

CAPÍTULO 2

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIAP+

Maurício Almeida

Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Em uma definição clássica apresentada pela OMS (1948, p. 1), a saúde pode ser compreendida como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Embora essa definição representasse um avanço para a época, atualmente é considerada obsoleta por visar um estado de completude inatingível (Brasil, 2022). Nesse contexto, pode-se pensar a saúde em graus ou coeficientes individualizados, de acordo com a capacidade de evolução de cada pessoa (Gaudenzi, 2014). Assim, a saúde deve ser entendida como um estado que emerge das condições de vida, ou seja, das fontes materiais essenciais para a sobrevivência, e do estilo de vida, que inclui escolhas individuais, hábitos e comportamentos (Gaudenzi, 2014). Esses fatores, por sua vez, são moldados pela ação política dos sujeitos sociais, que disputam recursos de diversas naturezas (por exemplo, financeiros, políticos e institucionais). Dessa forma, a saúde resulta de uma combinação entre práticas individuais e a disponibilidade de serviços de saúde (Gaudenzi, 2014). Portanto, a saúde deve ser compreendida através das relações históricas, econômicas, políticas e sociais, da qualidade de vida, das necessidades básicas dos seres humanos, suas crenças, valores, direitos e deveres, bem como por meio das suas relações dinâmicas e construídas ao longo do ciclo da vida e do meio em que convivem (Brasil, 2022).

Verdadeiramente, o gozo do mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção (OMS, 1948). Contudo, a população LGBTQIAP+ apresenta piores indicadores de saúde física e mental quando comparada aos seus pares cisgêneros e heterossexuais (Boroughs; Krawczyk; Thompson, 2010;

Bybee *et al.*, 2009; Kamen *et al.*, 2014; Mijas *et al.*, 2021; Schmidt *et al.*, 2022; Shenkman; Ifrah; Shmotkin, 2018; 2020). Para o entendimento dessas diferenças, dois elementos merecem destaque. O primeiro, associa-se a desinformação, ao preconceito, ao estigma e a patologização das diferenças sexuais no contexto da saúde, incluindo organizações, profissionais e serviços de saúde (Pitoňák, 2017; Valdiserri *et al.*, 2019). O segundo, relaciona-se às condições externas experenciadas pela população LGBTQIAP+, como o estigma, a vitimização e o preconceito em relação a (não)manifestação da sua sexualidade (Flentje *et al.*, 2020; Frost; Lehavot; Meyer, 2015; Frost; Meyer, 2023; Mezza *et al.*, 2024; Meyer, 2003).

Diversos estudiosos concordam em afirmar que a população LGBTQIAP+ tem sido ignorada, sub tratada e incompreendida no que diz respeito às suas necessidades de saúde, sobretudo, devido à patologização das diferenças sexuais e do estigma associado a esse fenômeno (Pitoňák, 2017; Valdiserri *et al.*, 2019). Para identificar a gênese desses problemas, torna-se necessário compreender o contexto histórico, visto que, ao longo do tempo, as pessoas que não se encontravam dentro do padrão hetero-cis-normativo foram consideradas e tratadas como malfeiteiros, lunáticos e/ou pervertidos (Foucault, 1978). Além disso, suas diferenças sexuais foram criminalizadas como má conduta e tratadas como doença (Foucault, 1978).

Na área da saúde, as práticas consideradas “anormais¹” para determinada época, local ou contexto já foram conceituadas pela medicina como “perversão sexual” (Von Krafft-Ebing, 1886). O presente termo surgiu nos diagnósticos médicos a partir da publicação do livro *Psychopathia Sexualis*, editado por Krafft-Ebing, em 1886. Desde então, qualquer comportamento “anormal”, “disfuncional” ou “estranho” na manifestação da sexualidade foi considerado uma doença mental (Vito Ciasca; Pouget, 2021).

A crença do “homossexualismo²” como uma doença mental tornou-se taxativa em 1952, com a publicação da 1^a edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I) pela American Psychiatric Association (APA, 1952). O homossexualismo foi descrito na seção de “desvio sexual”, junto a outras psicopatologias, como, travestismo, pedofilia, fetichismo e sadismo sexual - estupro, agressão sexual e mutilação (APA, 1952). Essa descrição sugere que os desejos e atitudes homossexuais deixaram de ser um comportamento e passaram a ser considerados uma condição inerente à vontade dos sujeitos, ou seja, um transtorno mental (APA, 1952). Assim, a “identidade homossexual” não poderia ser culpabilizada, exceto quando o tratamento não era desejado (Vito Ciasca; Pouget, 2021).

Em 1973, o “homossexualismo” foi retirado da 2^a edição do DSM (DSM-II) (APA, 1973), o que foi considerado um avanço para a comunidade LGBTQIAP+. Entretanto, na

1 Práticas que não se adequassem ao padrão hetero-cis-normativo (Vito Ciasca; Pouget, 2021).

2 Até a década de 1980, os diagnósticos médicos utilizavam o termo “homossexualismo”. Contudo, a partir da 3^a edição do DSM (DSM-III; APA, 1980), essa palavra se tornou pretérita, sendo substituída por homossexualidade.

3^a edição do DSM (DSM-III), inclui-se o diagnóstico de homossexualidade egodistônica - caracterizada como a ausente ou fraca excitação heterossexual, atrapalhando o início ou a manutenção de relacionamentos heterossexuais desejados, assim como, por uma elevada excitação homossexual, que é vista como indesejada pelo indivíduo, tornando-se uma fonte persistente de angústia (APA, 1980). Essa inclusão foi vista como um retrocesso; pois, retomava o contexto de patologização das diferenças sexuais.

Contudo, a mudança de nomenclatura (homossexualismo para homossexualidade) representou um avanço, visto que, o sufixo “ismo” apresenta uma ideia de doença/patologia (por exemplo, tabagismo e alcoolismo). Por outro lado, o sufixo “dade” denota um sentido de expressão e manifestação humana (por exemplo, identidade, felicidade e sexualidade). Dessa maneira, em 1987, o diagnóstico de homossexualidade egodistônica foi retirado da versão revisada do DSM III (DSM-III-R; APA, 1987). Na 4^a (DSM-IV; APA, 1994) e 5^a edição (DSM-5; APA, 2013) do DSM, os avanços alcançados no documento anterior foram mantidos, de modo que, a homossexualidade não é mais considerada um transtorno mental.

Em 1985, o Conselho Federal de Medicina³ (CFM) do Brasil retirou a homossexualidade da lista de patologias, decisão que antecedeu a manifestação da OMS e da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), que se posicionaram da mesma forma em 1990 e 1992, respectivamente. Contudo, embora tenha deixado de ser considerada uma doença na CID-10, permaneceram diagnósticos relacionados na categoria de “transtornos psicológicos e comportamentos associados ao desenvolvimento sexual e à orientação”, como, por exemplo, o transtorno da maturação sexual, a orientação sexual egodistônica, o transtorno do relacionamento sexual, outros transtornos do desenvolvimento psicossexual e transtorno do desenvolvimento sexual, não especificado (OMS, 1992).

Na orientação sexual egodistônica os sujeitos não apresentam dúvidas em relação à identidade e/ou orientação sexual, mas desejariam que isso ocorresse de outra forma devido a transtornos psicológicos ou de comportamento associados a essa identidade ou a essa orientação, de modo que, poderia buscar tratamento para alterá-la (CID-10; OMS, 1992). Esse diagnóstico foi utilizado por muitos profissionais para defender a “cura gay”, justificando terapias de conversão de homossexualidade, visto que, a pessoa homossexual que sofre teria direito de procurar ajuda para mudar de “orientação” (Vito Ciasca; Pouget, 2021).

Em 2022, a OMS lançou a 11^a versão da CID (CID-11; OMS, 2022), de modo que, os diagnósticos associados à categoria de transtornos psicológicos e comportamentos associados ao desenvolvimento sexual e à orientação foram removidos. Esses diagnósticos eram imprecisos e constantemente utilizados como subterfúgio para patologização da homossexualidade. Esse avanço era necessário, já sendo reconhecido pelo Conselho

3 O Conselho Federal de Medicina (CFM) é um órgão reconhecido por Lei, com objetivo de fiscalização e normatização da prática médica.

Federal de Psicologia⁴ (CFP) do Brasil desde 1999, no qual a Resolução número 001/1999 proibiu os profissionais da área de realizarem qualquer tipo de tratamento que vise redefinir a orientação afetivo-sexual (CFP, 1999). Ressalta-se que, os homossexuais não foram os únicos a sofrer com a patologização das diferenças sexuais, as pessoas transexuais⁵ e intersexuais⁶ também vivenciam/vivenciam esse processo⁷.

Percebe-se que, historicamente, a patologização das diferenças sexuais tem restringido a compreensão e a atuação das organizações, profissionais e serviços de saúde ao “tratamento” de tais condições e não às verdadeiras necessidades de saúde da população LGBTQIAP+ (Pitoňák, 2017; Valdiserri *et al.*, 2019). Segundo revisão sistemática de Brooks *et al.* (2018), muitas pessoas da população LGBTQIAP+ evitam buscar atendimento de saúde e quando buscam, tem medo de divulgar sua identidade de gênero e/ou orientação afetivo-sexual, mesmo que nesse processo recebam um tratamento menos apropriado às suas reais necessidades. No estudo, os autores evidenciaram algumas barreiras para divulgação da identidade de gênero e/ou orientação afetivo-sexual nos serviços de saúde, incluindo a utilização de uma linguagem hetero-cis-normativa, percepção de não aceitação da população LGBTQIAP+, o registro em documentos médicos (por exemplo, prontuários), a vergonha, o constrangimento, o medo de discriminação e da perda da qualidade do atendimento (Brooks *et al.*, 2018).

Buscando superar essa lacuna no atendimento das pessoas LGBTQIAP+, o governo brasileiro publicou a Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 (Brasil, 2011), que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Contudo, o documento base para a aplicação dos pressupostos e diretrizes estabelecidos na presente portaria só foi publicado dois anos depois, sendo nomeado de Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2013). Essa política é um marco histórico de reconhecimento às demandas dessa população, sendo um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades (Brasil, 2013). O presente documento tem como um de seus pressupostos o fato de que, a discriminação em virtude da identidade de gênero e orientação afetivo-sexual

4 Conselho Federal de Psicologia (CFP) é um órgão reconhecido por Lei, com objetivo de fiscalização e normatização do exercício da profissão de Psicólogo.

5 Historicamente as pessoas transexuais sofreram com a patologização da sua identidade de gênero. Contudo, atualmente, no CID-11 o “transexualismo” passa a não ser reconhecido como doença, mantendo apenas o diagnóstico de incongruência de gênero – caracterizada por uma incongruência acentuada e persistente entre o gênero vivenciado por um indivíduo e o sexo atribuído no nascimento (OMS, 2022). Assim, oficialmente, o “transexualismo” deixa de ser reconhecido como uma doença (OMS, 2022).

6 Até recentemente, os corpos intersexo estiveram em categorias como “hermafroditismo”, “distúrbios de desenvolvimento sexual”, “anomalias”, “genitália ambígua” e “ambiguidades” (Vito Ciasca; Pouget, 2021). Compreender a condição intersexo como “anomalia” gerou uma ideia de pronta correção, em geral, de forma cirúrgica ou hormonal (Feder, 2014). A problemática dos procedimentos precoces, como, por exemplo, gonaectomias, redução clitoridiana, vaginoplastia, cirurgias de hipospadie e intervenções hormonais na infância, é o fato de que eles podem conduzir a esterilizações, disfunções sexuais e urinárias, dor crônica, terapia de reposição hormonal, além de vergonha, isolamento e sentimentos de inadequação, levando a depressão, estresse pós-traumático e ideação suicida (Feder, 2014). Não obstante, pode conduzir a própria incongruência de gênero por atribuição errônea de gênero.

7 Para o entendimento dos principais determinantes de saúde nessas populações, sugere-se a leitura do trabalho de Vito Ciasca, Hercowitz e Lopes Junior (2021b).

incide nos determinantes sociais de saúde e no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado à população LGBTQIAP+ (Brasil, 2013).

Embora a Política Nacional de Saúde Integral LGBT represente um avanço para a saúde LGBTQIAP+, ao atender essa população, os profissionais de saúde reiteram um discurso do “não” – “não diferença”, “não saber” e “não querer” (Paulino; Rasera; Teixeira, 2019). Em relação a “não diferença”, os médicos da família e da comunidade destacaram não existir diferenças entre o atendimento de saúde da população LGBTQIAP+ e das demais populações atendidas por eles (Paulino; Rasera; Teixeira, 2019). No caso do “não saber”, os participantes destacaram por meio de suas falas não saber quais são as demandas específicas da população LGBTQIAP+ (Paulino; Rasera; Teixeira, 2019), incluindo o desconhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (Brasil, 2013). Por fim, o discurso do “não querer” busca justificar a ausência da população LGBTQIAP+ nos serviços de saúde em virtude de sua própria decisão (Paulino; Rasera; Teixeira, 2019).

Para além dos problemas relacionados aos sistemas de saúde, a população LGBTQIAP+ tem sofrido com condições externas, como o estigma, a vitimização e o preconceito em relação a (não)manifestação da sua sexualidade (Flentje *et al.*, 2020; Frost; Lehavot; Meyer, 2015; Frost; Meyer, 2023; Mezza *et al.*, 2024; Meyer, 2003; Meyer; Frost, 2013). A Teoria do Estresse de Minoria (TEM)⁸ tem sido utilizada para explicar de que forma os processos de estigmatização podem impactar os desfechos de saúde das pessoas LGBTQIAP+ (Meyer, 2003).

Em seu surgimento, o estresse de minoria foi definido como “o excesso de estresse, o qual os indivíduos de categorias sociais estigmatizadas são expostos como resultado de sua posição social, frequentemente como uma minoria” (Meyer, 2003, p. 3, tradução minha). Desse modo, a TEM considera o estresse de minoria como um fator único e aditivo ao estresse geral experenciado por todas as pessoas, de modo que, pessoas estigmatizadas requerem uma adaptação extra, esforçando-se mais do que outras pessoas não estigmatizadas (Meyer, 2003). Embora algumas formas de estresse de minoria são experenciados por vários grupos socialmente estigmatizados (por exemplo, causadas por eventos de vida relacionados ao preconceito, discriminação cotidiana e expectativas de rejeição), vários processos, como ocultação da sexualidade, homofobia internalizada e discriminação em virtude da identidade sexual e/ou orientação afetivo-sexual são exclusivos para indivíduos de minoria sexual e de gênero (Pitonák, 2017).

Segundo a TEM, o processo de estresse de minoria pode ser descrito como um processo contínuo entre fatores estressores distais (condições e eventos objetivos) e processos pessoais proximais (Meyer, 2003). Assim, enquanto os fatores distais estão associados a condições sociais externas, os fatores proximais são subjetivos, pois

⁸ Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Minority Stress Theory*.

dependem da avaliação e percepção de cada sujeito (Meyer, 2003). Nesse sentido, a TEM propõe três tipos de estressores: 1º) experiências de vitimização – caracterizadas pelo preconceito, violência, rejeições e agressões relacionadas à orientação afetivo-sexual; 2º) homofobia internalizada – caracterizada pelas ideias aversivas de uma pessoa sobre sua própria sexualidade; 3º) ocultação da orientação afetivo-sexual – quando a pessoa esconde sua identidade LGBTQIAP+ de si e/ou de outros (Meyer, 2003).

Essas condições tornam essa população susceptível a uma série de agravos físicos e mentais, destacando-se taxas elevadas de ansiedade (Pachankis; Bernstein, 2012), sintomas depressivos (Balakrishnan *et al.*, 2022; Lindley; Walsemann; Carter Jr, 2012; Liu *et al.*, 2023; Pellicane; Ciesla, 2022), TAs (Convertino *et al.*, 2021b; Kamody; Grilo; Udo, 2020; Schmidt *et al.*, 2022), transtorno dismórfico corporal – TDC (Boroughs; Krawczyk; Thompson, 2010; Convertino *et al.*, 2021b; Gonzales; Blashill, 2021; Schmidt *et al.*, 2022), ideação suicida (Balakrishnan *et al.*, 2022; Hill *et al.*, 2022), tentativas de suicídio (Pellicane; Ciesla, 2022), abuso de substâncias, incluindo bebidas alcoólicas, cigarros e EAA (Blashill *et al.*, 2017; Compton; Jones, 2021; Convertino *et al.*, 2021b; Gonzales; Blashill, 2021). É importante salientar que essas discrepâncias se devem ao estigma social associado às orientações não-heterossexuais e não a orientação não-heterossexual em si (Paveltchuk; Borsa, 2020; Valdiserri *et al.*, 2019). Em outras palavras, o estigma social associado às identidades LGBTQIAP+ é o que expõe essa população aos piores desfechos de saúde.

Embora a TEM possa explicar algumas disparidades em relação à saúde mental de minorias sexuais e de gênero em comparação aos seus pares cisgênero e heterossexuais, ela não explica todas as diferenças observadas entre essas populações (Brewster *et al.*, 2017; Convertino *et al.*, 2021b). Autores têm evidenciado que os distúrbios de imagem corporal apresentados por homens cisgênero gays/bissexuais estão associados, principalmente, aos fatores de influência sociocultural e a objetificação sexual (Brewster *et al.*, 2017; Nowicki *et al.*, 2022; Simpson, 2024; Tylka, 2011b; Wiseman; Moradi, 2010).

Os distúrbios de imagem corporal podem afetar as pessoas independente da identidade de gênero ou orientação afetivo-sexual; entretanto, homens cisgênero gays/bissexuais apresentam maior insatisfação com a imagem corporal em comparação aos seus pares cisgênero e heterossexuais, bem como apresentam uma maior preocupação com a sua própria imagem corporal e a de seus parceiros, quando comparados com os homens e mulheres cisgênero e heterossexuais (Dahlenburg *et al.*, 2020; Morgan; Arcelus, 2009). Realmente, as (sub)culturas gays masculinas atribuem uma elevada importância à aparência corporal (Dahlenburg *et al.*, 2020).

Para além dos problemas supracitados, os distúrbios de imagem corporal exercem grande influência na saúde sexual dos homens cisgênero gays/bissexuais (Levitán *et al.*, 2019). Por exemplo, estudo de Levitan *et al.* (2019), demonstrou que, durante as relações sexuais, 42% dos homens cisgênero gays já esconderam uma parte do seu corpo por uma autopercepção negativa, escores superiores aos encontrados em mulheres cisgênero

heterossexuais (30%), lésbicas (27%) e homens heterossexuais (22%) (Levitán *et al.*, 2019). É importante salientar que, aproximadamente 39% dos homens gays investigados destacaram que essa imagem negativa afeta sua saúde sexual, o que é quase o dobro do observado em homens heterossexuais (20%) (Levitán *et al.*, 2019). Assim, compreendendo que a imagem corporal é um construto dinâmico e multifacetado, bem como está associada a uma série de psicopatologias, ela será apresentada e discutida no próximo capítulo, com especial atenção à população de homens cismônico gays/bissexuais.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - First edition (DSM - I)**. 1^a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952.
- APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Fifth edition (DSM - 5)**. 5^a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Fourth edition (DSM - IV)**. Washington, DC: American Psychological Association, 1994.
- APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Second edition (DSM - II)**. 2^a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1973.
- APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Third edition (DSM - III)**. 3^a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
- APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Third edition revised (DSM - III R)**. 3^a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
- BALAKRISHNAN, K. *et al.* Discrimination experienced by sexual minority males in Australia: Associations with suicidal ideation and depressive symptoms. **Journal of Affective Disorders**, v. 305, p. 173-178, 2022.
- BLASHILL, A. J. *et al.* Anabolic steroid misuse among US adolescent boys: Disparities by sexual orientation and race/ethnicity. **American Journal of Public Health**, v. 107, n. 2, p. 319-321, 2017.
- BOROUGHHS, M. S.; KRAWCZYK, R.; THOMPSON, J. K. Body dysmorphic disorder among diverse racial/ethnic and sexual orientation groups: Prevalence estimates and associated factors. **Sex Roles**, v. 63, p. 725-737, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **05/8 – Dia Nacional da Saúde**. 2022. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/05-8-dia-nacional-da-saude/>. Acesso em: 05 dez 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 02 jan 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 1^a ed. Brasília: Editora MS, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lebicais_gays.pdf. Acesso em: 02 jan 2023.

BREWSTER, M. E. *et al.* "Do you even lift, bro?" Objectification, minority stress, and body image concerns for sexual minority men. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 18, n. 2, p. 87-98, 2017.

BROOKS, H. *et al.* Sexual orientation disclosure in health care: A systematic review. **British Journal of General Practice**, v. 68, n. 668, p. e187-e196, 2018.

BYBEE, J. A. *et al.* Are gay men in worse mental health than heterosexual men? The role of age, shame and guilt, and coming-out. **Journal of Adult Development**, v. 16, p. 144-154, 2009.

COMPTON, W. M.; JONES, C. M. Substance use among men who have sex with men. **The New England Journal of Medicine**, v. 385, n. 4, p. 352-356, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP nº 001/99, de 22 de maro de 1999. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. 1999. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf. Acesso em: 02 jan. 2023.

CONVERTINO, A. D. *et al.* The role of sexual minority stress and community involvement on disordered eating, dysmorphic concerns and appearance-and performance-enhancing drug misuse. **Body Image**, v. 36, p. 53-63, 2021b.

DAHLENBURG, S. C. *et al.* Body image disturbance and sexual orientation: An updated systematic review and meta-analysis. **Body Image**, v. 35, p. 126-141, 2020.

FEDER, E. K. **Making sense of intersex**: Changing ethical perspectives in biomedicine. Bloomington, Indiana: Indiana University Press, 2014.

FLENTJE, A. *et al.* The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 43, p. 673-694, 2020.

FOUCAULT, M. **The history of sexuality**. New York, NY: Pantheon Books, 1978.

FROST, D. M.; LEHAVOT, K.; MEYER, I. H. Minority stress and physical health among sexual minority individuals. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 38, p. 1-8, 2015.

FROST, D. M.; MEYER, I. H. Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. **Current Opinion in Psychology**, v. 51, p. 101579, 2023.

GAUDENZI, P. A tensão naturalismo/normativismo no campo da definição da doença. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, n. 4, p. 911-924, 2014.

GONZALES IV, M.; BLASHILL, A. J. Ethnic/racial and gender differences in body image disorders among a diverse sample of sexual minority US adults. **Body Image**, v. 36, p. 64-73, 2021.

HILL, A. O. *et al.* Suicidal ideation and suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, pansexual, queer, and asexual youth: Differential impacts of sexual orientation, verbal, physical, or sexual harassment or assault, conversion practices, family or household religiosity, and school experience. **LGBT Health**, v. 9, n. 5, p. 313-324, 2022.

KAMEN, C. *et al.* Disparities in health risk behavior and psychological distress among gay versus heterosexual male cancer survivors. **LGBT Health**, v. 1, n. 2, p. 86-92, 2014.

KAMODY, R. C.; GRILO, C. M.; UDO, T. Disparities in DSM-5 defined eating disorders by sexual orientation among US adults. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 2, p. 278-287, 2020.

LEVITAN, J. *et al.* The relationship between body image and sexual functioning among gay and bisexual men. **Journal of Homosexuality**, v. 66, n. 13, p. 1856-1881, 2019.

LINDLEY, L. L.; WALSEMANN, K. M.; CARTER JR, J. W. The association of sexual orientation measures with young adults' health-related outcomes. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 6, p. 1177-1185, 2012.

LIU, C. *et al.* Associations among internalized and perceived stigma, state mindfulness, self-efficacy, and depression symptoms among men who have sex with men in China: A serial mediation model. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 45, p. 81-88, 2023.

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

MEYER, I. H.; FROST, D. M. Minority stress and the health of sexual minorities. In: PATTERSON, C. J.; D'AUGELLI, A. R. (Eds.). **Handbook of psychology and sexual orientation**. United Kingdom: Oxford University Press, 2013. p. 252-266.

MEZZA, F. *et al.* Minority stress and mental health in European transgender and gender diverse people: A systematic review of quantitative studies. **Clinical Psychology Review**, v. 107, p. 102358, 2024.

MIJAS, M. *et al.* Dysregulated by stigma: Cortisol responses to repeated psychosocial stress in gay and heterosexual men. **Psychoneuroendocrinology**, v. 131, p. 105325, 2021.

MORGAN, J. F.; ARCELUS, J. Body image in gay and straight men: A qualitative study. **European Eating Disorders Review**, v. 17, n. 6, p. 435-443, 2009.

NOWICKI, G. P. *et al.* Body image and associated factors among sexual minority men: A systematic review. **Body Image**, v. 43, p. 154-169, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**, OMS, 1948.

OMS. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). **OMS Site**, 1992. Disponível em: <https://cid10.com.br/>. Acesso em: 02 jan 2023.

OMS. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). **OMS Site**, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases#:~:text=ICD-11%20Adoption->. Acesso em: 02 jan 2023.

PACHANKIS, J. E.; BERNSTEIN, L. B. An etiological model of anxiety in young gay men: From early stress to public self-consciousness. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 13, n. 2, p. 107-122, 2012.

PAULINO, D. B.; RASERA, E. F.; TEIXEIRA, F. D. B. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas (os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180279, 2019.

PAVELTCHIUK, F. O.; BORSA, J. C. A teoria do estresse de minoria em lésbicas, gays/bissexuais. **Revista da SPAGESP**, v. 21, n. 2, p. 41-54, 2020.

PELLICANE, M. J.; CIESLA, J. A. Associations between minority stress, depression, and suicidal ideation and attempts in transgender and gender diverse (TGD) individuals: Systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 91, p. 102113, 2022.

PITOŇÁK, M. Mental health in non-heterosexuals: Minority stress theory and related explanation frameworks review. **Mental Health & Prevention**, v. 5, p. 63-73, 2017.

SCHMIDT, M. *et al.* Body image disturbance and associated eating disorder and body dysmorphic disorder pathology in gay and heterosexual men: A systematic analyses of cognitive, affective, behavioral and perceptual aspects. **PLoS ONE**, v. 17, n. 12, p. e0278558, 2022.

SHENKMAN, G.; IFRAH, K.; SHMOTKIN, D. Interpersonal vulnerability and its association with depressive symptoms among gay and heterosexual men. **Sexuality Research and Social Policy**, v. 17, p. 199-208, 2020.

SHENKMAN, G.; IFRAH, K.; SHMOTKIN, D. The association between negative attitudes toward aging and mental health among middle-aged and older gay and heterosexual men in Israel. **Aging & Mental Health**, v. 22, n. 4, p. 503-511, 2018.

SIMPSON, B. Assessing and understanding body image and body satisfaction in gay and bisexual men through objectification theory. **Sexual and Relationship Therapy**, v. 39, n. 2, p. 598-610, 2024.

TYLKA, T. L. Refinement of the tripartite influence model for men: Dual body image pathways to body change behaviors. **Body Image**, v. 8, n. 3, p. 199-207, 2011b.

VALDISERRI, R. O. *et al.* Unraveling health disparities among sexual and gender minorities: A commentary on the persistent impact of stigma. **Journal of Homosexuality**, v. 66, n. 5, p. 571-589, 2019.

VITO CIASCA, S.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar**. 1^a ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021b.

VITO CIASCA, S.; POUGET, F. Aspectos históricos da sexualidade humana e desafios para a despatologização. In: VITO CIASCA, S.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (Eds.). **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar**. 1^a ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. p. 18-27.

VON KRAFFT-EBING, R. **Psychopathia sexualis**. Tradução de C. G. Chaddock. Philadelphia, : The F. A. Davis Company, 1886.

WISEMAN, M. C.; MORADI, B. Body image and eating disorder symptoms in sexual minority men: A test and extension of objectification theory. **Journal of Counseling Psychology**, v. 57, n. 2, p. 154-166, 2010.