



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
NÍCHOLAS DE OLIVEIRA PONSO

**QUALIDADE DE VIDA DE JOVENS HOMOSSEXUAIS E BISSEXUAIS
RESIDENTES EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO**

SALVADOR

2021



NÍCHOLAS DE OLIVEIRA PONSO

**QUALIDADE DE VIDA DE JOVENS HOMOSSEXUAIS E BISSEXUAIS
RESIDENTES EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para aprovação parcial no 4º ano de Medicina. Orientado por Prof. Rita de Cassia de Carvalho.

SALVADOR

2021

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	OBJETIVOS	10
2.1	Objetivo Primário.	10
2.2	Objetivos Secundários	10
3	REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1	O Movimento LGBTQIA+	11
3.2	A Qualidade de Vida e Seu Impacto no Processo Saúde-Doença	12
3.3	Qualidade de Vida e Sofrimento Mental na Comunidade	13
4	MATERIAIS E MÉTODOS	15
4.1	Desenho de Estudo	15
4.2	População Estudada	15
4.2.1	População Alvo	15
4.2.2	População Acessível	15
4.2.3	Amostra	15
4.3	Local e Período	15
4.4	Critérios de Inclusão	15
4.5	Critérios de Exclusão	16
4.6	Instrumentos	16
4.6.1	Questionário Sociodemográfico	16
4.6.2	WHOQOL-abreviado	16
4.7	Protocolo para Coleta dos Dados	17
4.8	Análise Estatística	17
4.8.1	Distribuição dos Dados	17

4.9	Aspectos Éticos	18
4.9.1	Riscos	18
4.9.2	Benefícios	18
5	RESULTADOS	20
5.1	Sociodemográficos	20
5.2	WHOQOL-abreviado	21
6	DISCUSSÃO	24
7	CONCLUSÃO	27
	REFERÊNCIAS	28
	APÊNDICES	31
	ANEXOS	33

Dedico este trabalho à minha mãe e a todas as
mulheres incríveis e guerreiras que me
criaram.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe e avó, por terem batalhado para me criar e sempre me incentivarem a continuar estudando, mesmo com as dificuldades diárias.

A toda a minha família, por sempre acreditar na possibilidade de um futuro melhor.

A todos os meus amigos, em especial, Mariana Alcarria, Bethania Andrade e Daniela Pizzuti, por suportarem longos monólogos sobre este trabalho de conclusão de curso.

Ao meu namorado, por todo o apoio e compreensão durante a construção desse trabalho, pelos conselhos intermináveis e revisões em primeira mão.

A Dona Conceição Macedo, Padre Alfredo Dorea e a toda Instituição Beneficente Conceição Macedo pela amizade, companheirismo e troca de conhecimento durante toda a minha formação acadêmica e profissional.

A minha orientadora, Dra. Rita Carvalho, médica de família e comunidade, inspiração para todos os jovens aspirantes a cuidar da saúde do próximo, por ter acreditado nessa proposta de trabalho.

A minha professora de metodologia científica, Dra. Maria de Lourdes Lima, por me cobrar o cumprimento dos prazos e me estender a mão a cada tropeço durante esses 3 semestres.

A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, por sempre ser um espaço aberto ao diálogo, à diversidade e ao amor. E a todos os professores, em especial Prof^a. Marlene Barreto, por me incentivarem a continuar questionando, mesmo quando as respostas não são tão simples.

RESUMO

INTRODUÇÃO: a qualidade de vida é um termo polissêmico que abrange uma gama ampla e complexa de fatores intrínsecos e extrínsecos de um indivíduo; considerando que vivemos em uma sociedade que marginaliza os indivíduos sexualmente diversos (agrupados na sigla LGBTQIA+), precisamos entender o impacto da orientação sexual na qualidade de vida, visto que isso permitirá a construção de políticas públicas específicas para esse público, além de possibilitar entender como a qualidade de vida impacta o processo saúde-doença de determinadas populações. **OBJETIVO:** avaliar o índice de qualidade de vida de jovens homossexuais e bissexuais residentes em uma capital do nordeste brasileiro. **METODOLOGIA:** trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo e analítico, com jovens de 20 a 24 anos, moradores de Salvador/BA, que se relacionam sexual e/ou afetivamente com indivíduos do mesmo gênero, com dados coletados entre novembro de 2020 e abril de 2021; a qualidade de vida foi aferida através da ferramenta WHOQOL-bref, que consta de 26 assertivas que avaliam quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental, além de um questionário sociodemográfico. **RESULTADOS:** foram analisados 225 questionários, onde 60,9% eram do gênero feminino e 54,7% eram bissexuais, com idade média de 22 anos ($\pm 1,4$), alta renda familiar (59,6%) e alta escolaridade (92,9%), com predominância de indivíduos brancos (56,9%). A média da qualidade de vida global foi 74,34 ($\pm 13,46$), onde o domínio psicológico foi o mais afetado ($67,14 \pm 15,12$). Não houve significância estatística ($p > 0,05$) ao se comparar os domínios de qualidade de vida de acordo com orientação sexual, identidade de gênero e idade. No que se refere às variáveis específicas de cada domínio, foi notada índices superiores nas questões relacionadas a mobilidade, acesso à informação e moradia, enquanto a presença de pensamentos negativos, segurança e sono foram as que apresentaram menores índices. **CONCLUSÃO:** a maioria dos jovens adultos presentes neste trabalho são do gênero feminino e bissexuais, assim como apresentam alta escolaridade e alta renda familiar, com idade média de 22 anos; apresentam os menores escores de qualidade de vida no domínio psicológico, com as variáveis presença de pensamento negativo, segurança e sono como as mais afetadas. Não se percebeu diferença estatisticamente significativa dos domínios em relação à orientação sexual, identidade de gênero e idade.

Palavras-Chave: qualidade de vida. Minorias sexuais e de gênero. Determinantes sociais da saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: quality of life is a polysemic term that covers a wide and complex range of intrinsic and extrinsic factors of an individual; considering that we live in a society that marginalizes sexually diverse individuals (grouped under the acronym LGBTQIA+), we need to understand the impact of sexual orientation on quality of life, as this allows the construction of specific public policies for this audience, also making it possible to understand how quality of life impacts the health-disease process of certain population. **OBJECTIVE:** to evaluate the life quality index of young homosexual and bisexual people living in a capital city in northeastern Brazil. **METHODOLOGY:** this is a cross-sectional, observational, descriptive, and analytical study, concerning young people from 20 to 24 years old, living in Salvador/BA, concerning who have sexual and/or affective relationships with individuals of the same gender, conducted between November 2020 and April 2021; quality of life was assessed with the WHOQOL-bref tool, which consists of 26 statements that evaluate four domains: physical, psychological, social and environmental, in addition to a sociodemographic questionnaire. **RESULTS:** 225 questionnaires were analyzed, of which 60.9% were female and 54.7% were bisexual, the average age of the 22 (± 1.4) years old, most of them have high family income (59.6%) and high education (92,9%), with a predominance of white individuals (56.9%). The average global quality of life was 74,32 ($\pm 13,46$), where the psychological domain was the most affected one (67.14 ± 15.12). There was no statistical significance ($p > 0.05$) when comparing the domains of quality of life with sexual orientation, gender identity, and age. About the specific variables of each domain, the superiority of mobility, access to information, and housing was noted, while the presence of negative thoughts, security and sleep were those that presented the least value. **CONCLUSION:** the majority of young adults presented in this work are female and bisexual, as well as having high schooling and high family income, with an average age of 22 years; to present the lowest scores of quality of life in the psychological domain, with the presence of negative thinking, safety and sleep as the most affected. There is no relation to the statistically significant difference of the domains in relation to sexual orientation, gender identity and age.

Keywords: quality of life. Sexual and gender minorities. Social determinants of health.

1 INTRODUÇÃO

A sexualidade humana é resultado de um longo processo de construção e desconstrução e possui uma gama variável de determinantes, não possuindo origem apenas na natureza, sendo produto de uma construção social, que é definida pelo momento histórico, social e cultural de uma sociedade (1). Então, a sexualidade, assim como suas variáveis, é um fenômeno mais que biológico. A constituição de uma identidade sexual, incluída no espectro da sexualidade, perpassa por um longo processo de autoclassificação, na qual o indivíduo se identifica e se rotula. Os vários aspectos correlacionados com a construção dessa identidade perpassam um conjunto de fatores associados à saúde, seja física ou psicológica (2).

A comunidade LGBTQIA+ (composta por lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais, *queer*, intersexuais, assexuais e outras minorias sexuais) sofreu, durante séculos, um processo de marginalização e degradação, culminando com a invisibilidade desses indivíduos para grande parte da sociedade, inclusive com o escasso conhecimento sobre as necessidades em saúde desse público específico (3). Ainda hoje, alguns grupos de minorias sexuais, como os indivíduos transgênero e travestis, amargam esse processo marginalizador, permanecendo invisíveis diante da violência e negligência cotidiana. É notório que todas as formas de discriminação, como nos casos de homofobia, levam o indivíduo a uma posição de vulnerabilidade, com dificuldade de acesso à saúde, lazer, educação, geração de renda, alimentação e moradia digna, e esses fatores devem ser consideradas ao se determinar o sofrimento e a doença (4).

Os indivíduos homossexuais, ou seja, aqueles que se relacionam, sexual e/ou afetivamente, com indivíduos de mesma identidade de gênero, lutaram e ampliaram seus direitos nas últimas décadas, fazendo ouvir suas demandas em várias áreas: na política, na economia, no âmbito social, e, inclusive, na saúde. Por se tratar de um público definido, com suas características próprias e individualizadas, foi necessária a criação de políticas destinadas especificamente a esse público, visando atender as suas necessidades crescentes (4–6). Desse modo, a descrição dos fatores que impactam na qualidade de vida de tais populações se faz necessária, já que, com esse conhecimento, é possível traçar novas políticas que impactem, de forma positiva, nestes indivíduos.

Já a qualidade de vida é um termo polissêmico que abrange uma gama ampla e complexa de fatores intrínsecos e extrínsecos em relação à sensação de bem-estar no cotidiano (7). Vários fatores, como bem-estar físico e mental, meio ambiente, socialização, entre outros, se

complementam para descrever a qualidade de vida de um indivíduo, dentro de um ambiente que este está inserido; ou seja, a qualidade de vida de um indivíduo indica a percepção do mesmo sobre a sua vida, sua posição no contexto cultural vigente, suas relações, expectativas e preocupações (8). Além das questões relacionadas ao bem-estar físico, vários fatores sociopolíticos também contribuem para um pleno exercício da cidadania e dos direitos individuais dentro da comunidade em que vivem, influenciando na percepção de sua própria qualidade de vida e bem-estar. Portanto, para determinados grupos marginalizados, é importante descrever tanto a qualidade de vida global, quanto os fatores que a influenciam, visando identificar estressores que o impactem negativamente.

Não é novidade o impacto da qualidade de vida no processo saúde-doença de determinada população. O acesso a sistemas de saúde, o bem-estar físico e mental, possibilidade de geração de renda e subsistência, direito a um ambiente limpo e saudável, disponibilidade à informação e conhecimento são alguns dos fatores que impactam, positiva ou negativamente, a experiência de vivência do indivíduo, atuando, inclusive, como fatores de risco ou proteção no desenvolvimento de patologias (9). Então, entender como tais fatores se desenrolam na sociedade contemporânea atual se faz necessário, para que, através de práticas das instituições de saúde e políticas públicas, se veja a qualidade de vida como parte integrante do processo saúde-doença, inclusive das minorias sexuais. Esse estudo visa, portanto, descrever, através do questionário validado WHOQOL-abreviado, do Programa de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (7), a qualidade de vida de jovens homossexuais, de 20 a 24 anos, residentes em uma capital do nordeste brasileiro.

2 OBJETIVOS

2.1 Primário:

Avaliar a qualidade de vida de jovens homossexuais e bissexuais, de 20 a 24 anos, residentes em uma capital do nordeste brasileiro.

2.2 Secundários:

- Descrever as características sociodemográficas do público de jovens homossexuais e bissexuais.
- Comparar os fatores que impactam a qualidade de vida de jovens homossexuais do gênero masculino (gays) com os do gênero feminino (lésbicas).
- Comparar o índice de qualidade de vida de jovens homossexuais com bissexuais.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O Movimento LGBTQIA+

O principal marco de início do movimento LGBTQIA+ pode ser considerado como a Revolta de Stonewall, em 1969, na cidade de Nova Iorque, nos Estados Unidos (10). Nesse episódio, que pode ser considerado como o início da história do chamado movimento LGBT, os frequentadores deste bar americano se revoltaram pela forma como eram tratados por policiais e autoridades (11). Além disso, este momento da história recente também é considerado como o estopim para a criação das paradas do orgulho LGBT, que se espalharam pelo mundo.

Em contrapartida, no Brasil, o início da luta por direitos humanos e civis para as pessoas sexo-diversas surge mais tarde quando em comparação com a América do Norte e Europa. Uma das explicações possíveis para isso é a instauração da Ditadura Civil-Militar, que perdurou de 1964 até os anos 1980. No começo da década de 80, com a reabertura democrática, as primeiras manifestações a favor do direito dos indivíduos LGBTQIA+ começaram a surgir, com grupos que se autodenominavam como movimento gay (11). Ainda na década de 1980, eclode a epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS, na sigla em inglês). Com isso, os movimentos sociais se articulam com as instituições públicas, para dar uma resposta à pandemia (11,12).

Uma das pautas do movimento, ainda na década de 1980, era pela despatologização das identidades e orientações sexuais. Em 1985, o Conselho Federal de Medicina do Brasil retira a homossexualidade da classificação de doenças; e, somente em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) faz o mesmo (11). Sendo assim, a partir de 1990, a homossexualidade é definida como “condição de ser e orientação individual do desejo” (13). Em 2004, o Ministério da Saúde do Brasil lança a campanha “Brasil Sem Homofobia”, um passo importante de combate à discriminação e violência para com os GLTB (gays, lésbicas, transsexuais e bissexuais) (6); e, em 2012, respondendo aos anseios e pedidos dos movimentos da sociedade civil, é lançada a “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais”, considerado um marco histórico de reconhecimento das demandas específicas deste público (4).

Não obstante a criação de políticas públicas específicas para esta parcela da sociedade, alguns entraves ainda são notórios para o acesso pleno e integral da comunidade LGBTQIA+ aos equipamentos públicos de saúde. As repercussões biopsicossociais do preconceito, da discriminação e do machismo, presentes em nossa sociedade, levam esses indivíduos a um

processo de adoecimento. E, mesmo com políticas públicas que garantem o acesso universal e equânime à saúde, estes ordenamentos têm sido falhos no acolhimento desses indivíduos, sendo que um dos fatores agravantes da marginalização dessa população é a característica cultural hegemônica da heteronormatividade (14). Ao acessar os equipamentos públicos de saúde, o usuário sexo-diverso sente-se amedrontado e receoso de expressar livremente sua sexualidade, em virtude do medo social da discriminação. Sendo assim, fica evidente que devemos reforçar que a diversidade deve ser acolhida nos espaços destinados à promoção de saúde, garantindo pleno exercício da cidadania.

Além do exposto acima, o Brasil apresenta altos índices de crimes de violência contra a população LGTB, e, a cada ano, o quantitativo de homicídios tem crescido no país, em parte devido à ausência de políticas públicas para combater essa violência. Há uma prevalência da mortalidade em vias públicas e nas residências das vítimas; ademais, os homossexuais masculinos e transsexuais são os mais acometidos, principalmente na faixa dos 20 aos 39 anos, devido a sua vulnerabilidade (15). Devemos salientar, também, que os crimes contra a população LGBT é um problema de saúde pública, além de ratificar uma violação sistemática de seus direitos fundamentais. Esses dados demonstram a importância de abordar tal temática no debate público, trazendo luzes à essa discussão.

3.2 A Qualidade de Vida e seu Impacto no Processo Saúde-Doença

O termo qualidade de vida surgiu nos Estados Unidos do pós-guerra, com o objetivo de descrever o efeito do crescimento econômico e acúmulo de capital (posse de carros, casas e outros bens materiais), e, em sequência, incorporou outros aspectos em sua definição, como educação, saúde, lazer, bem-estar e liberdade (16). Já na literatura científica, qualidade de vida pode ser representada por uma variedade de outros termos, como satisfação, bem-estar e felicidade (17), já que muitos especialistas divergem sobre o verdadeiro conceito de qualidade de vida. Uma definição bem aceita de qualidade de vida é o “grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial” (18).

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o termo saúde como não só um estado de ausência de doenças, mas também como um bem-estar físico, mental e social, o que entra em consonância com a definição de qualidade de vida (17); sendo assim, proporcionar saúde significa garantir formas de ampliar a qualidade de vida, através de condições de trabalho, moradia, cultura e educação, acesso a bens, entre outros (19). O conceito de qualidade de vida começou a se correlacionar com indicadores da área da saúde à partir da década de 1970,

respondendo às demandas do movimento pela humanização em saúde, da psicologia positiva, da satisfação do cliente, além da busca por indicadores sociais que também funcionassem como indicadores de saúde (20).

Vários instrumentos foram desenvolvidos durante os anos, visando quantificar, através de um questionário, as várias facetas que compõe o constructo multidimensional que é a qualidade de vida. Sendo, assim, essas ferramentas são compostas por grupos de questões que representam um determinado domínio, que reflete o comportamento ou a experiência que se quer mensurar (7). No entanto, mesmo com a melhora desses instrumentos, ainda existem algumas limitações circunstanciais importantes, como a influência do estado psíquico e psiquiátrico e as alterações em valores pessoais (20,21).

3.3 Qualidade de Vida e Sofrimento Mental na Comunidade LGBTQIA+

Uma revisão sistemática realizada em 2015, demonstrou que as minorias sexuais possuem maiores riscos de problemas relacionados à saúde mental, como depressão, ansiedade, tentativas de suicídio ou suicídio, e problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas, quando comparados com heterossexuais (22). Outro estudo, com dados colhidos entre 2004 e 2005, nos Estados Unidos, mostrou que indivíduos gays, lésbicas e bissexuais apresentam taxas mais altas de transtornos psiquiátricos, incluindo distúrbios do humor, ansiedade e abuso de substâncias (23).

Esses dados podem ser explicados pelo processo de estresse gerado nas minorias – sexuais, étnicas ou religiosas – que pode contribuir para uma sensação de autodepreciação, afetando sua autoestima, gerando níveis mais altos de depressão (24). Além disso, ao internalizar essas experiências negativas, esses indivíduos podem vivenciar experiências de ansiedade e depressão, colocando-os em situações de vulnerabilidades e riscos (24). Entre os fatores de risco para adoecimento mental nestas populações, temos: no nível social/cultural, a falta de apoio nas instituições que guiam o crescimento dos jovens (como escolas, famílias, comunidades, igrejas), que possuem implicações diretas na saúde mental e bem-estar dos jovens de minorias sexuais; no nível interpessoal, o *bullying* baseado em tendências que amplificam os efeitos da vitimização por resultados negativos, além do temor da rejeição paterna por causa dessas identidades, que pode acarretar em expulsão da moradia e culminar com o jovem sem-teto (25).

Com base no exposto acima, é de suma importância correlacionar o espectro da qualidade de vida com o processo saúde-doença, principalmente para estes grupos

marginalizados. Embora tenha ocorrido uma popularização das pesquisas envolvendo a comunidade LGBTQIA+ nas últimas décadas, as informações ainda são escassas, especialmente através de uma perspectiva biopsicossocial. Sendo assim, este projeto de pesquisa se faz necessário ao trazer para debate público a qualidade de vida de jovens, homossexuais e bissexuais, residentes no nordeste brasileiro.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho de Estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, observacional, descritivo e analítico.

4.2 População Estudada

4.2.1 População Alvo

A população estudada é composta de jovens, de 20 a 24 anos, moradores de Salvador/BA, que se relacionem sexual e/ou afetivamente com indivíduos do mesmo gênero, ou seja, jovens homossexuais ou bissexuais.

4.2.2 População Acessível

A população acessada para este projeto de pesquisa foram os usuários de redes sociais (*Instagram* e *WhatsApp*) que se enquadrem nos critérios de inclusão descritos.

4.2.3 Amostra

O tipo amostral é de conveniência. Para o cálculo amostral, foi considerada o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010(26), levando em conta a população de 251.552 jovens adultos, entre 20 e 24 anos, residentes de Salvador/BA. Por outro lado, com base em uma pesquisa americana(27), cerca de 6,4% da população entre 18 e 29 anos se autodenominam LGBTQIA+. Assim, o universo da pesquisa é estimado em 16.100 jovens adultos LGBTQIA+ residentes em Salvador. Considerando um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, o tamanho amostral é de 375 participantes na pesquisa calculado através do programa EpiInfo v.7.2.4.0.

4.3 Local e Período

A coleta de dados foi realizada *online*, através de questionários eletrônicos, que foram divulgados ao público interessado na pesquisa através das mídias sociais, e ocorreu no segundo semestre de 2020 e primeiro semestre de 2021, após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

4.4 Critérios de Inclusão

Foram incluídos na amostra aqueles indivíduos que tiverem acesso à internet para responder os questionários, que possuíam entre 20 e 24 anos, se identificaram como

homossexuais ou bissexuais e concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

4.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos aqueles participantes que preencheram qualquer questionário de forma incompleta.

4.6 Instrumentos

Foram utilizados como instrumentos desta pesquisa o questionário WHOQOL-bref e um questionário de características sociodemográficas.

4.6.1 Questionário Sociodemográfico (Apêndice B)

Avaliou idade, identidade de gênero, orientação sexual, renda familiar mensal, profissão, situação de moradia, composição familiar, escolaridade, estado civil e etnia.

4.6.2 WHOQOL-bref (Anexo A)

O questionário WHOQOL-abreviado, desenvolvido pelo Programa de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde, foi traduzido para o português e validado através do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Este questionário é composto por 26 questões, sendo que duas delas abordam a percepção individual do participante sobre sua qualidade de vida e a sua satisfação com sua saúde, e as outras 24 questões abrangem os quatro domínios da qualidade de vida: saúde física, aspectos psicológicos, relações sociais e ambiente. O domínio físico apresenta as variáveis relacionadas ao sono e descanso, capacidade para trabalho, atividades da vida diária, energia, dependência de medicamentos, presença de dor e mobilidade; o domínio psicológico é avaliado através da concentração, presença de pensamentos negativos, autoestima, imagem corporal, presença de pensamentos positivos e sentido da vida; já o domínio social é composto das questões referentes à atividade sexual, relações pessoais e apoio social; e, para finalizar, o domínio ambiental é composto das atividades de lazer, transporte, segurança, ambiente físico, autocuidado, apoio financeiro, moradia e acesso à informação. Todas as questões possuem cinco opções de resposta (variando de 1 a 5), do tipo Likert. Os escores obtidos para as variáveis e para os domínios são, então, convertidos em uma escala linear que varia de 0-100. Assim, quanto maior o valor obtido, melhor a situação de qualidade de vida, enquanto quanto menor este valor, mais frágil é esta qualidade de vida. É importante salientar que não há um ponto de corte no questionário WHOQOL-abreviado proposto pela OMS.

Para a análise do questionário, os dados foram corrigidos para as questões 3, 4 e 26, onde é necessário realizar a inversão dos valores, pois são frases com construção negativa; após isso, foi calculada a pontuação média dos itens, que, em sequência, foi multiplicada por quatro para que tais resultados pudessem ser comparados com o instrumento WHOQOL-100. É importante ressaltar que tais informações para o tratamento dos dados são orientadas pela Organização Mundial da Saúde através do manual do instrumento WHOQOL-abreviado.

4.7 Protocolo para Coleta de Dados

Foi utilizada a estratégia de bola de neve como protocolo de coleta de dados para este projeto, onde os próprios participantes divulgaram a pesquisa entre amigos e conhecidos, propiciando que o questionário chegue a mais participantes. Os questionários foram divulgados através das redes sociais dos pesquisadores, como *Instagram* e *WhatsApp*, convidando o público a participar da pesquisa e ajudar na divulgação, visando atingir o maior número possível do público-alvo deste projeto. Os questionários foram elaborados através do *Google Forms*.

Ao final do período de coleta de dados, os questionários que foram respondidos completamente, foram computados na análise. Todos os dados obtidos com estes questionários estão mantidos em sigilo no *Google Drive* com a pesquisadora responsável, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa. Essas informações deverão ser deletadas após este período. Os pesquisadores envolvidos nessa pesquisa garantem o sigilo, anonimato e confidencialidade destas informações, que só serão utilizadas para este projeto.

4.8 Análise Estatística

Os dados foram tabulados e analisados com o auxílio do programa Excel® do Microsoft Office (Excel for Windows 10, versão 16.0). As representações gráficas utilizadas no presente estudo também foram elaboradas através do programa Excel® do Microsoft Office. Para a comparação entre as variáveis de saúde, foi utilizado o programa SPSS (StatisticalPackage for the Social Science), versão 14.0 para Windows.

4.8.1 Distribuição dos Dados

Inicialmente, foram avaliadas as distribuições de dados, com a observação da distribuição sob a curva de Gauss, e análise pelos testes de Kurtosis e Skeweness. As variáveis contínuas foram descritas através da média e desvio padrão, quando houve distribuição normal, ou por mediana e intervalo interquartil, para variáveis sem distribuição normal. As variáveis

categóricas foram expressas através de frequência simples e relativa. Além disso, foram realizados os testes de Turkey e análise de variância (ANOVA), a fim de verificar a ocorrência de diferença entre os domínios do WHOQOL-bref e determinar quais domínios apresentam diferenças estatisticamente significantes, respectivamente.

Para a comparação da qualidade de vida entre homossexuais com bissexuais, e comparação da qualidade de vida de homossexuais do gênero masculino com as do gênero feminino, foi utilizado o teste T de Student ou Mann-Whitney, a depender da distribuição da variável, sendo considerada significância estatística com $p < 0,05$.

4.9 Aspectos Éticos

A pesquisa se iniciou após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Número do Parecer: 4.365.228 (ANEXO B).

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa através das redes sociais, e foram esclarecidos quanto aos objetivos, possíveis riscos e benefícios do estudo proposto. Foi disponibilizado, virtualmente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e, antes da apresentação do questionário, o participante clicou em uma caixa de seleção que afirma que “li e concordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido desta pesquisa”. Só após essa confirmação, o participante teve acesso aos três questionários da pesquisa, que foram respondidos virtualmente.

4.9.1 Riscos

De acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, toda e qualquer pesquisa apresenta riscos aos seus participantes. Na atual pesquisa, o principal risco está envolvido no constrangimento que pode ser causado ao responder os questionários, além do receio de que as informações ali contidas sejam divulgadas com possível identificação dos participantes. Para diminuir esses riscos, os pesquisadores se comprometem a manter o anonimato de todas as pessoas envolvidas. Como a pesquisa ocorreu em ambiente digital, isso permitiu maior privacidade dos indivíduos que participaram. Além disso, existe o risco de mobilização emocional, já que os questionários abordam questões do escopo pessoal do entrevistado. Para minimizar esse risco, os participantes foram aconselhados a procurar assistência profissional caso se sintam vulneráveis, além de que todos os participantes poderiam sair da pesquisa, sem prejuízo, caso se sentissem vulneráveis.

4.9.2 Benefícios

Como benefícios diretos da pesquisa, os participantes receberam um feedback com os valores de escore recebidos ao final dos questionários, o que permitiu uma autoavaliação sobre seus níveis de satisfação com a vida (através do questionário WHOQOL-bref) e do risco de desenvolvimento de adoecimento mental. Além disso, os indivíduos que pontuaram um escore maior ou igual a 7 no teste SRQ-20, foram aconselhados a procurar auxílio profissional, através de serviços públicos especializados em saúde mental, como o Centro de Valorização da Vida. Nesse contato se fosse percebido algum nível maior de fragilidade seria oferecido a esse indivíduo um novo contato desta vez incluindo a orientadora Dra Rita de Cassia de Carvalho.

Além disso, como benefícios indiretos, com a publicação dos resultados da pesquisa, será possível trazer visibilidade para este público, contribuindo com um maior entendimento do processo de saúde-doença, assim como os impactos da qualidade de vida nas minorias sexuais, permitindo a criação de políticas públicas embasadas em ciência visando uma verdadeira atenção integral à saúde LGBTQIA+.

5 RESULTADOS

Foram respondidos 291 questionários, de forma online, no período de novembro de 2020 a abril de 2021; 66 respostas foram excluídas por não se encaixarem dentro dos critérios de inclusão (1 não concordou com o TCLE; 23 não se encaixavam na orientação sexual homo ou heterossexual; 42 não se enquadravam na faixa etária). Assim, foram analisados 225 questionários que se enquadram nos critérios de inclusão.

5.1 Perfil Sociodemográfico:

Dos 225 questionários analisados, apresentou-se uma predominância de indivíduos do gênero feminino (60,9%) e bissexuais (54,7%). Dentre as participantes do gênero feminino, 74,5% se declararam como bissexuais, enquanto somente 25,5% afirmaram ser estritamente homossexuais; já quando se refere aos indivíduos do gênero masculino, 75,9% se declararam homossexuais, enquanto somente 24,1% afirmaram ser bissexuais.

No que tange à faixa etária dos participantes da pesquisa, ocorreu uma distribuição equivalente em todas as idades, com uma média de 22,0 (\pm 1,4) anos. Ocorreu, também, maior prevalência de indivíduos brancos (56,9%), seguidos de pardos (23,1%) e pretos (18,2%). Além disso, ocorreu uma predominância de indivíduos com alta renda familiar mensal (acima de 4 salários-mínimos), alta escolaridade (12 anos ou mais) e com casa própria (67,6%). Os dados sociodemográficos detalhados estão na tabela 1.

TABELA 1 – Características sociodemográficas dos indivíduos incluídos na análise estatística.

Característica	n	%
Gênero		
Masculino	87	38,7%
Feminino	137	60,9%
Não Binário	1	0,4%
Orientação Sexual		
Homossexual	102	45,3%
Bissexual	123	54,7%
Idade (anos)		
20	49	21,8%
21	40	17,8%
22	49	21,8%
23	45	20,0%
24	42	18,7%
Etnia		
Branco	128	56,9%
Pardo	52	23,1%

Preto	41	18,2%
Outros	4	1,8%
Estado Civil		
Solteiro	221	98,2%
União Estável	4	1,8%
Situação de Moradia		
Casa Própria	152	67,6%
Alugada	51	22,7%
Financiada	11	4,9%
Cedida	9	4,0%
Outras Situações	2	0,8%
Escolaridade (em anos)		
1-3 anos	2	0,9%
4-7 anos	5	2,2%
8-11 anos	9	4,0%
12 anos ou mais	209	92,9%
Renda Familiar Mensal		
Até 1 salário-mínimo	13	5,8%
Até 2 salários-mínimos	31	13,8%
Até 3 salários-mínimos	47	20,9%
4 salários-mínimos ou mais	134	59,6%

5.2 WHOQOL-bref:

As médias e os desvios padrões dos quatro domínios que compõem a ferramenta WHOQOL-bref foram calculados. Através do teste de Shapiro-Wilk, demonstrou-se uma distribuição normal e uniforme para tais variáveis. O escore geral de qualidade vida foi 74,34 ($\pm 11,48$). Já os escores médios dos quatro domínios para a amostra foi de 74,29 ($\pm 13,46$) para o domínio físico (Domínio 1), 67,14 ($\pm 15,12$) para o domínio psicológico (Domínio 2), 75,47 ($\pm 16,41$) para o domínio social (Domínio 3) e 78,56 ($\pm 14,08$) para o domínio ambiental (Domínio 4), com presença de significância estatística entre elas ($p = 0,000$). As tabelas 2 e 3 e o gráfico 4 demonstram as médias e desvios padrões do questionário WHOQOL-abreviado segundo gênero, orientação sexual e idade.

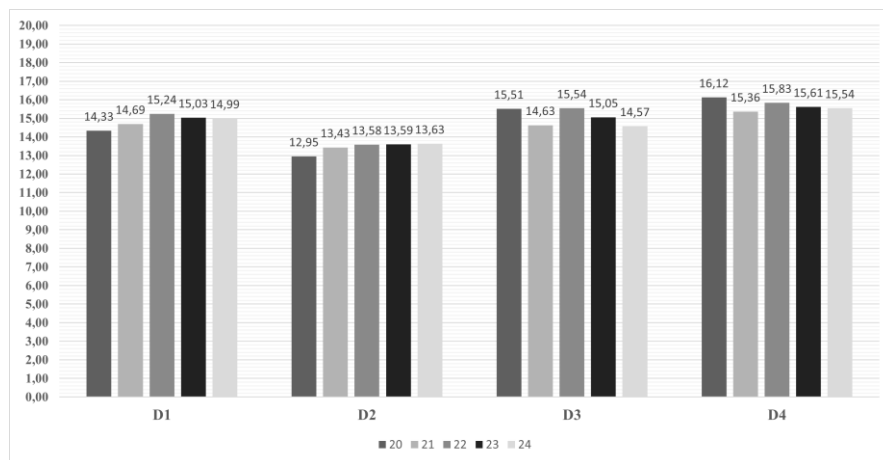
TABELA 2 – Médias e desvios padrões dos domínios do WHOQOL-abrev segundo gênero.

	Masculino	Feminino	p
D1	76,16 ($\pm 12,14$)	73,03 ($\pm 14,18$)	0,091
D2	69,31 ($\pm 13,83$)	65,77 ($\pm 15,83$)	0,088
D3	75,17 ($\pm 16,19$)	75,57 ($\pm 16,63$)	0,860
D4	78,07 ($\pm 14,54$)	78,78 ($\pm 13,85$)	0,717
Geral	75,38 ($\pm 10,68$)	73,63 ($\pm 11,98$)	0,268

TABELA 3 – Médias e desvios padrões dos domínios do WHOQOL-abrev segundo orientação sexual.

	Homossexual	Bissexual	p
D1	76,08 (\pm 12,15)	72,80 (\pm 14,34)	0,069
D2	67,71 (\pm 14,50)	66,67 (\pm 15,66)	0,607
D3	75,49 (\pm 17,50)	75,45 (\pm 15,51)	0,984
D4	77,13 (\pm 14,55)	79,74 (\pm 13,63)	0,168
Geral	74,63 (\pm 10,89)	74,10 (\pm 11,99)	0,729

GRÁFICO 1 – Médias dos domínios do WHOQOL-abreviado segundo idade.



Para se comparar as médias dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-abreviado com a idade dos participantes, foi realizado o teste ANOVA, que apresentou um valor de $p > 0,05$ para todos os domínios analisados, o que demonstra a ausência de significância estatística entre os grupos (valor de p de 0,508, 0,802, 0,474, 0,746 e 0,896 para os domínios físico, psicológico, social, ambiental e escore geral, respectivamente). Com o objetivo de correlacionar a idade com os quatro domínios de qualidade de vida, foi realizado o teste de correlação de Pearson; os resultados demonstraram que nenhum domínio da qualidade de vida apresentou significância estatística ao ser correlacionado com a idade, com os valores representados na tabela 4.

TABELA 4 – Teste de correlação de Pearson dos domínios de qualidade de vida e a idade.

	R	P
D1	0,091	0,174
D2	0,074	0,270
D3	-0,066	0,328
D4	-0,051	0,446
Geral	0,019	0,775

Com o objetivo de descrever as variáveis que influenciam e determinam os domínios do WHOQOL-abrev, a tabela 5 descreve, individualmente, tais variáveis, com a média e desvio padrão, agrupadas conforme orientação sexual e identidade de gênero. É notável a significância estatística na comparação entre orientação sexual em referência à capacidade para as atividades da vida diária ($p = 0,043$) e energia ($p = 0,035$), onde a amostra composta por indivíduos homossexuais apresenta valores maiores quando comparados com a amostra de jovens bissexuais. Além disso, apresenta diferença estatística nas variáveis energia ($p = 0,000$), concentração ($p = 0,031$), presença de pensamentos negativos ($p = 0,05$) e ambiente físico ($p = 0,035$) na comparação entre os gêneros, sendo que o índice de qualidade de vida dos indivíduos masculinos é maior em todas as quatro variáveis analisadas.

TABELA 5 – Variáveis específicas de cada domínio do WHOQOL-abreviado segundo orientação sexual e identidade de gênero.

	Homossexual	Bissexual	p	Masculino	Feminino	p
DOM. 1						
Sono e Descanso	66,27 ± 23,37	62,76 ± 24,34	0,274	65,52 ± 22,35	63,36 ± 24,80	0,510
Trabalho	69,41 ± 22,11	66,34 ± 21,63	0,295	66,67 ± 20,84	68,18 ± 22,43	0,615
Vida Diária	70,39 ± 19,24	64,88 ± 21,01	0,043	69,66 ± 19,01	65,69 ± 21,00	0,155
Energia	73,92 ± 20,64	67,97 ± 21,23	0,035	77,01 ± 18,93	66,57 ± 21,57	0,000
Medicamentos	78,43 ± 25,74	77,40 ± 25,98	0,766	78,62 ± 26,20	77,37 ± 25,76	0,726
Dor	83,73 ± 21,20	80,00 ± 22,32	0,204	84,37 ± 20,33	80,44 ± 22,16	0,183
Mobilidade	90,39 ± 15,35	90,24 ± 15,23	0,942	91,26 ± 13,88	89,64 ± 16,11	0,438
DOM. 2						
Concentração	67,84 ± 18,70	63,74 ± 20,38	0,120	69,20 ± 19,24	63,36 ± 19,79	0,031
Pens. Negativos	48,24 ± 21,13	47,80 ± 23,56	0,886	51,72 ± 21,47	45,69 ± 22,87	0,050
Autoestima	66,67 ± 20,55	65,20 ± 21,55	0,605	68,28 ± 18,69	64,23 ± 22,42	0,146
Imagem Corporal	70,00 ± 21,75	71,71 ± 20,79	0,549	73,56 ± 19,41	69,49 ± 22,11	0,160
Pens. Positivos	75,49 ± 17,10	74,96 ± 17,85	0,821	73,79 ± 17,34	76,06 ± 17,63	0,347
Sentido da Vida	78,04 ± 21,53	76,59 ± 23,00	0,628	79,31 ± 21,66	75,77 ± 22,68	0,247
DOM. 3						
Atividade Sexual	67,25 ± 28,25	68,78 ± 26,00	0,674	64,14 ± 26,44	70,66 ± 27,23	0,079
Relação Pessoal	74,51 ± 19,53	73,50 ± 19,08	0,695	75,40 ± 17,44	72,85 ± 20,25	0,317
Apoio Social	84,71 ± 20,13	84,07 ± 19,33	0,808	85,98 ± 18,07	83,21 ± 20,61	0,306
DOM. 4						
Lazer	78,04 ± 19,60	82,44 ± 16,71	0,075	77,47 ± 19,24	82,19 ± 17,27	0,058
Transporte	75,10 ± 26,01	80,00 ± 23,75	0,145	74,25 ± 25,86	80,15 ± 24,07	0,090
Segurança	63,14 ± 20,44	63,74 ± 20,54	0,826	65,75 ± 20,89	61,75 ± 19,92	0,153
Ambiente Físico	73,53 ± 18,70	74,31 ± 18,73	0,756	77,01 ± 16,57	71,82 ± 19,64	0,035
Autocuidado	81,76 ± 22,18	86,83 ± 18,44	0,067	81,84 ± 21,49	86,13 ± 19,49	0,124
Financeiro	70,78 ± 24,48	74,96 ± 23,27	0,192	73,33 ± 23,95	72,99 ± 23,96	0,917
Moradia	85,10 ± 18,60	86,02 ± 19,82	0,722	85,98 ± 17,28	85,25 ± 20,48	0,785
Informação	89,61 ± 14,55	89,59 ± 15,23	0,994	88,97 ± 14,23	89,93 ± 15,36	0,639

6 DISCUSSÃO

Através do instrumento WHOQOL-abreviado, desenvolvido pela OMS e traduzido para o português, foi possível detalhar o índice de qualidade de vida de uma amostra da população de homossexuais e bissexuais que vivem em uma capital do nordeste brasileiro.

A amostra populacional envolvida na pesquisa é composta por jovens, de 20 a 24 anos, majoritariamente brancos, de classe média e/ou média alta, com extensa formação acadêmica (acima de 12 anos de escolaridade), com casa própria e solteiros. É importante salientar que essa amostra não é representativa da população soteropolitana, mas faz um recorte de uma população determinada. No que se refere ao índice de qualidade de vida, medido através do WHOQOL-abreviado, podemos notar que os aspectos referentes ao domínio físico e psicológico são os menores, portanto, mais afetados, com significância estatística. Uma possibilidade de explicação para esse achado é o preconceito vivenciado no cotidiano; um estudo de 2010, com homossexuais na maturidade e velhice, trouxe que essa população têm maior risco de desenvolver transtornos mentais em comparação com o grupo heterossexual, e isso pode estar relacionado com a exposição a experiências de discriminação e preconceito (28).

No que se refere às comparações do índice de qualidade de vida com a identidade de gênero e orientação sexual, não há significância estatística entre eles. Isso pode ser um sinal de que a LGBTQIAfobia atinge os indivíduos de forma unânime, sem diferenciação destes grupos sociais. Além disso, na faixa etária estudada, há poucas diferenças significativas nos papéis sociais e de gênero que são impostos, o que é corroborado pela descrição sociodemográfica, de indivíduos de classes sociais mais elevadas e, portanto, com maior acesso à saúde, educação e bens de consumo.

Ao se comparar as médias dos domínios do WHOQOL-abreviado com as idades, vemos que não há significância estatística entre as faixas etárias inclusas nesta pesquisa. Esse achado pode ser explicado porque como a faixa etária é estreita, os indivíduos participantes desta pesquisa se encontram na mesma fase da vida, sendo, assim, acometidos pelos mesmos problemas de seus pares (29), o que permite uma estabilidade nos domínios de qualidade de vida.

Uma das dificuldades encontradas no desenrolar do projeto foi a escassez de publicações nacionais e internacionais que abordem a temática de qualidade de vida na população LGBTQIA+. Assim, esta pesquisa se torna pioneira e de suma importância para conhecer o impacto da saúde mental e da qualidade de vida no processo de adoecimento desta população. Em contrapartida, há vários estudos que utilizam a ferramenta WHOQOL-abreviado, o que

permite a comparação dos resultados encontrados com outras situações clínicas, como uso de álcool (30), presença de trauma raquimedular (31), depressão (32) e idosos (33). Além disso, os raros estudos encontrados sobre a temática possuíam baixo tamanho amostral, com pouco poder de generalização e validade externa.

Em comparação com o trabalho de Luis Irribarra *et al*, notamos que os jovens adultos brasileiros apresentam maiores escores de todos os domínios de qualidade de vida quando comparados com estudantes universitários europeus (34), já que tais estudantes apresentam índices abaixo de 70,0 em todos os domínios da qualidade de vida: 65,1, 63,1, 61,3, 67,2 nos domínios físico, psicológico, social e ambiental, respectivamente. No entanto, vemos que o escore global de qualidade de vida dos jovens homossexuais e bissexuais é comparável ao de estudantes universitárias com síndrome pré-menstrual (74,3 vs 76,0) (35).

Em relação as variáveis que compõem os domínios do WHOQOL-abrev, as maiores escores dizem respeito à mobilidade (90,31), acesso à informação (89,60) e moradia (85,60), que são exatamente os maiores escores também presentes nos estudantes universitários europeus do trabalho de Luis Irribarra *et al* (34). Isso pode demonstrar que há semelhanças entre esses públicos, visto que a amostra brasileira é composta de jovens adultos em sua grande maioria de alta escolaridade e boa renda familiar. Por esses motivos, há uma facilidade de acesso aos bens de consumo e à informação. Não obstante, os piores índices estão nas variáveis presença de pensamentos negativos (48,00), segurança (63,47) e sono e descanso (64,36).

É importante ressaltar que a qualidade de vida é um fenômeno complexo e multifatorial, onde vários determinantes, tanto demográficos quanto psicossociais, influenciam nesse processo contínuo. Alguns estudos já demonstram a influência de fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo na determinação da qualidade de vida, como, por exemplo, o impacto da educação no desenvolvimento do adulto jovem (36). Por isso, é importante avaliar este determinante de saúde de uma forma ampla, entendendo sua complexidade.

Devemos lembrar que a coleta de dados do presente projeto aconteceu em vigência da pandemia de SARS-CoV-2, entre novembro de 2020 e abril de 2021. Assim sendo, existe a presença de vieses referentes ao impacto do isolamento social e do estresse gerado pela pandemia na qualidade de vida de jovens LGBTQIA+. É imprescindível a realização de novos estudos num futuro pós-pandêmico, com o objetivo de comparar e quantificar o impacto que esse momento teve sobre a qualidade de vida deste público.

Mesmo com tais dificuldades, o presente estudo é de suma importância por trazer luzes sobre uma temática pouco debatida no meio acadêmico. É importante ressaltar que novos

estudos com essa temática se fazem necessários, visando aprofundar o conhecimento sobre essa parcela tão ímpar de nossa sociedade brasileira. Tratar sobre a qualidade de vida, seus determinantes e aspectos fundamentais é a base para abordar a problemática com responsabilidade e seriedade, permitindo a construção de um conhecimento sólido, e somente assim será possível a construção de políticas públicas voltadas para esta população, permitindo seu pleno desenvolvimento e atuação social.

7 CONCLUSÃO

A maioria dos jovens adultos presentes neste trabalho são do gênero feminino e bissexuais, apresentam alto nível de escolaridade e alta renda familiar, com uma idade média de 22 anos. Essa amostra apresenta os menores escores de qualidade de vida no domínio psicológico, com as variáveis presença de pensamento negativo, segurança e sono e descanso como mais afetadas dentro das variáveis analisadas. Não se percebeu diferença estatisticamente significativa dos domínios da qualidade de vida em relação à orientação sexual, identidade de gênero ou idade.

REFERÊNCIAS

1. Gross J, Carlos PP de. Da construção da sexualidade aos direitos LGBT: uma lenta conquista. *Rev Direito e Política*. 2015;10(2):747.
2. Pereira H, Leal IP. A identidade (homo)sexual e os seus determinantes: implicações para a saúde. *Análise Psicológica*. 2005;23(3):315–22.
3. Albuquerque GA, Garcia C de L, Alves MJH, Queiroz CMHT de, Adami F. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde Em Debate*. 2013;37(98):516–24.
4. Participativa D de A à G. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais. Ministério da Saúde. Brasília; 2012. p. 34.
5. Silva BP, Schons AAN. Desenvolvimento de um guia rápido para prática de atenção à saúde da população transgênero population. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2019;14(41):2027.
6. Discriminação CN de C à. Brasil Sem Homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual [Internet]. Ministério da Saúde. 2004 [cited 2020 Jul 9]. p. 1–31. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf
7. Programme on Mental Health WHO. WHOQOL-bref: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. 1996;
8. Pereira ÉF, Teixeira CS, Santos A dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ Física e Esporte*. 2012;26(2):241–50.
9. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cien Saude Colet*. 2000;5(1):163–77.
10. Terto AP, Souza PHN. De Stonewall à Assembleia Geral da ONU: reconhecendo os direitos LGBT. *Monções*. 2015;5(7):120–48.
11. Canabarro R. História E Direitos Sexuais No Brasil: O Movimento LGBT E A Discussão Sobre A Cidadania. *An Eletrônicos do II Congr Int História Reg*. 2013;
12. Lima ACT de. O câncer gay e o orgulho gay: a experiência da AIDS para o movimento LGBT da cidade do Rio de Janeiro (1986-1995). Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ; 2019.

13. Carneiro AJ dos S. A morte da clínica: movimento homossexual e luta pela despatologização da homossexualidade no Brasil (1978-1990). XXVIII Simpósio Nacional de História. 2015. p. 15.
14. Lima MDA, Souza A da S, Dantas MF. Os desafios a garantia de direitos da população LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Interfaces*. 2016;3(11):119–25.
15. Mendes WG, da Silva CMFP. Homicídios da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros (LGBT) no Brasil: uma análise espacial. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2020;25(5):1709–22.
16. Carr A, Thompson P, Kirwant J. Quality of life measures. *Br Soc Rheumatol*. 1996;35:275–81.
17. Neto JFR, Ferreira CG. Qualidade de vida como medida de desfecho em saúde. *Rev Med Minas Gerais*. 2003;13(1):42–6.
18. Minayo MC de S, Hartz ZM de A, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cien Saude Colet*. 2000;5(1):7–18.
19. Campos MO, Neto JFR. Qualidade de vida: um Instrumento para promoção de saúde. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2008;32(2):232–40.
20. Pedroso B, Pilatti LA. Avaliação de indicadores da área da saúde: a qualidade de vida e suas variantes. *Rev Eletrônica FAFIT/FACIC*. 2010;1(1):1–9.
21. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref.” *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):178–83.
22. Plöderl M, Tremblay P. Mental health of sexual minorities. A systematic review. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27(5):367–85.
23. Hatzenbuehler ML, Keyes KM, Hasin DS. State-Level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *Am J Public Health*. 2009;99(12):2275–81.
24. Bhugra D. Sexual variation and mental health. *Nord J Psychiatry*. 2018;72.
25. Russell ST, Fish JN. Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12(1):465–87.

26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: síntese dos indicadores 2010 [Internet]. 2010 [cited 2020 Jun 23]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>
27. Gates GJ, Newport F. Special Report: 3.4% of U.S. Adults Identify as LGBT [Internet]. GALLUP. 2012 [cited 2020 Jun 23]. p. 1–10. Available from: <https://news.gallup.com/poll/158066/special-report-adults-identify-lgbt.aspx>
28. Ceará ADT, Dalgalarondo P. Transtornos mentais, qualidade de vida e identidade em homossexuais na maturidade e velhice. *Rev Psiquiatr Clin*. 2010;37(3):118–23.
29. Novaes R. Juventude e sociedade: jogos de espelhos, sentimentos, percepções e demandas por direitos e políticas públicas. *Rev Sociol Espec ciência e vida*. 2007;1–10.
30. Lima AFB da S, Fleck MP de A, Pechansky F. Qualidade de Vida em Pacientes do Sexo Masculino Dependentes de Álcool. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
31. Bampi LNDS, Guilhem D, Lima DD. Quality of live in people with traumatic spinal cord injury: A study with WHOQOL-bref. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(1):67–77.
32. Fleck MP de A, Barros da Silva Lima AF, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4):431–8.
33. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini S do CC, Ribeiro R de CL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul*. 2006;28(1):27–38.
34. Irribarra T. L, Mery I. P, Lira S. MJ, Campos D. M, González L. F, Irarrázaval D. S. ¿Cómo es la calidad de vida reportada por los estudiantes de Medicina? *Rev Med Chil*. 2018;146(11):1294–303.
35. Victor FF, Souza AI, Barreiros CDT, Barros JLN De, Silva FAC Da, Ferreira ALCG. Quality of Life among University Students with Premenstrual Syndrome. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2019;41(5):312–7.
36. Gil-Lacruz M, Gil-Lacruz AI, Gracia-Pérez ML. Health-related quality of life in young people: The importance of education. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):1–13.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

1. E-mail: _____		
2. Identidade de Gênero: <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher <input type="checkbox"/> Não Binário	3. Orientação Sexual: <input type="checkbox"/> Homossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Assexual	4. Órgão Genital de Nascimento: <input type="checkbox"/> Pênis <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Ambos (pênis e vagina)
5. Qual foi sua fonte de renda nos últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Trabalho por conta própria <input type="checkbox"/> Trabalho regular COM carteira assinada <input type="checkbox"/> Trabalho regular SEM carteira assinada <input type="checkbox"/> Família/parceiro(a)/amigos <input type="checkbox"/> Benefícios sociais		
6. Renda Familiar Mensal: <input type="checkbox"/> Até 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> Até 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> Até 4 salários mínimos <input type="checkbox"/> Mais de 4 salários mínimos	7. Quantas pessoas dividem essa renda familiar mensal? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais	
8. Escolaridade <input type="checkbox"/> Nenhuma/sem educação formal <input type="checkbox"/> De 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> De 4 a 7 anos <input type="checkbox"/> De 8 a 11 anos <input type="checkbox"/> De 12 a mais anos		
9. Raça/Cor (autodeclarada): <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela	10. Idade (em anos): _____ anos	11. Situação de Moradia: <input type="checkbox"/> Casa própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Financiada <input type="checkbox"/> Outros, especificar _____.
12. Com quem você mora? <input type="checkbox"/> Com os pais		

<input type="checkbox"/> Com outros parentes <input type="checkbox"/> Sozinho/a <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Pensão <input type="checkbox"/> República <input type="checkbox"/> Outros, especificar _____.	
13. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viúvo/a	14. Profissão: _____

ANEXO A: QUESTIONÁRIO WHOQOL-ABREVIADO

Instruções:

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e selecione o número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?	1	2	3	4	5

5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	O quanto você se sente em segurança em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO B: PARECER COSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE JOVENS HOMOSSEXUAIS E BISSEXUAIS RESIDENTES EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

Pesquisador: Rita de Cassia de Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37046020.7.0000.5544

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO BAHIANA PARA DESENVOLVIMENTO DAS CIÊNCIAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.365.228

Apresentação do Projeto:

A população composta por gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transsexuais e outras minorias sexuais, que compõe a sigla LGBTQIA+, sofreu durante décadas um processo marginalizador e excludente, que repercute nas condições de existência desse grupo minoritário até os dias de hoje. É evidente, através de pesquisas prévias, o impacto da qualidade de vida no processo saúde-doença dos indivíduos, atuando como fator de proteção ou de risco, a depender do ambiente que este vive. Portanto, para determinados grupos marginalizados, como a comunidade LGBTQIA+, é importante descrever tanto a qualidade de vida global, quanto os fatores que a influenciam, visando identificar estressores que o impacte negativamente. Então, entender como esses fatores se desenrolam na sociedade contemporânea atual se faz necessário, para que, através de práticas das instituições de saúde e políticas públicas, se veja a qualidade de vida como parte integrante do processo saúde-doença, inclusive das minorias sexuais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade de vida de jovens homossexuais e bissexuais, de 20 a 24 anos, residentes em uma capital do nordeste brasileiro.

Objetivo Secundário:

(1) Descrever as características sociodemográficas do público de jovens homossexuais e

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.365.228

bissexuais.

(2) Descrever o risco de sofrimento mental, através do questionário SQR-20, em jovens homossexuais e bissexuais.

(3) Comparar os fatores que impactam a qualidade de vida de jovens homossexuais do gênero masculino (gays) com os do gênero feminino (lésbicas).

(4) Comparar o índice de qualidade de vida de jovens homossexuais com bissexuais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores quanto aos riscos:

Na atual pesquisa, o principal risco está envolvido no constrangimento que pode ser causado ao responder os questionários, além do receio de que as informações ali contidas sejam divulgadas. Para diminuir esses riscos, os pesquisadores se comprometem a manter o anonimato de todas as pessoas envolvidas. Como a pesquisa ocorrerá em ambiente digital, isso permite maior privacidade dos indivíduos que participarem. Além disso, existe o risco de mobilização emocional, já que os questionários abordam questões do escopo pessoal do entrevistado. Para minimizar esse risco, os participantes serão aconselhados a procurar assistência profissional caso se sintam vulneráveis, além do que todos os participantes podem sair da pesquisa, sem prejuízo, caso se sintam vulneráveis.

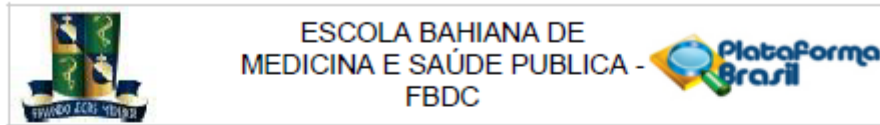
Quanto aos benefícios os autores apresentam que:

Os participantes da pesquisa receberão um feedback com os valores de escore recebidos ao final dos questionários, o que permitirá uma autoavaliação sobre seus níveis de satisfação com a vida (através do questionário WHOQOL-bref) e do risco de desenvolvimento de adoecimento mental. Além disso, os indivíduos que pontuarem um escore maior ou igual a 7 no teste SRQ-20, serão aconselhados a procurar auxílio profissional, através de serviços públicos especializados em saúde mental, como o Centro de Valorização da Vida. Com a publicação dos resultados da pesquisa, será possível trazer visibilidade para este público, contribuindo com um maior entendimento do processo de saúde-doença, assim como os impactos da qualidade de vida nas minorias sexuais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de corte transversal, observacional, descritivo e analítico. População Alvo: A população estudada será de jovens, de 20 a 24 anos, moradores de Salvador/BA, que se relacionem sexual e/ou afetivamente com indivíduos do mesmo gênero, ou seja, jovens homossexuais ou bissexuais. Será utilizado a estratégia de bola de neve como protocolo de coleta de dados para este projeto. Os questionários serão divulgados através das redes sociais dos pesquisadores, como Instagram e WhatsApp, convidando o público a participar da pesquisa e

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.365.228

ajudar na divulgação, visando atingir o maior número possível do público-alvo deste projeto. Os questionários serão divulgados através do Google Forms, e ficarão disponíveis para aceitar resposta durante 30 dias, a partir do início da coleta. Ao final do período de coleta de dados, os questionários que estiverem respondidos completamente, serão computados na análise. A população acessada para este projeto de pesquisa será os

usuários de redes sociais (Instagram e WhatsApp) que se enquadrem nos critérios de inclusão descritos. Amostra: O tipo amostral é de conveniência. Período: A coleta de dados será realizada online, através de questionário eletrônico, que serão divulgados ao público interessado na pesquisa através das mídias sociais, e ocorrerá no segundo semestre de 2020, após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), segundo cronograma em anexo. Instrumentos: Serão utilizados como instrumentos desta pesquisa o questionário WHOQOL-bref (composto por 26 questões, sendo que duas delas abordam a percepção individual do participante sobre sua qualidade de vida e a sua satisfação com sua saúde, e as outras 24 questões abrangem os quatro domínios da qualidade de vida: saúde física, aspectos psicológicos, relações sociais e ambiente), teste SRQ-20 (avalia a presença de sofrimento mental. É composto por 20 questões relacionadas a certas dores e sofrimentos que possam ter incomodado o participante nos últimos 30 dias) e um questionário de características sociodemográficas (idade, identidade de gênero, orientação sexual, renda familiar mensal, profissão, situação de moradia, composição familiar, escolaridade, estado civil e etnia).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: devidamente preenchida e com assinatura do responsável institucional;
 Cronograma: discrimina as fases da pesquisa com início da coleta previsto para: 01.11.20
 Orçamento: apresentado no valor de R\$ 2525,00 informando a fonte financiadora;
 TCLE: adequado.

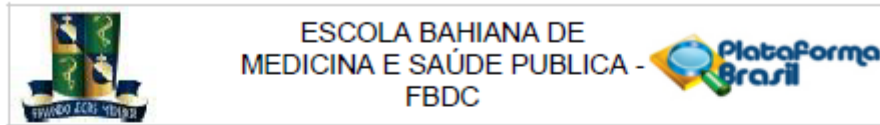
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após reanálise bioética embasada na Res. 466/12 do CNS/MS e documentos afins, as pendências assinaladas no Parecer Consubstanciado de nº 4.314.444 relativas a benefícios e TCLE foram devidamente sanadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.365.228

pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1593791.pdf	14/10/2020 20:45:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA_VERSAO2.pdf	14/10/2020 20:44:46	NICHOLAS DE OLIVEIRA PONSO	Aceito
Outros	FOLHA_ANEXA.pdf	14/10/2020 20:44:02	NICHOLAS DE OLIVEIRA PONSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VERSAO2.pdf	14/10/2020 20:43:01	NICHOLAS DE OLIVEIRA PONSO	Aceito
Folha de Rosto	Rosto_assinada.pdf	26/08/2020 11:31:42	NICHOLAS DE OLIVEIRA PONSO	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_SRQ20.pdf	27/07/2020 11:43:32	NICHOLAS DE OLIVEIRA PONSO	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_WHOQOL_BREF.pdf	27/07/2020 11:42:55	NICHOLAS DE OLIVEIRA PONSO	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_SOCIODEMOGRAFICO.pdf	27/07/2020 11:42:39	NICHOLAS DE OLIVEIRA PONSO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	27/07/2020 11:37:12	NICHOLAS DE OLIVEIRA PONSO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 27 de Outubro de 2020

Assinado por:
Roseny Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br

