstein Francisco de Camargos, pela sua dedicação, paciência, cordialidade, disponibilidade e palavras de incentivo nos momentos mais difíceis.

Ao meu coorientador, Dr. Fábio Iglesias, que com seu *expertise* na área de Psicologia Social e Psicometria engrandeceu meu trabalho por meio dos seus valiosos ensinamentos.

Ao Dr. Bruno Damásio, pelas orientações fundamentais para que a pesquisa se concretizasse, bem como por sua disponibilidade em pacientemente responder aos meus questionamentos.

Ao Dr. Vinicius Medina, por haver solicitado à Sociedade de Ginecologia de Brasília a divulgação da minha pesquisa aos seus associados. Sem esse incentivo, não seria possível a conclusão da coleta dos dados.

Ao chefe do serviço médico do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, Dr. Glycon Cardoso, por entender a importância desse momento na minha vida profissional, concedendo-me dois meses de licença capacitação para que eu pudesse me dedicar ao mestrado; e pelas inúmeras vezes em que permitiu que eu alterasse o meu horário de trabalho para cursar as disciplinas necessárias.

Às várias pessoas que não apenas responderam à pesquisa, mas que também serviram de multiplicadores, divulgando-a ao maior número de pessoas possível, como: Telma Pereira, Thereza Christina (minha mãe), Mirian Hoeschl, Thalia Maia e Rosana Barretto.

Às trezentas e quarenta e oito pessoas que gentilmente interromperam as suas atividades e disponibilizaram o seu tempo para responder à minha pesquisa. Sem elas, nada seria possível.

Às pessoas que privei do meu convívio nos últimos dois anos: amigos, familiares e amados sobrinhos. Espero poder resgatar esses momentos de ausência.

RESUMO

Corrêa-Ribeiro R. Adaptação e validação para a língua portuguesa de dois inventários para avaliar conhecimentos e atitudes de médicos frente a homossexuais [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências Médicas; 2017.

Estudos evidenciam que lésbicas, gays e bissexuais (LGB) apresentam piores condições de saúde física e mental comparados aos heterossexuais. A dificuldade de acesso a serviços de saúde, muitas vezes por medo de sofrer atitudes preconceituosas, aumenta ainda mais a condição de vulnerabilidade da população LGB. A avaliação de atitudes, conhecimento e preconceito de médicos em relação a gays e lésbicas é possível com o uso de instrumentos com evidências de validade e confiabilidade. O objetivo desse estudo foi realizar a adaptação para o Brasil de dois inventários estado-unidenses: o *Attitudes Toward Lesbian and Gay Men Scale* (ATLG) e o *Knowledge about Homosexuality Questionnaire* (KHQ) e desenvolver um processo de validação psicométrica em um grupo de médicos heterossexuais do Distrito Federal (DF). Foram realizadas as etapas de adaptação cultural: tradução por dois avaliadores independentes, síntese da tradução e avaliação das propriedades semânticas pela população alvo; estudo piloto e processo de validação com 224 médicos heterossexuais, atuantes no DF. Em relação ao ATLG, análises fatoriais exploratórias e confirmatórias sugeriram um único fator como sendo o mais representativo para os dados, reunindo os 20 itens com fidedignidade elevada (alfa de Cronbach = 0,943). Em relação ao KHQ, análises fatoriais exploratórias e confirmatórias sugeriram um único fator como sendo representativa dos dados, porém apenas 10 itens mostraram carga fatorial acima de 0,30 (alfa de Cronbach = 0,673), sendo esse valor, apesar de baixo, semelhante ao descrito em outras amostras submetidas a esse instrumento, relatadas na literatura. O ATLG é um instrumento adequado para avaliação da atitude de médicos em relação aos homossexuais, tendo apresentado evidências de validade e confiabilidade na amostra avaliada, permitindo preencher uma importante lacuna na literatura.

Palavras-chave: Homossexualidade. Preconceito. Atitude. Conhecimento. Análise Fatorial.

ABSTRACT

Corrêa-Ribeiro R. Adaptation and validation into Brazilian Portuguese of two instruments assessing physicians' knowledge and attitudes toward homosexuals [master's dissertation].

Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências Médicas; 2017.

Studies show that lesbians, gays, and bisexuals (LGB) have worse physical and mental health compared with heterosexuals. The difficulty in accessing health services, often due to fear of being the target of prejudiced attitudes, further increases the vulnerability of the LGB population. Physicians' attitudes, and prejudice towards lesbian and gay can be assessed using instruments proved to be valid and reliable. The aim of this study was to adapt two American instruments – the Attitudes Toward Lesbian and Gay Men Scale (ATLG) and the Knowledge about Homosexuality Questionnaire (KHQ) – into Brazilian Portuguese and to perform their psychometric validation in a group of heterosexual physicians in the Brazilian Federal District (Distrito Federal, DF). The following steps for cultural adaptation were made: translation by two independent evaluators, translation synthesis, and evaluation of semantic properties by the target population, followed by the development of a pilot study and validation with 224 heterosexual physicians working in the DF. With regard to the ATLG, exploratory and confirmatory factor analyses found that the only most representative factor for the variables consisted of the 20 items with high reliability (Cronbach's alpha = 0.943). With regard to the KHQ, exploratory and confirmatory factor analyses found that the only most representative factor for the variables consisted of only 10 items with a factor loading above 0.30 (Cronbach's alpha = 0,673), a value that, although being low, is similar to that described in other samples evaluated in the literature using the same instrument. The ATLG is an adequate instrument to assess physicians' attitude toward homosexuals, presenting strong evidence of validity and reliability in the study sample, allowing to fill an important gap in the literature.

Keywords: Homosexuality. Prejudice. Attitude. Knowledge. Factor Analysis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Análise fatorial
AFC	Análise fatorial confirmatória
AFE	Análise fatorial exploratória
AIDS	<i>Acquired immunodeficiency syndrome</i>
APs	Análises paralelas
ATG	<i>Attitudes Toward Gay</i>
ATL	<i>Attitudes Toward Lesbian</i>
ATLG	<i>Attitudes Toward Lesbian and Gay Men Scale</i>
CFI	Índice de ajuste comparativo
d	d de Cohen
DF	Distrito Federal
DP	Desvio padrão
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
Heteros	Heterossexuais
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>
Homos	Homossexuais
HPV	<i>Human papillomavirus</i>
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IC	Intervalo de confiança
IM	Índices de modificação
KHQ	<i>Knowledge about Homosexuality Questionnaire</i>
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
LGB	Lésbicas, gays e bissexuais

LGBT	Lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros
M	Média
MSM	Mulheres que fazem sexo com mulheres
OD	<i>Odds Ratio</i>
PS	Preconceito sexual
RMSEA	Raiz quadrada média do erro de aproximação
SE	<i>Standard error</i>
TLI	Índice de Tucker-Lewis
WHO	<i>World Health Organization</i>
WLSMV	<i>Weighted Least-Squares Mean and Variance-Adjusted</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos participantes do estudo de validação	44
Tabela 2 - Estatística descritiva dos itens do <i>Attitudes Toward Lesbian and Gay Men Scale</i> (ATLG)	45
Tabela 3 - Padrão de resposta aos itens do <i>Knowledge about Homosexuality Questionnaire</i> (KHQ).....	47
Tabela 4 - Estrutura e cargas fatoriais do <i>Attitudes Toward Lesbian and Gay Men Scale</i> (ATLG).....	50
Tabela 5 - Análise fatorial confirmatória de modelos concorrentes do <i>Attitudes Toward Lesbian and Gay Men Scale</i> (ATLG)	51
Tabela 6 - Estrutura e cargas fatoriais do <i>Knowledge about Homosexuality Questionnaire</i> (KHQ)	53
Tabela 7 - Análise fatorial confirmatória de modelos concorrentes do <i>Knowledge about Homosexuality Questionnaire</i> (KHQ)	54

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	ATITUDES, PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO	12
1.2	LÉSBICAS, GAYS E BISSEXUAIS (LGB): CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE PARA ENFERMIDADES FÍSICAS E MENTAIS	17
1.3	RELAÇÃO DE MÉDICOS E DEMAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM A POPULAÇÃO LGB: INFLUÊNCIA DAS ATITUDES	22
1.4	RELAÇÃO DE MÉDICOS E DEMAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM A POPULAÇÃO LGB: INFLUÊNCIA DO CONHECIMENTO	25
1.5	ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS ENTRE CULTURAS....	27
1.6	ANÁLISE FATORIAL	29
1.7	VALIDADE E CONFIABILIDADE	31
1.8	<i>ATTITUDES TOWARD LESBIAN AND GAY MEN SCALE (ATLG)</i>	33
1.9	<i>KNOWLEDGE ABOUT HOMOSEXUALITY QUESTIONNAIRE (KHQ)</i>	33
2	OBJETIVO	35
3	MÉTODO.....	36
3.1	PROCESSO DE ADAPTAÇÃO ENTRE CULTURAS	36
3.2	PARTICIPANTES	39
3.3	ETAPAS DE VALIDAÇÃO.....	40
3.4	ANÁLISE DOS DADOS	41
4	RESULTADO.....	42
4.1	ESTUDO PILOTO QUANTITATIVO	42
4.2	RESULTADO DO ESTUDO DE VALIDAÇÃO	43
4.2.1	Análises descritivas.....	43
4.2.2	Análise fatorial do <i>Attitudes Toward Lesbian and Gay Men Scale (ATLG)</i>	49
4.2.3	Análise fatorial do <i>Knowledge about Homosexuality Questionnaire (KHQ)</i>	51
5	DISCUSSÃO.....	55
6	CONCLUSÃO	60
	REFERÊNCIAS.....	61
	APÊNDICES.....	66
	ANEXOS.....	75

1 INTRODUÇÃO

A homossexualidade é apenas uma entre as possibilidades de manifestação da orientação sexual. De um modo geral, as orientações sexuais podem ser classificadas em: homossexualidade, heterossexualidade, bissexualidade e, em indivíduos que não manifestam qualquer interesse sexual, assexualidade.¹

A Academia Americana de Pediatria define orientação sexual como o “padrão individual de excitação física e emocional em relação a outras pessoas”. Homossexuais são pessoas que se sentem atraídas por pessoas do mesmo sexo e, em geral, a orientação sexual emerge antes ou no início da adolescência.²

Um ponto fundamental no entendimento da orientação sexual é que, apesar de geralmente haver uma congruência entre o comportamento sexual e seus aspectos cognitivos, como fantasias e desejos, ela refere-se basicamente a experiência interna do indivíduo, aspectos mentais, e pode ter correspondência ou não com a atitude sexual explícita. Ou seja, comportamento sexual e orientação sexual são geralmente correspondentes, porém, o comportamento sexual é mais variável que a orientação sexual.¹

Além da orientação sexual, que fala sobre desejos e fantasias e o comportamento sexual, que se refere às atitudes e escolhas, existe ainda a identidade sexual que fala sobre como a pessoa se identifica em termos sexuais: sou gay, sou lésbica ou bissexual, por exemplo.³

Por esse motivo, Tjepkema (2008) afirma que os estudos epidemiológicos não apresentam um consenso na definição da orientação sexual, pois isso depende da pergunta realizada ou do dado avaliado no estudo. A orientação sexual, desta forma, teria três elementos: a atração sexual/fantasia, o comportamento sexual e a auto identificação.⁴

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos da América (EUA), com mais de 34.000 participantes, evidenciou a diferença nesses três aspectos citados: aproximadamente 2% da amostra se identificavam como lésbica, gay ou bissexual, 4% assumiam ter relações com alguém do mesmo sexo e 6% relatavam atração por alguém do mesmo sexo, evidenciando a variabilidade das três dimensões da orientação sexual.⁵

A identidade sexual parece ser mais variável na mulher e isso pode ser evidenciado pela presença de mais mulheres do que homens que se autodenominam bissexuais. Nas mulheres ocorre uma maior variabilidade no decorrer do tempo e menor grau de certeza na

definição da identidade em relação aos homens, que apresentam uma identidade sexual mais comumente fixa e clara, uma vez estabelecida.³

Outro aspecto que difere o desejo feminino e masculino, é que em mulheres, sejam lésbicas ou heterossexuais (heteros), a atração emocional mais frequentemente precede a atração erótica, enquanto no homem, ocorre o oposto.³

Pela orientação sexual abranger aspectos mentais, fantasias e desejos sexuais, e esses aspectos serem dificilmente acessados pelos pesquisadores, muitas pesquisas científicas optam por usar o termo “mulheres que fazem sexo com mulheres” (MSM), possibilitando assim acessar atitudes sexuais explícitas ao invés de desejos e aspectos identitários.⁶

A homossexualidade deixou de ser considerada doença pela Associação Psiquiátrica Americana em 1973. Foi uma mudança motivada por movimentos de direitos humanos e ativismo gay frequentes na década de 60, e ocorreu a partir de estudos comparativos de homossexuais (homos) e heteros em testes de personalidade e psicopatologia que não evidenciaram diferenças entre esses dois grupos.¹ A *World Health Organization* (WHO) retirou a homossexualidade do CID-10 em 1992.

Apesar disso, a orientação sexual de uma pessoa afeta as atitudes de outras em relação a ela, pois a heterossexualidade é considerada a norma e as minorias sexuais estão sujeitas a esteriotipos.^{7,8}

O preconceito contra gays e lésbicas é reconhecido como um possível obstáculo à relação médico-paciente.^{8,9}

1.1 ATITUDES, PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO

Segundo Allport (1954), o preconceito é uma antipatia sentida ou expressa, baseada em uma generalização falha e inflexível direcionada a um grupo ou indivíduo, por fazer parte do grupo. Envolve um processo de categorização, levando a generalização, e animosidade em relação a toda uma categoria e seus membros.¹⁰

O preconceito é um fenômeno particular de cada país ou cultura, porém, atualmente, tem se dado cada vez mais ênfase na literatura ao modo como o preconceito vem se modificando e assumindo novas formas dentro da mesma cultura, tornando-se mais sutil e condescendente.¹¹⁻¹⁴

Estudos que avaliam diferentes tipos de preconceitos mostram uma mudança nas suas formas de manifestação na tentativa de se adequar as normas igualitárias, tornando-se menos

evidente e mais sutil em grupos protegidos pela norma anti-preconceito.¹⁵ Desta forma, a indesejabilidade social do preconceito levou a formas de discriminação mais refinadas e muitas vezes difíceis de serem percebidas.¹³

Esse processo tem sido mais frequentemente descrito no preconceito relacionado à raça e etnia do que no preconceito sexual, onde há menos estudos¹⁴ e onde os avanços na tolerância parecem ser menos evidentes.^{11,12}

Em relação ao preconceito racial, segundo Pettigrew e Mertens (1995), existem três formas de preconceitos: o flagrante, onde existe alta rejeição à intimidade e negação de emoções positivas; o sutil, onde haveria pouca rejeição à intimidade, mas haveria a negação de emoções positivas, e o igualitarismo, onde haveria baixa rejeição à intimidade, além da expressão de emoções positivas.¹³

Alguns exemplos de preconceitos sutis são: ver o grupo alvo como incompetente, carente de qualidades morais e o favoritismo do endogrupo: atitudes essas que são, muitas vezes, não percebidas como preconceituosas, se adequando à deseabilidade social.^{16,17}

O que diferencia o preconceito e a discriminação é que a última exige um tratamento diferenciado em relação ao indivíduo por pertencer a um determinado grupo, enquanto o preconceito pode ser apenas sentido e não necessariamente manifestado. Além disso, a discriminação sempre exige um caráter de intencionalidade.¹⁶

Minorias sexuais são pessoas que não se adequam à heteronormatividade, ou seja, que têm uma orientação sexual diferente da heterossexual. E nessa perspectiva, o preconceito a minorias sexuais envolve a internalização da cultura do estigma e é manifestado na forma de atitudes e ações negativas em relação ao grupo.¹⁸

Segundo Herek, o preconceito se baseia em importantes princípios psicológicos à medida que possibilita: suprir a necessidade de aceitação social e filiação ao endogrupo; afirmar auto-valores essenciais; prevenir ansiedade e ameaças à auto-estima; tendo, portanto, uma funcionalidade social.¹⁸

Em 1972 o psicólogo George Weinberg introduziu o termo “homofobia”, definindo-o como a aversão ou temor à proximidade com homossexuais e, no caso dos mesmos: uma auto-aversão.¹⁹ Hoje o termo é usado para descrever a hostilidade em relação aos não heterossexuais em geral.¹⁸

Apesar da popularização do termo, ele apresenta limitações científicas por presumir que a hostilidade constitui uma “fobia”, que clinicamente é aceita como o medo intenso e reconhecidamente irracional. A homofobia, desta forma, não se assemelharia a outras fobias,

pois além de envolver outros sentimentos, como raiva e aversão, ela pode envolver justificativas altamente racionais, utilitárias e funcionais. Não se assemelharia a uma patologia individual, mas, mais precisamente, a internalização do estigma cultural, sendo, portanto, fenômeno particular de cada cultura. Apesar disso, o indivíduo preconceituoso não é agente passivo, pois à medida que entra em contato com o estigma social, ou seja, a desvalorização que a sociedade atribui ao comportamento, identidade e a comunidade não heterossexual, e reconhece o status inferior que os membros do grupo ocupam, esse indivíduo pode ou não internalizar o estigma, baseando-se no seu sistema de valores.¹⁸

Portanto, o Preconceito Sexual (PS), termo mais aceito atualmente, se refere a atitudes negativas em relação a um indivíduo baseado no seu pertencimento a um grupo que se define pela atração e comportamento sexual.¹⁸

Segundo Costa, Bandeira e Nardi (2013), a Associação Americana de Psicologia sugeriu em 1982 o uso do termo “atitude em relação aos homossexuais” em oposição ao termo homofobia.²⁰ A vantagem do uso do termo “atitudes” no contexto de avaliação de pessoas e não “preconceito”, é que pessoas podem apresentar atitudes negativas ou positivas a diferentes objetos e, nessa perspectiva, avaliar “o preconceito” já se constituiria em um pré-julgamento ou concepção de uma atitude negativa *a priori*. Desta forma, o preconceito pode ser interpretado dentro de um *continuum* das atitudes, como sua dimensão mais negativa.

A avaliação da atitude ou preconceito pode ser operacionalizada de diversas formas: medida através de escalas de múltiplos itens²¹ ou de apenas um item²², através de inventários com itens de medidas explícitas auto-declaradas²¹ ou na maior ou menor atribuição de traços positivos ou negativos¹⁷, ou ainda, que avaliem comportamentos espontâneos e não verbais: como tempo de resposta aos itens²³, agressividade, frequência cardíaca, expressões faciais ou ato de piscar.²⁴

Alguns grupos costumam manifestar mais preconceitos em relação a minorias sexuais, como: homens (mais que mulheres)^{15,25,26}, pessoas mais religiosas^{25,27}, pessoas autoritárias¹⁴, com menor instrução^{25,27} e pessoas que não têm amigos ou familiares pertencentes a minorias sexuais.^{25,26}

O PS se diferencia de outras formas de preconceitos por algumas particularidades de sua condição. Em primeiro lugar, minorias sexuais podem ocultar sua condição e não serem reconhecidas como membros do grupo, o que não é possível no preconceito relacionado à raça ou incapacidades físicas, cujas características estão evidentes nas interações sociais. Por outro lado, heterossexuais podem ser percebidos como não heterossexuais e sofrerem rejeição social

e discriminação, mesmo não pertencendo a minorias sexuais, o que socialmente, no caso masculino, reforça a modificação do comportamento visando à diferenciação de grupo excluído, seja através de rituais de virilidade ou aumento de hostilidade às minorias sexuais.¹⁸

Seguindo essa lógica, o PS é mais prevalente em homens e em relação aos gays, e não às lésbicas, e isso pode ser explicado pelo desejo de reafirmação da própria masculinidade¹⁵, assim como para punir outros homens que falham em se ajustar ao padrão esperado para o gênero masculino. Desta forma, endossar atitudes anti-gays reafirma a masculinidade, preserva o status social e torna evidente o limite das fronteiras entre os gêneros; por outro lado, mulheres heterossexuais não vivenciam pressões sociais semelhantes para reafirmar sua identidade feminina¹⁸.

Segundo Costa, Bandeira e Nardi (2013), apesar da clara distinção conceitual entre orientação sexual e expressão de gênero, no Brasil, no caso da manifestação do preconceito, essa diferenciação parece ser tênue. Observa-se que o preconceito em relação a orientações sexuais não heteros (gays, lésbicas e bissexuais) se confunde com o preconceito em relação a pessoas que não expressam seu gênero de acordo com as normas hegemônicas (independente da orientação sexual). Assim, homens que apresentam características que se assemelham ao feminino ou mulheres com características masculinas seriam alvo de preconceitos, independente do objeto de desejo sexual ou afetivo.^{20,25}

Outro aspecto que diferencia o PS de outras formas de preconceito é que sua expressão está intimamente relacionada à explicação que o agente atribui à homossexualidade.¹¹

As explicações para a homossexualidade dadas pelo senso comum, muitas vezes se camuflam de verdades científicas e podem ser divididas em cinco categorias: explicações biológicas (causadas por disfunções hormonais, problemas hereditários ou intra-uterinos), ético morais (falta de respeito, caráter, valores), religiosas (falta de fé e fraqueza espiritual), psicológicas (abusos sexuais e traumas sofridos na infância) e psicossociais (ausência de causa específica, forma de manifestação da sexualidade como outra qualquer, não constituindo doença nem perversão).¹¹

Lacerda, Pereira e Camino (2002) relacionaram a explicação atribuída à homossexualidade ao tipo de preconceito: flagrante, sutil ou inexistente. No seu estudo com estudantes universitários, 24% não apresentavam preconceito e os demais se dividiram igualmente (38% para cada grupo) entre os preconceituosos flagrantes e os preconceituosos sutis.¹¹

O preconceito flagrante; caracterizado por muitas emoções negativas, poucas emoções positivas e rejeição à intimidade; esteve mais presente em estudantes que atribuíram explicações religiosas ou ético-morais à homossexualidade; e foi mais prevalente em estudantes de engenharia. O preconceito sutil, em que se atribui menos emoções positivas, menos emoções negativas, e onde havia menor rejeição à intimidade, foi mais prevalente nos estudantes que atribuíram causas biológicas e psicológicas à homossexualidade, como nos estudantes de medicina e mulheres. Esses dados sugerem que nesse estudo, estudantes de medicina, apesar de não apresentarem um posicionamento claramente preconceituoso, perpetuaram teorias que contribuem para práticas discriminatórias, como a informação de que a homossexualidade é uma doença que pode ser curada. Entre os não preconceituosos encontravam-se principalmente os estudantes de psicologia que atribuíram mais frequentemente causas psicossociais.¹¹

No estudo de Pereira et al. (2011) com estudantes de teologia e que usou a mesma escala elaborada e validada por Lacerda, Pereira e Camino (2002) e que os dividia em preconceituosos manifestos (ou flagrantes), sutis ou ausentes de preconceito (igualitários), nenhum estudante no estudo foi classificado como não preconceituoso, todos se dividiram entre preconceituosos flagrantes ou sutis. Os estudantes evangélicos exprimiam seu preconceito de forma mais flagrante que os católicos; e, mais frequentemente, aceitavam explicações ético-morais para a homossexualidade. Entre os católicos, eram mais comuns as explicações biológicas e psicossociais. Nesse estudo, 69% dos preconceituosos flagrantes estudavam em seminários evangélicos e 84% dos preconceituosos sutis em seminários católicos.¹²

Contrariando os estudos anteriores que evidenciaram que o preconceito manifesto ainda é muito frequente entre os estudantes brasileiros avaliados, em uma pesquisa com 135 estudantes de pós graduação em recursos humanos, houve maior prevalência do preconceito sutil, percebido através da maior atribuição de características positivas aos heteros, sem diferenças na atribuição de características negativas entre homo e heteros. Nesse estudo 87% dos avaliados eram mulheres, sendo a média de 30 anos e a escolaridade superior completa, na área de psicologia ou administração, o que pode justificar os resultados conflitantes com os outros estudos.¹⁷

Os resultados contraditórios nos estudos entre a presença ou ausência de preconceito ou, quando presente, de que forma ele se manifesta: sutil ou flagrante, evidenciam a

variabilidade das atitudes em relação aos homossexuais dentro da nossa Cultura e como características individuais podem contribuir para essas diferenças de manifestação.

1.2 LÉSBICAS, GAYS E BISSEXUAIS (LGB): CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE PARA ENFERMIDADES FÍSICAS E MENTAIS

Inúmeros estudos têm evidenciado diferenças em morbidades e fatores de risco para diversas doenças na população LGB em relação a pessoas heterossexuais, como: maior tabagismo²⁸⁻³¹, uso excessivo de álcool^{28,29,31}, obesidade^{28,29,31,32}, uso de drogas^{5,30,33,34} e doenças cardiovasculares.²⁸

No caso das lésbicas, há também um aumento dos fatores de risco associados a alguns cânceres, como por exemplo, o câncer de mama devido a: maior frequência de nuligestas (ou baixa paridade), maior consumo de álcool e tabaco, maior prevalência de obesidade, menor frequência de triagens mamográficas, auto-exame e exame clínico das mamas.^{31,35,36}

Estudos epidemiológicos geralmente não questionam a orientação sexual nos dados demográficos, fazendo com que lésbicas sejam invisíveis nas análises. Dessa forma, o risco real não pode ser calculado, mas apenas estimando levando-se em consideração os fatores de risco já mencionados para os vários tipos de câncer, como: cólon, pulmão, endométrio, ovário e mama; além de diabetes e doenças cardiovasculares.³⁵

A inclusão de perguntas sobre orientação sexual e comportamento sexual em pesquisas epidemiológicas, especialmente nas relacionadas a câncer de mama, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e demais cânceres ginecológicos, permitiria um maior entendimento das diferenças entre lésbicas e heteros, promovendo rastreamentos mais adequados e estratégias de saúde para essa população.³⁵

Estima-se que 54% das mulheres que se identificam como lésbicas tiveram relações sexuais com homens previamente.³³ Muitas dessas acreditam, erroneamente, que não necessitariam se submeter à coleta cérvico-vaginal. Mesmo as mulheres que tiveram sexo exclusivamente com mulheres na sua história sexual apresentam risco de ter HPV (*Human papillomavirus*) ou qualquer DST.^{2,35-37}

Infelizmente existe a falsa ideia, mesmo entre médicos, de que lésbicas não necessitariam fazer coletas preventivas. A não realização de coletas ou o aumento de intervalo entre as mesmas podem resultar na perda de oportunidade de diagnóstico ou atraso no tratamento de lesões cervicais de alto grau e câncer do colo uterino.³⁵

Em um grande estudo populacional canadense, 64% das lésbicas tinham feito coleta cervico-vaginal nos últimos três anos, enquanto 76,2% das bissexuais haviam realizado no mesmo período ($p < 0.05$) e 77,1% das heteros. Algumas razões apontadas para que lésbicas realizassem menos esse procedimento foram: evitação causada por experiências prévias negativas com profissionais de saúde, a crença de que o exame não é necessário e por não necessitarem de métodos contraceptivos, como no caso das heterossexuais.⁴ Nesse mesmo estudo, não houve diferenças na frequência de realizações de mamografia entre lésbicas e heteros dos 50 aos 59 anos, porém, bissexuais tinham menor chance de já terem realizado uma mamografia nesse mesmo período. As razões para essa diferença são ignoradas.

Em outro estudo que também avaliou a triagem em relação ao câncer de mama nos EUA, lésbicas e bissexuais tinham significativamente menos chance de terem sido submetidas à mamografia nos últimos dois anos em relação às heterossexuais (83,3% vs 91,3%) ($p = 0.006$). Alguns fatores relacionados de maneira significativa a essa diferença foram que lésbicas e bissexuais não acreditavam na possibilidade de ter um câncer de mama; referiam menos medo de ter a doença que as heteros; desconheciam a mamografia como algo vantajoso e, desta forma, expressavam menor intenção de realizá-la futuramente. Esse estudo não diferenciou os dados de lésbicas e bissexuais.³⁸

Porém, os estudos não são todos unânimes. Em grande estudo populacional nomeado Nurses' Health Study II, com mais de 85 mil enfermeiras, não se observou diferenças estatisticamente significantes entre a realização da mamografia entre os grupos: 84% das heteros, 79% das bissexuais e 82% das lésbicas. Nesse mesmo estudo não houve diferenças na triagem para câncer de colo-retal, ou seja, não houve diferenças entre os grupos na realização de colonoscopia.³⁹

Vários estudos apontam piores condições de saúde física⁴, como diabetes e hipertensão;²⁹ saúde mental⁴ ou de cuidados preventivos^{4,33} em bissexuais em relação a heteros e até mesmo gays e lésbicas.⁴

Em um estudo populacional com quase 80 mil pessoas, gays e homens bissexuais apresentaram pior saúde física e mental em relação aos heterossexuais. Homens bissexuais apresentaram maior consumo de álcool, maior frequência de tabagismo e menor prática de atividade física em relação aos heterossexuais. Homens e mulheres bissexuais apresentavam maior número de fatores de risco comparativamente a gays e lésbicas; no caso das mulheres, apenas as bissexuais tinham risco aumentado de hipertensão e diabetes em relação às heterossexuais.²⁹

Outro grande estudo populacional com mais de 34.000 pessoas também evidenciou que homens e mulheres bissexuais que referiam uso de drogas apresentavam um risco duas vezes maior de terem sido submetidos a tratamento para dependência química em relação aos heterossexuais (22,5% vs 10,9%). Nesse estudo, apesar das lésbicas apresentarem maior uso de drogas em relação às heteros, elas não diferiram na realização de tratamento para dependência, sugerindo que esse grupo deve ser alvo de esforços em saúde pública visando aumentar as taxas de tratamentos.⁵ Nesse mesmo estudo, lésbicas e bissexuais tiveram a idade de início de uso de álcool menor que das heterossexuais, essa diferença não foi observada no caso dos homens.⁵

No Brasil, o conhecimento sobre o acesso de mulheres lésbicas aos serviços de saúde sexual e reprodutiva é bastante escasso.⁴⁰

Um estudo brasileiro qualitativo que avaliou mulheres que fazem sexo com mulheres, sem a caracterização da identidade sexual, evidenciou que: mulheres que se auto-definiam como “mais masculinizadas” tendiam a buscar menos serviços de atendimento ginecológico independente da inserção sócio-econômica; e a justificativa mais frequentemente atribuída a não realização de exames preventivos foi a ausência de necessidade ou ausência de risco de contrair uma DST. Diferentemente de estudos internacionais onde mulheres homossexuais realizam mais sorologia para HIV (*Human immunodeficiency virus*)³³, nesse estudo, a maior parte das entrevistadas nunca havia feito. Outro fato interessante é que o receio de tratamento inadequado pelo médico não foi apontado como justificativa para a evitação na busca de atendimento, porém, a decisão de revelar ou não a orientação sexual foi problematizada como uma difícil resolução.⁴⁰

O aumento do risco de doenças cardiovasculares foi evidenciado em um estudo com mulheres de 20 a 59 anos que avaliou o Escore de risco de Framingham, algoritmo que estima o risco de doenças cardiovasculares nos dez anos subsequentes, além de estimar a idade vascular. Minorias sexuais femininas apresentaram mais tabagismo, uso de drogas e consumo abusivo de álcool e tinham em média uma “idade vascular” 13,9% maior que o esperado para a idade e 5,7% maior que as heteros, traduzindo um maior risco de doenças cardiovasculares.⁴¹ Mesmo corrigindo os fatores que aumentam o risco, como tabagismo e consumo de álcool, ele ainda persistia maior, sugerindo que o status de minoria sexual leva a um risco adicional que vai além desses fatores de risco citados.

Esse fato corrobora a teoria do “*minority stress model*” que afirma que minorias sexuais vivenciam o stress crônico resultante da estigmatização social, que teria importantes

impactos na saúde. Segundo essa teoria, as piores condições de saúde evidenciadas nas minorias sexuais em relação aos heterossexuais seriam em grande parte causadas pela homofobia internalizada (auto-aversão) e estigma, ou seja, a constante expectativa de sofrer rejeição em diferentes áreas.⁴²

Conclusões parecidas foram encontradas em um estudo que avaliou a correlação da ideação e tentativas de suicídios com diversos indicadores de marginalização, como: violência verbal, violência física, *bullying*, violência sexual e discriminação no trabalho; além de problemas de saúde, como: tabagismo, uso de drogas, depressão, ansiedade, DST, HIV e comportamento de risco para HIV. Apesar do maior risco de tentativas de suicídios entre gays e bissexuais em relação a heterossexuais ser bem estabelecido na literatura, esse estudo canadense mostrou que dos mais de 8.000 gays e bissexuais avaliados, metade deles já havia apresentado ideação suicida, havendo correlação direta entre o número de indicadores de marginalização e o maior risco de ideação e tentativas, corroborando a teoria do “*minority stress model*”. Pessoas que reportavam três ou mais indicadores de marginalização apresentavam duas vezes mais ideação suicida comparativamente a quem não tinha nenhum critério (27,3% vs 12,6%) e quatro vezes mais tentativas de suicídios (3,9% vs 0,9%). Dos problemas de saúde avaliados, apenas o tabagismo e DST não se correlacionaram positivamente com a ideação suicida; e quanto às tentativas de suicídio, apenas depressão (OR 4,73; IC = 2,84 - 7,88) e ansiedade (OR 2,79; IC = 1,67 - 4,65) apresentaram significância. Segundo a análise sugerida pelo artigo, alguns problemas de saúde isoladamente não se associaram a maiores tentativas de suicídio, porém, assim como nos indicadores de marginalização, quanto maior o número de problemas de saúde associados, maior o risco: gays e bissexuais com três ou mais dos fatores de saúde avaliados apresentavam sete vezes mais ideação e dezesseis vezes mais tentativas.⁴³

Um estudo brasileiro que avaliou 3.745 homens que fazem sexo com homens (HSH) evidenciou que 15,9% (IC = 14,7 - 17,1) já haviam sofrido violência sexual; desses, a quase totalidade (95,7%), não comunicou a agressão aos profissionais de saúde e tampouco à polícia (93,7%). Os autores sugerem a dupla condição de estigmatização para a esquiva na busca de assistência: a condição de ser HSH e vítima de violência sexual. O mesmo estudo observou ainda a associação entre violência sexual e ideação suicida (OR 2,08; IC = 1,30 - 3,35).⁴⁴

Quanto ao relato de uso de drogas nos últimos 30 dias, um estudo californiano mostrou que lésbicas tinham um risco dobrado de usar drogas ilícitas quando comparados às heteros (OR 2,04; IC = 1,14 - 3,70).³³

Um estudo longitudinal realizado nos EUA que correlacionou a revelação da orientação sexual com o uso de drogas entre adolescentes e jovens de 14 a 21 anos constatou que o uso de drogas não esteve associado à revelação da orientação sexual, mas sim às reações à revelação. Os impactos psicológicos da assunção da orientação sexual diferem muito se a reação é de aceitação ou rejeição. Reações de rejeição podem resultar em *stress* adicional, perda de apoio, isolamento e auto-imagem negativa. Já é bem estabelecido na literatura o uso mais frequente de drogas por LGB, mas esse estudo evidenciou que outros aspectos estão implicados, além da simples condição de minoria sexual. Ao final de um ano de avaliação, 58% dos sujeitos relataram ter consumido cigarros, 86% álcool e 51% maconha nos últimos seis meses. O estudo evidenciou uma correlação positiva entre a percepção de reações de rejeição e o uso de cigarros, álcool e drogas. Em relação às reações positivas, de apoio, houve uma atenuação apenas no consumo de álcool, mostrando que reações positivas não conseguiram mitigar completamente os efeitos de reações de rejeição nos jovens avaliados.³⁴

Uma meta-análise que avaliou a associação da orientação sexual com o uso de drogas ilícitas em adolescentes, afirmou que o “*minority stress model*” explicaria como o status de minoria serve como estressor crônico que pode impactar o funcionamento físico e psicológico, aumentando a susceptibilidade a doenças e provavelmente ao uso de drogas em um período da vida em que a pessoa não tem capacidade ou habilidade para lidar com essas adversidades, como na adolescência. A associação entre condição de minoria sexual e uso de drogas na adolescência foi bem estabelecida nessa meta-análise e a consistência dos dados é maior para drogas mais perigosas como cocaína e drogas injetáveis.⁴⁵ Essa mesma meta-análise evidenciou um aumento de quase duas vezes no uso de drogas por adolescentes LGB em relação a adolescentes heteros e o aumento foi particularmente maior em dois subgrupos: bissexuais (aumento de 3,4 vezes) e mulheres (aumento de 4,0 vezes). Uma hipótese levantada pelos autores é que a bissexualidade seria um indicador de transição na identidade sexual e que, apesar de ser considerada normal, pode ser percebida como fator estressor.⁴⁵

Um aspecto de grande importância em relação à saúde de lésbicas é a obesidade. Em um estudo de base populacional com mais de 5.000 mulheres realizado nos EUA, lésbicas apresentavam um risco acima de dois para sobrepeso (OR 2,69; IC = 1,40 - 5,18) e obesidade (OR 2,47; IC = 1,19 - 5,09) em relação às heteros. Não houve diferenças entre as bissexuais e as heteros.³²

Em outro estudo que avaliou dados de sete inquéritos populacionais em relação a diferenças nos fatores de risco para câncer de acordo com a orientação sexual, um dado avaliado foi a percepção de estar acima do peso. Nesse estudo, lésbicas menos frequentemente consideravam-se acima do peso em relação às heterossexuais, nas mesmas condições de sobrepeso ($p < 0,05$), deixando-as ainda mais em condição de vulnerabilidade.³¹

1.3 RELAÇÃO DE MÉDICOS E DEMAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM A POPULAÇÃO LGB: INFLUÊNCIA DAS ATITUDES

Uma dificuldade no atendimento a pessoas LGB identificada em um comitê da Sociedade Americana de Geriatria de 2015 é a discriminação sofrida pelas minorias sexuais ao buscarem atendimento médico, evidenciada nas seguintes atitudes: recusa de determinados cuidados médicos, pressupostos errôneos de heterossexualidade, recusa em aceitar determinados acompanhantes escolhidos pelo paciente durante internações, declarações ofensivas e depreciativas que podem levar a um atraso ou evitação na busca de atendimento médico por esses grupos devido ao receio de sofrerem preconceitos.⁴⁶

Em uma meta-análise que avaliou a relação de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros com o sistema de saúde, diversas particularidades foram apontadas, como: falta de treinamento de profissionais de saúde, que têm dificuldade de abordar questões relacionadas à sexualidade e têm a premissa da heteronormatividade; presença de barreiras e práticas preconceituosas institucionalizadas, demandas dessas minorias não atendidas, aumentando o risco de adoecimento mental, suicídio, câncer e maior susceptibilidade a DST; aumento da homofobia internalizada pela percepção da rejeição por profissionais que deveriam tratar e acolher, medo de acessar os serviços levando a evitação ou atraso no atendimento, ocultamento da orientação sexual, aumento da automedicação ou busca de informações sobre tratamentos em farmácias, revistas, amigos e internet; procura de serviços médicos apenas tardiamente, em casos extremos, ou situações de emergência; vivência de discursos homofóbicos, humilhações, ridicularizações e quebra de confidencialidade.⁴²

Ao se abordar os homossexuais masculinos, muitas vezes, a única preocupação do profissional de saúde é com doenças como a AIDS (*Acquired immunodeficiency syndrome*) e suas comorbidades, como se esse fosse o único problema de saúde possível nessa população. Essa falsa premissa demonstra a dimensão do impacto que essa doença teve e ainda tem como silogismo AIDS-homossexualidade impondo barreiras na implantação de medidas de

prevenção e práticas em saúde.⁴⁷ Essa tendência também é seguida no meio acadêmico onde, diferente dos estudos nas ciências sociais, majoritariamente os estudos com homossexuais abordam aspectos relacionados à AIDS ou DST.

Enquanto a prevenção de DST e AIDS recebe maior atenção em práticas de saúde pública, outras questões como aspectos relacionados à saúde mental e prevenção de suicídios são negligenciados na população LGB.⁴³

Um estudo que comparou a atitude de médicos em relação a homossexuais em 1982 (PATHH- I) e em 2007 (PATHH-II) na mesma instituição, *San Diego County Medical Society's*, sugeriu uma redução substancial de homofobia após duas décadas e meia. No primeiro estudo apenas 9% dos entrevistados recomendariam um pediatra homossexual em oposição a 46% na segunda avaliação. O autor atribui essa diferença a campanhas realizadas em 1992 pela Sociedade Psiquiátrica Americana, que convocou médicos a “fazer o que fosse possível para reduzir o estigma relacionado à homossexualidade quando e onde ele ocorresse”. Um possível viés desse estudo, também presente em vários outros relacionados ao tema, é o baixo índice de resposta aos questionários. Apenas 13% dos médicos que receberam o questionário no estudo de 2007 responderam o mesmo, contra 43% no primeiro estudo. Uma possível explicação para essa divergência é que no primeiro estudo não foi questionada a orientação sexual do pesquisado e no segundo essa informação foi solicitada. Sete por cento dos médicos participantes se definiram homossexuais ou bissexuais.⁴⁸

O estudo de Sabin, Riskind e Nosek (2015) que avaliou diversos profissionais de saúde em relação às atitudes implícitas, ou seja, não conscientes e controladas, em relação a lésbicas e gays, o grupo que apresentou as piores atitudes foram enfermeiros (as), que apresentaram atitudes implícitas mais fortemente favoráveis aos heterossexuais. A atitude implícita desfavorável pode ser evidenciada no favoritismo ao outro grupo e atitudes como: menos visitas clínicas, menos tempo despendido no atendimento, pior orientação de cuidados de saúde e menor probabilidade de prescrever o tratamento apropriado.⁴⁹

Outro estudo que também avaliou atitudes implícitas e explícitas em estudantes de medicina de primeiro ano, nos Estados Unidos, evidenciou que, mesmo quando atitudes explícitas se tornam socialmente inaceitáveis, atitudes implícitas continuam prevalecendo. Quase metade dos estudantes apresentou atitudes explícitas contra gays e lésbicas (45,79%), enquanto 81,51% apresentavam alguma atitude implícita negativa, ou seja, entre os estudantes que não apresentavam atitudes explícitas, aproximadamente $\frac{3}{4}$ apresentavam atitudes implícitas.²³ Como nesse estudo, o grau de contato com gays e lésbicas foi um importante

preditor de atitudes implícitas mais positivas em relação a essas minorias, foi sugerida a inclusão de membros dessa população em palestras para os estudantes, possibilitando experiências de contato positivas e mudanças de atitude.

Ao contrário das Sociedades médicas estado-unidenses que têm realizado um movimento de inclusão de mulheres homossexuais no acesso a um atendimento de saúde de qualidade e busca de um maior entendimento de suas especificidades e condições de vulnerabilidade,^{2,8,35,36} evidenciado inclusive pelo número de artigos científicos relacionados ao tema, no Brasil, esse público sofre uma total invisibilidade pela classe médica.^{9,50}

Em bases de dados como Scielo, a partir de termos como “homossexualidade” e “saúde” nos últimos 15 anos, quase não aparecem estudos brasileiros realizados por médicos que avaliem especificidades da saúde das lésbicas, mas predominantemente estudos realizados por profissionais das ciências sociais, como: sociólogos, antropólogos e principalmente psicólogos; sendo que alguns desses estudos abordam justamente a invisibilidade das lésbicas no modelo biomédico e sua condição de vulnerabilidade no campo da saúde.^{7,9,50-52}

Os poucos estudos empíricos realizados no Brasil que avaliam a relação de mulheres homossexuais e médicos ginecologistas, e a qualidade do atendimento prestado são estudos qualitativos que têm sempre como objeto de estudo as pacientes e não os médicos.^{9,40}

Segundo Almeida (2009), alguns problemas enfrentados por lésbicas usuárias do serviço de saúde público no Brasil são: lésbicas não seriam contempladas em programas de AIDS, predomínio de programas focados na saúde reprodutiva, em detrimento da saúde sexual; receio das pacientes de revelarem a orientação sexual, o mau relacionamento com profissionais de saúde foi um dos pontos mais destacados, seja por despreparo em discutir aspectos da homossexualidade ou por desrespeito, ambiente desfavorável à revelação de comportamentos sexuais e a desconsideração da homossexualidade como relevante à consulta ginecológica.⁹

Algumas medidas sugeridas pela Sociedade Americana de Geriatria, em seu comitê de 2015, são: tratamento igualitário para membros de minorias sexuais que busquem atendimento médico, equidade de acesso a acompanhantes do mesmo sexo no acompanhamento de doentes, políticas educativas para profissionais de saúde que lidam com minorias sexuais no reconhecimento de suas especificidades, não presumir heterossexualidade na história clínica e discutir sexualidade de forma natural e não discriminativa.⁴⁶

1.4 RELAÇÃO DE MÉDICOS E DEMAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM A POPULAÇÃO LGB: INFLUÊNCIA DO CONHECIMENTO

As pesquisas realizadas com profissionais de saúde em relação aos homossexuais geralmente se concentram em aspectos relacionados a atitudes, poucas exploram o conhecimento sobre a homossexualidade.⁵³

Um estudo australiano avaliou conhecimentos e atitudes de profissionais de saúde de diversas áreas, que atuavam em um hospital pediátrico terciário, em relação aos parentes pertencentes a minorias sexuais e de gênero (lésbicas, gays, bissexuais ou transgêneros) de crianças atendidas nesse hospital. Foi realizado um teste de conhecimento cujos piores escores estavam entre os profissionais de raça não caucasiana e religiosos, cuja prática religiosa era igual ou maior que uma vez por semana. Os melhores escores estavam entre os médicos e os piores entre os profissionais de enfermagem. O maior conhecimento se relacionou a atitude mais positivas em relação a minorias avaliada pelo escore do *Attitudes Toward Lesbian and Gay Men Scale* (ATLG). Além do ATLG, validado na presente pesquisa, esse estudo também utilizou o mesmo inventário de conhecimentos: o *Knowledge about Homosexuality Questionnaire* (KHQ).⁵⁴

O estudo ressaltou que atitudes negativas de profissionais de saúde em relação aos pais podem ter importantes consequências para os pacientes pediátricos, deixando-os em condição de vulnerabilidade, como em situações de adiamento ou evitação de busca de atendimento pelo medo dos pais de sofrerem discriminação; ou quando é exigido da criança que esconda ou minta a respeito da sua composição familiar.⁵⁴

O estudo de Grabovac et al. (2014), que apresentou um índice de resposta de 84%, observou que a falta de conhecimentos sobre a homossexualidade entre estudantes de medicina de uma universidade da Croácia contribuiu para uma atitude mais negativa em relação aos homossexuais, sugerindo uma correlação entre os dois construtos: atitudes e conhecimento. Para avaliar o conhecimento, foi utilizado o KHQ. Estudantes do sexo feminino apresentaram uma atitude mais positiva em relação aos homossexuais que estudantes do sexo masculino. Nesse estudo 2,3% dos participantes não eram heterossexuais.⁸

Conclusões semelhantes estão em uma pesquisa com médicos e estudantes realizada na Sérvia, que avaliou o conhecimento sobre homossexualidade e a atitude dos avaliados. Os indivíduos que apresentavam maior conhecimento foram os que mostraram menos atitudes

negativas em relação aos homossexuais. Os dois grupos que apresentaram os piores escores em conhecimento foram os homens e os que se declararam religiosos.⁵³

Apesar desses resultados, os autores não concluíram que aumentar o nível de conhecimento sobre a homossexualidade automaticamente resultaria em uma imediata mudança de atitudes e aceitação dos homossexuais; contudo, mais conhecimento pode ser benéfico para que médicos não baseiem sua atuação profissional em aspectos relacionados a gênero ou religião.⁵³

Um programa de intervenção que visou mudar a atitude de profissionais de saúde em relação à população de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT), realizado no Rio Grande do Sul, evidenciou que alguns grupos mostraram melhor atitude em relação a LGBT pós intervenção que outros, mostrando que o conhecimento não influencia a atitude de forma homogênea. Houve uma melhora global nas atitudes pós intervenção no grupo avaliado, porém a melhora foi menos evidente entre os homens, pessoas com nível educacional mais baixo, religiosas e moradores de cidades menos populosas (com menos de 500.000 habitantes).²⁷

Os autores sugerem que as intervenções anti-preconceito para serem mais efetivas, devem ser diferenciadas, buscando as especificidades de cada grupo; variando de intervenções que abordem tópicos de masculinidades e sua relação com o preconceito, ou temas relacionados à separação das crenças religiosas e práticas de intervenção em saúde ou, simplesmente, um caráter mais didático para grupos cujo preconceito se deve a falta de informação.²⁷

Se a informação sobre aspectos elementares da homossexualidade e condições de vulnerabilidade para enfermidades físicas e mentais poderia contribuir para que estudantes demonstrassem atitudes mais favoráveis em relação a homossexuais, a realidade nas universidades brasileiras parece estar bem distante disso.

Um estudo que avaliou estudantes de medicina de universidades públicas e faculdades privadas de Teresina mostrou que a ênfase nas aulas de sexualidade é essencialmente para aspectos orgânicos e patológicos; com pouca ênfase nos temas da orientação sexual, homofobia e papéis de gênero.⁵⁵

Outro estudo que avaliou 455 estudantes da Faculdade de Medicina de Botucatu evidenciou que apenas 59% dos homens sabiam que a homossexualidade não é uma doença (29% afirmaram que era doença e 11% não sabiam responder ou deixaram em branco). Entre as mulheres, esse percentual foi de 80%. Em relação ao item “uma lésbica preferiria um

homem, se fosse um homem de verdade e usasse a técnica correta”, em torno de 38% de homens e mulheres acreditavam que sim, não souberam responder ou deixaram em branco. Na avaliação por período de curso (1º-2º ano, 3º-4º ano e 5º-6º anos) não houve diferenças, tanto entre os homens como entre as mulheres, em relação ao conhecimento de que a homossexualidade não é uma doença, podendo sugerir, apesar das limitações ressaltadas pelos autores por ser um estudo transversal (e não longitudinal), que um estudante possa concluir o curso sem esse conhecimento.⁵⁶

1.5 ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS ENTRE CULTURAS

Com o crescimento de projetos de pesquisa multinacionais ou multiculturais, a necessidade de adaptação de instrumentos que meçam parâmetros de saúde em diferentes línguas também vem crescendo rapidamente.⁵⁷

O processo de adaptação cultural e validação de instrumentos pode ser necessário mesmo quando se considera a mesma língua, mas diferentes culturas, como, por exemplo, os EUA e a Inglaterra⁵⁸ ou Portugal e Brasil.⁵⁹

A adaptação de instrumentos psicológicos entre culturas é um processo complexo que exige alto rigor metodológico para que as propriedades do instrumento original não sejam perdidas.^{60,61}

O processo de adaptação exige que alguns aspectos sejam cuidadosamente observados, como a manutenção do conteúdo do inventário original, que as propriedades psicométricas sejam preservadas e que a validade seja mantida na amostra que se destina.^{57,60}

A adaptação de um instrumento para outra cultura não engloba a simples tradução do mesmo; o termo adaptação engloba todo um processo que visa adequar o instrumento para outra cultura, cuja tradução é apenas uma das etapas necessárias.^{57,60}

O conceito de equivalência refere-se não apenas a manutenção de aspectos qualitativos do instrumento adaptado, mas também a garantia que o novo instrumento permitirá a mensuração não enviesada em relação à fonte original. Desta forma, os resultados obtidos em estudos transculturais refletirão semelhanças ou diferenças entre as pessoas e não o produto das falhas de adaptação.⁶⁰

Uma vez adaptado um instrumento, é possível realizar a comparação de dados de diferentes populações e contextos culturais, uma vez que o mesmo construto é avaliado pela

mesma perspectiva teórica e metodológica, permitindo uma maior capacidade de generalização.^{57,60}

Entre as várias sugestões de etapas de adaptação entre culturas presentes na literatura, a de Borsa, Damásio e Bandeira (2012) afirma que o instrumento deve passar por seis etapas: (a) tradução do idioma de origem para o idioma alvo, (b) síntese das versões traduzidas, (c) avaliação da versão sintetizada por juízes *experts*, (d) avaliação do instrumento pelo público-alvo, (e) tradução reversa, e (f) estudo piloto.⁶⁰

A conseqüência do uso de um instrumento não adaptado adequadamente é que ele não apresentará equivalência ao original e limitará a comparatividade de respostas entre populações de diferentes línguas ou culturas.⁵⁷

Se a invariância do instrumento não for garantida, as conclusões baseadas nesse instrumento serão ambíguas ou mesmo errôneas. Não será possível inferir se diferenças entre culturas se devem a: verdadeiras diferenças em relação ao construto, enviesamentos sistemáticos relacionados à resposta aos itens, diferenças nos índices de confiabilidade da escala e não equivalência dos construtos.⁵⁹

Em relação ao processo de tradução, não se deve traduzir literalmente os itens, pois muitas vezes o resultado é uma versão ininteligível ou sem coerência no idioma-alvo, por esse motivo, sugerem-se dois tradutores bilíngues independentes nesse processo, minimizando riscos de vieses. Por fim, a versão final deve ser obtida por consenso entre os dois e posteriormente será analisada por *experts* na área de avaliação psicológica.⁶⁰

Em relação à versão traduzida, a manutenção da equivalência semântica (preservação do mesmo significado, ausência de erros gramaticais ou palavras com múltiplos significados) deve ser avaliada, equivalência idiomática (expressões de difícil tradução devem manter sua equivalência sem perda de significado na nova cultura), equivalência experiencial (se o item é aplicável na outra cultura, caso não seja, deve ser substituído) e por fim a equivalência conceitual (se um termo ou expressão, mesmo que traduzido adequadamente avalia o mesmo aspecto na cultura diferente).⁵⁷

Em um país de dimensões continentais como o Brasil, pode ocorrer de determinados termos ou expressões não serem entendidas da mesma forma em diferentes regiões do país; ou determinadas expressões serem entendidas por médicos, mas não por estudantes de ensino médio ou profissionais da área da educação, por exemplo.

A finalidade da avaliação por *experts* é considerar a possibilidade de generalização para diferentes contextos e populações, averiguar se a aplicação do instrumento na população

alvo é adequada e, só após esse processo, submeter o instrumento à avaliação pelo público-alvo (quarta etapa do processo de adaptação).⁶⁰

Na avaliação pelo público-alvo, verifica-se se os itens e estrutura do instrumento (instruções, escalas de resposta) estão adequados, se os itens estão claros ou não e, caso não estejam, modificações são sugeridas para uma melhor compreensão.⁶⁰

A tradução reversa é vista como um controle de qualidade adicional, mas deve-se evitar a ênfase nos processos gramaticais em detrimento dos aspectos contextuais.⁵⁷ Seu objetivo não deve ser a obtenção de uma equivalência literal entre as versões, mas sim identificar palavras que não ficaram claras no idioma-alvo e permitir que o autor do instrumento original avalie se os novos itens têm a mesma ideia conceitual da versão original.⁶⁰

Por fim, deve-se realizar o estudo piloto onde o instrumento é aplicado em um pequeno grupo de pessoas com as mesmas características da amostra/população alvo.⁶⁰

Apesar das etapas da adaptação serem imprescindíveis na produção de um instrumento equivalente ao original, elas não asseguram as propriedades psicométricas do instrumento. Para que um instrumento seja considerado válido para o contexto que foi adaptado, ele deve passar pelo processo de validação que envolve análises estatísticas, como a avaliação da estrutura fatorial. Técnicas de análises fatoriais exploratórias (AFE) e análises fatoriais confirmatórias (AFC) devem ser utilizadas na busca da melhor estrutura fatorial para a amostra avaliada.⁶⁰

1.6 ANÁLISE FATORIAL

A análise fatorial (AF) é uma técnica estatística multivariada que permite lidar com um grande número de correlações que podem surgir a partir dos escores globais e dos itens de testes. Seu objetivo principal é reduzir o número de dimensões necessárias para descrever um grande número de medidas. Pode ser de dois tipos: exploratória ou confirmatória.

A análise fatorial exploratória (AFE) tem como objetivo agrupar uma grande quantidade de variáveis observadas em um menor número de fatores (dimensões latentes) que explicam o conjunto de variáveis observadas. Ou seja, determinar o número e a natureza das variáveis latentes (fatores) que melhor representam um conjunto de variáveis observadas (itens).⁶⁰

A AFE é um dos procedimentos estatísticos mais utilizados em pesquisas que envolvem o desenvolvimento ou avaliação de instrumentos psicológicos.⁶²

O fator é uma variável latente que influencia mais de uma variável observada (representada pelos itens), evidenciando assim a covariância entre elas. Na AFE apenas a variância comum, a parcela de variância compartilhada entre os itens, é considerada e seu objetivo é revelar construtos latentes que explicam a covariância entre os itens. A parcela do item que não é compartilhada, ou seja, a variância específica ou variância de erro não são considerados na AFE.^{62,63}

A primeira etapa na implantação da AFE é descobrir se os dados são fatoráveis, ou seja, se podem ser submetidos à análise fatorial e isso pode ser realizado por dois processos: o critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ou por meio do Teste de Esfericidade de Bartlett. O KMO determina para cada variável latente, o quanto da variância dos itens é explicado por essa variável. Quanto mais próximo de 1,0 melhor o valor do KMO, sendo visto como adequado quando se encontra acima de 0,8 e 0,9; quando é considerado ótimo e excelente respectivamente. Em relação ao Teste de Esfericidade de Bartlett, níveis de significância $p < 0,05$ indicam que a matriz é fatorável.⁶²

Uma vez que a matriz é fatorável, uma das decisões mais importantes é saber quantos fatores podem ser retidos. Um dos critérios mais utilizados de retenção fatorial é o critério de Kaiser-Guttman ou *eigenvalue* > 1 . Apenas fatores com *eigenvalue* > 1 são retidos. A tendência desse método é superestimar o número de fatores retidos especialmente em pequenas amostras, sendo, portanto, bastante impreciso.⁶²

Outro método amplamente relatado é o teste de *screeplot* ou teste de Cattell. Esse método permite a avaliação de um gráfico dos *eigenvalues*, onde podem ser identificados os de maior pontuação e a tendência descendente linear; porém essa avaliação é subjetiva e algumas vezes ambígua quando os fatores não são bem definidos, tornando-se, portanto, método igualmente impreciso.⁶²

Dois métodos mais precisos na retenção fatorial são: o método das análises paralelas (APs) e o método de Hull, ambos podem ser calculados no programa computacional FACTOR.⁶²

O produto final da análise fatorial é uma matriz fatorial, uma tabela que lista a carga de cada uma das variáveis originais (itens) nos fatores extraídos, desta forma, as cargas fatoriais são a correlação entre as medidas originais e esses fatores. Fatores são construtos ou variáveis latentes.⁶⁴

A análise fatorial confirmatória (AFC) procura identificar nos dados empíricos, os construtos previamente operacionalizados no teste; busca testar hipóteses e confirmar teorias a respeito dos fatores provavelmente existentes.⁶⁵

1.7 VALIDADE E CONFIABILIDADE

Existe uma série de técnicas que demonstram a validade de instrumentos, mas entre as principais, estão as técnicas que buscam a validade de construto e a validade de conteúdo.⁶⁵

A característica mais fundamental da validade é a validade de construto que visa comprovar a hipótese de legitimidade das representações comportamentais dos traços latentes, ou seja, a capacidade do instrumento medir o que ele se propõe a medir, descobrir se o teste é legítimo na representação do construto.⁶⁵

A validade de conteúdo avalia a correspondência entre as variáveis de uma escala múltipla e sua definição conceitual, avalia subjetivamente a correspondência dos itens e conceitos seja por avaliação de especialistas, pré-testes com diferentes populações e outros modos. Tenta garantir que os itens selecionados da escala abordem não só questões empíricas, mas também teóricas.⁶⁶

A validade de critério consiste em saber o quanto um teste prediz um desempenho específico do sujeito, que deve ser avaliado por meio de alguma técnica alheia ao próprio teste que se deseja validar.⁶⁵ É quando é possível afirmar que um instrumento mede o que se propõe a medir baseado em um outro critério objetivo.⁶⁷

Outras duas formas de avaliação de validade são: a validade convergente e a validade divergente. Uma das formas de identificá-las é comparar as semelhanças entre diferentes medidas que refletem o mesmo construto, no caso da validade convergente, assim como divergências com medidas que não avaliam o mesmo construto, no caso da validade divergente.^{66,68} Quando existem testes comprovadamente validados já existentes, eles certamente constituem um critério substancial para a validação de novos testes.⁶⁵

Um importante aspecto relacionado à teoria de validação é que o que deve ser validado não é o teste em si, mas sim o uso do teste para determinado propósito. A validade não é propriedade do teste, não é um processo estático, nem tampouco concluído em apenas um evento, é um processo contínuo que não vem de uma única fonte.⁶⁹

A fidedignidade de um teste, ou precisão ou confiabilidade, é a sua capacidade de medir sem erros, ou seja, na situação em que o mesmo sujeito for submetido à mesma medida

em duas ocasiões diferentes, sem que nada relacionado ao construto haja mudado entre essas duas avaliações, que a medida seja a mesma ou que haja uma correlação entre as duas medidas que mais se aproxime de 1.^{64,65} Outra forma de avaliar a confiabilidade de um teste é submeter o sujeito a dois instrumentos que avaliem o mesmo construto (testes equivalentes) na mesma ocasião.⁶⁵

Erros de mensuração contribuem para a falta de fidedignidade ou maior inconsistência e imprecisão do teste, eles são definidos como qualquer flutuação nos escores relacionados ao processo de mensuração, porém alheios ou irrelevantes ao que está sendo medido. Podem ser decorrentes do próprio testando, como no caso de cansaço ou uso de drogas; examinador, sendo ríspido ou sem clareza; ou contexto, como ruídos excessivos.⁶⁴

Desta forma, confiabilidade pode também ser entendida como o grau que um instrumento diferencia as pessoas.⁷⁰

Deve-se ressaltar que a fidedignidade de um teste não é algo estabelecido permanentemente, ou seja, para todos os usos e usuários. Embora a fidedignidade dependa da qualidade do teste, a fidedignidade dos escores pode ser influenciada por muitas variáveis e, portanto, não há fidedignidade em sentido absoluto. A fidedignidade é influenciada pelas características da amostra e podem ou não ser generalizáveis para outros grupos.⁶⁴

Para um instrumento ser válido, ele necessita primeiramente ser fidedigno.⁶⁷

O oposto nem sempre ocorre, pois um teste pode ser fidedigno, ou seja, relativamente livre de erros de mensuração, e ainda assim não ser útil em inferir o que se propõe, não sendo, portanto, necessariamente válido.⁶⁴

Existem algumas técnicas estatísticas para medir a precisão de um teste como a análise de consistência interna, e uma das mais utilizadas é o alfa de Cronbach, que avalia a consistência dos itens que compõe um teste, ou seja, o quanto os itens se correlacionam entre si.⁶⁵

Valores de alfa entre 0,70 e 0,90 representam uma boa consistência interna, enquanto valores abaixo de 0,70 configuram uma consistência baixa.⁷⁰

Do ponto de vista estatístico, a inconsistência de um teste se expressa em correlações baixas entre os itens. Estimativas baixas de fidedignidade podem sugerir que o escore do teste não é muito confiável. Considera-se que um coeficiente acima de 0,80 é recomendável.⁶⁴

1.8 *ATTITUDES TOWARD LESBIAN AND GAY MEN SCALE (ATLG)*

O ATLG consiste em um inventário estado-unidense criado por Herek (1988) que avalia as atitudes de heterossexuais frente a gays e a lésbicas. Um dos diferenciais desse instrumento em relação a outros validados no Brasil é que ele pode ser dividido em duas escalas que permitem a avaliação separada de atitudes frente a lésbicas ou gays. Esse diferencial foi crucial na escolha desse instrumento pela existência de médicos que prestam atendimento apenas a mulheres, como é o caso dos ginecologistas.²¹

Ele é um questionário de 20 itens em que os 10 primeiros itens se referem a lésbicas e os últimos 10 a gays e que demanda em torno de cinco a dez minutos.

Os itens podem ser usados conjuntamente ou individualizados em duas subescalas *Attitudes Toward Lesbian (ATL)* e *Attitudes Toward Gay Men (ATG)*. Para responder cada item, utiliza-se uma escala de nove pontos que varia de “concordo fortemente” a “discordo fortemente”. O escore total do instrumento varia de 20 a 180, com os maiores escores refletindo atitudes mais negativas. As subescalas podem variar de 10 a 90. Uma versão mais curta foi posteriormente desenvolvida com alta correlação em relação à versão original, apresentando 5 itens para o ATL e 5 itens para o ATG.

O ATLG passou por processos de validação em vários países do mundo, como China⁷¹, Holanda⁷² e Argentina⁷³

1.9 *KNOWLEDGE ABOUT HOMOSEXUALITY QUESTIONNAIRE (KHG)*

O *Knowledge about Homosexuality Questionnaire* é um inventário criado por Harris, Nightengale e Owen em 1995 e foi desenvolvido para medir o conhecimento de enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos em relação à homossexualidade.⁷⁴ Os primeiros 14 itens se basearam no trabalho de Sears (1992) e os demais itens foram criados pelos autores.⁷⁵

Consiste em um instrumento de conhecimentos gerais a respeito da homossexualidade. Esse inventário foi escolhido entre outros por entendermos que ele aborda aspectos importantes e bastante esclarecedores da homossexualidade e a diferencia de outras condições equivocadamente associadas à mesma. É importante ressaltar que é um inventário que avalia conhecimentos e não crenças ou juízos de valores, e demanda em torno de cinco minutos.⁷⁴

Na versão original com 20 itens, a média de acertos em um grupo de 97 profissionais de saúde foi de 16,3 (82% de respostas corretas) e um alfa de Cronbach de 0,70.⁷⁴ Em 31

estudantes de nível secundário a média foi de 12,7 (63% de respostas corretas) e um alfa de Cronbach de 0,28.⁷⁶

Escores maiores foram obtidos por pessoas com maior nível educacional e com menor nível de preconceito.^{74,76}

A validade de construto que sugere que pessoas com maior nível educacional obtêm os maiores escores vem de várias fontes, além da submissão a um professor de sexualidade que acertou todos os itens do instrumento.⁷⁷

Na presente pesquisa optou-se por utilizar a versão modificada por Koch (2000) em que dois itens foram retirados (devido aos resultados do processo de validação na sua amostra) e foi introduzida a opção “não sei dizer”, permitindo uma avaliação mais fidedigna do conhecimento. Essa versão modificada consiste em 18 itens verdadeiro/falso de conhecimentos sobre a homossexualidade e geram um escore de 0 a 18, sendo 18 o escore correspondente a 100% de acerto.⁷⁸

Em um estudo de 2003 nos EUA que utilizou essa versão de Koch modificada (18 itens) em 408 professores de ensino médio, a média de acerto foi de 9,71 (DP = 3,49) e o alfa de Cronbach foi de 0,72.⁷⁹

As atitudes e conhecimentos de profissionais que prestam atendimento médico a homossexuais podem influenciar a qualidade do atendimento prestado. Como relatado acima, escassos estudos foram realizados no Brasil nessa temática, sobretudo devido à falta de instrumentos adaptados e validados que assegurem legitimidade científica.

2 OBJETIVO

Realizar a adaptação para o Brasil dos inventários estado-unidenses *Attitudes Toward Lesbian and Gay Men Scale* (ATLG) e do *Knowledge about Homosexuality Questionnaire* (KHQ) e desenvolver um processo de validação psicométrica em um grupo de médicos heterossexuais do Distrito Federal (DF).

3 MÉTODO

3.1 PROCESSO DE ADAPTAÇÃO ENTRE CULTURAS

Este estudo seguiu os procedimentos para garantir o conteúdo dos instrumentos originais, suas propriedades psicométricas e a validade na população alvo:

- a) Tradução do idioma de origem para o idioma alvo por pelo menos dois avaliadores;
- b) Síntese das versões traduzidas;
- c) Análise da versão final por juízes *experts*;
- d) Avaliação semântica pela público-alvo;
- e) Estudo piloto.

A tradução de ambos os inventários foi realizada por duas pessoas separadamente: um pesquisador experiente na área de adaptação de instrumentos e outra pessoa não vinculada à área acadêmica, ambos fluentes em inglês.

A síntese das traduções foi realizada por um grupo de juízes *experts*, professores universitários com amplo conhecimento em adaptação de instrumentos. No processo de síntese, foram utilizados itens de ambas as traduções e algumas modificações foram realizadas.

A versão final foi elaborada a partir de discussões entre a autora e o consultor estatístico da área de psicometria que realizou as análises psicométricas. As versões finais resultantes das sínteses das traduções do ATLG e KHQ encontram-se no Anexo C e D.

E por fim, foi realizada a etapa de avaliação pelo público-alvo onde o instrumento final foi submetido a 35 médicos que o responderam e avaliaram a clareza dos itens: sendo que 13 médicos responderam e avaliaram o ATLG e 22 responderam e avaliaram o KHQ. Esses médicos não participaram das etapas posteriores da pesquisa.

Em relação ao ATLG, a versão final do questionário foi submetida à avaliação por 13 médicos que responderam ao instrumento e foram solicitados a examinar a clareza dos itens (Anexo E). Dos 20 itens, 12 foram identificados como claros por todos os 13 médicos avaliados, e 6 itens estavam claros para todos os médicos exceto um (12 médicos). Após esse procedimento, as modificações sugeridas pela população-alvo foram reavaliadas, o que resultou em alterações dos itens 4, 8 e 17 do inventário. Entre esses itens, o que apresentou menor clareza (para 6 dos 13 médicos) foi originalmente traduzido como: “Leis estaduais que regulam o comportamento lésbico consensual e privado deveriam ser flexibilizadas” (item 4).

Apesar de a tradução manter as propriedades semânticas da versão original, no Brasil, ao contrário dos Estados Unidos, não existem (ou são infrequentes) leis estaduais regulamentadoras do comportamento de homossexuais, por isso, o item foi modificado para “Leis que regulam o comportamento lésbico consensual e privado deveriam ser flexibilizadas”, porém, ainda permaneceram ressalvas em relação à completa adequação desse item ao contexto brasileiro. Em relação ao item 8 foi sugerida a retirada do termo “básicas” resultando no item: “A homossexualidade feminina é uma ameaça para muitas de nossas instituições sociais” e, por fim, foi sugerida a retirada do termo “tão” do item 17, resultando no item: “Eu não ficaria chateado se soubesse que meu filho é homossexual”. Segundo dois médicos, dizer “eu não ficaria tão chateado” já pressuporia que a pessoa ficaria chateada, e por isso foi sugerida a retirada do advérbio “tão”, a sugestão foi prontamente aceita e o item foi modificado.

Em relação ao KHQ o processo de avaliação do público-alvo foi mais complexo, por ser um inventário de conhecimentos, e não crenças e atitudes; desta forma, o público-alvo mais frequentemente apontou falta de clareza nos itens que, em realidade, representava falta de conhecimento do assunto, e não falhas no processo de adaptação.

Foram avaliados 22 médicos que responderam o instrumento e foram orientados a responder sobre a clareza dos itens (Anexo F).

O item 1 afirma que “uma criança que se envolve em comportamentos homossexuais se tornará um adulto homossexual”. O item não estava claro para 3 entre os 22 avaliados. O item se refere a jogos sexuais na infância entre crianças do mesmo sexo, mas o item gerou estranheza por alguns membros do público-alvo ignorarem a existência desse tipo de prática na infância e, por essa razão, houve sugestões para que o item fosse modificado para “demonstra comportamentos homossexuais”; o que desconfiguraria o sentido do item e poderia gerar dúvidas sobre aspectos relacionados a manifestação de gênero (meninos com comportamentos femininos, por exemplo). Por esse motivo, a sugestão de mudança não foi acolhida. Mesmo com a manutenção das características semânticas do item, ainda é questionável o uso do termo “homossexual” nessa fase da vida, onde as práticas são mais motivadas pela curiosidade e vontade de pertencimento ao grupo do que pelo desejo afetivo/sexual. Mesmo acreditando que o termo “jogos sexuais entre crianças do mesmo sexo” tornaria o item mais claro, a mudança resultaria em uma grande modificação da versão original e optou-se por não fazê-la, considerando-se que o termo “comportamento” pertence à

dimensão das práticas e atitudes, e não necessariamente do desejo, como foi discutido na introdução, tornando o item adequado.

O item 5 na versão anterior à avaliação pelo público-alvo, afirmava que “a orientação sexual é estabelecida desde muito cedo”. Cinco médicos ressaltaram que “muito cedo” é impreciso e a sugestão de mudança foi aceita, sendo o item refeito como: “a orientação sexual é estabelecida desde muito cedo (na adolescência ou até antes)” estando em concordância com o que afirma a Academia Americana de Pediatria.²

O item 12 resultou em significativas mudanças da versão original que era: “*Kinsey and many other researches consider sexual behavior as a continuum from exclusively homosexual to exclusively heterosexual*”. Optou-se por adaptá-lo da seguinte forma: “Muitos pesquisadores consideram o comportamento sexual como um continuum que vai desde exclusivamente homossexual até exclusivamente heterossexual”. A modificação do item foi realizada devido ao pesquisador Alfred Kinsey, apesar de sua grande importância no estudo da sexualidade humana nas décadas de 40 e 50, não ser amplamente conhecido no Brasil, exceto por profissionais que estudam a sexualidade humana. Dessa forma, optou-se por essa mudança, que ainda gerou dúvidas em metade da população-alvo (onze médicos) em relação ao termo “continuum”. Optou-se por tentar dar uma maior ideia de gradação, como foi sugerido pela população-alvo, sem desconfigurar o item original, que exigiria um certo conhecimento de sexualidade e pode, por isso, ter gerado dúvida entre os profissionais. A versão final foi: “Muitos pesquisadores consideram o comportamento sexual um continuum que pode variar desde exclusivamente homossexual até exclusivamente heterossexual”. Dessa forma, acredita-se que, acrescentando o termo “que pode variar desde”, a palavra “continuum” ficou sub-entendida como uma ideia de gradação entre dois opostos.

O item 13 “a identidade de gênero de uma pessoa homossexual não coincide com seu sexo biológico” não foi entendido por sete dos médicos avaliados. Eles sugeriam que fosse explicado o que é “identidade de gênero”, configurando um exemplo claro que a falta de clareza do item pode ser devida ao desconhecimento do assunto por parte do público-alvo e não por falhas no processo de adaptação.

O item 18 que originalmente era “Recent research has shown that homosexuality may be linked to chromosomal differences” foi adaptado como: “Pesquisas recentes tem mostrado que a homossexualidade pode estar relacionada a diferenças genéticas” por sugestão da pesquisadora, a luz dos conhecimentos atuais que sugerem a relação da homossexualidade

com alterações genéticas ligadas ao cromossomo X.¹ Na avaliação pelo público-alvo, não foram sugeridas alterações nesse item.

Ao final da etapa de aplicação dos instrumentos a esse grupo de médicos que constituíram o público-alvo, as sugestões foram avaliadas pela pesquisadora e pelo psicometrista para a decisão final de quais mudanças seriam acatadas ou não, conforme descrito acima, originando a versão final de ambos os instrumentos (Anexos G e H)

Por fim, o instrumento foi inserido na plataforma digital para ser aplicado no grupo piloto.

3.2 PARTICIPANTES

O método de recrutamento, tanto do estudo piloto, como da amostra de pesquisa, seguiu a técnica de “bola de neve”, baseando-se na divulgação do convite para a pesquisa a médicos do DF por e-mails, redes sociais e sociedades de classe. Nesse convite era solicitado não apenas que o médico respondesse a pesquisa, como também encaminhasse a pesquisa para outros médicos do DF. Nesse convite era disponibilizado um link para a pesquisa (Anexo J). A pesquisa foi feita com controle de IP, de modo que cada computador poderia acessar a pesquisa apenas uma vez, evitando duplicação de respostas.

Alguns critérios de inclusão na análise final foram considerados: a) ser médico atuante; b) exercer a atividade no Distrito Federal; e, c) ser heterossexual. O cálculo amostral seguiu a recomendação de dez participantes para cada variável observável.⁸⁰ Assim, como um inventário apresenta 20 itens e o outro 18, buscou-se uma amostra de no mínimo 200 casos válidos. Posteriormente à realização do estudo, observou-se ainda que outro critério que determina que para cada fator encontrado sejam avaliados cem participantes também foi atendido.⁶²

Responderam inicialmente à pesquisa 306 médicos de ambos os sexos. Desses, foram excluídos 45 por não completarem a bateria, 17 por não trabalharem no Distrito Federal (DF), 13 por não serem heterossexuais e 7 por serem aposentados. Assim, a amostra final foi composta por 224 médicos heterossexuais atuantes no DF.

Os critérios de exclusão não eram informados aos avaliados, a fim de se evitar qualquer inibição ou situação de constrangimento, especialmente referente à informação sobre a orientação sexual; desta forma, esses médicos só foram excluídos no processo de análise dos

dados. Dos 261 médicos que completaram a pesquisa, 248 se declararam heterossexuais, um total de 95,0% da amostra total.

3.3 ETAPAS DE VALIDAÇÃO

Após essas modificações, as versões finais dos instrumentos foram inseridas em uma plataforma de coleta de dados online para a realização do Estudo Piloto quantitativo, onde participaram 42 médicos heterossexuais. Nessa plataforma foi inserida a versão final do inventário ATLG, versão final do KHQ e um questionário de dados demográficos dos participantes.

Na plataforma de pesquisa, os dados demográficos só eram solicitados após o término do preenchimento dos dois questionários, isso foi feito para que a pergunta sobre a orientação sexual do participante não o inibisse de concluir o preenchimento.

Assim, os dados demográficos solicitados foram:

- a) idade (em anos);
- b) gênero (masculino/feminino);
- c) religião (católica, evangélica, espírita, nenhuma ou outras);
- d) frequência de práticas religiosas fora de casa (mais de uma vez por semana, uma vez por semana, menos de uma vez por semana – quinzenal ou mensal, e menos que mensal ou nunca);
- e) estado civil (solteiro, casado/união estável, separado/divorciado ou viúvo);
- f) exercício profissional (médico atuante, residente, aposentado ou não atuante);
- g) local de atuação (DF, fora do DF, dentro e fora do DF e não atuou no momento);
- h) orientação sexual (heterossexual, homossexual, bissexual, nenhuma das anteriores, não sei dizer ou outros).

A partir dos dados demográficos foram excluídos os participantes que não preencheram todos os dados, os aposentados, não atuantes no DF e quem declarou qualquer orientação sexual diferente da heterossexual, conforme citado acima.

A única modificação entre o estudo piloto e a pesquisa propriamente dita foi o acréscimo da pergunta sobre o local de atuação (no DF, fora do DF, dentro e fora do DF) pelo risco de que, por ser um estudo “bola de neve”, o *survey* fosse divulgado para médicos não atuantes no DF, o que não era o objetivo da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu de março a setembro de 2016. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, sob o número: 49275115.0.0000.5558, com a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), uma vez que o TCLE poderia ser um fator inibidor de participação ou permitiria a identificação do participante. A solicitação de um conjunto limitado de dados sócio-demográficos ajudou a garantir o anonimato da pesquisa até mesmo para os próprios autores.

A justificativa apresentada para a dispensa do TCLE encontra-se em anexo (Anexo I).

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Foram aplicadas estatísticas descritivas e análises fatoriais exploratórias (AFE) com o objetivo de identificar a estrutura fatorial do instrumento. O número de fatores a serem retidos no instrumento foi determinado por meio do método de Hull⁸¹ com o software Factor v.10. A fidedignidade do instrumento foi avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach, considerando que valores acima de 0,70 demonstram que os itens da escala se relacionam satisfatoriamente entre si.

A análise fatorial confirmatória (AFC), por sua vez, foi realizada no software Mplus. Utilizou-se o método de Weighted Least-Squares Mean and Variance-Adjusted (WLSMV) em uma matriz policórica para o ATLG e tetracórica para o KHQ, respeitando a natureza ordinal e dicotômica dos dados, respectivamente. Os índices de ajuste avaliados foram: raiz quadrada média do erro de aproximação (RMSEA), índice de ajuste comparativo (CFI) e índice de Tucker-Lewis (TLI). Esperam-se valores de RMSEA abaixo de 0,08; com intervalo de confiança (90%) não ultrapassando 1,00 e valores de CFI e TLI acima de 0,90 (preferencialmente acima de 0,95).

4 RESULTADO

De março a setembro de 2016, 348 médicos responderam a pesquisa, sendo 42 no estudo piloto e 306 na fase de validação das escalas.

4.1 ESTUDO PILOTO QUANTITATIVO

Participaram do estudo piloto 42 médicos heterossexuais, ativos profissionalmente, sendo 25 mulheres (59,5%). Entre os participantes, a idade variava de 24 a 72 anos ($M = 43,05$; $DP = 12,87$). Desses, 36 (85,7%) eram médicos (*staffs*) e 6 eram residentes (14,3%). Em relação à religião: 21 eram católicos (50%), 6 eram espíritas (14,3%), 6 eram evangélicos (14,3%) e 9 não tinham religião (21,4%).

Em relação ao ATLG, todos os itens apresentaram ampla variabilidade, variando de 1 a 9, exceto o item 1 que variou de 1 a 8.

Em relação à consistência interna da escala, levando-se em consideração os 20 itens, o alfa de Cronbach foi de 0,90.

A consistência interna das sub-escalas foi um pouco menor, a escala de avaliação de atitudes em relação a lésbicas (ATL), apresentou alfa de Cronbach de 0,82 e a escala que avaliou atitudes em relação a gays (ATG), apresentou alfa de Cronbach também de 0,82.

Em relação ao KHQ, o item que apresentou a maior quantidade de respostas erradas foi o item 14 (Historicamente, quase todas as culturas têm mostrado ampla intolerância contra os homossexuais, os considerando como “doentes” ou “pecadores”) e o item com maior quantidade de respostas certas foi o item 17 (A bissexualidade pode ser caracterizada por comportamentos sexuais e/ou atração por ambos os sexos). A média obtida foi de 12,26 ($DP = 2,74$).

Em relação à consistência interna, o alfa de Cronbach foi de 0,59, sendo um pouco abaixo do esperado. Esse resultado demonstra que há variabilidade nas respostas, demonstrando que os participantes não têm total conhecimento sobre a homossexualidade, acertando e errando as diferentes perguntas, sem um padrão definido.

4.2 RESULTADO DO ESTUDO DE VALIDAÇÃO

4.2.1 Análises descritivas

A amostra final foi composta por 224 médicos heterossexuais atuantes no DF, com idades variando de 24 a 72 anos ($M = 42,2$ anos; $DP = 9,5$), sendo 149 mulheres (66,5%). Do total, 208 (92,9%) eram médicos (*staffs*) e 16 (7,1%) eram médicos residentes. Em relação à religiosidade, 102 (45,5%) eram católicos, 41 (18,3%) eram espíritas, 27 (12,1%) eram evangélicos, 44 (19,6%) não tinham religião e 10 (4,5%) referiram outras religiões. Na amostra, 174 (77,7%) eram casados ou estavam em união estável, 31 (13,8%) eram solteiros, 18 (8,0%) eram separados ou divorciados e um (0,4%) viúvo. (Tabela 1)

Todos os itens do ATLG apresentaram ampla variabilidade de resposta, variando do mínimo (1) ao máximo (9). (Tabela 2)

Tabela 1 – Características dos participantes do estudo de validação, Brasília, DF (N = 224)

Grupos etários (anos)	Número (%)
<34	49 (21,9)
35-44	91 (40,6)
45-54	61 (27,2)
55-64	20 (8,9)
65-74	3 (1,3)
Sexo	
Feminino	149 (66,5)
Masculino	75 (33,5)
Atuação	
Médico (staff)	208 (92,9)
Médico (residente)	16 (7,1)
Estado civil	
Solteiro	31 (13,8)
Casado/união estável	174 (77,7)
Separado/divorciado	18 (8,0)
Viúvo	1 (0,4)
Religião	
Católica	102 (45,5)
Espírita	41 (18,3)
Evangélica	27 (12,1)
Nenhuma	44 (19,6)
Outras	10 (4,5)

Tabela 2 – Estatística descritiva dos itens do *Attitudes Toward Lesbian and Gay Men Scale* (ATLG) Brasília, DF (N = 224) (continua)

Itens	Mínimo	Máximo	Média	Desvio- Padrão
1. As lésbicas simplesmente não se encaixam na nossa sociedade	1	9	2,39	2,04
2. A homossexualidade de uma mulher não deveria ser motivo de discriminação no trabalho em nenhuma situação	1	9	7,97	2,12
3. A homossexualidade feminina é prejudicial à sociedade porque rompe as divisões naturais entre os sexos	1	9	2,81	2,48
4. Leis que regulam comportamento lésbico consensual e privado deveriam ser flexibilizadas	1	9	6,13	2,38
5. A homossexualidade feminina é um pecado	1	9	2,88	2,86
6. O número crescente de lésbicas indica um declínio nos valores morais da sociedade	1	9	3,08	2,71
7. Homossexualidade feminina por si só não é um problema, mas o que a sociedade faz com isso pode ser um problema	1	9	6,82	2,53
8. A homossexualidade feminina é uma ameaça para muitas de nossas instituições sociais	1	9	2,87	2,59
9. A homossexualidade feminina é uma forma inferior de sexualidade	1	9	1,99	1,86
10. Lésbicas são doentes	1	9	1,89	1,89
11. Casais de homens homossexuais deveriam ser autorizados a adotarem crianças da mesma forma como os casais heterossexuais	1	9	6,28	2,91
12. Eu acho que homens homossexuais são nojentos	1	9	2,33	2,11
13. Homens homossexuais deveriam ser proibidos de ensinar em escolas	1	9	1,69	1,46

Itens	(conclusão)			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio- Padrão
14. A homossexualidade masculina é uma perversão	1	9	2,52	2,42
15. Assim como em outras espécies, a homossexualidade masculina é uma expressão natural da sexualidade em humanos	1	9	6,10	2,77
16. Se um homem tem atrações homossexuais, ele deveria fazer de tudo para superá-las	1	9	3,27	2,58
17. Eu não ficaria chateado se eu soubesse que meu filho é homossexual	1	9	4,64	2,82
18. O comportamento homossexual entre dois homens é simplesmente errado	1	9	2,94	2,57
19. A ideia de casamento entre homens homossexuais me parece ridícula	1	9	2,83	2,45
20. A homossexualidade masculina é simplesmente um estilo de vida diferente que não deveria ser condenado	1	9	6,23	2,76

Em relação ao KHQ o item com maior percentual de erro foi o item 14 que afirmava que “Historicamente, quase todas as culturas têm mostrado ampla intolerância contra os homossexuais, os considerando como doentes ou pecadores” (apenas 16,5% dos entrevistados marcaram como falso o item, e, portanto acertaram). O item com maior percentual de acerto foi o item 17, que afirmava que “A bissexualidade pode ser caracterizada por comportamentos sexuais e/ou atração por ambos os sexos” (96.9% dos avaliados marcaram verdadeiro e, portanto, acertaram). (Tabela 3).

Tabela 3 – Padrão de resposta aos itens do *Knowledge about Homosexuality Questionnaire* (KHQ) Brasília, DF (N = 224)

(continua)

Itens	Respostas	Frequência	Percentil
	Verdadeiro		
1. Uma criança que se envolve em comportamentos homossexuais se tornará um adulto homossexual	Verdadeiro	9	4,0
	Falso	180	80,4**
	Não sei	35	15,6
2. Há boas chances de se converter pessoas homossexuais em heterossexuais	Verdadeiro	17	7,6
	Falso	163	72,8**
	Não sei	44	19,6
3. A maioria dos homossexuais deseja ser do sexo oposto	Verdadeiro	11	4,9
	Falso	172	76,8**
	Não sei	41	18,3
4. Algumas religiões são contra a discriminação legal e social de homens e mulheres homossexuais	Verdadeiro	136	60,7**
	Falso	22	9,8
	Não sei	66	29,5
5. A orientação sexual é estabelecida desde muito cedo (na adolescência ou até antes)	Verdadeiro	166	74,1**
	Falso	23	10,3
	Não sei	35	15,6
6. De acordo com a Associação Americana de Psicologia, a homossexualidade é uma doença	Verdadeiro	11	4,9
	Falso	136	60,7**
	Não sei	77	34,4
7. Homens homossexuais são mais propensos a seduzir jovens garotos do que homens heterossexuais a seduzir jovens meninas	Verdadeiro	16	7,1
	Falso	150	67,0**
	Não sei	58	25,9
8. Homens gays são mais propensos a serem vítimas de crimes violentos do que a população em geral	Verdadeiro	178	79,5**
	Falso	23	10,3
	Não sei	23	10,3

(continuação)			
9. A maioria dos homossexuais foi seduzida na adolescência por uma pessoa do mesmo sexo, geralmente muitos anos mais velha	Verdadeiro	27	12,1
	Falso	124	55,4**
	Não sei	73	32,6
10. Uma pessoa se torna um homossexual (desenvolve orientação homossexual) por escolha própria	Verdadeiro	72	32,1
	Falso	121	54,0**
	Não sei	31	13,8
11. A homossexualidade não ocorre entre outros animais (que não os seres humanos)	Verdadeiro	11	4,9
	Falso	183	81,7**
	Não sei	30	13,4
12. Muitos pesquisadores consideram o comportamento sexual um <i>continuum</i> que pode variar desde exclusivamente homossexual até exclusivamente heterossexual	Verdadeiro	160	71,4**
	Falso	12	5,4
	Não sei	52	23,2
13. A identidade de gênero de uma pessoa homossexual não coincide com o seu sexo biológico	Verdadeiro	91	40,6
	Falso	100	44,6**
	Não sei	33	14,7
14. Historicamente, quase todas as culturas têm mostrado ampla intolerância contra os homossexuais, os considerando como “doentes” ou “pecadores”	Verdadeiro	154	68,8
	Falso	37	16,5**
	Não sei	33	14,7
15. Homens heterossexuais tendem a expressar mais atitudes hostis para homossexuais quando comparado com mulheres heterossexuais	Verdadeiro	165	73,7**
	Falso	17	7,6
	Não sei	42	18,8
16. “Sair do armário” é um termo que os homossexuais utilizam para assumir publicamente sua homossexualidade	Verdadeiro	198	88,4**
	Falso	16	7,1
	Não sei	10	4,5

			(conclusão)
17. A bissexualidade pode ser caracterizada por comportamentos sexuais e/ou atração por ambos os sexos	Verdadeiro	217	96,9**
	Falso	4	1,8
	Não sei	3	1,3
18. Pesquisas recentes têm mostrado que a homossexualidade pode estar relacionada a diferenças genéticas	Verdadeiro	69	30,8**
	Falso	35	15,6
	Não sei	120	53,6

** Respostas corretas

4.2.2 Análise fatorial do *Attitudes Toward Lesbian and Gay Men Scale (ATLG)*

Inicialmente verificou-se que a amostra é adequada à análise fatorial exploratória (KMO = 0,956). Um exame dos percentuais de variância explicada, do gráfico de sedimentação e dos autovalores sugeriu a extração de até três fatores do ATLG. Foi definido como critério de exclusão itens com carga fatorial inferior a 0,30. O método Hull sugeriu um único fator como sendo o mais representativo para os dados, reunindo os 20 itens com fidedignidade elevada ($\alpha = 0,943$). Os itens da escala de homossexualidade feminina e masculina não se separaram, mostrando que a percepção de homossexualidade feminina ou masculina não divergiu significativamente. A Tabela 4 apresenta as cargas fatoriais dos itens (todos acima de 0,30).

Tabela 4 – Estrutura e cargas fatoriais do *Attitudes Toward Lesbian and Gay Men Scale* (ATLG) Brasília, DF (N = 224)

Itens	Cargas fatoriais
1. As lésbicas simplesmente não se encaixam na nossa sociedade	0,673
2. A homossexualidade de uma mulher não deveria ser motivo de discriminação no trabalho em nenhuma situação*	-0,311
3. A homossexualidade feminina é prejudicial à sociedade porque rompe as divisões naturais entre os sexos	0,815
4. Leis que regulam comportamento lésbico consensual e privado deveriam ser flexibilizadas*	-0,429
5. A homossexualidade feminina é um pecado	0,762
6. O número crescente de lésbicas indica um declínio nos valores morais da sociedade	0,806
7. Homossexualidade feminina por si só não é um problema, mas o que a sociedade faz com isso pode ser um problema*	-0,376
8. A homossexualidade feminina é uma ameaça para muitas de nossas instituições sociais	0,753
9. A homossexualidade feminina é uma forma inferior de sexualidade	0,759
10. Lésbicas são doentes	0,666
11. Casais de homens homossexuais deveriam ser autorizados a adotarem crianças da mesma forma como os casais heterossexuais*	-0,639
12. Eu acho que homens homossexuais são nojentos	0,732
13. Homens homossexuais deveriam ser proibidos de ensinar em escolas	0,638
14. A homossexualidade masculina é uma perversão	0,865
15. Assim como em outras espécies, a homossexualidade masculina é uma expressão natural da sexualidade em humanos*	-0,746
16. Se um homem tem atrações homossexuais, ele deveria fazer de tudo para superá-las	0,816
17. Eu não ficaria chateado se eu soubesse que meu filho é homossexual*	-0,545
18. O comportamento homossexual entre dois homens é simplesmente errado	0,885
19. A ideia de casamento entre homens homossexuais me parece ridícula	0,856
20. A homossexualidade masculina é simplesmente um estilo de vida diferente que não deveria ser condenado*	-0,527
	KMO 0,956
	Teste de Esfericidade de Bartlett 2890,81**
	Variância explicada 51,01%
	Alfa de Cronbach 0,943

Nota: * itens invertidos; ** = $p < 0,01$

Análises fatoriais confirmatórias (AFC) revelaram índices de ajuste aceitáveis para o modelo exploratório (Tabela 5). Além desse modelo, foram investigados também os índices de ajustes para um modelo considerando as dimensões masculina e feminina separadamente. Ainda que os índices de ajuste também tenham se mostrado aceitáveis, a correlação entre os fatores é de 0,937; sugerindo que, de fato, as dimensões fazem parte de um único construto e a solução unifatorial deve ser mantida.

Por fim, foram realizadas análises específicas para a dimensão da homossexualidade masculina e feminina separadamente. Elas tiveram por objetivo avaliar se as dimensões funcionariam isoladamente, caso se desejasse avaliar apenas a atitude direcionada a um dos gêneros, ou seja, utilizar as subescalas independentemente. Os resultados mostraram que ambas as escalas apresentam índices de ajuste aceitáveis, sendo que a dimensão feminina apresentou melhor adequação quando comparada com a masculina (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise fatorial confirmatória de modelos concorrentes do *Attitudes Toward Lesbian and Gay Men Scale* (ATLG) Brasília, DF (N = 224)

Modelos	χ^2	gl	χ^2 /gl	RMSEA	CFI	TLI
Exploratório	271,645	170	1,60	0,052 (0,040 – 0,063)	0,943	0,936
Avaliação de homossexualidade feminina	39,364	35	1,12	0,024 (0,000 – 0,055)	0,992	0,990
Avaliação de homossexualidade masculina	79,799	35	2,28	0,076 (0,054 – 0,098)	0,942	0,926

Nota: χ^2 (qui-quadrado da razão de verossimilhança); gl (grau de liberdade); χ^2 /gl (qui-quadrado normado); RMSEA (raiz do erro quadrático médio de aproximação); CFI (índice de ajuste comparativo); TLI (índice de Tucker-Lewis).

4.2.3 Análise fatorial do *Knowledge about Homosexuality Questionnaire* (KHQ)

Para as análises, foi realizada a transformação de todos os itens, de modo que respostas erradas ou “não sei dizer” receberam nota 0 e respostas corretas receberam nota 1. Assim, quanto maior a média do grupo, maior o número de acertos.

Em relação à análise fatorial do instrumento, o método de Hull sugeriu um único fator como sendo o mais representativo para os dados.

A tabela 6 apresenta a carga fatorial dos itens. Conforme pode ser visto, apenas 10 itens apresentam carga fatorial acima de 0,30. Diferente do esperado, o item 16 apresentou carga fatorial invertida, de modo que, em geral, quem acertou os outros itens errou esse, e vice versa.

Considerando apenas os 10 itens que tem carga fatorial acima de 0,30, o coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,673, próximo ao limite aceitável de 0,70. Considerando todos os itens do instrumento, a fidedignidade cai para 0,622.

Tabela 6 –Estrutura e cargas fatoriais do *Knowledge about Homosexuality Questionnaire* (KHQ)

Itens	Cargas fatoriais
9. A maioria dos homossexuais foi seduzida na adolescência por uma pessoa do mesmo sexo, geralmente muitos anos mais velha	0,612
2. Há boas chances de se converter pessoas homossexuais em heterossexuais	0,572
10. Uma pessoa se torna um homossexual (desenvolve orientação homossexual) por escolha própria	0,560
3. A maioria dos homossexuais deseja ser do sexo oposto	0,520
7. Homens homossexuais são mais propensos a seduzir jovens garotos do que homens heterossexuais a seduzir jovens meninas	0,504
6. De acordo com a Associação Americana de Psicologia, a homossexualidade é uma doença	0,503
13. A identidade de gênero de uma pessoa homossexual não coincide com o seu sexo biológico	0,473
11. A homossexualidade não ocorre entre outros animais (que não os seres humanos)	0,452
1. Uma criança que se envolve em comportamentos homossexuais se tornará um adulto homossexual	0,386
12. Muitos pesquisadores consideram o comportamento sexual um continuum que pode variar desde exclusivamente homossexual até exclusivamente heterossexual	0,352
14. Historicamente, quase todas as culturas têm mostrado ampla intolerância contra os homossexuais, os considerando como “doentes” ou “pecadores”	0,262
16. “Sair do armário” é um termo que os homossexuais utilizam para assumir publicamente sua homossexualidade	-0,242
8. Homens gays são mais propensos a serem vítimas de crimes violentos do que a população em geral	0,222
4. Algumas religiões são contra a discriminação legal e social de homens e mulheres homossexuais	0,160
5. A orientação sexual é estabelecida desde muito cedo (na adolescência ou até antes)	0,118
15. Homens heterossexuais tendem a expressar mais atitudes hostis para homossexuais quando comparado com mulheres heterossexuais	0,091
18. Pesquisas recentes têm mostrado que a homossexualidade pode estar relacionada a diferenças genéticas	0,045
17. A bissexualidade pode ser caracterizada por comportamentos sexuais e/ou atração por ambos os sexos	-0,010
KMO	0,644
Teste de Esfericidade de Bartlett	426,996**
Variância explicada	15,11
Alfa de Cronbach	0,673

Nota: ** $p < 0,05$.

A tabela 7 apresenta os índices de ajuste da escala para a versão original (composta de 18 itens) e para o modelo exploratório. O modelo original apresenta baixo ajuste aos dados. Porém, ao considerar apenas os 10 itens que apresentaram carga fatorial acima de 0,30, os índices de ajuste melhoraram substancialmente. Porém, os índices de CFI e TLI ficam, ainda, um pouco abaixo do esperado. Para investigar quais parâmetros do modelo estavam denegrindo os resultados, foram inspecionados os resultados dos índices de modificação (IM).

Os resultados demonstram haver uma covariância residual significativa entre os itens 7 e 9 (IM = 12,465, $p < 0,001$). Ao inserir a correlação residual entre os dois indicadores, o ajuste melhorou, tornando o modelo aceitável. É importante salientar que ambos os itens 7 e 9 avaliam a temática da sedução. Assim, os IM apontam, provavelmente para uma sobreposição de conteúdo da escala. Considerando que o item 7 apresentou carga fatorial menor que o item 9, buscou-se investigar como ficariam os índices de ajuste da escala sem esse item. O modelo, composto por 9 itens, apresenta ajuste substancialmente melhor (embora a fidedignidade alfa seja um pouco menor: 0,647).

Tabela 7 – Análise fatorial confirmatória de modelos concorrentes do *Knowledge about Homosexuality Questionnaire* (KHQ) Brasília, DF (N = 224).

Modelos	χ^2	gl	χ^2/gl	RMSEA	CFI	TLI
Original	219.700	135	1,62	0,053 (0,040 – 0,065)	0,751	0,718
Exploratório	64.88	35	1,85	0,062 (0,038 – 0,085)	0,902	0,874
Exploratório revisado	52,99	34	1,56	0,050 (0,020 – 0,075)	0,938	0,917
Exploratório revisado 2	35,82	27	1,32	0,038 (0,000 – 0,069)	0,962	0,950

Nota: χ^2 (qui-quadrado da razão de verossimilhança); gl (grau de liberdade); χ^2/gl (qui-quadrado normado); RMSEA (raiz do erro quadrático médio de aproximação); CFI (índice de ajuste comparativo); TLI (índice de Tucker-Lewis). Exploratório revisado refere-se à inserção de covariância residual entre os itens 7 e 9. Exploratório revisado 2 refere-se à exclusão do item 7.

5 DISCUSSÃO

Diferente das ciências da natureza que conseguem expressar medidas de forma objetiva e precisa, construtos psicológicos são essencialmente não observáveis. Não é possível observar a atitude, o conhecimento ou traços de personalidade. Porém, a inferência desses fenômenos se torna necessária à medida que permite o entendimento e a explicação de uma série de comportamentos humanos.⁶⁸

Um construto ou variável latente pode ser definido como qualquer coisa criada pela mente humana que não pode ser observada, ou seja, são abstrações, qualquer entidade hipotética derivada da teoria psicológica.⁶⁴

A partir disso, o grande desafio é mensurar construtos hipotéticos de maneira válida e convincente. A psicometria moderna veio suprir essa lacuna à medida que ela representa a teoria e a técnica de medida dos processos mentais, tendo como princípio básico o método quantitativo e sendo de grande utilidade na área da Psicologia e Educação.⁶⁵

A forma de dar sentido às respostas fornecidas pelos sujeitos é por meio de itens presentes em testes, que devem ser de boa qualidade, originando, portanto, testes válidos.⁶⁵

O grande desafio de um teste psicométrico é saber se: ao medirmos comportamentos (itens), que são representação física de traços latentes, estamos de fato medindo o próprio traço latente. Isso é o que se espera de um teste com evidências de validade: que ele meça o que supostamente deve medir.⁶⁵

Previamente a representação física do traço latente (agrupamento dos itens) é fundamental que haja uma teoria que ampare a hipótese de que o traço latente tenha de fato essa representação física; e a validade do teste será então estabelecida pela testagem empírica da verificação da hipótese.⁶⁵

Quando testes são usados no contexto de avaliação individual, é possível que fatores alheios ao teste influenciem o resultado do teste, como: origem e motivação do testando, influência dos examinadores e circunstâncias em que o teste foi aplicado,⁶⁴ configurando os erros de medidas que devem ser alvo de esforços no intuito de minimizá-los.

Nesse contexto, um dos aspectos de fundamental importância na relação entre médicos e pacientes, é saber o quanto construtos como atitudes e preconceito podem influenciar a prática clínica, deixando determinados grupos em condição de maior vulnerabilidade ao buscarem atendimento em saúde.

Um estudo realizado em Taiwan concluiu que enfermeiras com atitudes mais negativas em relação aos homossexuais tinham menos intenção de prestarem atendimento a esses pacientes.⁸²

É necessário primeiramente criar formas de avaliar cientificamente a atitude dos médicos em relação a membros de grupos marginalizados, para que, ao tornarem-se evidentes atitudes que contribuam para um atendimento aquém do desejável, ou mesmo a evitação da busca de atendimento, formas de intervenções eficazes sejam propostas.

Identificar atitudes negativas nos profissionais de saúde em relação a LGB é o primeiro passo no desenvolvimento de estratégias para modificar essas atitudes.⁸²

O *Attitudes Toward Lesbian and Gay Men Scale* é um dos inventários de atitudes em relação à homossexualidade com melhores evidências de validade presentes na literatura²⁰ e um dos mais utilizados em pesquisas com médicos e profissionais de saúde publicados em língua inglesa. No estudo inicial de Herek que avaliou as propriedades psicométricas desse instrumento em 1988, evidências de validade foram encontradas nas três amostras distintas de estudantes avaliados, com valores de alfa de 0,90; 0,95 e 0,92.²¹ O presente estudo encontrou valores bem semelhantes ao estudo original, um alfa de 0,94.

Um estudo que adaptou e aplicou o ATLG na população holandesa também evidenciou por meio da análise fatorial um único fator englobando todos os itens do questionário, da mesma forma que a presente pesquisa. Alguns itens do inventário norte americano foram modificados para a adaptação cultural à população holandesa, que segundo o autor, é mais tolerante em relação à homossexualidade que a população estado-unidense. Desta forma, alguns itens foram modificados pelos autores acreditarem que alguns termos seriam “fortes” ou “extremos” para o contexto holandês como: *sick, e disgust*; mostrando que, apesar do processo de adaptação entre culturas primar pelas propriedades semânticas do instrumento, algumas modificações são necessárias avaliando o contexto cultural. Da mesma forma que a presente pesquisa, o item que se referia a “leis estaduais” também teve que ser modificado para se adequar ao contexto holandês.⁷²

Não é apenas em relação à homossexualidade que a atitude do médico pode influenciar o atendimento prestado. Um estudo estado-unidense evidenciou que, apesar de médicos não demonstrarem diferenças na atitude explícita em relação a brancos e negros, eles demonstravam diferenças em atitudes implícitas, ou não conscientes, como achar que negros aderem menos às orientações médicas; e isso, se reverteu em uma menor probabilidade de

prescreverem trombolíticos para pacientes negros com doença coronariana aguda em relação a pacientes brancos.⁸³

Esse estudo corrobora outros que evidenciam que o preconceito sutil, ou atitudes não conscientes, podem afetar a forma como profissionais tomam decisões, mesmo sem estar ciente delas.

Porém, apesar de estudos norte americanos e europeus mostrarem que o preconceito explícito em relação a minorias sexuais vem diminuindo, justificando o uso de instrumentos que avaliem o preconceito implícito ou sutil, o mesmo fenômeno parece não estar ocorrendo no Brasil²⁰, o que ainda justificaria o uso de instrumentos de atitudes explícitas e que seu uso possibilite intervenções futuras.

Alguns estudos evidenciaram a relação entre conhecimentos elementares sobre a homossexualidade e atitudes mais positivas em relação a homossexuais^{8,53}, mostrando que práticas educativas podem contribuir para melhorar a atitude de médicos e demais profissionais de saúde.

Porém, o conhecimento não modifica a atitude de forma homogênea em todos os profissionais submetidos a intervenções educacionais, para algumas pessoas, outros aspectos além de meramente didáticos devem ser abordados como, por exemplo, a importância da diferenciação entre crenças religiosas e práticas de saúde, e aspectos relacionados a papéis de gênero e construção de masculinidades, quando atitudes negativas podem ser motivadas pelo machismo²⁷.

Ainda em relação ao conhecimento, estudos evidenciam que uma atitude favorável em relação aos homossexuais não se reverte necessariamente em um entendimento das especificidades de problemas de saúde desse grupo, ou seja, alguns pacientes vivenciam um atendimento empático e acolhedor, porém que não se reverte em um entendimento das demandas de saúde de LGB⁹, mostrando que além da atitude positiva e conhecimento de aspectos elementares da homossexualidade, é necessário o conhecimento de especificidades de saúde e fatores de risco dessa população.

Apesar de existirem inúmeras formas de intervenção com o intuito de reduzir o preconceito em relação a minorias sexuais, muitas delas não são baseadas em estudos empíricos controlados ou possuem evidências científicas de resultados favoráveis. Além do fato da maior parte delas serem realizadas com universitários estado-unidenses e são, em sua maioria, de ordem educativa.⁸⁴

Uma meta-análise que avaliou intervenções para reduzir o preconceito sexual, mostrou a existência de estudos com diferentes modos de intervenção, como estratégias educativas, contato com pessoas LGB, exposição a normas ou especialistas, exposição a entretenimentos (filmes, documentários, livros), debates sobre o tema, enfim, inúmeras intervenções com foco em diferentes aspectos de respostas relacionadas ao preconceito, como atitudes, aspectos cognitivos, afetivos, comportamentais ou implícitos. A maioria das intervenções foi de ordem educacional e elas se mostraram moderadamente eficazes em reduzir atitudes preconceituosas ($d = 0,46$, $SE = 0,07$), assim como intervenções baseadas em contato intergrupais ($d = 0,56$, $SE = 0,16$). Intervenções com conteúdos de entretenimento são tão heterogêneas e pouco avaliadas de forma empírica, que conclusões a respeito da efetividade são insuficientes e desprovidas de amparo científico. O estudo ressalta ainda as características da amostra predominantemente nos estudos: estudantes estado-unidenses que se voluntariam a participar, o que pode levar ao viés de uma amostra com valores menos restritos em relação a aspectos da sexualidade, podendo sugerir que os achados não podem ser automaticamente transferidos para outras populações.⁸⁴

Segundo Paluck e Green (2009) apesar da disseminação de muitas estratégias de redução de preconceito, como treinamentos em locais de trabalho e campanhas na mídia, muitas intervenções, apesar de aparentemente promissoras, carecem de rigorosa testagem empírica na determinação da sua efetividade. Segundo esses autores, cerca de 77% das intervenções avaliadas no seu estudo usaram métodos não experimentais e, a maioria desses, não apresentavam grupo controle e, quanto apresentavam, compararam grupos não randomizados e heterogêneos, podendo levar a resultados equivocados. Outra limitação apontada é que a maioria dos estudos realizada em laboratórios avalia apenas a resposta imediata à intervenção, o que pode resultar em efeitos imediatos consistentes, mas que, não necessariamente, se mantém a longo prazo, ou podem ainda ser transferidos para outros contextos da vida, ou seja, estudos sem evidências de validade externa.⁸⁵

Turcker e Potocky-Tripodi (2006) enfatizam que estudos com desenho e métodos de boa qualidade demandam recursos muitas vezes proibitivos a sua realização. Por esse motivo, vários estudos não têm grupo controle, restringem-se a estudantes universitários e não usam instrumentos com evidências de validade.⁸⁶

A presente pesquisa teve como objetivo adaptar e validar dois instrumentos para o contexto brasileiro. O ATLG é um instrumento que mostrou boas evidências de validade nos

EUA, em diferentes países onde ele foi adaptado e validado e também na presente pesquisa, onde todos os itens do inventário apresentaram carga fatorial acima do valor aceitável (0,30).

Por outro lado, O KHQ, apesar de ser um questionário de conhecimentos sobre a homossexualidade utilizado na avaliação de médicos e demais profissionais de saúde em estudos publicados, não apresentava evidências de validade robustas nesses estudos ($\alpha \leq 0,72$). Esse instrumento foi escolhido na presente pesquisa, inicialmente, não por suas características psicométricas, mas sim pelo conteúdo dos seus itens, que trazem conceitos elementares sobre a homossexualidade, diferenciando-a de outras condições equivocadamente relacionadas à mesma, tanto pelo senso comum, como por médicos, como a disforia de gênero e até mesmo a pedofilia. Apesar da validação não evidenciar valores de alfa robustos, o processo cuidadoso de adaptação permitiu que os itens tivessem suas características semânticas e idiomáticas mantidas, permitindo que o inventário revelasse informações importantes sobre o conhecimento da amostra avaliada. Ressalta-se que, a forma de seleção da amostra (bola de neve) não permite que conclusões possam ser universalizadas para outras populações.

6 CONCLUSÃO

Para que pessoas LGB possam ter seu direito de bem estar e assistência à saúde de qualidade assegurada, medidas que reduzam o preconceito, em médicos, estudantes de medicina e outros profissionais de saúde baseadas em evidências científicas são fundamentais.

Estratégias de redução de preconceito devem acima de tudo apresentar evidências de efetividade baseadas em resultados de estudos empíricos bem conduzidos; ao contrário, gerarão apenas desperdício de tempo, esforços e recursos.

Nesse contexto, é fundamental o uso de instrumentos bem adaptados e com evidências de validade que permitam a avaliação de forma objetiva da atitude de profissionais, mesmo que pertencentes a diferentes culturas em relação ao instrumento original.

O presente estudo adaptou e validou para o português dois instrumentos de atitudes e conhecimentos em relação a homossexuais, em uma amostra de médicos do DF, permitindo disponibilizá-los para futuras pesquisas, preenchendo importante lacuna da literatura.

REFERÊNCIAS¹

1. Rubio-Aurioles E, Wylie K. Sexual orientation matters in sexual medicine. *The journal of sexual medicine*. Jul 2008;5(7):1521-1533; quiz 1534-1525.
2. Committee On A. Office-based care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *Pediatrics*. Jul 2013;132(1):198-203.
3. Bancroft J. Sexual development. In: Elsevier, ed. *Human Sexuality and its problems*. 3ª ed. London 2009:144-173.
4. Tjepkema M. Health care use among gay, lesbian and bisexual Canadians. *Health reports*. Mar 2008;19(1):53-64.
5. McCabe SE, West BT, Hughes TL, Boyd CJ. Sexual orientation and substance abuse treatment utilization in the United States: results from a national survey. *Journal of substance abuse treatment*. Jan 2013;44(1):4-12.
6. Mora C, Monteiro S. Homoerotismo feminino. *Estudos feministas*. 2013;21(3):905-926.
7. Cardoso LFFMR. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicologia, ciência e profissão*. 2012;32(3):552-563.
8. Grabovac I, Abramovic M, Komlenovic G, Milosevic M, Mustajbegovic J. Attitudes towards and knowledge about homosexuality among medical students in Zagreb. *Collegium antropologicum*. Mar 2014;38(1):39-45.
9. Almeida G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2009;19(2):301-331.
10. Allport G. *The nature of prejudice*. New York: Doubleday anchor books; 1954.
11. Lacerda M, Pereira C, Camino L. Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. *Psicologia: reflexão e crítica*. 2002;15(1):165-178.
12. Pereira CR, Torres ARR, Pereira A, Falcão LC. Preconceito contra homossexuais e representações sociais da homossexualidade em seminaristas católicos e evangélicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2011;27(1):73-82.
13. Pettigrew TF, Meertens RW. Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology*. 1995;25:57-75.
14. Castillo MNQ, Rodríguez VB, Torres RR, Pérez AR, Martel EC. La medida de la homofobia manifiesta y sutil. *Psicothema*. 2003;12(2):197-204.
15. Marinho CA, Marques EFM, Almeida DR, Menezes ARB, Guerra VM. Adaptação da escala de homofobia implícita e explícita ao contexto brasileiro. *Paidéia*. 2004;14(29):371-379.
16. Bodenhausen GV, Richeson JA. Prejudice, stereotype, and discrimination. In: press Ou, ed. *Advanced social psychology - the state of the science*. New York 2010:341-384.
17. Fleury ARD, Torres ARR. Análise psicossocial do preconceito contra homossexuais. *Estudos de psicologia*. 2007;24(4):475-486.
18. Herek GM, McLemore KA. Sexual prejudice. *Annual review of psychology*. 2013;64:309-333.
19. Weingerg G. *Society and the healthy homosexual*. New York: St. Martin's; 1972.
20. Costa AB, Bandeira DR, Nardi HC. Systematic reviews of instruments measuring homophobia and related constructs. *Journal of applied social psychology*. 2013;43:1324-1332.
21. Herek GM. Heterosexual's attitudes toward lesbian and gay men: correlates and gender differences. *The journal of sex research*. 1988;25(4):451-477.
22. Blackwell CW. Belief in the "free choice" model of homosexuality: a correlate of homophobia in registered nurses. *Journal of LGBT health research*. 2007;3(3):31-40.
23. Burke SE, Dovidio JF, Przedworski JM, et al. Do Contact and Empathy Mitigate Bias Against Gay and Lesbian People Among Heterosexual First-Year Medical Students? A Report From the Medical Student CHANGE Study. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. May 2015;90(5):645-651.

24. Mahaffey AL, Bryan AD, Ito TA, K.E. H. In search of the defensive function of sexual prejudice: exploring antigay bias through shorter and longer lead startle eye blink. *Journal of applied social psychology*. 2011;41(1):22-44.
25. Costa AB, Bandeira DR, Nardi HC. Avaliação do preconceito contra diversidade sexual e de gênero: construção de um instrumento. *Estud psicol (Campinas)*. 2015;32(2):163-172.
26. Cerqueira-Santos E, Winter FS, Salles LA, Longo MLM. Contato interpessoal e crenças sobre homossexualidade: desenvolvimento de uma escala. *Interação em Psicologia*. 2007;11(2):221-229.
27. Costa AB, Pase PF, de Camargo ES, et al. Effectiveness of a multidimensional web-based intervention program to change Brazilian health practitioners' attitudes toward the lesbian, gay, bisexual and transgender population. *Journal of health psychology*. Mar 2016;21(3):356-368.
28. Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Barkan SE, Muraco A, Hoy-Ellis CP. Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: results from a population-based study. *American journal of public health*. Oct 2013;103(10):1802-1809.
29. Dilley JA, Simmons KW, Boysun MJ, Pizacani BA, Stark MJ. Demonstrating the importance and feasibility of including sexual orientation in public health surveys: health disparities in the Pacific Northwest. *American journal of public health*. Mar 2010;100(3):460-467.
30. Conron KJ, Mimiaga MJ, Landers SJ. A population-based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. *American journal of public health*. Oct 2010;100(10):1953-1960.
31. Cochran SD, Mays VM, Bowen D, et al. Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women. *American journal of public health*. Apr 2001;91(4):591-597.
32. Boehmer U, Bowen DJ, Bauer GR. Overweight and obesity in sexual-minority women: evidence from population-based data. *American journal of public health*. Jun 2007;97(6):1134-1140.
33. Koh AS. Use of preventive health behaviors by lesbian, bisexual, and heterosexual women: questionnaire survey. *The Western journal of medicine*. Jun 2000;172(6):379-384.
34. Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J. Disclosure of sexual orientation and subsequent substance use and abuse among lesbian, gay, and bisexual youths: critical role of disclosure reactions. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. Mar 2009;23(1):175-184.
35. Carroll NM. Optimal gynecologic and obstetric care for lesbians. *Obstetrics and gynecology*. Apr 1999;93(4):611-613.
36. O'Hanlan KA. Health policy considerations for our sexual minority patients. *Obstetrics and gynecology*. Mar 2006;107(3):709-714.
37. O'Hanlan KA, Crum CP. Human papillomavirus-associated cervical intraepithelial neoplasia following lesbian sex. *Obstetrics and gynecology*. Oct 1996;88(4 Pt 2):702-703.
38. Hart SL, Bowen DJ. Sexual orientation and intentions to obtain breast cancer screening. *Journal of women's health*. Feb 2009;18(2):177-185.
39. Austin SB, Pazaris MJ, Nichols LP, Bowen D, Wei EK, Spiegelman D. An examination of sexual orientation group patterns in mammographic and colorectal screening in a cohort of U.S. women. *Cancer causes & control : CCC*. Mar 2013;24(3):539-547.
40. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(2):291-300.
41. Farmer GW, Jabson JM, Bucholz KK, Bowen DJ. A population-based study of cardiovascular disease risk in sexual-minority women. *American journal of public health*. Oct 2013;103(10):1845-1850.

42. Alencar Albuquerque G, de Lima Garcia C, da Silva Quirino G, et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC international health and human rights*. Jan 14 2016;16:2.
43. Ferlatte O, Dulai J, Hottes TS, Trussler T, Marchand R. Suicide related ideation and behavior among Canadian gay and bisexual men: a syndemic analysis. *BMC public health*. Jul 02 2015;15:597.
44. Sabido M, Kerr LR, Mota RS, et al. Sexual Violence Against Men Who Have Sex with Men in Brazil: A Respondent-Driven Sampling Survey. *AIDS and behavior*. Sep 2015;19(9):1630-1641.
45. Marshal MP, Friedman MS, Stall R, et al. Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addiction*. Apr 2008;103(4):546-556.
46. American Geriatrics Society Ethics C. American Geriatrics Society care of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults position statement: American Geriatrics Society Ethics Committee. *Journal of the American Geriatrics Society*. Mar 2015;63(3):423-426.
47. Terto JV. Homossexualidade e saúde: Desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *Horizontes Antropológicos*. 2002;17:147-158.
48. Smith DM, Mathews WC. Physicians' attitudes toward homosexuality and HIV: survey of a California Medical Society- revisited (PATHH-II). *Journal of homosexuality*. 2007;52(3-4):1-9.
49. Sabin JA, Riskind RG, Nosek BA. Health Care Providers' Implicit and Explicit Attitudes Toward Lesbian Women and Gay Men. *American journal of public health*. Sep 2015;105(9):1831-1841.
50. Valadão R, Gomes R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2011;21(4):1451-1467.
51. Marques A, Oliveira J, Nogueira C. A população lésbica em estudos de saúde: contributos para uma reflexão crítica. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2013;18 (7):2037-2047.
52. Mello L, Perilo M, Braz C, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, salud y sociedad - Revista latinoamericana*. 2011;9:7-28.
53. Dunjic-Kostic B, Pantovic M, Vukovic V, et al. Knowledge: a possible tool in shaping medical professionals' attitudes towards homosexuality. *Psychiatria Danubina*. Jun 2012;24(2):143-151.
54. Nicol P, Chapman R, Watkins R, Young J, Shields L. Tertiary paediatric hospital health professionals' attitudes to lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking health care for their children. *Journal of clinical nursing*. Dec 2013;22(23-24):3396-3405.
55. Rufino AC, Madeiro AP, Girão MJBC. O ensino da sexualidade nos cursos médicos: a percepção de estudantes do Piauí. *Revista brasileira de educação médica*. 2013;37(2):178-185.
56. Lima MCP, Cerqueira ATAR. Crenças sobre sexualidade entre estudantes de medicina: uma comparação entre gêneros. *Revista brasileira de educação médica*. 2008;32(1):49-55.
57. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. Dec 15 2000;25(24):3186-3191.
58. Bushnell DM, Martin ML. Quality of life and Parkinson's disease: translation and validation of the US Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39). *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. Jun 1999;8(4):345-350.
59. Gato J, Fontaine AM, Leme VBR. Validação e adaptação transcultural da escala multidimensional de atitudes face a lésbicas e a gays. *Psychology/Psicologia, reflexão e crítica*. 2014;27(2):257-271.
60. Borsa J, Damásio B, Bandeira D. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*. 2012;22 (53):423-432.
61. Commission IT. International test commission guideleines for translating and adaptating tests. <http://www.intestcom.org>. 2010.

62. Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação psicológica*. 2012;11(2):213-228.
63. Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for Getting the most from your analysis. *Practical assessment, research & evaluation*. 2005;10(7):1-9.
64. Urbina S. *Fundamentos da testagem psicológica*. Artmed; 2007.
65. Pasquali L. Psicometria. *Revista da escola de enfermagem da USP*. 2009;43:992-999.
66. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre 2009.
67. Field A. Discovering statistics using IBM SPSS statistics. *Validity and reliability*: Sage; 2013.
68. Smith GT. On construct validity: issues of method and measurement. *Psychological assessment*. 2005;17(4):396-408.
69. Sireci SG. On validity theory and test validation. *Educational researcher*. 2007;36:477-481.
70. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales : a practical guide to their development and use*. 3rd ed. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2003.
71. Yu Y. Application and testing the reliability and validation of a modified version of Herek's attitudes toward lesbian and gay men scale in China. *Journal of homosexuality*. 2011;58:263-274.
72. Meerendonk B, Eisinga R, Felling A. Application of Herek's attitudes toward lesbians and gay men scale in the Netherlands. *Psychological Reports*. 2003;93:265-275.
73. Etchezahar E, Ungaretti J, Gascó VP, Brusino S. Psychometric properties of the attitudes toward gay men scale in argentinian context: the influence of sex, authoritarianism, and social dominance orientation. *Intational Journal of Psychological Research*. 2016;9(1):21-29.
74. Harris MB, Nightengale J, Owen N. Health care professionals' experience, knowledge, and attitudes concerning homosexuality. *Journal of gay and lesbian social services*. 1995;2(2):91-107.
75. Sears JT. Educators, homosexuality, and homosexual students: are personal feelings related to professional beliefs? *Journal of homosexuality*. 1992;1:29-79.
76. Harris MB, Vanderhoof J. Attitudes toward gays and lesbian serving in the military. *Journal of gay and lesbian social services*. 1995;3(4):23-51.
77. Davis CM. *Handbook of sexuality-related measures*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 1998.
78. Koch CA. Attitudes, Knowledge, and anticipated behaviors of preservice teachers toward individuals with different sexual orientations *Dissertations abstracts international*. 2000;61(5, 1797A. UMI 9973083).
79. Morgan DJ. *Knowledge and attitudes of preservice teachers towards students who are gay, lesbian, bisexual, or transgendered*, University of North Texas; 2003.
80. Laros JA. O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. *Análise fatorial para pesquisadores*. Vol 1. Brasília - DF 2012:p 145.
81. Lorenzo-Seva U, Timmerman ME, Kiers HA. The Hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*. 2011;46(2):340-364.
82. Yen CF, Pan SM, Hou SY, et al. Attitudes toward gay men and lesbians and related factors among nurses in Southern Taiwan. *Public health*. Jan 2007;121(1):73-79.
83. Green AR, Carney DR, Pallin DJ, et al. Implicit bias among physicians and its prediction of thrombolysis decisions for black and white patients. *Journal of general internal medicine*. Sep 2007;22(9):1231-1238.
84. Bartos SE, Berger I, Hegarty P. Intervention to reduce sexual prejudice: a study-space analysis and meta-analytic review. *journal of sex research*. 2014;51(4):363-382.
85. Paluck EL, Green DP. Prejudice reduction: what works? A review and assessment of research and practice. *Annual review of psychology*. 2009;60:339-367.

86. Tucker EW, Potocky-Tripodi M. Changing heterosexuals' attitudes toward homosexuals: a systematic review of the empirical literature. *Research on social work practice*. 2006;16(2):176-190.

¹De acordo com Estilo Vancouver.

APÊNDICE A – Artigo 1

The Attitudes Toward Lesbians and Gay Men Scale (ATLG): Cross-cultural adaptation, factor structure, and reliability in Brazilian physicians

ScholarOne Manuscripts™ Einstein Camargos ▾ Instructions & Forms Help Log Out

SEXUAL MEDICINE
Open Access
An Official Journal of The International Society for Sexual Medicine

Home Author Review

Author Dashboard

Author Dashboard

- 1 Submitted Manuscripts >
- Start New Submission >
- Legacy Instructions >
- 5 Most Recent E-mails >
- English Language Editing Service >

Submitted Manuscripts

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
EIC: Park, Kwangung ADM: Roberts, Jason	SM-2017-07-0045	The Attitudes Toward Lesbians and Gay Men Scale (ATLG): Cross-cultural adaptation, factor structure, and reliability in Brazilian physicians View Submission	29-Jun-2017	03-Jul-2017
• Undergoing initial checking		Cover Letter		

APÊNDICE B – Artigo 2**O que médicos conhecem sobre a homossexualidade? Tradução e adaptação do
*Knowledge about Homosexuality Questionnaire***

Dear Dr. Camargos:

Your manuscript entitled "O que médicos conhecem sobre a homossexualidade? Tradução e adaptação do Knowledge about Homosexuality Questionnaire" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Revista da Associação Médica Brasileira.

Your manuscript ID is RAMB-2017-0203.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/ramb-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/ramb-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Revista da Associação Médica Brasileira.

Sincerely,

Revista da Associação Médica Brasileira Editorial Office

APÊNDICE C – Artigo 3**Lésbicas, gays e bissexuais idosos no contexto do envelhecimento**

LÉSBICAS, GAYS E BISEXUAIS IDOSOS NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO

Lesbian, gay and bisexual older adults in the aging context

Renata Corrêa-Ribeiro^a, Carmita Helena Najjar Abdo^b, Einstein Francisco Camargos^a

RESUMO

O processo de envelhecimento crescente no Brasil e no mundo é acompanhado também por uma maior diversificação sexual. Existem poucos estudos que avaliam as condições de saúde e as especificidades do envelhecimento da população de idosos composta por lésbicas, gays e bissexuais (LGB). Limitações acerca de terminologias e métodos de investigação não apropriados aplicados nos estudos fazem com que dados epidemiológicos sobre essa população sejam imprecisos. Este artigo teve como objetivos: abordar a temática sobre idosos LGB, focando os aspectos relacionados a cuidados de saúde dessa população; descrever aspectos demográficos e limitações acerca dos estudos epidemiológicos; abordar as especificidades do atendimento médico a pessoas LGB idosas e o papel dos profissionais geriatras e gerontólogos nesse contexto.

PALAVRAS-CHAVE: homossexualidade; bissexualidade; envelhecimento; idoso.

ABSTRACT

The quick aging process in Brazil and the world is also followed by greater sexual diversity. There are few studies regarding health conditions and aging among lesbian, gay, and bisexual older adults (LGB). Limitations about terminology and methods applied in LGB studies render data dimness. The aims of manuscript are: to comment the health care needs of LGB older adults; to describe the demographics and limitations of epidemiological studies; to address particular medical care of the older LGB people; to comment about the role of geriatricians and gerontologists professionals in this context.

KEYWORDS: homosexuality; bisexuality; aging; aged.

^aPós-Graduação em Ciências Médicas, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

^bDepartamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

Dados para correspondência

Renata Corrêa-Ribeiro – Clínica Amivita, SHLS 716, Bloco L, Centro Clínico Sul, Torre 1, Sala 405 – CEP: 70390-907 – Brasília (DF), Brasil – E-mail: renamed3@yahoo.com.br

Recebido em: 11/04/2016. Aceito em: 02/08/2016

DOI: 10.5327/Z2447-211520161600023

INTRODUÇÃO

À medida que a população do mundo envelhece, em crescente proporção, ela também vai ficando sexualmente mais diversificada. Segundo dados de um censo americano publicado em 2000, de 1 a 3 milhões de idosos eram lésbicas, gays ou bissexuais (LGB), e estima-se que em 2030 essa população possa chegar a 4 milhões de idosos nesse país.¹

Dados do último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, revelaram que o número de casais homoafetivos vivendo juntos no Brasil já ultrapassa 60 mil.² Esse dado foi obtido por meio do questionamento das relações de parentesco entre as pessoas que convivem no mesmo domicílio. Ao contrário dos Estados Unidos da América (EUA), nos censos aqui realizados não é questionada a orientação sexual, o que impossibilita, portanto, estimar os números de idosos LGB. Porém, o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro aponta que 4,8% dos homens acima de 60 anos se definiram como homossexuais ou bissexuais.³

Apesar desse crescimento acelerado, existem poucos estudos que avaliam as condições de saúde e as especificidades do envelhecimento da população de idosos LGB.⁴

Em relação a adolescentes e adultos, há inúmeros estudos na atualidade que têm evidenciado diferenças em morbidades e fatores de risco para diversas doenças na população LGB, quando comparada a pessoas heterossexuais, tais como: maior taxa de tabagismo,⁵⁻⁷ uso excessivo de álcool e maior tendência à obesidade,^{5,6,8} maior frequência de uso de drogas,⁷ maior prevalência de doenças cardiovasculares⁵ e maior chance de desenvolver câncer de mama.^{8,9} No entanto, a maioria desses estudos foi realizada com indivíduos de 18 a 50 anos.

Há inúmeros fatores que contribuem para que os estudos relacionados a aspectos clínicos com idosos LGB sejam escassos.

Uma importante limitação refere-se à baixa precisão dos dados epidemiológicos sobre idosos LGB no Brasil e até mesmo no mundo. Uma explicação reside na própria imprecisão acerca da abrangência desse grupo.^{10,11} Termos como orientação sexual e comportamento sexual podem se confundir no momento de se realizar um inquérito populacional.

Orientação sexual é a manifestação da atração sexual por outra pessoa e pode ser heterossexual, homossexual ou bissexual. Homossexual é quem manifesta atração sexual por pessoa do mesmo sexo, heterossexual é quem manifesta atração pelo sexo oposto e bissexual é a pessoa que manifesta atração por ambos os sexos.¹²

A homossexualidade deixou de ser considerada doença pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) em 1973. Foi uma mudança motivada por movimentos de direitos

humanos e ativismo gay frequentes na década de 1960, e ocorreu a partir de estudos comparativos de homossexuais e heterossexuais em testes de personalidade e psicopatologia que não evidenciaram diferenças entre esses dois grupos.¹³ A Organização Mundial da Saúde (OMS) excluiu a homossexualidade da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) em 1992.

A orientação sexual é o melhor termo a ser aplicado nos inquéritos. Os estudos epidemiológicos que questionam a orientação sexual de seus entrevistados recebem respostas nem sempre confiáveis, pois muitos participantes não assumem sua verdadeira orientação sexual por receio da quebra de anonimato.^{10,11,14} Ademais, alguns indivíduos, apesar de apresentarem atração por pessoas do mesmo sexo, não se reconhecem como homossexuais.^{10,11,14}

Outra limitação frequente em muitos estudos é o fato de utilizarem amostras não probabilísticas, ao buscarem os entrevistados em comunidades LGB e locais essencialmente frequentados por essa população, resultando em pesquisas com vieses relacionados à classe social, à idade, à raça e ao grau de escolaridade, o que dificulta a generalização de resultados para outras populações.^{4,6,7,15} Muitos estudos com idosos lésbicas se restringem predominantemente a mulheres brancas, de bom nível educacional e na faixa etária entre 50 e 60 anos.¹⁶

Outra limitação é a não comparação com heterossexuais com as mesmas características sociodemográficas.^{4,6,15}

Pela dificuldade de identificar esse grupo que pode não assumir sua orientação sexual, muitos estudos preferem avaliar o comportamento, e não a orientação sexual, ou seja, identificar pessoas que têm ou já tiveram relações sexuais com outras do mesmo sexo, independentemente de como elas se identifiquem.^{10,17}

Apesar da frequente congruência entre o comportamento sexual e seus aspectos cognitivos, como fantasias e desejos, é fundamental entender que a orientação sexual se refere basicamente à vivência interna do indivíduo, aspectos mentais, e pode ou não ter correspondência com a atitude sexual explícita. A orientação sexual não é uma escolha ou uma opção; a forma como o indivíduo viverá essa orientação sexual é opcional. Assim, comportamento sexual e orientação sexual são geralmente correspondentes, porém o comportamento sexual é mais variável que a orientação sexual.¹³

Em centros urbanos nos EUA, estima-se que 2,6% das mulheres se identifiquem como lésbicas e 4,6% afirmem já ter tido relações sexuais com mulheres desde a puberdade. No caso dos homens, 9,2% se identificam como gays e 15,8% referem já ter tido relações homossexuais desde a puberdade, evidenciando que os índices de orientação sexual, assumida ou não, podem diferir muito daqueles do comportamento sexual.¹⁸

No Estudo da Vida sexual do Brasileiro, apesar de 8% dos homens se definirem como homossexuais ou bissexuais, 10% referiram já ter tido uma experiência de relacionamento homossexual. No caso das mulheres, esses números foram de 3,3 e 4,1%, respectivamente.³

Esse artigo teve como objetivos: abordar a temática sobre idosos LGB, focando os aspectos relacionados a cuidados de saúde dessa população; descrever aspectos demográficos e limitações acerca dos estudos epidemiológicos; abordar as especificidades do atendimento médico a pessoas LGB idosas e o papel dos profissionais geriatras e gerontólogos nesse contexto.

Atendimento médico a pessoas lésbicas, gays e bissexuais idosas

Uma dificuldade no atendimento a pessoas LGB, segundo um *Committee* da Sociedade Americana de Geriatria realizado em 2015, é a discriminação sofrida pelas minorias sexuais ao buscarem atendimento médico. Ela pode ser evidenciada na recusa de determinados cuidados médicos, pressuposto de heterossexualidade em todos os casos, na recusa em aceitar determinados acompanhantes escolhidos pelo paciente durante internações, nas declarações ofensivas e depreciativas que podem levar a atraso ou evitação na busca de atendimento médico por esses grupos, devido ao receio de sofrerem estigmatização.¹⁹ A discriminação contra gays e lésbicas é reconhecida como um possível obstáculo à relação médico-paciente.^{11,20,21}

No atendimento aos homossexuais masculinos, muitas vezes, a única preocupação é excluir a presença de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e suas comorbidades, como se fossem os únicos problemas de saúde possíveis dessa população. Tal tendência demonstra a dimensão do impacto que essa doença teve e ainda tem, associando AIDS e homossexualidade e criando barreiras na implementação de medidas de prevenção e práticas em saúde.¹¹ Mesmo no meio acadêmico isso se observa: diferentemente dos estudos das ciências sociais com a população homossexual, majoritariamente os estudos da área médica abordam aspectos relacionados à AIDS.

A Sociedade Americana de Geriatria propõe algumas medidas no cuidado às minorias sexuais: tratamento igualitário para membros que busquem atendimento médico, equidade de acesso a parceiros do mesmo sexo no acompanhamento aos doentes, campanhas educativas para profissionais de saúde que lidam com esses pacientes, para reconhecimento de suas especificidades, cuidado com o pressuposto de heterossexualidade na história clínica, discussão da sexualidade de forma natural e não discriminativa.¹⁹

Estudos com a população idosa

Para entender as diferenças do significado de ser idoso LGB e suas especificidades, é necessário entender o contexto histórico, cultural e social em que eles viveram e envelheceram. Os idosos da atualidade vivenciaram um período no qual ter relações sexuais com alguém do mesmo sexo era algo extremamente estigmatizado e criminalizado. Por isso, muitos optaram por não revelar sua orientação sexual. Só a partir da década de 1960, com os movimentos de liberação iniciados na Rebelião de Stonewall, alguns se sentiram mais encorajados a assumir sua orientação sexual.²²

Um estudo longitudinal com *follow-up* de 20 anos avaliou as causas de mortalidade, a partir dos 18 anos, entre minorias sexuais e heterossexuais. A única diferença encontrada foi o aumento de mortalidade em mulheres que faziam sexo com mulheres (sem distinção se eram lésbicas ou bissexuais) por suicídio.¹⁴ Não houve diferenças em homens, mesmo considerando óbitos por vírus da imunodeficiência humana (HIV). Uma limitação do estudo foi que 44% das pessoas que se recusaram a declarar a orientação sexual tinham acima de 66 anos, evidenciando um desconforto entre os idosos quanto à revelação de sua orientação sexual, consideração importante ao se avaliar resultados de estudos com esse público-alvo. Idosos podem se sentir mais inibidos em revelar sua orientação sexual em *surveys*, o que pode comprometer a confiabilidade desses estudos.⁶

A maioria das pesquisas mostra que idosos LGB apresentam pior estado de saúde, quando comparados aos seus pares heterossexuais. Em um estudo populacional que avaliou mais de 1.500 pessoas LGB acima de 50 anos, lésbicas e bissexuais femininas revelaram maior incapacidade funcional em relação às heterossexuais, pior saúde mental, menos triagens mamográficas, mais obesidade, prevalência de tabagismo, consumo de álcool em excesso e, mesmo após correção de critérios demográficos, mais doenças cardiovasculares. Gays tinham pior saúde física, fumavam mais, consumiam álcool em excesso, apresentavam pior funcionalidade e pior saúde mental que homens heterossexuais. Não houve diferenças em relação ao acesso aos serviços de saúde e à prática de atividades físicas entre LGB e heterossexuais em geral.⁵

Outro grande estudo populacional com indivíduos de 50 a 70 anos constatou que a população LGB da Califórnia apresenta mais comorbidades, ainda que tenha acesso a serviços de saúde similar ao de seus pares heterossexuais.²³ A prevalência de hipertensão, diabetes, sintomas relacionados ao *stress* psicológico, incapacidade física e saúde geral considerada pobre foi maior na população de gays e

bissexuais com semelhantes aspectos demográficos. Já as mulheres LGB apresentaram maior prevalência de sintomas relacionados ao *stress* psicológico e à incapacidade física em relação às heterossexuais.

O acesso a serviços de saúde parece diferir muito, de acordo com a população estudada. Os estudos que não evidenciaram diferenças no acesso a serviços de saúde de LGB em relação a heterossexuais foram realizados em locais onde há serviços específicos para a população LGB,²³ uma realidade bem distante da brasileira. O isolamento parece também ser um fato presente na vida do idoso LGB. Na Califórnia, 50% dos gays e bissexuais vivem sozinhos, enquanto apenas 13,4% dos heterossexuais estão na mesma situação.²³ Esse mesmo estudo demonstrou que um terço dos homossexuais é casado ou vive em união estável, número significativamente menor que o observado na mesma população de heterossexuais (75%). A diferença entre as mulheres é menor: 25% das lésbicas ou bissexuais vivem sozinhas, em oposição a 20% das heterossexuais.

O homem gay ou bissexual parece ter pior suporte social ao envelhecer que a mulher. Um grande estudo populacional americano com LGB exclusivamente acima de 50 anos (total de 2.201 indivíduos) evidenciou que gays e bissexuais masculinos têm maior grau de vitimização, estigmatização internalizada, menos suporte social e menor rede social, quando comparados às lésbicas e às bissexuais femininas.⁴ Além disso, lésbicas e bissexuais femininas apresentam maior grau de incapacidade funcional que os homens. Segundo os autores, essa pior funcionalidade das mulheres pode estar relacionada a maior frequência de obesidade, tabagismo, pior acesso a serviços de saúde por questões financeiras, vitimização e estigmatização internalizada nesse grupo. Os fatores protetores para a saúde global, evidenciados nesse estudo, foram: prática de atividade física, submissão a *check-up* anual, maior apoio social e tamanho da rede social. Vitimização durante a vida se associou negativamente aos três parâmetros avaliados: saúde global, capacidade física e humor, após controle das demais covariáveis. Observou-se, ainda, que quanto maiores o apoio social e o tamanho da rede de sociabilidade, menor a prevalência de depressão entre esses idosos.

Uma questão ainda sem resposta é o quanto assumir a orientação sexual pode se associar à melhor qualidade de vida e de saúde. Esse mesmo estudo não observou isso.⁴ Assumir a orientação sexual não é uma atitude necessariamente positiva ou negativa para a saúde, mas as consequências decorrentes dessa decisão podem ser positivas ou negativas. Para alguns LGB, revelar socialmente a orientação sexual trouxe mais benefícios do que riscos; para outros, os riscos seriam

preponderantes para que eles optassem por não se revelarem publicamente.

Apoio e tamanho da rede social são fatores protetores para a saúde global, a incapacidade funcional e a depressão. Esses parâmetros são importantes para idosos em geral, mas são especialmente importantes para os LGB idosos, os quais contam mais com seus parceiros e amigos que com familiares. Quando comparados aos heterossexuais, é mais frequente encontrar LGB sem filhos e gays e bissexuais masculinos vivendo sozinhos.^{5,23,24}

Contrastando com esses dados, um estudo brasileiro comparou 40 heterossexuais e 40 homossexuais, com média de idade de 58 anos, e não encontrou diferença em relação ao contato familiar entre os dois grupos, rejeitando o estereótipo de que homossexuais mais velhos seriam solitários e socialmente isolados. Nesse estudo, identificar-se como homossexual era um critério necessário à participação. No entanto, 32,5% encobriam a homossexualidade em áreas sociais significativas, como família e trabalho.²⁵

Apesar da percepção de que assumir a orientação sexual pode ter consequências positivas ou negativas à saúde mental, esse estudo evidenciou que essa atitude se constituiu em um marco importante ao desenvolvimento da identidade homossexual, visto que promoveu grande alívio e aumento da autoconfiança no enfrentamento de situações de discriminação. Houve relação significativa importante ($p = 0,0001$) entre a presença de transtornos mentais e a ocultação da orientação sexual, sugerindo que o esforço em não se revelar no decorrer da vida pode gerar altos níveis de *stress* psicológico.²⁵

Essa discrepância de resultados entre os estudos aponta para o fato de a revelação da orientação sexual não ser essencialmente positiva ou negativa; é importante considerar o ambiente social e as relações interpessoais com que o indivíduo se depara a partir dessa situação. Outro aspecto que pode impactar é a fase da vida em que se escolhe assumir a orientação sexual. As consequências de se assumir a orientação sexual na juventude, antes de construir uma falsa relação heterossexual e ter filhos, são menos deletérias que em uma fase mais tardia da vida, quando outros estarão envolvidos nessa mudança de orientação sexual e, portanto, sofrerão consequências. Não se tem evidências que correlacionem as consequências de assumir a orientação sexual em determinadas fases da vida e as respectivas repercussões sobre a saúde mental.

Uma situação comum na vida da população LGB, e que pode influenciar na sua qualidade de vida, refere-se à discriminação. Apesar das mudanças sociais e dos direitos civis conquistados nos últimos anos, idosas lésbicas continuam a

sofrer discriminação e hostilidade em diferentes contextos,¹⁶ possivelmente pelo fato de que assumem publicamente sua homossexualidade, ficando mais susceptíveis a sofrer preconceito.

No que se refere aos direitos civis, na realidade, idosos homossexuais encontram dificuldades em conseguir o reconhecimento de parcerias e familiares de sua escolha, o que os torna vulneráveis em termos de benefícios acessíveis aos heterossexuais, tais como: planos de saúde, pensão, seguros de vida do cônjuge, herança, direito à propriedade, direitos parentais, entre outros. Políticas que estendam benefícios a casais do mesmo sexo derrubarão barreiras financeiras e ensejarão o acesso a serviços de saúde.^{23,26}

Um estudo que avaliou, por meio de vários inventários, apenas aspectos da saúde mental de idosos LGB entre 60 e 91 anos encontrou melhor saúde mental associada a: maior rendimento, melhor saúde física e cognitiva, maior autoestima, visão mais positiva em relação à própria orientação sexual, menor frequência de pensamentos suicidas atribuídos à orientação sexual e menos sentimento de solidão.¹⁵ Vale ressaltar que em idosos LGB pensamentos suicidas recentes se correlacionaram mais frequentemente a: pior função cognitiva, menor autoestima, visão negativa da própria orientação sexual, maior solidão e menor controle sobre a solidão. Apesar de os idosos com filhos referirem menos sensação de solidão, verificou-se maior frequência de pensamentos suicidas e tentativas de suicídio entre eles.¹⁵

CONCLUSÃO

Ainda que a homossexualidade não seja considerada doença, minorias sexuais são mais vulneráveis a piores condições de saúde física e mental e a comportamentos de risco. Essas disparidades em relação aos heterossexuais são observadas

na população LGB de adultos e se mantêm, ou até se agravam, entre os idosos.

Apesar disso, eles constituem uma população que sofre pela invisibilidade que vivenciam no sistema de saúde brasileiro, visto que não há políticas de cuidados específicos, tampouco um incentivo às práticas de educação dos profissionais de saúde em relação às particularidades dos fatores de risco e às morbidades mais frequentes dos idosos LGB.

Os estudos avaliados neste artigo são predominantemente norte-americanos. Nos EUA, país onde os censos nacionais investigam e reconhecem a população LGB, há serviços de saúde específicos para LGB, uma sociedade de profissionais de saúde LGB (*Gay & Lesbian Medical Association*), sociedades de diferentes áreas (pediatria, psiquiatria, geriatria e ginecologia) com *committees* de treinamento aos médicos, para atenderem e se atualizarem nos cuidados com esse segmento, incentivos para que médicos que desejam atender esse público identifiquem seus consultórios como “LGB-friendly”.

No Brasil, idosos LGB estão sujeitos à discriminação no sistema de saúde, o que aumenta sua condição de vulnerabilidade. Ou não são reconhecidos como tal e não têm suas demandas atendidas.

É imperativo entendermos as demandas de saúde das minorias idosas em geral e em suas especificidades para desenvolvermos intervenções preventivas eficientes e serviços. É primordial que comecemos a abordar o envelhecimento saudável na nossa crescente sociedade diversificada.

É necessário dar visibilidade à população LGB que envelhece, promover estudos nacionais que revelem nossa realidade e desenvolver programas de treinamento a geriatras e gerontólogos para que se atualizem e reconheçam as demandas específicas dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Cahill S, South K, Spade J. *Outing Age: Public Policy Issues Affecting Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Elders*. New York: The Policy Institute of the National Gay and Lesbian Task Force; 2000.
2. Vieira I. IBGE identifica 60 mil casais gays no país. Agência Brasil, 2012. [citado em 2016 jan 10]. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-10-17/ibge-identifica-60-mil-casais-gays-no-pais>
3. Abdo C. *Estudo da vida sexual do brasileiro*. São Paulo: Editora Bregantini; 2004.
4. Fredriksen-Goldsen KI, Emler CA, Kim HJ, Muraco A, Erosheva EA, Goldsen J, et al. The physical and mental health of lesbian, gay male, and bisexual (LGB) older adults: the role of key health indicators and risk and protective factors. *Gerontologist*. 2013;53(4):664-75.
5. Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Barkan SE, Muraco A, Hoy-Ellis CP. Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: results from a population-based study. *Am J Public Health*. 2013;103(10):1802-9.
6. Dilley JA, Simmons KW, Boysun MJ, Pizacani BA, Stark MJ. Demonstrating the importance and feasibility of including sexual orientation in public health surveys: health disparities in the Pacific Northwest. *Am J Public Health*. 2010;100(3):460-7.
7. Conron KJ, Mimiaga MJ, Landers SJ. A population-based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. *Am J Public Health*. 2010;100(10):1953-60.
8. Cochran SD, Mays VM, Bowen D, Gage S, Bybee D, Roberts SJ, et al. Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women. *Am J Public Health*. 2001;91(4):591-7.

9. Boehmer U, Miao X, Maxwell NI, Ozonoff A. Sexual minority population density and incidence of lung, colorectal and female breast cancer in California. *BMJ Open*. 2014;4(3):e004461.
10. Fredriksen-Goldsen KI, Muraco A. Aging and sexual orientation: a 25-year review of the literature. *Res Aging*. 2010;32(3):372-413.
11. Terto JV. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *Horiz Antropol*. 2002;8(17):147-58.
12. Committee on Adolescence. Office-based care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *Pediatrics*. 2013;132(1):198-203.
13. Rubio-Aurioles E, Wylie K. Sexual orientation matters in sexual medicine. *J Sex Med*. 2008;5(7):1521-33; quiz 1534-5.
14. Cochran SD, Mays VM. Mortality risks among persons reporting same-sex sexual partners: evidence from the 2008 General Social Survey-National Death Index data set. *Am J Public Health*. 2015;105(2):358-64.
15. D'Augelli AR, Grossman AH, Hershberger SL, O'Connell TS. Aspects of mental health among older lesbian, gay, and bisexual adults. *Aging Ment Health*. 2001;5(2):149-58.
16. Averett P, Yoon I, Jenkins CL. Older lesbians: experiences of aging, discrimination and resilience. *J Women Aging*. 2011;23(3):216-32.
17. Mora CM, Monteiro S. Homoerotismo feminino, juventude e vulnerabilidade às DSTs/Aids. *Estudos Feministas*. 2013;21(3):905-26.
18. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT. *The social organization of sexuality: sexual practices in United States*. Chicago: University of Chicago Press; 1994.
19. American Geriatrics Society Ethics Committee. American Geriatrics Society care of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults position statement: American Geriatrics Society Ethics Committee. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(3):423-6.
20. Almeida G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis*. 2009;19(2):301-31.
21. Grabovac I, Abramović M, Komlenović G, Milosević M, Mustajbegović J. Attitudes towards and knowledge about homosexuality among medical students in Zagreb. *Coll Antropol*. 2014;38(1):39-45.
22. Orel NA. Investigating the needs and concerns of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults: the use of qualitative and quantitative methodology. *J Homosex*. 2014;61(1):53-78.
23. Wallace SP, Cochran SD, Durazo EM, Ford CL. The health of aging lesbian, gay and bisexual adults in California. *Policy Brief UCLA Cent Health Policy Res*. 2011;(PB2011-2):1-8.
24. Gonzales G, Henning-Smith C. Disparities in health and disability among older adults in same-sex cohabiting relationships. *J Aging Health*. 2015;27(3):432-453.
25. Ceará AdT, Dalgalarondo P. Transtornos mentais, qualidade de vida e identidade em homossexuais na maturidade e velhice. *Rev Psiquiatr Clín*. 2010;37(3):118-23.
26. Mravcak SA. Primary care for lesbians and bisexual women. *Am Fam Physician*. 2006;74(2):279-86.

ANEXO A – Attitudes Toward Lesbian and Gay Men Scale (ATLG) – versão em inglês

Items 1-20, answer each item by circling the appropriate number next to each statement using the following scale:

- 1 - (SD) Strongly disagree
 3 - (D) Disagree
 5 - (N) Neither agree nor disagree
 7 - (A) Agree
 9 - (SA) Strongly agree

	SD	N	SA
1. Lesbians just can't fit into our society.	1	2 3 4 5 6 7 8 9	
2. A woman's homosexuality should <u>not</u> be a cause for job discrimination in any situation.	1	2 3 4 5 6 7 8 9	
3. Female homosexuality is detrimental to society because it breaks down the natural divisions between the sexes.	1	2 3 4 5 6 7 8 9	
4. State laws regulating private, consenting lesbian behavior should be loosened.	1	2 3 4 5 6 7 8 9	
5. Female homosexuality is a sin.	1	2 3 4 5 6 7 8 9	
6. The growing number of lesbians indicates a decline in American morals.	1	2 3 4 5 6 7 8 9	
7. Female homosexuality in itself is no problem, but what society makes of it can be a problem.	1	2 3 4 5 6 7 8 9	
8. Female homosexuality is a threat to many of our basic social institutions.	1	2 3 4 5 6 7 8 9	
9. Female homosexuality is an inferior form of sexuality.	1	2 3 4 5 6 7 8 9	
10. Lesbians are sick.	1	2 3 4 5 6 7 8 9	
11. Male homosexual couples should be allowed to adopt children the same as heterosexual couples.	1	2 3 4 5 6 7 8 9	

	SD	N	SA
12. I think male homosexuals are disgusting.	1	2	3 4 5 6 7 8 9
13. Male homosexuals should <u>not</u> be allowed to teach school.	1	2	3 4 5 6 7 8 9
14. Male homosexuality is a perversion.	1	2	3 4 5 6 7 8 9
15. Just as in other species, male homosexuality is a natural expression of sexuality in human men.	1	2	3 4 5 6 7 8 9
16. If a man has homosexual feelings, he should do everything he can do to overcome them.	1	2	3 4 5 6 7 8 9
17. I would <u>not</u> be too upset if I learned that my son was homosexual.	1	2	3 4 5 6 7 8 9
18. Homosexual behavior between two men is just plain wrong.	1	2	3 4 5 6 7 8 9
19. The idea of male homosexual marriages seems ridiculous to me.	1	2	3 4 5 6 7 8 9
20. Male homosexuality is merely a different kind of lifestyle that should <u>not</u> be condemned.	1	2	3 4 5 6 7 8 9

Retirado de: Morgan D.J. Knowledge and attitudes of preservice teachers toward students who are gay, lesbian, bisexual, or transgendered, (Tese de doutorado). Texas: University of North Texas; 2003.

ANEXO B – Knowledge about Homosexuality Questionnaire (KHQ) – versão em inglês

For items 21-38, answer each item by circling A if the item is true, B if the item is false, or C if you Don't Know.

21. A child who engages in homosexual behaviors will become a homosexual adult.
A. True B. False C. Don't Know
22. There is a good chance of changing homosexual people into heterosexuals.
A. True B. False C. Don't Know
23. Most homosexuals want to be members of the opposite sex.
A. True B. False C. Don't Know
24. Some church denominations oppose legal and social discrimination against homosexual men and women.
A. True B. False C. Don't Know
25. Sexual orientation is established at an early age.
A. True B. False C. Don't Know
26. According to the American Psychological Association, homosexuality is an illness.
A. True B. False C. Don't Know
27. Homosexual males are more likely to seduce young men than heterosexual males are likely to seduce young girls.
A. True B. False C. Don't Know
28. Gay men are more likely to be victims of violent crime than the general public.
A. True B. False C. Don't Know
29. A majority of homosexuals were seduced in adolescence by a person of the same sex, usually several years older.
A. True B. False C. Don't Know
30. A person becomes a homosexual (develops a homosexual orientation) because he/she chooses to do so.
A. True B. False C. Don't Know
31. Homosexuality does not occur among animals (other than human beings).
A. True B. False C. Don't Know

32. Kinsey and many other researchers consider sexual behavior as a continuum from exclusively homosexual to exclusively heterosexual.
A. True B. False C. Don't Know
33. A homosexual person's gender identity does not agree with his/her biological sex.
A. True B. False C. Don't Know
34. Historically, almost every culture has evidenced widespread intolerance toward homosexuals, viewing them as "sick" or as "sinners".
A. True B. False C. Don't Know
35. Heterosexual men tend to express more hostile attitudes toward homosexuals than do heterosexual women.
A. True B. False C. Don't Know
36. "Coming out" is a term that homosexuals use for publicly acknowledging their homosexuality.
A. True B. False C. Don't Know
37. Bisexuality may be characterized by sexual behaviors and/or responses to both sexes.
A. True B. False C. Don't Know
38. Recent research has shown that homosexuality may be linked to c Chromosomal differences.
A. True B. False C. Don't Know

Retirado de: Morgan D.J. Knowledge and attitudes of preservice teachers toward students who are gay, lesbian, bisexual, or transgendered, (Tese de doutorado). Texas: University of North Texas; 2003.

ANEXO C – Traduções do ATLG e síntese

Original	Tradução 1	Tradução 2	Síntese	Informações
1. Lesbians just can't fit into our society.	Lésbicas apenas não podem se encaixar em nossa sociedade.	As lésbicas simplesmente não se encaixam na nossa sociedade.	As lésbicas simplesmente não se encaixam na nossa sociedade.	
2. A woman's homosexuality should not be a cause for job discrimination in any situation.	A homossexualidade de uma mulher não deve ser causa para discriminação no trabalho em qualquer situação	A homossexualidade de uma mulher não deveria ser motivo de discriminação no trabalho em nenhuma situação.	A homossexualidade de uma mulher não deveria ser motivo de discriminação no trabalho em nenhuma situação.	
3. Female homosexuality is detrimental to society because it breaks down the natural divisions between the sexes.	A homossexualidade feminina é prejudicial para a sociedade porque ela rompe as divisões naturais entre os sexos.	A homossexualidade feminina é prejudicial à sociedade porque quebra a divisão natural entre os sexos	A homossexualidade feminina é prejudicial à sociedade porque rompe as divisões naturais entre os sexos	Reorganização das duas traduções
4. State laws regulating private, consenting lesbian behavior should be loosened.	Leis estaduais que regulam comportamento lésbico consensual e privado deveriam ser flexibilizadas.	As leis do estado que regulam o comportamento lésbico privado, deveriam ser liberadas.	Leis estaduais que regulam comportamento lésbico consensual e privado deveriam ser flexibilizadas.	
5. Female homosexuality is a sin.	Homossexualidade feminina é um pecado.	A homossexualidade feminina é um pecado.	A homossexualidade feminina é um pecado.	
6. The growing number of lesbians indicates a decline in American morals.	O aumento do número de lésbicas indica um declínio na moral americana.	O número crescente de lésbicas indica um declínio nos valores morais.	O número crescente de lésbicas indica um declínio nos valores morais.	Observação: O termo "Americano" foi retirado para dar maior validade cultural ao item.

Original	Tradução 1	Tradução 2	Síntese	Informações
7. Female homosexuality in itself is no problem, but what society makes of it can be a problem.	Homossexualidade feminina por si só não é um problema, mas o que a sociedade faz com isso pode ser um problema.	A homossexualidade feminina não é um problema, mas o que a sociedade faz disso, pode ser um problema.	Homossexualidade feminina por si só não é um problema, mas o que a sociedade faz com isso pode ser um problema.	
8. Female homosexuality is a threat to many of our basic social institutions.	A homossexualidade feminina é uma ameaça para muitas de nossas instituições sociais básicas.	A homossexualidade feminina é uma ameaça a várias das nossas instituições sociais mais básicas	A homossexualidade feminina é uma ameaça para muitas de nossas instituições sociais básicas.	
9. Female homosexuality is an inferior form of sexuality.	A homossexualidade feminina é uma forma inferior de sexualidade.	A homossexualidade feminina é uma forma inferior de sexualidade.	A homossexualidade feminina é uma forma inferior de sexualidade.	
10. Lesbians are sick.	Lésbicas são doentes.	Lésbicas são doentes.	Lésbicas são doentes.	
11. Male homosexual couples should be allowed to adopt children the same as heterosexual couples.	Casais de homens homossexuais deveriam ser autorizados a adotarem crianças assim como os casais heterossexuais.	Casais de homens homossexuais deveriam ser permitidos à adotar crianças da mesma forma que casais heterossexuais.	Casais de homens homossexuais deveriam ser autorizados a adotarem crianças da mesma forma como os casais heterossexuais.	Reorganização das duas traduções
12. I think male homosexuals are disgusting.	Eu acho que homens homossexuais são nojentos.	Eu acho a homossexualidade masculina nojenta.	Eu acho que homens homossexuais são nojentos.	
13. Male homosexuals should not be allowed to teach school.	Não deveria ser permitido que homens homossexuais ensinassem em escolas.	Homens homossexuais deveriam ser proibidos de ensinar em escolas.	Homens homossexuais deveriam ser proibidos de ensinar em escolas.	
14. Male homosexuality is a perversion.	Homossexualidade masculina é uma perversão.	A homossexualidade masculina é uma perversão	A homossexualidade masculina é uma perversão	

Original	Tradução 1	Tradução 2	Síntese	Informações
15. Just as in other species, male homosexuality is a natural expression of sexuality in human men.	Assim como em outras espécies, a homossexualidade masculina é uma expressão natural da sexualidade em humanos.	Assim como nas outras espécies, a homossexualidade masculina é uma forma natural de expressão da sexualidade dos homens.	Assim como em outras espécies, a homossexualidade masculina é uma expressão natural da sexualidade em humanos.	
16. If a man has homosexual feelings, he should do everything he can do to overcome them.	Se um homem tem sentimentos homossexuais, ele deve fazer tudo que puder para superá-los.	Se um homem tem atrações homossexuais, ele deveria fazer de tudo para superá-las.	Se um homem tem atrações homossexuais, ele deveria fazer de tudo para superá-las.	
17. I would not be too upset if I learned that my son was homosexual.	Eu não ficaria tão chateado se eu soubesse que meu filho é homossexual.	Eu não ficaria muito chateado se o meu filho fosse homossexual.	Eu não ficaria tão chateado se eu soubesse que meu filho é homossexual.	
18. Homosexual behavior between two men is just plain wrong.	O comportamento homossexual entre dois homens é simplesmente errado.	O comportamento homossexual entre dois homens é simplesmente errado.	O comportamento homossexual entre dois homens é simplesmente errado.	
19. The idea of male homosexual marriages seems ridiculous to me.	A ideia de casamento entre homens homossexuais me parece ridícula.	A ideia de casamentos homossexuais entre homens parece ridícula para mim.	A ideia de casamento entre homens homossexuais me parece ridícula.	
20. Male homosexuality is merely a different kind of lifestyle that should not be condemned.	A homossexualidade masculina é apenas um tipo diferente de estilo de vida que não deve ser condenado.	A homossexualidade masculina é simplesmente um estilo de vida diferente que não deveria ser condenada.	A homossexualidade masculina é simplesmente um estilo de vida diferente que não deveria ser condenado.	

ANEXO D – Traduções do KHQ e síntese

Original	Tradução 1	Tradução 2	Síntese	Informações
1. A child who engages in homosexual behaviors will become a homosexual adult.	Uma criança que se envolve com condutas homossexuais se tornará um adulto homossexual.	Uma criança que se envolve em comportamentos homossexuais se tornará um adulto homossexual	Uma criança que se envolve em comportamentos homossexuais se tornará um adulto homossexual	
2. There is a good chance of changing homosexual people into heterosexuals.	Há boas chances de se converter uma pessoa homossexual em heterossexual.	Há uma boa probabilidade de modificar pessoas homossexuais para heterossexuais	Há boas chances de se converter pessoas homossexuais em heterossexuais.	Re-organização das duas traduções.
3. Most homosexuals want to be members of the opposite sex.	A maioria dos homossexuais deseja ser do sexo oposto.	Muitos homossexuais gostariam de ser do outro sexo	A maioria dos homossexuais deseja ser do sexo oposto.	
4. Some church denominations oppose legal and social discrimination against homosexual men and women.	Alguns valores da Igreja se opõem à discriminação legal e social contra homens e mulheres homossexuais.	Algumas denominações de igrejas se opõem legal e socialmente contra a homossexualidade masculina e feminina.	Algumas denominações religiosas são contra a discriminação legal e social de homens e mulheres homossexuais.	Item bastante discutido.
5. Sexual orientation is established at an early age.	A orientação sexual é estabelecida em uma idade precoce.	A orientação sexual é estabelecida desde muito cedo.	A orientação sexual é estabelecida desde muito cedo.	
6. According to the American Psychological Association, homosexuality is an illness.	De acordo com a APA (Associação Americana de Psicologia), homossexualidade é uma doença.	De acordo com a Associação Americana de Psicologia, a homossexualidade é uma doença	De acordo com a Associação Americana de Psicologia, a homossexualidade é uma doença	
7. Homosexual males are more likely to seduce young men than heterosexual males are likely to seduce young girls.	Homens homossexuais têm mais tendência a seduzir jovens garotos do que homens heterossexuais têm tendência a seduzir meninas.	Homens homossexuais são mais suscetíveis a seduzir jovens garotos do que homens heterossexuais a seduzir jovens meninas	Homens homossexuais são mais propensos a seduzir jovens garotos do que homens heterossexuais a seduzir jovens meninas	Re-organização das duas traduções.
8. Gay men are more likely to be victims of violent crime than the general public.	Homens gays são mais propensos a serem vítimas de um crime violento do que o público em geral.	Homens gays são mais suscetíveis a serem vítimas de crimes violentos do que a população geral	Homens gays são mais propensos a serem vítimas de crimes violentos do que a população em geral	Re-organização das duas traduções.

Original	Tradução 1	Tradução 2	Síntese	Informações
9. A majority of homosexuals were seduced in adolescence by a person of the same sex, usually several years older.	A maioria dos homossexuais foi seduzida na adolescência por uma pessoa do mesmo sexo, geralmente muitos anos mais velha.	A maioria dos homossexuais foi seduzida quando adolescentes por uma pessoa mais velha do mesmo sexo	A maioria dos homossexuais foi seduzida na adolescência por uma pessoa do mesmo sexo, geralmente muitos anos mais velha.	
10. A person becomes a homosexual (develops a homosexual orientation) because he/she chooses to do so.	Uma pessoa se torna um homossexual (desenvolve orientação homossexual) por escolha.	Uma pessoa se torna homossexual (desenvolve uma orientação homossexual) porque ele/ela escolhe.	Uma pessoa se torna um homossexual (desenvolve orientação homossexual) por escolha própria.	
11. Homosexuality does not occur among animals (other than human beings).	Homossexualidade não ocorre entre animais (que não os seres humanos).	A homossexualidade não ocorre entre outros animais que não seres humanos	A homossexualidade não ocorre entre outros animais (que não os seres humanos)	
12. Kinsey and many other researchers consider sexual behavior as a continuum from exclusively homosexual to exclusively heterosexual.	Kinsey e muitos outros pesquisadores consideram o comportamento sexual como um <i>continuum</i> que varia desde exclusivamente homossexual até exclusivamente heterossexual.	Muitos pesquisadores consideram o comportamento sexual como um continuum que vai desde exclusivamente homossexual até exclusivamente heterossexual.	Muitos pesquisadores consideram o comportamento sexual como um <i>continuum</i> que vai desde exclusivamente homossexual até exclusivamente heterossexual.	Retirado o "Kinsey" por ser muito específico.
13. A homosexual person's gender identity does not agree with his/her biological sex.	A identidade de gênero de uma pessoa homossexual não coincide com o seu sexo biológico.	A identidade de gênero homossexual de uma pessoa não combina com o seu sexo biológico	A identidade de gênero de uma pessoa homossexual não coincide com o seu sexo biológico.	
14. Historically, almost every culture has evidenced widespread intolerance toward homosexuals, viewing them as "sick" or as "sinners".	Historicamente, quase todas as culturas têm evidenciado ampla intolerância em relação aos homossexuais, os considerando "doentes" ou "pecadores".	Historicamente, quase todas as culturas tem mostrado ampla intolerância contra os homossexuais, os percebendo como "doentes" ou "pecadores"	Historicamente, quase todas as culturas tem mostrado ampla intolerância contra os homossexuais, os considerando como "doentes" ou "pecadores"	
15. Heterosexual men tend to express more hostile attitudes toward homosexuals than do heterosexual women.	Homens heterossexuais tendem a expressar atitudes mais hostis em relação a homossexuais do que mulheres heterossexuais.	Homens heterossexuais tendem a expressar mais atitudes hostis para homossexuais do que mulheres heterossexuais.	Homens heterossexuais tendem a expressar mais atitudes hostis para homossexuais do que mulheres heterossexuais.	

Original	Tradução 1	Tradução 2	Síntese	Informações
16. “Coming out” is a term that homosexuals use for publicly acknowledging their homosexuality.	“Sair do armário” é um termo que os homossexuais utilizam para assumir publicamente sua homossexualidade.	“Sair do armário” é um termo que homossexuais usam para publicamente assumir sua homossexualidade	“Sair do armário” é um termo que os homossexuais utilizam para assumir publicamente sua homossexualidade.	
17. Bisexuality may be characterized by sexual behaviors and/or responses to both sexes.	Bissexualidade pode ser caracterizada por comportamentos sexuais e/ou atração por ambos os sexos.	A bissexualidade pode ser caracterizada por comportamentos sexuais e/ou atração por ambos os sexos.	A bissexualidade pode ser caracterizada por comportamentos sexuais e/ou atração por ambos os sexos.	
18. Recent research has shown that homosexuality may be linked to chromosomal differences.	Uma pesquisa recente mostrou que a homossexualidade pode estar vinculada a diferenças cromossômicas.	Pesquisas recentes têm mostrado que a homossexualidade pode estar relacionada a diferenças cromossômicas	Pesquisas recentes têm mostrado que a homossexualidade pode estar relacionada a diferenças genéticas	Alteração realizada conforme sugestão da Renata.

**ANEXO E – Avaliação do público-alvo da Escala de Atitudes Frente a Lésbicas e Gays
(AFLG)**

Foi realizado um estudo com 13 médicos(as), que responderam ao instrumento AFLG, e posteriormente, indicaram sobre a clareza dos itens.

Os resultados sobre a clareza dos itens encontram-se nas tabelas abaixo:

1. As lésbicas simplesmente não se encaixam na nossa sociedade

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
Sim. O item está claro.	13	100,0	100,0	100,0

2. A homossexualidade de uma mulher não deveria ser motivo de discriminação no trabalho em nenhuma situação

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
Sim. O item está claro.	12	92,3	92,3	92,3
Não. O item não está claro	1	7,7	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

3. A homossexualidade feminina é prejudicial à sociedade porque rompe as divisões naturais entre os sexos

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
Sim. O item está claro.	12	92,3	92,3	92,3
Não. O item não está claro	1	7,7	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

4. Leis estaduais que regulam comportamento lésbico consensual e privado deveriam ser flexibilizadas

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
Sim. O item está claro.	7	53,8	53,8	53,8
Não. O item não está claro	6	46,2	46,2	100,0
Total	13	100,0	100,0	

5. A homossexualidade feminina é um pecado

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
Sim. O item está claro.	13	100,0	100,0	100,0

6. O número crescente de lésbicas indica um declínio nos valores morais da sociedade

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
Sim. O item está claro.	12	92,3	92,3	92,3
Não. O item não está claro	1	7,7	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

7. Homossexualidade feminina por si só não é um problema, mas o que a sociedade faz com isso pode ser um problema

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
Sim. O item está claro.	12	92,3	92,3	92,3
Não. O item não está claro	1	7,7	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

8. A homossexualidade feminina é uma ameaça para muitas de nossas instituições sociais básicas

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
Sim. O item está claro.	12	92,3	92,3	92,3
Não. O item não está claro	1	7,7	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

9. A homossexualidade feminina é uma forma inferior de sexualidade

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
Sim. O item está claro.	13	100,0	100,0	100,0

10. Lésbicas são doentes

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
Sim. O item está claro.	13	100,0	100,0	100,0

11. Casais de homens homossexuais deveriam ser autorizados a adotarem crianças da mesma forma como os casais heterossexuais

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
Sim. O item está claro.	13	100,0	100,0	100,0

12. Eu acho que homens homossexuais são nojentos

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
Sim. O item está claro.	13	100,0	100,0	100,0

13. Homens homossexuais deveriam ser proibidos de ensinar em escolas

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
Sim. O item está claro.	13	100,0	100,0	100,0

14. A homossexualidade masculina é uma perversão

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
Sim. O item está claro.	13	100,0	100,0	100,0

15. Assim como em outras espécies, a homossexualidade masculina é uma expressão natural da sexualidade em humanos

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
Sim. O item está claro.	13	100,0	100,0	100,0

16. Se um homem tem atrações homossexuais, ele deveria fazer de tudo para superá-las

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
Sim. O item está claro.	12	92,3	92,3	92,3
Não. O item não está claro	1	7,7	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

17. Eu não ficaria tão chateado se eu soubesse que meu filho é homossexual

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
Sim. O item está claro.	11	84,6	84,6	84,6
Não. O item não está claro	2	15,4	15,4	100,0
Total	13	100,0	100,0	

18. O comportamento homossexual entre dois homens é simplesmente errado

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
Sim. O item está claro.	13	100,0	100,0	100,0

19. A ideia de casamento entre homens homossexuais me parece ridícula

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
Sim. O item está claro.	13	100,0	100,0	100,0

20. A homossexualidade masculina é simplesmente um estilo de vida diferente que não deveria ser condenado

	Freq.	Percentil	Percentil Válido	Percentil acumulado
--	-------	-----------	---------------------	------------------------

Conforme pode ser visto nas tabelas, a maioria dos participantes indica a clareza dos itens. Entretanto, alguns comentários foram elaborados, conforme tabela abaixo. Alguns comentários não sugerem modificações específicas. Outros, por sua vez, sugerem alterações.

Item	Sugestão
Item 3	Se divisão natural for entendida por relação homem-mulher para reprodução isso seria uma divisão natural sim, logo acho que o item pode ser melhor formulado .
Item 4	Um pouco confuso. O que é o comportamento privado? É ser lésbica longe dos espaços públicos? Flexibilizadas em que sentido? Não sei se o item está claro.
	Leis estaduais que regulam comportamento lésbico consensual e privado deveriam ser flexibilizadas. Talvez seja por eu não saber quais leis são essas, mas não soube o que responder.
	Não tenho conhecimento das leis a respeito do comportamento lésbico, por isso respondi imaginando que sejam leis que limitam a liberdade dessas mulheres. Se não for o caso, seria interessante explicitar na questão o tipo de leis.
Item 6	6-Se valores morais for aqueles ligados a determinadas religiões. Os valores morais estariam em declínio sim. Talvez reformular ajude.
Item 7	item 7 diz que ""o que a sociedade faz com isso é que é o problema"". Não entendi bem essa frase, pois duas possibilidades me ocorreram: a primeira em relação ao preconceito, no sentido de ser lésbica não ser um problema, e o problema ser a reação da sociedade que pode vir a contribuir pra alteração da saúde mental da população de minoria

	<p>sexual; a segunda possibilidade seria no sentido de ser lésbica não ser um problema, o problema seria as mulheres não estarem todas disponíveis pro relacionamento heterossexual procriador e mantenedor dos papéis de gênero. Como não entendi esse item, marquei que não concordava nem discordava.</p>
Item 8	<p>8-O que seria uma instituição básica? - Não sei o que seria isso, pode ser escola, exercito, família- então achei um item muito ruim e que se deve pensar em reformular com algo mais claro.</p>
Item 17	<p>17. Eu não ficaria tão chateado se eu soubesse que meu filho é homossexual O item está claro, mas é necessário manter o ""tão"", porque isto deixa implícito que a pessoas ficaria ao menos um pouco chateada se o filho fosse homossexual. Também, poderia ser acrescentado um filho/filha.</p> <p>Na questão 17, não vejo a necessidade de colocar o ""tão"", pois dá a impressão que a chateação é inevitável, mesmo que pouca.</p>
Item 20	<p>Achei 'estilo de vida diferente' uma afirmação meio estranha. rs. Mas não sei se o propósito é esse.</p>

**ANEXO F – Avaliação do público-alvo do Questionário de Conhecimento sobre a
Homossexualidade (QCH)**

Foi realizado um estudo piloto com 22 médicos(as), que responderam ao instrumento QCH, e posteriormente, indicaram sobre a clareza dos itens.

Os resultados sobre a clareza dos itens encontram-se nas tabelas abaixo. Pode-se perceber que os itens 5, 12 e 13 foram os que apresentaram menor clareza.

1. Uma criança que se envolve em comportamentos homossexuais se tornará um adulto

homossexual

		Freq.	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Valid	Sim. O item está claro.	19	86,4	86,4	86,4
	Não. O item não está claro	3	13,6	13,6	100,0
Total		22	100,0	100,0	

2. Há boas chances de se converter pessoas homossexuais em heterossexuais

		Freq.	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Valid	Sim. O item está claro.	20	90,9	90,9	90,9
	Não. O item não está claro	2	9,1	9,1	100,0
Total		22	100,0	100,0	

3. A maioria dos homossexuais deseja ser do sexo oposto

		Freq.	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Valid	Sim. O item está claro.	21	95,5	95,5	95,5
	Não. O item não está claro	1	4,5	4,5	100,0
Total		22	100,0	100,0	

4. Algumas religiões são contra a discriminação legal e social de homens e mulheres

homossexuais

		Freq.	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Valid	Sim. O item está claro.	19	86,4	86,4	86,4
	Não. O item não está claro	3	13,6	13,6	100,0
Total		22	100,0	100,0	

5. A orientação sexual é estabelecida desde muito cedo

		Freq.	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Valid	Sim. O item está claro.	17	77,3	77,3	77,3
	Não. O item não está claro	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

6. De acordo com a Associação Americana de Psicologia, a homossexualidade é uma doença

		Freq.	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Valid	Sim. O item está claro.	22	100,0	100,0	100,0

7. Homens homossexuais são mais propensos a seduzir jovens garotos do que homens heterossexuais a seduzir jovens meninas

		Freq.	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Valid	Sim. O item está claro.	22	100,0	100,0	100,0

8. Homens gays são mais propensos a serem vítimas de crimes violentos do que a população em geral

		Freq.	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Valid	Sim. O item está claro.	22	100,0	100,0	100,0

9. A maioria dos homossexuais foi seduzida na adolescência por uma pessoa do mesmo sexo, geralmente muitos anos mais velha

		Freq.	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Valid	Sim. O item está claro.	21	95,5	95,5	95,5
	Não. O item não está claro	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

10. Uma pessoa se torna um homossexual (desenvolve orientação homossexual) por escolha própria

		Freq.	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Valid	Sim. O item está claro.	20	90,9	90,9	90,9
	Não. O item não está claro	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

11. A homossexualidade não ocorre entre outros animais (que não os seres humanos)

		Freq.	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Valid	Sim. O item está claro.	21	95,5	100,0	100,0
Total		22	100,0		

12. Muitos pesquisadores consideram o comportamento sexual como um continuum que vai desde exclusivamente homossexual até exclusivamente heterossexual

		Freq.	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Valid	Sim. O item está claro.	11	50,0	50,0	50,0
	Não. O item não está claro	11	50,0	50,0	100,0
Total		22	100,0	100,0	

13. A identidade de gênero de uma pessoa homossexual não coincide com o seu sexo biológico

		Freq.	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Valid	Sim. O item está claro.	15	68,2	68,2	68,2
	Não. O item não está claro	7	31,8	31,8	100,0
Total		22	100,0	100,0	

14. Historicamente, quase todas as culturas tem mostrado ampla intolerância contra os homossexuais, os considerando como “doentes” ou “pecadores”

		Freq.	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Valid	Sim. O item está claro.	21	95,5	95,5	95,5
	Não. O item não está claro	1	4,5	4,5	100,0
Total		22	100,0	100,0	

15. Homens heterossexuais tendem a expressar mais atitudes hostis para homossexuais do que mulheres heterossexuais

		Freq.	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Valid	Sim. O item está claro.	20	90,9	90,9	90,9
	Não. O item não está claro	2	9,1	9,1	100,0
Total		22	100,0	100,0	

16. “Sair do armário” é um termo que os homossexuais utilizam para assumir publicamente sua homossexualidade

		Freq.	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Valid	Sim. O item está claro.	22	100,0	100,0	100,0

17. A bissexualidade pode ser caracterizada por comportamentos sexuais e/ou atração por ambos os sexos

		Freq.	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Valid	Sim. O item está claro.	21	95,5	95,5	95,5
	Não. O item não está claro	1	4,5	4,5	100,0
Total		22	100,0	100,0	

18. Pesquisas recentes tem mostrado que a homossexualidade pode estar relacionada a diferenças genéticas

		Freq.	Percentil	Percentil válido	Percentil acumulado
Valid	Sim. O item está claro.	21	95,5	95,5	95,5
	Não. O item não está claro	1	4,5	4,5	100,0
Total		22	100,0	100,0	

Com base nos resultados acima, ficou demonstrado que os itens 5, 12 e 13 foram os menos claros. Comentários foram elaborados para esses e outros itens, conforme tabela abaixo. Alguns comentários não sugerem modificações específicas. Outros, por sua vez, sugerem alterações.

Item	Comentário
Item 1	O que seria um comportamento homossexual na infância? Isso é muito variável e passível de questionamento, visto que a definição desses comportamentos seria algo individual.
	Não fica claro o que significa "envolver-se em comportamentos homossexuais". Não sei se seria melhor "pratica comportamentos" ou "demonstra comportamentos".
	Só não entendi se a pergunta se refere a comportamento próprio da criança ou induzida por um adulto.
Item 2	acho que deveria ser mudado o termo converter
Item 4	4-Acho que o item está muito grande. Sugestão: "Algumas religiões são a favor da aceitação de homossexuais".
	4. Categorizar o que entende por religiões seria fundamental - nem todas abordagens religiosas discriminam, ok, mas quais linhas são religiões, quais são seitas, etc?. Bem como o "quase todas culturas".
Item 5.	"Muito cedo" - o que seria muito cedo?- poderia substituir por outro termo, como desde a "infância" ser mais específico.

	A questão está clara, apenas sugiro que o termo muito cedo poderia ser substituído por ""infância"" ou algo que padronizasse o que está sendo considerado muito cedo pelos participantes.
Item 9.	Afirmção muito tendenciosa - pode interpretar como pedofilia, abusos, etc - achei um item ruim.
Item 12.	Eu entendi a questão 12, mas acho que poderia ser escrita de outra maneira, "continuum que vai desde"...está confuso.
	Eu não entendi a frase 12
	Na questão 12 talvez seja melhor especificar mais o que é continuun
	O item número 12 eu só compreendi porque tenho conhecimento dessa teoria. No entanto, para quem não tenha, talvez não fique muito clara a ideia de "gradação" de interesses hetero e/ou homo que uma pessoa pode expressar. Pode pensar em reformulação.
	Tive que ler algumas vezes para tentar compreender bem os termos e, ainda assim fiquei em dúvida. Talvez se utilizasse termos mais populares, ou exemplificando, facilitaria o entendimento.
Item 13.	Acho que seria interessante colocar uma breve explicação sobre o que é a identidade de gênero.
	Achei confuso o termo identidade de genero.
	Na questão 13, acho confuso a "identidade de gênero".
	O item 13 traz uma questão interessante e de querer arrancar os cabelos pela confusão: se a pessoa homossexual for cisgênero (isto é, se ela tem uma identidade de gênero de acordo com o sexo biológico), então sua identidade de gênero coincide sim com seu sexo biológico. Mas se a pessoa homossexual for transgênero, então não coincide. Por exemplo, uma mulher cisgênero lésbica tem identidade de gênero coincidindo com sexo biológico. Mas uma mulher transgênero lésbica, não. A população em geral provavelmente não vai pensar nisso, mas talvez o pessoal dos movimentos sociais encrenque com esse item e as respostas venham confusas.

Item 15	A questão está clara, mas fico com medo que algumas pessoas tenham dificuldades em compreender o termo hostis, por isso sugeriria que acrescentassem "(por exemplo, agressões físicas ou discriminação)".
	Na questão 15 pode, caso seja lida rapidamente e sem uma análise, pode-se confundir mulheres heterossexuais como discriminadoras (que eu acredito que foi o objetivo da questão) ou com discriminadas. Talvez arrestar uma palavras que definam o discriminador e o discriminado.

ANEXO G -Attitudes Toward Lesbian and Gay Men Scale (ATLG) – Versão final em português

Atitudes Frente a Lésbicas e Homens Gays (AFLG)

1. As lésbicas simplesmente não se encaixam na nossa sociedade
2. A homossexualidade de uma mulher não deveria ser motivo de discriminação no trabalho em nenhuma situação
3. A homossexualidade feminina é prejudicial à sociedade porque rompe as divisões naturais entre os sexos
4. Leis que regulam comportamento lésbico consensual e privado deveriam ser flexibilizadas
5. A homossexualidade feminina é um pecado
6. O número crescente de lésbicas indica um declínio nos valores morais da sociedade.
7. Homossexualidade feminina por si só não é um problema, mas o que a sociedade faz com isso pode ser um problema
8. A homossexualidade feminina é uma ameaça para muitas de nossas instituições sociais
9. A homossexualidade feminina é uma forma inferior de sexualidade
10. Lésbicas são doentes
11. Casais de homens homossexuais deveriam ser autorizados a adotarem crianças da mesma forma como os casais heterossexuais
12. Eu acho que homens homossexuais são nojentos
13. Homens homossexuais deveriam ser proibidos de ensinar em escolas
14. A homossexualidade masculina é uma perversão
15. Assim como em outras espécies, a homossexualidade masculina é uma expressão natural da sexualidade em humanos
16. Se um homem tem atrações homossexuais, ele deveria fazer de tudo para superá-las
17. Eu não ficaria chateado se eu soubesse que meu filho é homossexual
18. O comportamento homossexual entre dois homens é simplesmente errado
19. A ideia de casamento entre homens homossexuais me parece ridícula
20. A homossexualidade masculina é simplesmente um estilo de vida diferente que não deveria ser condenado

ANEXO H – KnowledgeaboutHomosexualityQuestionnaire (KHQ) – Versão final em português

Questionário de Conhecimento sobre a Homossexualidade

1. Uma criança que se envolve em comportamentos homossexuais se tornará um adulto homossexual
2. Há boas chances de se converter pessoas homossexuais em heterossexuais
3. A maioria dos homossexuais deseja ser do sexo oposto
4. Algumas religiões são contra a discriminação legal e social de homens e mulheres homossexuais
5. A orientação sexual é estabelecida desde muito cedo (na adolescência ou até antes)
6. De acordo com a Associação Americana de Psicologia, a homossexualidade é uma doença
7. Homens homossexuais são mais propensos a seduzir jovens garotos do que homens heterossexuais a seduzir jovens meninas
8. Homens gays são mais propensos a serem vítimas de crimes violentos do que a população em geral
9. A maioria dos homossexuais foi seduzida na adolescência por uma pessoa do mesmo sexo, geralmente muitos anos mais velha
10. Uma pessoa se torna um homossexual (desenvolve orientação homossexual) por escolha própria
11. A homossexualidade não ocorre entre outros animais (que não os seres humanos)
12. Muitos pesquisadores consideram o comportamento sexual como um <i>continuum</i> que pode variar desde exclusivamente homossexual até exclusivamente heterossexual
13. A identidade de gênero de uma pessoa homossexual não coincide com o seu sexo biológico
14. Historicamente, quase todas as culturas têm mostrado ampla intolerância contra os homossexuais, os considerando como “doentes” ou “pecadores”
15. Homens heterossexuais tendem a expressar mais atitudes hostis para homossexuais quando comparado com mulheres heterossexuais
16. “Sair do armário” é um termo que os homossexuais utilizam para assumir publicamente sua homossexualidade
17. A bissexualidade pode ser caracterizada por comportamentos sexuais e/ou atração por ambos os sexos
18. Pesquisas recentes têm mostrado que a homossexualidade pode estar relacionada a diferenças genéticas

**ANEXO I – Carta de solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e
Esclarecido**



**Carta de requerimento de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(TCLE)**

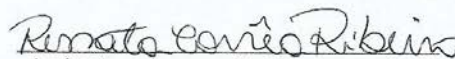
Senhor(a) Coordenador(a),

Venho por meio desta, requerer a esse Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos a liberação da exigência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo em vista que o projeto intitulado “Adaptação e validação para a língua portuguesa de dois inventários para avaliar conhecimentos e atitudes de médicos frente a homossexuais”, Folha de Rosto nº CAAE: 49275115.0.0000.5558.

Justifica-se: Pela existência de trabalhos na literatura com a temática das atitudes e preconceitos em relação a homossexuais com médicos e diferentes profissionais da saúde evidenciarem uma percentagem baixa de retorno de inventários, variando de 13 a 34%^{6; 19; 20; 21}, especialmente quando se questiona a orientação sexual do avaliado; por ser um tema polêmico e por esses estudos já realizados terem dispensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a fim de aumentar a adesão ao estudo, entende-se que se justifica a não utilização do mesmo na presente pesquisa.

Nestes termos, pede deferimento.

Brasília, 29 de junho de 2015.


 Assinatura do pesquisador responsável

Nome: Renata Corrêa Ribeiro

Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte - CEP 70910-900 - Brasília, DF - Tel.: (61) 3107-1918,
 E-mail: cepfm@unb.br

ANEXO J – Convite para participação da pesquisa



Caro colega!

Sou ginecologista e sexóloga e estou realizando meu Mestrado nas Ciências Médicas da UNB. Necessito da participação de 230 médicos de Brasília para validar dois instrumentos de pesquisa e gostaria, encarecidamente, de contar com sua participação em um questionário *online* que dura de 10 a 15 minutos.

Gostaria de enfatizar que a participação é totalmente anônima (mesmo para os pesquisadores), por isso, evitamos incluir dados demográficos que permitam a identificação dos pesquisados.

O link da pesquisa encontra-se abaixo desse informativo (plataforma surveymonkey). Como meu estudo é "bola de neve", solicito a gentileza de, caso possível, enviar esse email para outros médicos. Caso não seja possível, apenas sua participação já tem grande valor para mim!

Título: "Adaptação e validação para a língua portuguesa de dois inventários para avaliar conhecimentos e atitudes de médicos frente a homossexuais"

Obrigada antecipadamente, Renata Ribeiro.