



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

O Impacto da Discriminação e Assédio na Saúde Física e Mental das Pessoas LGB

Paula Andrea de Almeida Jesus

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Henrique Pereira

Covilhã, junho de 2016

Resumo

A presente dissertação surge no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior. O seu objetivo passa por perceber o impacto das experiências discriminatórias na saúde física e mental das pessoas LGB.

Para atingir o pretendido realizou-se uma revisão da literatura e procedeu-se à execução de um estudo empírico, no qual participaram 561 pessoas com idades compreendidas entre os 18 e os 72 anos, cujos descritores da identidade sexual são: *gay*, bissexual, lésbica, indeciso ou sem certeza. Os instrumentos utilizados foram uma escala de Saúde Geral, uma escala de Bem-Estar Emocional e a Escala K10 fornecidas pelo protocolo *Gay and Lesbian Health Victoria* (Austrália), para além dos itens sobre utilização e acesso aos serviços de saúde, discriminação e assédio e as questões sociodemográficas. Para a recolha dos dados foi criada uma página *Web*, disseminada através de Associações LGBT, redes sociais e *mailing lists*, entre setembro e dezembro de 2015. Quanto ao tratamento dos dados recolhidos, estes foram analisados através do programa estatístico SPSS - Versão 23 para Windows.

Esta dissertação segue o modelo de artigo científico, pelo que primeiramente se apresenta a revisão bibliográfica e, posteriormente o estudo empírico realizado (descrição da amostra, instrumentos, procedimentos e apresentação dos resultados estatísticos). Finalmente, expõe-se uma análise crítica relativamente aos resultados obtidos, limitações do estudo e uma breve conclusão. Note-se que, devido a esta estrutura, apresenta-se um anexo teórico onde se aprofundam questões sobre o tema.

Este documento foi redigido de acordo com o novo Acordo Ortográfico Português.

Palavras-chave

Pessoas LGB, Discriminação e Assédio, Saúde Física e Mental.

Abstract

This report comes under the Master in Clinical and Health Psychology at the University of Beira Interior. Its primary purpose is to realize the impact of discriminatory experiences in the physical and mental health of LGB people.

To achieve the desired carried out a literature review and proceeded to the execution of an empirical study, which involved 561 people with an age range between 18 and 72, whose descriptors of sexual identity are gay, bisexual, lesbian, indecisive or not sure. The instruments used were a General Health scale, Wellness Emotional scale and the K10 scale provided by the Gay and Lesbian Health Victoria Protocol (Australia), in addition to the items on use of and access to health services, discrimination and harassment and sociodemographic questions. To collect the data a Web page was created, disseminated by LGBT associations, social and mailing lists networks between September and December 2015. As the processing of collected data, the data were analyzed using the SPSS - Version 23 for Windows.

This work follows the scientific paper model, by which first presents the literature review and subsequently the empirical study (description of the sample, instruments, procedures and presentation of statistical results). Finally, it exposes a critical analysis on the results obtained, the study limitations and a brief conclusion. Note that due to this structure, presents a theoretical attachment where deepen questions on the subject.

This document was prepared in accordance with the new Spelling Agreement Portuguese.

Keywords

LGB People, Discrimination and Harassment, Physical and Mental Health.

Índice

Introdução	15
O Impacto da Discriminação e Assédio na Saúde Física e Mental das Pessoas LGB	17
1.1 Experiências de Discriminação e a Saúde das Pessoas LGB	17
1.1.1 Impacto da Discriminação na Saúde Física	20
1.1.2 Impacto da Discriminação na Saúde Mental	21
1.1.3 Utilização e Acesso aos Serviços de Saúde	22
1.2 Objetivos	24
1.3 Método	25
1.3.1 Participantes	25
1.3.2 Instrumentos	29
1.3.2.1 Informações demográficas e psicossociais	29
1.3.2.2 Saúde física	29
1.3.2.3 Saúde mental	30
1.3.2.4 Bem-estar	30
1.3.2.5 Utilização e acesso aos serviços de saúde	31
1.3.2.6 Discriminação e assédio	31
1.3.3 Procedimento	31
1.4 Resultados	33
1.4.1 Saúde física e mental e Bem-estar	33
1.4.2 Utilização e acesso aos serviços de saúde	35
1.4.3 Experiências de discriminação e assédio	37
1.5 Discussão dos Resultados e Conclusão	45
1.5.1 O impacto da discriminação e assédio na saúde física e mental das pessoas LGB	45
1.5.2 Limitações do estudo	48
1.5.3 Conclusão	49
Referências Bibliográficas	50
Anexo Teórico	
Capítulo 1. Definição de Conceitos	
Capítulo 2. Teoria do <i>Stress</i> das Minorias	
Capítulo 3. Impacto da Discriminação e Assédio na Saúde Física e Mental - Síntese de Estudos Realizados	
Capítulo 4. Realidades e Mentalidades em Transformação	
Capítulo 5. Implicações Comunitárias	

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estudos realizados com pessoas LGBT

Tabela 2 - Características demográficas ($n = 561$)

Tabela 3 - Características demográficas relacionadas com a saúde física ($n = 561$)

Tabela 4 - Saúde física comparativamente com há um ano

Tabela 5 - Saúde física e mental e bem-estar entre géneros

Tabela 6 - Saúde física e mental e bem-estar entre os quatro grupos descritores da orientação sexual

Tabela 7 - Utilização e acesso aos serviços de saúde

Tabela 8 - Incidência de antecipação de experiências de discriminação e assédio

Tabela 9 - Incidência de experiências reais de discriminação e assédio

Tabela 10 - Resultados para a frequência de situações em que "teve que esconder a sua sexualidade por medo de violência ou assédio"

Tabela 11 - Percentagem de ocorrência de experiências de discriminação e assédio devidas à orientação sexual

Tabela 12 - Saúde física e mental entre os que têm melhor e pior saúde e antecipam e não antecipam experiências discriminatórias

Tabela 13 - Saúde física e mental entre os que têm melhor e pior saúde e experienciam e não experienciam discriminação

Tabela 14 - Correlações entre saúde física e mental e antecipação e experiências reais de discriminação e assédio

Tabela 15 - Análise de regressão linear simples e múltipla preditiva da saúde física

Tabela 16 - Análise de regressão linear simples e múltipla preditiva da saúde mental

Lista de Acrónimos

APA	<i>American Psychological Association</i>
ARCSHS	<i>Australian Research Centre in Sex, Health and Society</i>
CPLP	Comunidade de Países de Língua Portuguesa
DP	Desvio-padrão
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FRA	Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia
GLHV	<i>Gay and Lesbian Health Victoria</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
LGB	Lésbicas, Gays e Bissexuais
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgéneros
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
UBI	Universidade da Beira Interior
UE	União Europeia

Introdução

A presente dissertação de mestrado está inserida numa investigação em curso levada a cabo pelo Professor Doutor Henrique Pereira (orientador desta dissertação) em parceria com a *Gay and Lesbian Health Victoria* (GLHV - Austrália) e com o *Australian Research Centre in Sex, Health and Society* (ARCSHS) da *La Trobe University* (Austrália), que tem como objetivo examinar a saúde e o bem-estar de pessoas da comunidade LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgéneros) nos países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), tendo, para tal, recorrido ao inquérito “Vidas Privadas CPLP”.

Tendo em conta a panóplia de informações que o instrumento permite recolher acerca das vidas privadas das pessoas LGBT optou-se por se estudar um tema em particular para esta dissertação integrando dois domínios da vida das pessoas LGBT: as experiências de discriminação e assédio e a saúde física e mental. Isto, porque nos dias que correm é cada vez mais vulgar ouvir-se falar do respeito pela diferença, da diversidade e do direito de todos à cidadania. Neste contexto, tudo o que engloba o campo da sexualidade (orientação sexual), discriminação e saúde não foge à norma e é sobre estes temas que recairá todo o panorama a seguir apresentado, dando forma e conteúdo ao trabalho de investigação desenvolvido para a elaboração desta Dissertação de Mestrado do curso de Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (FCSH) da Universidade da Beira Interior (UBI), no ano letivo 2015/2016.

Com isto, o objetivo principal deste estudo remete para a revisão bibliográfica acerca de uma temática particular, bem como a realização de um estudo empírico acerca da mesma. Neste sentido, pretende-se saber, nesta investigação, se as experiências de discriminação e assédio têm impacto na saúde física e mental das pessoas lésbicas, gays e bissexuais (LGB). Esta escolha está relacionada com o facto de as minorias, neste caso, sexuais, serem frequentemente alvo de experiências de discriminação e assédio, mesmo existindo medidas legais contra estes atos, que parecem constituir fatores de risco para a saúde física e mental destas pessoas. Várias investigações têm vindo a demonstrar que o abuso de substâncias, os comportamentos sexuais de risco e os problemas mentais nesta população parecem resultar dos efeitos negativos e destrutivos do estigma, vitimização, isolamento e dos *stressores* psicológicos associados à aceitação/reconhecimento das suas orientações sexuais (Shilo & Mor, 2014). Para corroborar estas informações, a teoria do *stress* das minorias sugere que as vulnerabilidades das pessoas LGB decorrem da sua exposição a *stressores* particulares resultantes do seu *status* de minoria (Mayer, 2003, 2007 citado por Shilo & Mor, 2014 e por Shilo & Savaya, 2012).

Deste modo, iniciou-se este trabalho pela revisão do estado de arte, realçando-se o facto da mesma ser maioritariamente anglo-saxónica, colocando em causa as generalizações que possam ser feitas. A recolha dos dados decorreu entre setembro e dezembro de 2015 e foi feita *online*, através da criação de uma página *Web* onde foi difundido o inquérito “Vidas Privadas CPLP”, tendo sido considerados todos os aspetos éticos e deontológicos relativos aos processos de investigação. Posteriormente, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados recorrendo-se ao programa estatístico SPSS - Versão 23 para Windows.

Mais informa-se que este documento foi redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico e elaborado em formato de artigo científico, apresentando-se, por esta razão, um anexo teórico onde se apresenta uma revisão da literatura mais detalhada e alargada.

O Impacto da Discriminação e Assédio na Saúde Física e Mental das Pessoas LGB

1.1 Experiências de Discriminação e a Saúde das Pessoas LGB

No que toca ao estudo da sexualidade, especificamente acerca da orientação sexual tem-se verificado um crescente interesse por parte da Psicologia. Isto porque até 1970 a investigação produzida pedia para a componente patológica desta questão. Porém, o foco das investigações acerca da orientação sexual sofreu alterações e passou de uma abordagem médico-patológica para uma abordagem que considera esta vertente da sexualidade como natural, ou seja, começou a ponderar-se as características psicossociais envolvidas nesta área da sexualidade (Nogueira & Oliveira, 2010). Esta mudança de visão potenciou a investigação, contudo há sempre mais a fazer, uma vez que nos dias que correm é frequente falarmos em direitos de igualdade, mas para se fazer o que quer que seja é necessário compreender os fenómenos. Tendo isto tudo em consideração, é sobre estes factos que se debruça esta investigação, mais concretamente no sentido de se verificar a existência de experiências de discriminação e assédio e compreender o seu impacto na saúde, física e/ou mental, das designadas minorias sexuais (lésbicas, gays e bissexuais).

Especificamente sobre a discriminação, a APA (2008) afirma que, em função da orientação sexual, esta assume variadas formas, como elevados níveis de assédio e violência contra lésbicas, gays e bissexuais, sendo que o assédio e abuso verbais são quase que experiências “universais” para as pessoas LGB. Neste sentido, surgem, como principais formas de violência discriminatória, as agressões verbais ou ameaças, seguidas das agressões físicas, chantagem ou extorsão (Cardoso & Ferro, 2012). Oliveira (2010) referencia um estudo de Swim, Pearson e Johnston (2008) cujo objetivo passava pela identificação das formas heterossexistas mais frequentes contra as pessoas LGB, pelo que verificaram que os comportamentos verbais são os mais comuns (e.g., piadas, comentários hostis e com conotação de ódio, ameaças de violência), seguidos dos comportamentos físicos (e.g., comportamentos violentos/hostis e/ou situações de evitamento de pessoas LGB) e, por último, identificaram atos indutores de sensação de medo, em que as pessoas LGB, através das suas próprias interpretações acerca do *feedback* corporal das outras pessoas em seu redor, se sentiam de alguma forma ameaçadas (e.g., medo do reconhecimento, por parte dos outros, da sua orientação sexual; medo de comentários e/ou comportamentos violentos). Ressalta-se deste estudo que as pessoas bissexuais revelaram serem alvo de menos comportamentos heterossexistas no seu quotidiano, que os autores explicam poder dever-se ao facto destas pessoas serem mais reconhecidas e estarem mais integradas no “mundo heterossexual”. A investigação realizada por Oliveira et al. (2010) vai de encontro aos dados obtidos por Swim, Pearson e Johnston

(2008), visto que se concluiu que as situações de roubo, violência física e tentativa de assalto às pessoas LGB apresentam uma média muito baixa relativamente à sua frequência, porém, verificou-se que os insultos contra estas pessoas constituem a forma mais recorrente de estigmatização e discriminação. Costa et al. (2010) acrescenta como forma de discriminação a associação entre a homossexualidade/bissexualidade e o *HIV*, afirmando que todas as formas de discriminação têm consequências negativas relativamente ao ajustamento social e psicológico. Deste modo, vários estudos corroboram estas ideias ao revelarem que as experiências relacionadas com o estigma, preconceito, discriminação e vitimização, caracterizam as vidas das pessoas lésbicas, *gays* e bissexuais de uma forma negativa (Kelleher, 2009), uma vez que constituem fontes indutoras de *stress* nas minorias (Meyer, 1995), neste caso, sexuais.

Particularmente sobre as experiências discriminatórias, de acordo com a APA (2008) a discriminação e o preconceito contra os homossexuais e bissexuais surgem em níveis comparáveis, apesar de Shilo e Savaya (2012) expressarem que os bissexuais são particularmente estigmatizados negativamente (contrariamente aos resultados obtidos por Swim, Pearson e Johnston, 2008 citado por Oliveira, 2010) quer na sociedade em geral, quer dentro da própria comunidade LGB, o que poderá contribuir para a ocultação da própria orientação sexual e/ou para a abstenção nas atividades de apoio dentro da comunidade LGB. Marques et al. (2013), relativamente às pessoas homossexuais, refere que em alguns trabalhos se tem concluído que há mais homens *gays* a serem alvo de ameaças e assédio verbal comparativamente às mulheres lésbicas. Acredita-se ainda que a população LGB jovem (Kelleher, 2009) é mais vulnerável uma vez que está exposta aos mais diversos contextos, experienciando a vitimização e o preconceito na escola, em casa, no trabalho e nos contextos comunitários (Kelleher, 2009; Rodrigues, Oliveira & Nogueira, 2015).

De um modo geral, a discriminação contra as pessoas LGB, pode ter diversas repercussões ao nível social e pessoal/individual (APA, 2008). No que concerne ao primeiro contexto, referem-se essencialmente as limitações de acesso ao emprego, as questões relacionadas com a parentalidade e habitação (APA, 2008; Cardoso & Ferro, 2012; Meyer, 1995). Quanto ao nível individual, uma das consequências incidirá na ocultação ou negação da orientação/identidade sexual, ou por outro lado, poderá ter efeitos menos positivos no que respeita à saúde e bem-estar destas pessoas (APA, 2008), inclusive poderá funcionar como propulsor do processo de adoecer (Cardoso & Ferro, 2012). No fundo, a discriminação heterossexista conduz ao isolamento social, que por sua vez promove a redução dos níveis de saúde e bem-estar entre as pessoas LGB, comparativamente à população em geral, o que nos fornece uma indicação do impacto paralelo da discriminação a nível pessoal e social das pessoas LGB (Leonard, Lyons & Bariola, 2015), para além do impacto negativo em termos de estilo de vida, saúde mental ou outros riscos para a saúde (Fish, 2007). Assim, os problemas de saúde física e mental têm surgido mais frequentemente nas pessoas LGB do que nas pessoas heterossexuais (Lyons & Hosking, 2014; van der Star & Bränström, 2015).

Nesta linha de pensamento e no que respeita às vulnerabilidades ao nível da saúde das pessoas LGB, a teoria do *stress* das minorias, ou se quisermos, o modelo do *stress* psicossocial devido ao *status* de minoria (Meyer, 1995), diz-nos que a discriminação surge como um fator de risco neste âmbito, ou seja, a exposição ao estigma e à discriminação coloca em causa o bem-estar das pessoas LGB visto provocar efeitos negativos ao nível da saúde das mesmas, potenciando problemas ao nível da saúde física e mental (Holloway, Padilla, Wilnner & Guilamo-Ramos, 2014 citado por Borralha & Pascoal, 2015; Kelleher, 2009; Pereira & Costa, 2016; Rodrigues, Oliveira & Nogueira, 2015; van der Star & Bränström, 2015). Estes efeitos negativos devem-se, então, ao *stress* crónico resultante das próprias experiências de estigmatização/discriminação potenciando repercussões adversas ao nível da saúde das ditas minorias (Meyer, 1995). Contudo, para além dos fatores de risco até aqui enunciados, não podemos descartar os fatores protetores da saúde física e mental das pessoas LGB alvo de discriminação, como o suporte social e a união da própria comunidade LGB (Mayer, 2003, 2007 citado por Shilo & Mor, 2014 e por Shilo & Savaya, 2012; van der Star & Bränström, 2015).

Quanto aos estudos realizados com a população LGB no âmbito da saúde, as investigações divulgam resultados significativos e alarmantes, uma vez que demonstram que nesta população parece existir uma maior incidência de (a) abuso de substâncias, como o tabaco e as drogas ilícitas, (b) comportamentos sexuais de risco, que envolvem o *HIV* e as *DST's* e (c) problemas mentais, nomeadamente a depressão, ansiedade (Almeida et al. 2009; Lyons & Hosking, 2014; Shilo & Mor, 2014) ideação suicida e tentativas de suicídio (Almeida et al. 2009). Leonard, Lyons e Bariola (2015) revelam-nos que, na Austrália, os estudos efetuados têm mostrado que as pessoas LGB apresentam taxas mais elevadas de problemas de saúde mental do que a população geral. Os autores mencionam a National Survey of Mental Health and Wellbeing (2007), como tendo sido um dos primeiros inquéritos, à população australiana, a incluir uma questão sobre a orientação sexual e, apesar de oferecer apenas duas opções de resposta (heterossexual ou homossexual/bissexual), os resultados demonstraram níveis mais elevados de ansiedade e de uso de substâncias nas pessoas não-heterossexuais do que nas heterossexuais. Estes dados foram consistentes com os obtidos na Private Lives 2 (2012) onde se concluiu que as pessoas não-heterossexuais apresentavam valores mais altos de *distress* psicológico e pior saúde mental global, comparativamente às médias nacionais australianas. Mais ainda, uma vez que na Private Lives 2 (2012) foi disponibilizado um maior número de descritores da identidade sexual e da identidade de género, foi possível perceber não só as diferenças dos níveis de saúde e bem-estar entre a população LGBT e a comunidade, mas também essas diferenças dentro da própria comunidade LGBT, permitindo verificar diferenças significativas dos níveis de saúde e bem-estar entre as pessoas homossexuais e as bissexuais, bem como a existência de diferenças entre mulheres bissexuais e homens bissexuais (Leonard, Lyons & Bariola, 2015). Em termos de faixa etária, temos os adolescentes LGB a experienciar mais sintomatologia depressiva, ansiosa, ideação suicida, tentativas de suicídio, sentimentos

de tristeza e desesperança, o que indica, no fundo, um maior *distress* emocional, do que as pessoas heterossexuais da mesma faixa etária. Esta discrepância dos níveis de *distress* emocional, considerando a orientação sexual, tem sido explicada (apesar de ser uma área pouco estudada), à semelhança do que tem vindo aqui a ser descrito, pelo *stress* provocado pela estigmatização da identidade sexual, evidenciada pela exposição a situações negativas como a rejeição e o isolamento social, diminuição do apoio social, discriminação e abuso verbal e físico (Almeida et al., 2009), o que no fundo remete para o pressuposto da teoria do *stress* das minorias. Seguindo o mesmo pensamento, Shilo e Mor (2014) expressam a especial atenção que tem sido dada aos adolescentes ou jovens-adultos LGB (até cerca dos 30 anos de idade), uma vez que representam o grupo de maior risco a desenvolver problemas mentais. Além de tudo isto, e modo consistente com a teoria do *stress* das minorias, os autores mencionam que os resultados que têm sido obtidos na população LGB podem estar relacionados com os efeitos negativos e destrutivos do estigma, vitimização, isolamento das minorias sexuais e dos *stressores* psicológicos associados à aceitação/reconhecimento das suas orientações sexuais. Ideia corroborada pelos resultados obtidos na Private Lives 2 (2012) que comprovam os diferentes tipos de impacto da discriminação heterossexista sobre as minorias de identidade de género e identidade sexual (Leonard, Lyons & Bariola, 2015).

Para além de tudo o referido e considerando os estudos efetuados, há quem defenda (e.g., Miller, 2002, citado por Cardoso & Ferro, 2012; Cardoso & Ferro, 2012) que apesar de se verificar que a discriminação potencia o processo de adoecer, deve considerar-se cada caso em particular, ou seja, na população LGB deve-se analisar o percurso do adoecimento de forma mais individualizada e por subgrupos (e.g., o processo de adoecer para o grupo das pessoas lésbicas, para o grupo das pessoas *gays* e para o grupo das pessoas bissexuais), de modo a reunir informações mais idiossincráticas acerca de cada subgrupo (Cardoso & Ferro, 2012).

1.1.1 Impacto da Discriminação na Saúde Física

Acerca da saúde física, os estudos efetuados têm evidenciado que a vitimização de pessoas LGB, por questões relacionadas com a orientação sexual, contribui para o aumento dos comportamentos sexuais de risco e do consumo de substâncias (Ayala et al., 2012; Borralha & Pascoal, 2015; Pereira & Costa, 2016). Assim, temos no domínio dos comportamentos sexuais de risco: (a) o sexo anal/vaginal sem uso de contraceptivos, como o preservativo, com parceiros cuja seropositividade é desconhecida ou positiva e (b) as relações sexuais sob o efeito de substâncias, como o álcool ou outras, que podem expor a pessoa à contração do *HIV* ou outras doenças sexualmente transmissíveis - DST's (Shilo & Mor, 2014). Assim, neste campo da saúde a preocupação central relaciona-se com o *HIV* e outras DST's (Lyons & Hosking, 2014; Pereira & Costa, 2016; Sampaio & Germano, 2014). Quanto ao consumo de substâncias, o que parece explicar o uso das mesmas relaciona-se com o estado mental do sujeito resultante do impacto dos *stressores* objetivos e subjetivos, que sugerem uma ligação entre a

saúde física e mental cujo denominador comum é a discriminação heterossexista (Shilo & Mor, 2014), ideia que vai de encontro ao sugerido por Salomon, Mimiaga e Husnik (2009, citados por Shilo & Mor, 2014) que afirmam que a sintomatologia depressiva pode contribuir para o aumento do uso de substâncias ou outros comportamentos de risco entre jovens homens *gays*. Considere-se que estes consumos se revelam tão perigosos quanto os comportamentos sexuais de risco e, em termos de análise comparativa, parece existir nos adolescentes e jovens adultos homens *gays* um risco acrescido de uso de substâncias e comportamentos sexuais de risco (Shilo & Mor, 2014). De entre as substâncias, as que têm surgido são o aumento do consumo de tabaco e o uso de drogas ilícitas (Fish, 2007; Lyons & Hosking, 2014; Willoughby, et al., 2008), para além das metanfetaminas e as “*party drugs*” (Fish, 2007; Lyons & Hosking, 2014).

1.1.2 Impacto da Discriminação na Saúde Mental

Oliveira (2010 citado por Borralha & Pascoal, 2015) diz-nos que existem fatores que predispõem as pessoas homossexuais para a perturbação mental. No seguimento desta linha de pensamento, realça-se a importância de se considerar o estigma e a discriminação como fatores de risco para esta maior vulnerabilidade no domínio da saúde mental das pessoas LGB, ideia que é corroborada pelos estudos que afirmam que o preconceito e a discriminação experienciada pelas pessoas LGB tem um efeito negativo ao nível psicológico das mesmas, uma vez que constituem uma fonte geradora de *stress* (Almeida et al., 2009; APA, 2008; Kelleher, 2009; King et al., 2008, citado por Marques et al., 2013; Oliveira et al., 2010; Pereira & Costa, 2016).

Vários estudos realizados com jovens lésbicas, *gays* e bissexuais evidenciam a sua suscetibilidade aos problemas mentais, tais como depressão e ideação suicida (Almeida et al., 2009; Shilo & Savaya, 2012). Estes factos indicadores de pior saúde mental desta população, de acordo com Almeida et al. (2009), devem-se a experiências discriminatórias em razão da orientação sexual (e.g., abuso verbal, ameaças de violência, agressão física e abuso sexual), em que se considera que os homens são mais vitimizados do que as mulheres. Da investigação de Leonard, Lyons e Bariola (2015) acrescenta-se, por exemplo, em termos de saúde mental, que os australianos LGBT apresentam níveis de depressão, ansiedade e *distress* psicológico. Esta problemática da saúde mental é confirmada pelos estudos que nos dizem que os homens *gays* e as mulheres lésbicas experienciam, para além da depressão, níveis mais altos de ansiedade (Fingerhut, Peplau & Gable, 2010) e *distress* psicológico (Fish, 2007) do que as pessoas heterossexuais, e que estas disparidades não aparentam resultar da homossexualidade *per si* mas sim das experiências geradoras de *stress* a que são submetidos por pertencerem a um grupo minoritário estigmatizado socialmente (Fingerhut, Peplau & Gable, 2010). Estas experiências indutoras de *stress* incluem, de acordo com os autores, agressões verbais, rejeição, violência e outras formas de discriminação relacionadas com a orientação sexual. Nesta linha, Kelleher (2009) menciona que num estudo onde os homens

gays eram submetidos a níveis elevados de *stress* de minorias, estes tornavam-se duas a três vezes mais propensos ao alto *distress* psicológico. Por outro lado, o autor indica que, relativamente aos jovens LGB, os estudos apontam que o assédio, a discriminação e a vitimização podem incitar ao aumento de sintomatologia no campo da saúde mental, bem como contribuir para o aumento da taxa de suicídio desta população. Acrescenta também que o elevado *distress* psicológico nos jovens LGB parece funcionar como fio condutor à tentativa e efetiva execução do suicídio. Shilo e Savaya (2012) argumentam que o *distress* psicológico das lésbicas, *gays* e bissexuais resulta efetivamente dos efeitos da estigmatização, vitimização, isolamento das pessoas LGB e das tensões psicológicas geradas pela aceitação/reconhecimento da sua orientação sexual. Shilo e Mor (2014) corroboram as ideias até aqui pronunciadas ao dizerem que as adversidades ao nível da saúde mental dos adolescentes e jovens adultos LGB, como a ideação ou comportamento suicida, têm sido realmente apontadas como resultado da exposição destas pessoas a alguns tipos de *stressores*, tais como violência, *bullying* e assédio derivado da orientação sexual.

Em termos de comparação, Shilo e Savaya (2012) alegam que as pessoas bissexuais apresentam mais problemas ao nível da saúde mental do que as pessoas homossexuais (lésbicas ou *gays*), ideia que é consolidada por Fingerhut, Peplau e Gable (2010). Por outro lado, no que concerne ao género, sugerem que foram encontrados dados que mostram que as mulheres lésbicas e bissexuais adultas apresentam mais sintomatologia depressiva do que os homens adultos bissexuais e *gays*. Porém, Kertzner et al. (2009, citado por Shilo & Savaya, 2012) não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o género e a saúde mental, que diz poder dever-se às mudanças de atitudes sociais relativamente ao sexo feminino. Assim, não fica evidente que exista alguma ligação entre ser mulher lésbica ou bissexual e ter problemas de saúde mental.

Sucintamente, as investigações realizadas têm vindo a confirmar que a discriminação contribui para o aumento do *stress* psicológico; sentimentos de desesperança; ideação e tentativa de suicídio; sintomatologia depressiva e ansiosa, medos e sentimentos de culpa (Almeida et. al., 2009; Borralha & Pascoal, 2015; Kelleher, 2009; Pereira & Costa, 2016)).

1.1.3 Utilização e Acesso aos Serviços de Saúde

Se pensarmos no fenómeno da discriminação e nas suas variadas consequências ao nível da saúde, fará sentido colocarmos a seguinte questão: será que as pessoas que sofrem o impacto da discriminação ao nível da sua saúde física e mental recorrem aos serviços de saúde?

Da literatura existente verifica-se que esta população é relutante quanto à utilização destes serviços devido a experiências discriminatórias passadas ou, pelo contrário, por anteciparem essas mesmas experiências no futuro (Leonard, Lyons & Bariola, 2015). Mais do que isto, as pessoas LGB receiam vivenciar situações discriminatórias vindas dos profissionais de saúde, sendo este o tópico que mais se encontra na literatura, uma vez que as investigações indicam

que ainda predomina a visão heterossexista do pessoal médico, para além manutenção da condição médico-patológica das questões relacionadas com a sexualidade não heteronormativa (FRA, 2009; ILGA, s.d.). Além disto, a discriminação heterossexista sobre as pessoas LGB, por conduzir ao seu isolamento social e às desvantagens económicas, pode ter repercussões negativas no sentido da não utilização dos serviços de saúde em geral e ao nível privado (Cardoso & Ferro, 2012; Leonard, Lyons & Bariola, 2015). De uma forma geral, pode-se afirmar que a visão heterossexista e a invisibilidade das minorias sexuais constituem barreiras ao acesso, por parte das pessoas LGB, aos serviços de saúde (ILGA, s.d.).

De encontro ao descrito até aqui, em Portugal, segundo os resultados do projeto “Saúde em Igualdade”, levado a cabo pela Associação ILGA, constata-se que a maioria dos profissionais de saúde assume que os seus pacientes são heterossexuais, contribuindo desta forma para a manutenção da invisibilidade das minorias sexuais e potenciando um atendimento médico desadequado (ILGA, s.d.). Mais ainda, nesta mesma investigação apurou-se que muitos participantes nunca falaram, ou chegam mesmo a mentir, sobre a sua orientação sexual com nenhum profissional de saúde, por anteciparem experiências discriminatórias, por medo de não lhes ser proporcionado o tratamento mais adequado após a revelação da sua orientação sexual ou porque já passaram por situações discriminatórias por parte dos profissionais de saúde (e.g., medicina geral e familiar e ginecologia). Assim, a conjugação destes fatores condiciona o acesso, ou provocam a recusa, das pessoas LGB aos serviços de saúde (ILGA, s.d.). Um exemplo mais particular da utilização dos serviços de saúde, obtido de um estudo realizado no Reino Unido (FRA, 2009), remete para o facto de 15% das mulheres lésbicas e bissexuais, com mais de 25 anos de idade, que fizeram parte da investigação, revelarem, em termos de rastreio do cancro, nunca ter realizado um exame à mucosa cervical, contrariamente a 7% das mulheres em geral, para além de que menos de 50% das mulheres lésbicas e bissexuais inquiridas tinham concretizado rastreios das infeções sexualmente transmissíveis. Desta forma, torna-se imprescindível pensar em serviços não discriminatórios, mesmo em termos do tipo de atendimento fornecido pelos profissionais de saúde, o que implica uma desconstrução do padrão heterossexista que continua a dominar o modo de pensar e agir destes profissionais, constituindo uma barreira de acesso aos serviços de saúde por parte das pessoas LGB (Cardoso & Ferro, 2012; ILGA, s.d.). Esta reconstrução de mentalidades ao nível dos serviços de saúde pode justificar-se pelo facto de se ter vindo a constatar que, por exemplo, (a) as mulheres lésbicas apresentam cancro da mama e do colo do útero por não recorrerem aos serviços de saúde e, (b) estes serviços podem e devem funcionar como meios de difusão e esclarecimento de informação (e.g., as DST’s também são possíveis entre lésbicas) (Cardoso & Ferro, 2012).

No entanto, tem-se verificado um crescente acesso aos serviços de saúde por parte de alguns grupos dentro da comunidade LGB (Leonard, Lyons & Bariola, 2015), por exemplo, tem-se notado que são os *gays* e as lésbicas que mais utilizam os serviços de saúde mental, mesmo

comparativamente com as mulheres e homens heterossexuais (Fish, 2007). Contrariamente, a ONG *Stonewall*, do Reino Unido (citado por FRA, 2009), revelou que as lésbicas são relutantes quando à procura de assistência médica. Ainda, de acordo com Fish (2007), estima-se que os jovens masculinos procurem os serviços de saúde com o intuito de falarem sobre a orientação sexual, a homofobia e o *bullying* homofóbico. Por outro lado, os resultados obtidos no estudo de Leonard, Lyons e Bariola (2015), demonstraram que a taxa de utilização dos serviços de saúde mental variou significativamente de acordo com a identidade sexual, em que as mulheres bissexuais (52.5%) revelaram utilizar mais estes serviços e os homens *gays* menos (29.4%). Estes investigadores encontraram também dados que indiciam que os níveis de *distress* psicológico são mais elevados nos participantes que usaram recentemente os serviços de saúde mental comparativamente aos respondentes que indicaram não ter utilizado estes serviços.

1.2 Objetivos

Como ficou demonstrado até aqui têm-se vindo a desenvolver variados estudos acerca da população LGB, apesar de algumas áreas ainda serem poucas exploradas e por isso existir escassa informação. Por esta razão, o objetivo deste trabalho é abordar as questões da discriminação e assédio e, ainda da saúde física e mental, relativamente à população LGB. Assim, a questão que se coloca remete para o possível impacto da discriminação e assédio na saúde física e mental destas pessoas. Para o efeito, os objetivos mais específicos desta investigação são múltiplos e passam, essencialmente, por avaliar numa amostra de expressão portuguesa:

- Os níveis de saúde física e mental e de bem-estar;
- A utilização e acesso aos serviços de saúde;
- Os níveis de discriminação e assédio;
- As diferenças dos níveis de saúde física e mental entre: género, orientação sexual e experiências de discriminação e assédio;
- A associação entre a saúde física e mental e as experiências de discriminação e assédio;
- A relação entre as experiências de discriminação e assédio e a saúde física e mental.

No futuro, a compreensão deste fenómeno poderá ter contributos ao nível da promoção da investigação, prevenção e intervenção, quer ao nível dos serviços de saúde quer ao nível da comunidade, quer no âmbito da psicologia quer noutros domínios. Ainda, poderá potenciar a diminuição da visão heterossexista, normativa, estigmatizante e discriminatória das vivências ligadas à sexualidade. Por fim, este estudo poderá, de algum modo, fornecer informações acerca do que se passa na realidade portuguesa, visto que aqui as investigações são escassas.

1.3 Método

1.3.1 Participantes

Para a realização deste estudo recorreu-se a uma amostra de conveniência composta por 561 participantes, em que a recruta dos mesmos foi feita *online*, através da criação de um *Web site* para a divulgação do inquérito “Vidas Privadas CPLP”. Ainda, considerou-se que o ser gay, lésbica ou bissexual, ter idade igual ou superior a 18 anos e residir num país de expressão portuguesa constituem os critérios de inclusão para a presente investigação.

Da totalidade da amostra, 88.2% (n=495) pertence ao **sexo** masculino, contrapondo aos 11.8% (n=66) que são do sexo feminino. A **faixa etária** varia entre os 18 e os 72 anos, em que a média de idade é 35.52 (DP=11.30; Moda=27). Destes participantes, 81.6% (n=458) vive em Portugal, enquanto apenas 18.4% (n=103) vive no Brasil. No que concerne à **identidade sexual**, 75.2% (n=422) considera-se *gay*; seguem-se, com 14.3% (n=80) os/as bissexuais; depois com 8.2% (n=46) temos as lésbicas e 2.3% (n=13) considera-se indeciso ou sem certeza. Acrescenta-se que a idade média com que 330 participantes revelam ter tomado consciência da sua orientação sexual é de 14.8 (DP=6.26; Moda=14), sendo que os restantes elementos não respondem a esta questão. Mais ainda, 39.0% (n=219) dos respondentes dizem que sempre souberam da sua orientação sexual, enquanto 17.6% (n=99) das pessoas dizem não ter a certeza da idade com que tomaram essa consciência e 43.3% (n=243) não responde.

Relativamente ao **lar e aos relacionamentos**, 39.4% (n=221) da amostra vive com os pais ou com outros parentes; 26.2% (n=147) vive sozinho/a; 22.3% (n=125) vive com o/a parceiro(a)/namorado(a)/marido-mulher; 5.2% (n=29) vive com colegas de casa; 3.4% (n=19) vive com amigo(a)s; 2.1% (n=12) vive com filho(a)s; 0.9% (n=5) vive com outros; 0.5% (n=3) não responde. Da amostra total, 54.5% (n=306) não se encontra atualmente num relacionamento, contrariamente a 44.7% (n=251) dos participantes e 0.7% (n=4) não diz se tem ou não um relacionamento atual. Acrescenta-se que 33.3% (n=187) diz não ser por opção própria que não tem um relacionamento, ao contrário de 27.6% (n=155) da amostra e 39.0% (n=219) não revela se o ter ou não um relacionamento se deve a escolha pessoal. Por outro lado, dos que têm um relacionamento, 41.7% (n=234) diz estar apenas com uma pessoa, ao passo que 6.1% (n=34) diz estar num relacionamento com mais do que uma pessoa e 52.2% (n=293) não fornece esta informação. Dos respondentes que afirmam estar num relacionamento apenas com uma pessoa, 34.0% (n=191) tem um relacionamento com um homem, enquanto 9.8% (n=55) tem uma relação com uma mulher, 0.5% (n=3) respondem “outra” e 55.6% (n=312) não responde à questão. Daqueles que estão com mais do que uma pessoa, 20.9% (n=117) afirma estar apenas com homens, 4.8% (n=27) está quer com homens quer com mulheres (ou com um homem e com uma mulher), 2.3% (n=13) está apenas com mulheres, 72.0% (n=404) não responde. Obteve-se também a informação acerca da duração do relacionamento, em que 5.7% (n=32) diz não ter nenhum relacionamento regular; 8.4% (n=47) tem uma relação há menos de 6 meses; 5.0% (n=28) tem uma relação há 6-11 meses;

6.6% (n=37) tem uma relação há 1-2 anos; 13.7% (n=77) tem uma relação há 2-5 anos; 6.2% (n=35) tem uma relação há 6-9 anos; 6.8% (n=38) tem uma relação há 10 ou mais anos; 47.6% (n=267) não responde. Ainda, 22.6% (n=127) vive com o(a) seu parceiro(a) contrariamente a 26.7% (n=150) e 50.6% (n=284) não responde. Por fim, 6.8% (n=38) formalizou o seu relacionamento através do casamento ou outra cerimónia; 4.1% (n=23) não, mas tem isso planeado; 13.4% (n=75) não, mas gostaria; 20.0% (n=112) não e não tem qualquer intenção de o fazer; 4.5% (n=25) está indeciso e 51.3% (n=288) não responde.

No que respeita à **formação escolar** ao nível do ensino primário e secundário, 77.9% (n=437) têm 12 anos de escolaridade ou equivalente; 6.1% (n=34) têm 11 anos de escolaridade ou equivalente; 3.7% (n=21) têm 10 anos de escolaridade ou equivalente; 6.6% (n=37) têm 9 anos de escolaridade ou equivalente; 3.9% (n=22) das pessoas referem ter 8 anos de escolaridade ou menos; e, por fim, temos uma pessoa (0.2%) que diz nunca ter ido à escola, enquanto 1.6% (n=9) não responde. Por outro lado, no que concerne à existência de outras qualificações académicas, 25.7% (n=144) das pessoas revela não ter qualquer qualificação académica; 13.9% (n=78) ainda frequentam o ensino superior, razão pela qual ainda não possuem qualquer qualificação académica; 10.2% (n=57) têm diploma profissional; 22.1% (n=124) são licenciados; 20.3% da amostra (n=114) tem pós graduação ou mestrado; 3.9% (n=22) são doutorados; 3.2% (n=18) têm outra qualificação académica que não é especificada e 0.7% (n=4) não responde.

Relativamente à **ocupação**, 21.2% (n=119) são estudantes; 42.4% (n=238) da amostra afirma ter um emprego a tempo inteiro (*full-time*); 6.2% (n=35) trabalham em *part-time*; 3.9% (n=22) tem um emprego casual; 11.2% (n=63) trabalham por conta própria; 11.8% (n=66) não tem nenhum trabalho remunerado (incluindo trabalho voluntário); 2.5% (n=14) estão reformados e 0.7% (n=4) não responde.

Tabela 2. Características demográficas (n = 561)

		n	%
Sexo	Homem	495	88.2
	Mulher	66	11.8
Orientação sexual	Gay	422	75.2
	Lésbica	46	8.2
	Bissexual	80	14.3
	Indeciso ou sem certeza	13	2.3
País onde vive	Portugal	458	81.6
	Brasil	103	18.4
Com quem vive	Sozinho(a)	147	26.2
	Parceiro(a)/namorado(a)/marido-mulher	125	22.3
	Filho(a)s	12	2.1

	Pais ou outros parentes	221	39.4
	Colegas de casa	29	5.2
	Amigo(a)s	19	3.4
	Outra	5	0.9
Está num relacionamento no momento atual	Sim	251	44.7
	Não	306	54.5
Está sozinho(a) por escolha pessoal	Sim	155	27.6
	Não	187	33.3
Está num relacionamento com	Uma só pessoa	234	41.7
	Mais do que uma pessoa	34	6.1
Está num relacionamento com	Uma mulher	55	9.8
	Um homem	191	34.0
	Outra	3	0.5
Está num relacionamento com	Apenas mulheres	13	2.3
	Apenas homens	117	20.9
	Quer mulheres quer homens (ou um homem e uma mulher)	27	4.8
Tempo do relacionamento atual	Nenhum relacionamento regular	32	5.7
	Menos de 6 meses	47	8.4
	6-11 meses	28	5.0
	1-2 anos	37	6.6
	2-5 anos	77	13.7
	6-9 anos	35	6.2
	10 ou mais anos	38	6.8
Formalização do relacionamento através do casamento ou outra cerimónia	Sim	38	6.8
	Não, mas está planeado	23	4.1
	Não, mas gostaríamos	75	13.4
	Não, não temos qualquer intenção	112	20.0
	Estamos indecisos	25	4.5
Vive com o(a) parceiro(a)	Sim	127	22.6
	Não	150	26.7
Ensino secundário	Não fui à escola	1	0.2
	8 anos ou menos	22	3.9
	9 anos ou equivalente	37	6.6
	10 anos ou equivalente	21	3.7
	11 anos ou equivalente	34	6.1
	12 anos ou equivalente	437	77.9
Ensino superior	Não	144	25.7
	Não, ainda estou a estudar numa instituição de ensino superior	78	13.9
	Sim, diploma profissional	57	10.2

	Sim, licenciatura	124	22.1
	Sim, pós-graduação ou mestrado	114	20.3
	Sim, doutoramento/doutorado	22	3.9
	Sim, outra qualificação	18	3.2
Ocupação	Estudante	119	21.2
	Emprego a tempo inteiro (Full-time)	238	42.4
	Emprego a tempo parcial (Part-time)	35	6.2
	Emprego casual	22	3.9
	Trabalha por conta própria	63	11.2
	Não tem nenhum trabalho pago (incluindo trabalho voluntário)	66	11.8
	Reformado(a)	14	2.5

Ainda acerca destes participantes, em termos de **saúde** 81.5% (n=457) afirma não ter qualquer deficiência ou problema de saúde prolongado que tenha implicações nas suas atividades, enquanto 16.4% (n=92) revela o contrário e 2.1% (n=12) não responde. Acerca da deficiência ou problema de saúde, constata-se que 10.2% (n=57) tem um problema físico, seguidos dos participantes com um problema psiquiátrico (3.2%, n=18). Ainda, 1.2% (n=7) tem um problema sensorial ou da fala ou outro problema de saúde, 0.5% (n=3) tem um problema intelectual e 0.2% (n=1) tem uma lesão cerebral adquirida. No entanto a maioria da amostra (83.4%, n=468) não responde à questão. Daqueles que têm uma deficiência ou problema de saúde, 2.1% (n=12) diz isso o leva a precisar de ajuda (às vezes ou sempre) para se deslocar, tomar conta de si ou comunicar; 3.9% (n=22) refere esse facto o leva a ter limitações ou restrições particulares que afetam coisas como a sua aprendizagem ou o seu emprego; 19.6% (n=110) revela que a sua deficiência ou problema de saúde não lhe provoca restrições específicas e 74.3% (n=417) não responde.

Tabela 3. Características demográficas relacionadas com a saúde (n = 561)

		<i>n</i>	%
Tem deficiência ou problema prolongado com limitações ou restrições nas atividades	Sim	92	16.4
	Não	457	81.5
A deficiência ou problema de saúde é	Um problema intelectual	3	0.5
	Um problema psiquiátrico	18	3.2
	Um problema sensorial ou da fala	7	1.2
	Uma lesão cerebral adquirida	1	0.2
	Um problema físico	57	10.2

	Outra	7	1.2
Melhor forma de descrever a deficiência ou problema de saúde	Preciso de ajuda (às vezes ou sempre) para me deslocar, tomar conta de mim ou comunicar	12	2.1
	Tenho limitações ou restrições particulares que afetam coisas como a minha aprendizagem ou o meu emprego	22	3.9
	Não tenho nenhuma restrições específicas	110	19.6

1.3.2 Instrumentos

O inquérito “Vidas Privadas” designa um projeto, de origem australiana, levado a cabo conjuntamente pela *GLHV* e pela *ARCSHS*, da *La Trobe University* (Austrália) e financiado pela *beyondblue* e pela *Movember Foundation*. Este programa foi desenvolvido com o intuito de aceder a informações mais pormenorizadas acerca das vidas diárias privadas das pessoas LGBT australianas, no que respeita aos domínios da saúde e bem-estar, no sentido de se explorar o impacto da discriminação heterossexista na saúde e bem-estar tanto por identidade de género como por identidade sexual (Leonard et al., 2015). Atualmente está a decorrer uma investigação nos países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa, que levou à necessidade em efetivar a adaptação linguística do instrumento, daí o ajuste da designação do inquérito para “Vidas Privadas CPLP”. Mais ainda, para esta dissertação apenas foram analisadas alguns itens e escalas presentes no inquérito, que se apresenta de seguida.

1.3.2.1 Informações demográficas e psicossociais

O inquérito conceptualizado permite aceder a características demográficas e psicossociais específicas da amostra, permitindo realizar uma análise global e descritiva da mesma. Deste modo, engloba aspetos como a idade; país de residência; sexo (homem, mulher); orientação sexual (*gay*, *lésbica*, *bissexual*, *indeciso* ou *sem certeza*); lar e relacionamentos; nível de formação escolar e qualificação académica; situação profissional; existência de deficiência ou problema de saúde prolongado, de que tipo e a melhor forma de o descrever quanto às limitações (Leonard et al., 2012, 2015).

1.3.2.2 Saúde física

Para esta investigação utilizou-se a subescala de saúde geral da SF-36 como medida da saúde física. Esta é constituída por 5 itens, sendo que no primeiro item questiona-se acerca da perceção de saúde atual com possibilidade de resposta entre 5=excelente, 4=muito boa, 3=boa, 2=pobre ou 1=má. Os restantes 4 itens procuram avaliar a resistência/vulnerabilidade à doença, pelo que cada participante deverá indicar o seu grau de concordância (5=definitivamente verdade, 4=a maioria das vezes verdade, 3=não sei, 2=a maioria das vezes

falso, 1=definitivamente falso) com cada uma das 4 afirmações que lhe são apresentadas (Ware, s.d.). Para calcular a pontuação da subescala saúde geral, tem-se que o mínimo é de 5 valores e o máximo de 25, pelo que o ponto de corte corresponde a 15 valores. Assim, valores abaixo indicam piores níveis de saúde, contrariamente a **valores superiores** a 15, que significarão **melhores níveis de saúde física**. Uma vez que não existe nenhum estudo de validação psicométrica para este instrumento, procedeu-se à avaliação da sua consistência interna, tendo-se obtido um valor de .797, indicador de altos níveis de confiabilidade, ou seja, que esta medida é fiável.

Por outro lado, apresentou-se um outro item de saúde geral da SF-36 onde se pedia para cada pessoa classificar a sua saúde geral atual comparativamente com há um ano através de uma escala de resposta em que pontuações mais altas significam melhorias na saúde geral (5=muito melhor do que há um ano; 4=algo melhor do que há um ano; 3=mais ou menos igual do que há um ano; 2=algo pior do que há um ano; 1= muito pior do que há um ano) (Leonard et al., 2012).

1.3.2.3 Saúde mental

Neste âmbito utilizou-se a Escala K10, que é composta por 10 questões que avaliam o nível individual de *distress* psicológico não-especificado (Leonard et al., 2012, 2015), sendo que **pontuações mais elevadas** indicam **menos *distress* psicológico**, logo melhores níveis de saúde mental. Para calcular a pontuação da escala, tem-se que o mínimo é de 5 valores e o máximo de 50, pelo que o ponto de corte corresponde a 27,5 valores. Assim, valores abaixo indicam piores níveis de saúde mental, contrariamente a valores superiores a 27,5 que indicam melhores níveis de saúde mental. Uma vez que não existe nenhum estudo de validação psicométrica para este instrumento, procedeu-se à avaliação da sua consistência interna, tendo-se obtido um valor de .935, indicador de altos níveis de confiabilidade, ou seja, que esta medida é fiável.

1.3.2.4 Bem-estar

A subescala de Bem-estar Emocional da SF-36, aqui utilizada como indicadora do bem-estar dos participantes, inclui cinco itens relacionados com quatro dimensões fulcrais da saúde mental: a ansiedade, depressão, a perda de controlo comportamental ou emocional e o bem-estar psicológico. Mais uma vez, para calcular a pontuação da escala, tem-se que o mínimo é de 5 valores e o máximo de 30, pelo que o ponto de corte corresponde a 17,5 valores. Assim, valores abaixo indicam piores níveis de saúde mental, contrariamente a **valores superiores a 17,5** que indicam **melhores níveis de bem-estar emocional**. Uma vez que não existe nenhum estudo de validação psicométrica para este instrumento, procedeu-se à avaliação da sua consistência interna, tendo-se obtido um valor de .891, indicador de altos níveis de confiabilidade, ou seja, que esta medida é fiável.

1.3.2.5 Utilização e acesso aos serviços de saúde

Para determinar o nível de utilização e acesso aos serviços de saúde foram apresentadas várias questões no inquérito. Para tal procurou-se saber sobre a existência de seguros de saúde privados; a existência de médico de família e se este sabe da sexualidade da pessoa e a frequência de *check ups* médicos nos últimos 12 meses. Indagou-se também acerca da realização, nos últimos dois anos, do teste Papanicolau, de mamograma e do teste do Antígeno Específico para a Próstata (PSA) ou exame de apalpação digital retal da próstata, averiguando-se também sobre a realização do teste *HIV/SIDA* e o seu resultado mais recente (Leonard et al., 2012, 2015).

1.3.2.6 Discriminação e assédio

O inquérito foi construído pela equipa *Private Lives* e abarca 23 itens para se averiguar acerca das experiências de discriminação e assédio, no último ano, entre as pessoas LGB. Os primeiros nove itens foram desenvolvidos com o intuito de se determinar a frequência com que a pessoa teve que esconder a sua identidade sexual por medo antecipatório de discriminação ou assédio, em diferentes contextos (e.g., trabalho, família, instituições de ensino, eventos religiosos, em público, entre outras e incluindo “outro”). Estes itens foram medidos através de uma escala de *Likert* de 4 pontos (1= não se aplica, 2= frequentemente, 3= ocasionalmente e 4= nunca). Os restantes 14 itens procuram avaliar incidentes de discriminação e assédio experienciados pelos respondentes devido à sua orientação sexual, bem como os tipos de violência, expondo-se, para tal, uma lista de 14 opções de situações de discriminação e assédio (incluindo “outro”), com uma opção de resposta nominal dicotómica (sim/não), que variavam de experiências de discriminação e assédio não físico (e.g., ameaças escritas incluindo *emails* e *graffitis*) a actos de agressão física e sexual (e.g., ataques físicos, assalto com arma, agressão sexual), em que o respondente deveria indicar se experienciou ou não algum daqueles incidentes no último ano (Leonard et al., 2012).

1.3.3 Procedimento

Este estudo integra-se numa investigação em curso, em que foi criada uma página *Web*, recorrendo-se à plataforma *Google Docs*, para a divulgação do inquérito “*Vidas Privadas CPLP*”, tendo sido disseminado através de Associações LGBT, redes sociais e *mailing lists*. Esta forma de procedimento justifica-se pela eficiência na recolha dos dados, no sentido de permitir investigações com amostras superiores, pela facilidade de recrutamento de pessoas que não estão ao nosso alcance, bem como pela acessibilidade e abrangência. Por outro lado, visto tratar-se de um tema de natureza eventualmente sensível para alguns participantes, o recurso a plataformas *online* promove e facilita a participação de todos, uma vez garantido o anonimato. No entanto, existem variáveis que não podemos controlar, tais com a possibilidade de uma mesma pessoa responder mais do que uma vez (sendo que esta questão pode ter sido controlada pelo elevado número de questões presentes no inquérito). A recolha dos dados decorreu entre janeiro e dezembro de 2015, tendo sido considerados todos os

aspectos éticos e deontológicos relativos aos processos de investigação, através do consentimento informado, do esclarecimento da finalidade do estudo e garantindo-se o anonimato e a confidencialidade das respostas.

Quanto ao tratamento dos dados recolhidos, estes foram exportados automaticamente para um documento em formato *Microsoft Office Excel 2013*, de modo a facilitar a introdução das respostas no programa estatístico SPSS - Versão 23 para Windows, utilizado para o processamento estatístico das informações obtidas. Assim, procedeu-se, primeiramente, à seleção dos itens e escalas presentes no inquérito e que seriam alvo de análise para esta investigação particular, uma vez que o questionário engloba várias questões acerca de diversas áreas da vida diária privada das pessoas LGB, pelo que nem todas interessam ser analisadas para o estudo aqui descrito. Posteriormente, realizou-se a organização e codificação das variáveis, de modo a tornar a linguagem passível de utilização pelo SPSS - Versão 23. Após estes procedimentos, realizaram-se estatísticas descritivas, como o cálculo da média, moda, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo. Procedeu-se também ao cálculo da consistência interna das escalas utilizadas, através do coeficiente alfa de *Cronbach*, que é uma medida de fiabilidade interna. O valor deste coeficiente tende a aumentar com o aumento de número de itens e com correlações entre itens mais fortes. Deste modo, através deste procedimento, podemos verificar o grau de confiança ou exatidão da informação obtida. Considera-se que um *alpha* inferior a 0,50 é inaceitável, entre 0,50 e 0,60 é mau, entre 0,60 e 0,70 é aceitável, entre 0,70 e 0,80 é bom, entre 0,80 e 0,90 é muito bom e quando maior que 0,90 é considerado excelente (DeVellis, 1991). No que respeita à escolha dos testes estatísticos, recorreu-se aos testes paramétricos, considerando o Teorema do Limite Central, que nos diz que com o aumento do tamanho da amostra ($n > 30$ ou $n > 50$), a distribuição amostral da sua média tende a aproximar-se cada vez mais de uma distribuição normal (Afonso & Nunes, 2011).

1.4 Resultados

1.4.1 Saúde física e mental e Bem-estar

Com o intuito de se avaliar os níveis de saúde foram aplicadas algumas escalas, posteriormente analisadas através de estatísticas descritivas. Dentre os instrumentos aplicados temos a Subescala de Saúde Geral da escala SF-36, aqui indicativa dos níveis de saúde física, para a qual se obteve, um valor médio de 19.77 (DP=4.06), indicador de uma pontuação ligeiramente acima do esperado (ponto de corte=15).

Recorrendo a um outro item de saúde geral da SF-36, verificou-se que, comparativamente com há um ano atrás, a maioria dos participantes classificam a sua saúde física atual como mais ou menos igual do que há um ano (60.8%), conforme se verifica na tabela 4.

Tabela 4. Saúde física comparativamente com há um ano

	<i>n</i>	%
Muito Pior do que há um ano	3	0.5
Algo pior do que há um ano	42	7.5
Mais ou menos igual do que há um ano	341	60.8
Algo melhor do que há um ano	104	18.5
Muito melhor do que há um ano	70	12.5

Particularmente acerca da saúde mental, ou seja, no que concerne ao *distress* psicológico não-especificado (Escala K10), obteve-se um valor médio de 38.66 (DP=8.87) e, relativamente ao bem-estar, medido através da Subescala de Bem-Estar Emocional da SF-36, obteve-se um valor médio de 21.50 (DP=5.64). Em ambas as escalas, obtiveram-se pontuações acima do esperado (ponto de corte= 27,5 e 17,5; respetivamente).

No sentido de se avaliar se existem diferenças dos níveis de saúde física, mental e de bem-estar entre géneros, foram efetuados três *teste-t*. Desta forma, o valor *p* associado ao teste da igualdade das médias (saúde física *p* = 0.600; saúde mental *p* = 0.812; bem-estar *p* = 0.911) estabelece que não existem evidências estatísticas de diferenças dos níveis de saúde física, mental e bem-estar entre os géneros, como indicado na tabela 5.

Tabela 5. Saúde física e mental e bem-estar entre géneros

	Saúde Física			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Homem	19.73	4.05	(0.001) = .969	.600
Mulher	20.02	4.12		

	Saúde Mental			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Homem	38.69	8.92	(0.078) = .781	.812
Mulher	38.40	8.52		

	Bem-estar			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Homem	21.49	5.72	(1.373) = .242	.911
Mulher	21.57	5.10		

Por outro lado, quanto à averiguação das diferenças dos níveis de saúde física, mental e de bem-estar entre *gays*, lésbicas, bissexuais e indecisos ou sem certeza, realizaram-se três *one-way ANOVA*. Relativamente à saúde física e ao bem-estar não se encontraram diferenças entre os grupos. Contrariamente, encontraram-se diferenças significativas para a saúde mental entre os grupos (tabela 6), pelo que se realizaram testes *post-hoc*. Do teste de *Tukey* não se identificam os que apresentam níveis mais elevados de *distress* psicológico ($p= 0.05$).

Tabela 6. Saúde física e mental e bem-estar entre os quatro grupos descritores da orientação sexual

	Saúde Física			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Gay	19.74	4.03	(3.951) = .008	.070
Lésbica	21.00	3.09		
Bissexual	19.67	4.45		
Indeciso ou sem certeza	16.45	4.28		

	Saúde Mental			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Gay	39.07	8.56	(3.314) = .020	.005
Lésbica	39.71	8.27		
Bissexual	36.52	10.52		
Indeciso ou sem certeza	32.91	8.41		

	Bem-estar			
	M	DP	F	p
Gay	21.74	5.49		
Lésbica	22.33	5.06		
Bissexual	20.46	6.45	(4.641) = .003	.158
Indeciso ou sem certeza	16.27	4.92		

1.4.2 Utilização e acesso aos serviços de saúde

No campo dos serviços de saúde (tabela 7), através das estatísticas descritivas obteve-se que a maior parte da amostra (66.1%, n=371) diz não ter qualquer seguro de saúde privado, contrariamente a 33.5% (n=188) e 0.4% (n=2) não responde. Quanto à existência de médico de família, 68.3% (n=383) refere ter médico de família, enquanto 31.6% (n=177) revela não ter e 0.2% (n=1) não responde. Acerca do facto do médico de família saber sobre a sexualidade do paciente, 44.2% (n=248) afirma que o seu médico de família não sabe acerca da sexualidade do/a paciente, 28.3% (n=159) assegura que o médico de família tem esse conhecimento, enquanto 18.9% (n=106) diz não saber se o médico sabe ou não e 8.6% (n=48) não responde.

Relativamente à frequência de *check ups* médicos nos últimos 12 meses, 30.1% (n=169) diz nunca ter visitado o seu médico de família nesse período de tempo, contrariamente à maioria da amostra (41.4%, n=232) que assegura que foi uma vez ao médico de família. Verifica-se, ainda, que 21.4% (n=120) foi pelo menos a cada 6 meses; 3.9% (n=22) foi, pelo menos, a cada 3 meses; 0.4% (n=2) foi pelo menos uma vez por mês e 2.9% (n=16) não responde.

Acerca das doenças sexualmente transmissíveis, a maioria da amostra (73.5%, n=412) diz já ter realizado o teste VIH, sendo que 46.2% (n=259) dos participantes efetuou o teste nos últimos 12 meses, enquanto 27.3% (n=153) já o fez há mais de 12 meses. No entanto, 25.3% (n=142) nunca realizou este teste e 1.2% (n=7) não responde. Dos que efetuaram o teste, 63.5% (n=356) obteve resultado negativo; 7.0% (n=39) obtiveram resultado positivo, 3.4% (n=19) não sabe o resultado e 1.6% (n=9) prefere não divulgar; 24.6% (n=138) não responde.

Por fim, verificou-se que, nos últimos dois anos, 78.3% (n=439) não realizou o teste Papanicolau, contrariamente a 6.6% (n=37) e 15.2% (n=85) não responde; 78.3% (n=439) não realizou um mamograma, enquanto 4.1% (n=23) diz ter realizado e 17.6% (n=99) não responde; 76.8% (n=431) não fez o teste do Antígeno Específico para a Próstata (PSA) ou exame de apalpação digital retal da próstata, ao passo que 17.8% (n=100) revela tê-lo efetuado e 5.3% (n=30) não responde.

Tabela 7. Utilização e acesso aos serviços de saúde

		<i>n</i>	%
Tem algum seguro de saúde privado	Sim	188	33.5
	Não	371	66.1
	Não responde	2	0.4
Tem médico de família	Sim	383	68.3
	Não	177	31.6
	Não responde	1	0.2
O seu médico de família sabe acerca da sua sexualidade	Sim	159	28.3
	Não	248	44.2
	Não sei	106	18.9
	Não responde	48	8.6
Nos últimos 12 meses, com que frequência visitou o seu médico de família	Nunca	169	30.1
	Uma vez/anualmente	232	41.4
	2/3 vezes/pelo menos a cada 6 meses	120	21.4
	4/11 vezes/pelo menos a cada 3 meses	22	3.9
	12 ou mais vezes/pelo menos mensalmente	2	0.4
	Não responde	16	2.9
Alguma vez fez o teste HIV/SIDA/AIDS	Não	142	25.3
	Sim, nos últimos 12 meses	259	46.2
	Sim, mas há mais de 12 meses	153	27.3
	Não responde	7	1.2
Se 'Sim' qual foi o resultado mais recente	HIV negativo	356	63.5
	HIV positivo	39	7.0
	Não sei	19	3.4
	Prefiro não dizer	9	1.6
	Não responde	138	24.6
Nos últimos dois anos, fez algum teste Papanicolau?	Sim	37	6.6
	Não	439	78.3
	Não responde	85	15.2
Nos últimos dois anos, fez algum mamograma	Sim	23	4.1
	Não	439	78.3
	Não responde	99	17.6
Nos últimos dois anos, fez o teste PSA ou um exame de apalpação digital retal da próstata	Sim	100	17.8
	Não	431	76.8
	Não responde	30	5.3

1.4.3 Experiências de discriminação e assédio

Atendendo ao tema da discriminação e assédio, as estatísticas descritivas relativas à frequência de situações de medo antecipatório de discriminação ou assédio e sobre os incidentes reais experienciados, durante o último ano, apresentam-se nas tabelas 8 e 9. De um modo geral, obteve-se que cerca de 1/4 dos participantes deste estudo revelou sentir, frequentemente, a necessidade de esconder a sua identidade sexual de modo a evitar experiências discriminatórias (tabela 8), nos diversos contextos, particularmente com os membros da família (27.5%) e no trabalho (25.3%). Uma particularidade surgiu pela revelação de que mais de 50% da amostra esconde a sua sexualidade em público (ocasionalmente = 27.8%; frequentemente = 25.0%).

Tabela 8. Incidência de antecipação de experiências de discriminação e assédio

Contexto	% (n)			
	Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Não se aplica
No trabalho	43.9% (n=246)	14.4% (n=81)	25.3% (n=142)	14.6% (n=82)
Em casa	56.0% (n=314)	11.8% (n=66)	20.1% (n=113)	10.3% (n=58)
Com membros da família	42.6% (n=239)	20.3% (n=114)	27.5% (n=154)	7.5% (n=42)
Numa instituição de ensino	41.2% (n=231)	18.4% (n=103)	20.9% (n=117)	16.8% (n=94)
No acesso a serviços	48.7% (n=273)	14.4% (n=81)	19.6% (n=110)	14.4% (n=81)
Em eventos religiosos	36.7% (n=206)	7.8% (n=44)	21.9% (n=123)	29.8% (n=167)
Em eventos sociais/comunitários	44.2% (n=248)	16.8% (n=94)	21.7% (n=122)	13.9% (n=78)
Em público	38.7% (n=217)	27.8% (n=156)	25.0% (n=140)	6.8% (n=38)
Outro	27.1% (n=152)	9.3% (n=52)	8.7% (n=49)	20.0% (n=112)

No que concerne às experiências reais discriminatórias (tabela 9), cerca de 19% dos participantes revelaram ter sofrido abuso verbal, seguidos de perto de 10% que receberam ameaças escritas, assédio e ameaças físicas, tendo sido estes os tipos mais comuns de violência/discriminação contra as pessoas LGB desta amostra. Contrariamente, as situações de roubo foram as menos comuns, apesar de 7% dos inquiridos indicar que o seu dinheiro foi roubado. Por fim, 2.5% (n=14) foram abusados sexualmente devido à sua orientação sexual.

Tabela 9. Incidência de experiências reais de discriminação e assédio

Tipo de Experiência	% (n)	
	Não	Sim
Ameaças ou abusos escritos incluindo <i>emails</i> ou <i>graffiti</i>	88.2% (n=495)	9.8% (n=55)
Abuso verbal (incluindo telefonemas odiosos ou obscenos)	77.7% (n=436)	19.3% (n=108)
Assédio, como por exemplo, cuspirem-lhe na cara ou fazerem-lhe gestos ofensivos	88.8% (n=498)	8.2% (n=46)
Ameaças de violência física, ataque físico ou assalto sem uma arma (darem murros, pontapés ou ser espancado)	88.9% (n=499)	8.4% (n=47)
Ataque físico ou assalto com uma arma (faca, garrafa, pedras)	93.4% (n=524)	3.0% (n=17)
Estrago propositado à sua propriedade ou vandalismo - Casa	93.9% (n=527)	2.9% (n=16)
Estrago propositado à sua propriedade ou vandalismo - Carro	91.6% (n=514)	4.5% (n=25)
Estrago propositado à sua propriedade ou vandalismo - Trabalho	92.7% (n=520)	3.4% (n=19)
Roubo - Dinheiro	90.9% (n=510)	7.0% (n=39)
Roubo - Carro	95.2% (n=534)	1.8% (n=10)
Roubo - Propriedade	93.9% (n=527)	2.0% (n=11)
Assalto à casa	94.8% (n=532)	2.1% (n=12)
Violação Sexual	95.2% (n=534)	2.5% (n=14)
Outro	63.3% (n=355)	6.2% (n=35)

No sentido de se avaliar se existem diferenças entre os quatro grupos descritores da identidade sexual no que respeita à antecipação de experiências de discriminação procedeu-se à realização de uma *one-way ANOVA* (tabela 10). Obteve-se valores indicativos de efeitos significativos da orientação sexual em todos os contextos apresentados, incluindo “outro”, à exceção das instituições de ensino.

Tabela 10. Resultados para a frequência de situações em que "teve que esconder a sua sexualidade por medo de violência ou assédio"

	Gay M (DP)	Lésbica M (DP)	Bissexual M (DP)	Indeciso ou sem certeza M (DP)	<i>p</i>
No trabalho	2.97 (1.12)	2,78 (1.17)	2.59 (1.15)	2.46 (1.27)	0.02
Em casa	3.25 (1.05)	3.20 (1.10)	2.65 (1.13)	3.00 (1.00)	0.00
Com membros da família	3.12 (0.98)	2.84 (1.02)	2.53 (1.02)	2.67 (0.89)	0.00
Numa instituição de ensino	2.91 (1.13)	2.88 (1.25)	2.62 (1.15)	2.92 (1.24)	0.26
No acesso a serviços	3.09 (1.10)	2.95 (1.24)	2.59 (1.21)	2.92 (1.08)	0.01
Em eventos religiosos	2.62 (1.28)	2.02 (1.23)	2.39 (1.25)	2.33 (1.07)	0.02
Em eventos sociais/comunitários	3.03 (1.10)	2.82 (1.17)	2.61 (1.16)	2.73 (1.27)	0.02
Em público	3.09 (0.94)	2.87 (0.97)	2.65 (1.01)	2.83 (0.84)	0.00
Outro	2.77 (1.29)	2.10 (1.35)	2.48 (1.26)	2.75 (1.14)	0.03

Após estes resultados, realizaram-se testes *post-hoc*, verificando-se através do teste de *Tukey* que, de um modo geral, são as pessoas bissexuais quem mais esconde a sua identidade sexual nos diferentes contextos, especificamente: no trabalho ($p=0.03$), com a família ($p=0.00$), no acesso aos serviços ($p=0.00$), em eventos comunitários e em público ($p=0.01$) as pessoas bissexuais escondem com mais frequência a sua orientação sexual do que os *gays*; em casa os participantes bissexuais escondem mais do que as lésbicas ($p=0.03$) e do que os *gays* ($p=0.00$); em eventos religiosos ($p=0.02$) e noutros contextos ($p=0.03$) as lésbicas escondem mais do que os *gays*.

Por outro lado, recorreu-se ao teste do Qui-Quadrado para avaliar as diferenças entre os grupos descritores da orientação sexual acerca dos incidentes reais de discriminação e assédio. Segundo os resultados obtidos não se identificam diferenças estatísticas significativas entre os grupos, contudo há que considerar a probabilidade do teste estatístico não ser robusto o suficiente para detetar as diferenças. De acordo com os dados constantes na tabela 11, estes sugerem-nos que os homens homossexuais são mais suscetíveis de experienciar as diferentes formas de violência e discriminação, como as ameaças escritas, abuso verbal, assédio, ameaças e ataques físicos, roubo de dinheiro e outros.

Tabela 11. Percentagem de ocorrência de experiências de discriminação e assédio devidas à orientação sexual

		Gay	Lésbica	Bissexual	Indeciso ou sem certeza	Total	χ^2 (p)
Ameaças ou abusos escritos	Sim	7.5	0.5	1.8	0.2	10.0	1.403 (0.71)
	Não	68.0	7.6	12.2	2.2	90.0	
Abuso verbal	Sim	15.4	0.6	3.3	0.6	19.9	5.770 (0.12)
	Não	60.5	7.5	10.5	1.7	80.1	
Assédio	Sim	6.6	0.6	1.3	0.0	8.5	1.192 (0.76)
	Não	69.1	7.7	12.9	1.8	91.5	
Ameaças de violência física	Sim	6.6	0.4	1.6	0.0	8.6	3.059 (0.38)
	Não	68.9	7.9	12.5	2.2	91.4	
Ataque físico	Sim	2.6	0.0	0.6	0.0	3.1	2.098 (0.55)
	Não	73.2	8.1	13.3	2.2	96.9	
Estrago propositado à sua propriedade - Casa	Sim	2.8	0.0	0.2	0.0	2.9	3.158 (0.37)
	Não	72.7	8.3	14.0	2.0	97.1	
Estrago propositado à sua propriedade - Carro	Sim	3.5	0.0	1.1	0.0	4.6	4.596 (0.20)
	Não	71.8	8.3	13.0	2.2	95.4	
Estrago propositado à sua propriedade - Trabalho	Sim	3.0	0.2	0.4	0.0	3.5	1.048 (0.79)
	Não	72.4	8.2	13.7	2.2	96.5	
Roubo - Dinheiro	Sim	6.6	0.0	0.5	0.0	7.1	7.203 (0.07)
	Não	68.9	8.2	13.7	2.2	92.9	
Roubo - Carro	Sim	1.3	0.0	0.6	0.0	1.8	2.913 (0.41)
	Não	74.1	8.3	13.6	2.2	98.2	
Roubo - Propriedade	Sim	2.0	0.0	0.0	0.0	2.0	3.651 (0.30)
	Não	73.4	8.2	14.3	2.0	98.0	
Assalto à casa	Sim	1.8	0.2	0.0	0.2	2.2	3.956 (0.27)
	Não	73.3	8.1	14.3	2.0	97.8	
Violação Sexual	Sim	1.8	0.2	0.5	0.0	2.6	0.923 (0.82)
	Não	73.7	8.0	13.5	2.2	97.4	
Outro	Sim	6.9	0.5	1.3	0.3	9.0	0.436

Não	67.7	8.2	12.6	2.6	91.0	(0.93)
-----	------	-----	------	-----	------	--------

No que respeita à avaliação de diferenças dos níveis de saúde física e mental entre aqueles que têm melhor e pior saúde e escondem a sua sexualidade por antecipação de experiências de discriminação e aqueles que vivenciaram incidentes reais de discriminação, foram efetuados dois *teste-t*. Desta forma, o valor *p* associado ao teste da igualdade das médias (saúde física *p* = 0.003; saúde mental *p* = 0.000) estabelece que existem evidências estatísticas de diferenças dos níveis de saúde física e mental entre os antecipam e não antecipam estas experiências (tabela 12). No entanto, não é possível concluir onde surgem essas diferenças.

Tabela 12. Saúde física e mental entre os que têm melhor e pior saúde e antecipam e não antecipam experiências discriminatórias

	Saúde Física			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Não antecipam discriminação	1.90	0.30	(35.904) = .000	.003*
Antecipam discriminação	1.81	0.39		

	Saúde Mental			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Não antecipam discriminação	1.93	0.25	(51.784) = .000	.000**
Antecipam discriminação	1.83	0.38		

* $<.05$ ** $<.001$

Ainda, através do *teste-t*, verifica-se que, ao nível da saúde física e mental, entre os participantes têm melhor e pior saúde e que experienciam e os que não experienciam realmente a discriminação, o valor *p* associado ao teste da igualdade das médias (saúde física *p* = 0.080; saúde mental *p* = 0.022) estabelece que existem evidências estatísticas de diferenças dos níveis de mental entre os que têm melhor e pior saúde mental e experienciam e não experienciam a discriminação (tabela 13). No entanto, não é possível concluir onde surgem essas diferenças.

Tabela 13. Saúde física e mental entre os que têm melhor e pior saúde e experienciam e não experienciam discriminação

	Saúde Física			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Não experienciam discriminação	1.85	0.36	(6.882) = .009	.080
Experienciam discriminação	1.67	0.49		

	Saúde Mental			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Não experienciam discriminação	1.88	0.32	(15.054) = .000	.022*
Experienciam discriminação	1.45	0.52		

*<.05**<.001

Após a avaliação dos níveis de saúde física e mental, de bem-estar e da prevalência de experiências de discriminação, um outro objetivo passa por investigar se a saúde física e mental predizem o esconder a orientação sexual por medo de violência e assédio e as experiências reais de discriminação. De acordo com os resultados evidenciados na tabela 14, o medo de experiências de discriminação e as experiências reais tanto estão correlacionadas positivamente e significativamente com a saúde física e com a saúde mental, apesar das experiências reais de discriminação estarem mais correlacionadas com a saúde mental, o que significa que menos antecipação e menos experiências discriminatórias estão correlacionadas com pontuações mais elevadas nas escalas de saúde.

Tabela 14. Correlações entre saúde física e mental e antecipação e experiências reais de discriminação e assédio

	Saúde Física	Saúde Mental
No trabalho	.110*	.223**
Em casa	.087*	.143**
Com membros da família	.139**	.229**
Numa instituição de ensino	.104*	.135**
No acesso a serviços	.070	.199**
Em eventos religiosos	.123**	.114*
Em eventos sociais/comunitários	.146**	.157**
Em público	.099*	.155**
Outro	.090	.100

	Saúde Física	Saúde Mental
Ameaças ou abusos escritos	.105*	.221**
Abuso verbal	.231**	.343**
Assédio	.127**	.195**
Ameaças de violência física	.155**	.233**
Ataque físico	.136**	.146**
Estrago propositado à sua propriedade - Casa	.127**	.142**
Estrago propositado à sua propriedade - Carro	.161**	.159**
Estrago propositado à sua propriedade - Trabalho	.082	.212**
Roubo - Dinheiro	.225**	.181**
Roubo - Carro	.043	.133**
Roubo - Propriedade	.075	.122**
Assalto à casa	.005	.151**
Violação Sexual	-.039	-.032
Outro	.142**	.338**

*<.05**<.001

Por tais factos, desenvolveram-se quatro modelos para explorar os efeitos da antecipação e das experiências reais de discriminação na saúde física e mental da amostra. Para avaliar estes efeitos recorreu-se à regressão linear simples e múltipla. Na regressão linear simples, correspondente ao primeiro modelo testado obtiveram-se coeficientes de relação de 1.9% para a variável preditora antecipação das experiências de discriminação e 4.8% para a variável preditora experiências reais de discriminação em relação à saúde física, sendo que estes valores percentuais correspondem à variância explicada pelo modelo. No segundo modelo, na regressão linear múltipla, obteve-se um coeficiente de relação de 6.3%, o que significa que as duas variáveis predictoras em conjunto aumentaram a variância explicada pelo modelo (tabela 15).

Tabela 15. Análise de regressão linear simples e múltipla preditiva da saúde física

Preditor	R ²	B	p
Passo 1			
Antecipação de Experiências de Discriminação	0.019	.136	≤0.005
Experiências Reais de Discriminação	0.048	.219	≤0.005
Passo 2			
Antecipação de Experiências de Discriminação e Experiências Reais de Discriminação	0.063	.211 .121	≤ .005

Na regressão linear simples, correspondente ao terceiro modelo testado obtiveram-se coeficientes de relação de 4.2% para a variável preditora antecipação das experiências de discriminação e 11% para a variável preditora experiências reais de discriminação em relação à saúde mental. No quarto modelo, na regressão linear múltipla, obteve-se um coeficiente de relação de 14%, o que significa que as duas variáveis preditoras em conjunto aumentaram a variância explicada pelo modelo (tabela 16).

Tabela 16. Análise de regressão linear simples e múltipla preditiva da saúde mental

Preditor	R ²	B	p
Passo 3			
Antecipação de Experiências de Discriminação	0.042	.206	≤0.005
Experiências Reais de Discriminação	0.110	.331	≤0.005
Passo 4			
Antecipação de Experiências de Discriminação e Experiências Reais de Discriminação	0.140	.317 .174	≤0.005

1.5 Discussão dos Resultados e Conclusão

1.5.1 O impacto da discriminação e assédio na saúde física e mental das pessoas LGB

Em termos da caracterização da amostra, através da análise estatística descritiva, evidencia-se a heterogeneidade da amostra quanto ao género e orientação sexual, sendo que a maioria dos participantes pertence ao sexo masculino e considera-se *gay*. No que respeita ao lar e aos relacionamentos, a maioria destas pessoas vive com os pais ou outros parentes e mais de metade dos participantes não se encontra atualmente num relacionamento. Contudo, daqueles que estão num relacionamento, a maioria afirma que está apenas com uma pessoa, sendo essa pessoa, para a maioria dos participantes, do sexo masculino, mesmo para aqueles que estão com mais do que uma pessoa. Em termos da formação escolar e/ou académica, estes indivíduos revelam, de uma forma geral, ter 12 anos de escolaridade ou equivalente, não tendo qualquer qualificação académica. Por fim, no que concerne à saúde, constata-se que a maioria não sofre de qualquer deficiência ou problema de saúde prolongado com implicações nas atividades das pessoas.

No que concerne aos níveis gerais de saúde e bem-estar, constata-se que, nas três valências (saúde física, mental e bem-estar), as pontuações são acima do esperado, indicando valores positivos de saúde. No entanto, apesar de não se evidenciarem diferenças dos níveis de saúde física e de bem-estar entre lésbicas, bissexuais e indecisos ou sem certeza, os resultados indicam a existência de diferenças ao nível da saúde mental, apesar de não se identificar qual o grupo que apresenta níveis mais elevados de *distress* psicológico. Porém, tem-se averiguado que são as pessoas bissexuais que apresentam os níveis mais baixos na saúde mental do que os homossexuais, tal como é evidenciado em estudos nos Estados Unidos (Rosario *et al.*, 2001; Russell & Consolacion, 2003 citados por Shilo & Savaya, 2012). Esta vulnerabilidade evidenciada pelos resultados obtidos veio apoiar o que tem vindo a ser documentado em outros estudos (Browster & Moradi, 2010 citados por Shilo & Savaya, 2012; Pereira & Costa, 2016).

No campo da utilização e acesso aos serviços de saúde verifica-se que a maioria da amostra tem médico de família, mas não tem qualquer seguro de saúde privado. Acerca do facto do médico de família saber sobre a sexualidade do paciente, quase metade das pessoas deste estudo afirmam que o seu médico de família não sabe acerca da sexualidade. Relativamente à frequência de *check ups* médicos nos últimos 12 meses, apura-se que a maioria foi uma vez ao médico de família ou foi pelo menos duas vezes durante esse período de tempo. Ainda no campo da saúde, e agora especificamente acerca das doenças sexualmente transmissíveis, mais de metade destes participantes diz já ter realizado o teste VIH, cujo resultado foi negativo. Porém, quanto à realização de outros testes nos últimos dois anos, como o teste Papanicolau, mamograma e o teste do Antígeno Específico para a Próstata (PSA) ou exame de apalpação digital retal da próstata, a maioria das pessoas não os executou.

Estes resultados vão de encontro aos apresentados pelo projeto “Saúde em Igualdade”, em que muitos participantes nunca falaram sobre a sua orientação sexual com nenhum profissional de saúde (ILGA, s.d.). Estes resultados podem dever-se ao facto de que a maioria dos profissionais de saúde assume heterossexualidade dos seus pacientes e porque as pessoas LGB não revelam a sua orientação sexual por anteciparem experiências discriminatórias, por medo de não lhes ser proporcionado o tratamento mais adequado ou porque já passaram por situações discriminatórias por parte dos profissionais de saúde. Assim, a conjugação destes fatores condiciona o acesso, ou provocam a recusa, das pessoas LGB aos serviços de saúde (ILGA, s.d.). Por outro lado, apesar de neste estudo não se ter analisado os itens da utilização e acesso aos serviços de saúde em profundidade, de acordo com o estudo de Leonard, Lyons e Bariola (2012) a taxa de utilização dos serviços de saúde mental variou significativamente de acordo com a identidade sexual, em que as mulheres bissexuais revelam utilizar mais estes serviços e os homens gays utilizam menos e, os níveis de *distress* psicológico eram maiores nos participantes que usaram recentemente os serviços de saúde mental comparativamente aos respondentes que indicaram não ter utilizado estes serviços. No entanto, a literatura tem indicado que população LGB é relutante quanto à utilização dos serviços de saúde devido a experiências discriminatórias passadas ou, pelo contrário, por anteciparem essas mesmas experiências no futuro (Leonard, Lyons & Bariola, 2015)

Considerando agora o tema da discriminação e assédio, os resultados relativos à frequência de situações de medo antecipatório de discriminação ou assédio, durante o último ano, indicam que a maioria não sente necessidade de esconder a sua sexualidade. Contudo, importa mencionar aqueles que sentiram com frequência tal necessidade, uma vez que isso aconteceu em diversos contextos, particularmente com os membros da família e no trabalho. Ainda nesta linha, salienta-se a particularidade de que mais de metade das pessoas esconde a sua sexualidade em público, seja de forma ocasional ou frequentemente. Ainda no que respeita ao medo antecipatório, constata-se que, de um modo geral, são as pessoas bissexuais quem mais esconde a sua identidade sexual nos diferentes contextos, como no trabalho, com a família, no acesso aos serviços, em eventos comunitários e em público. No entanto, em eventos religiosos e noutros contextos as lésbicas escondem mais do que os gays. Estes resultados são interessantes, considerando a grande heterogeneidade da amostra entre os grupos descritores da orientação sexual.

Quanto às experiências reais discriminatórias, mais uma vez a maioria revela não ter passado por estas experiências durante o último ano. Porém, daqueles que vivenciaram estas situações, os dados recolhidos permitem identificar que as formas mais comuns de violência/discriminação contra as pessoas LGB desta investigação foram o abuso verbal, as ameaças escritas, o assédio e ameaças físicas. Em contrapartida, as situações de roubo foram as menos comuns, sendo que, dentro da temática dos roubos, é o dinheiro que mais de evidencia. Estes dados vão de encontro ao que se encontra na literatura, uma vez que de

entre as diferentes formas de violência discriminatória surgem primeiramente as agressões verbais ou ameaças, seguidas das agressões físicas, chantagem ou extorsão (Cardoso & Ferro, 2012) e de acordo com o estudo de Swim, Pearson e Johnston (2008, citado por Oliveira, 2010) em que verificaram que as formas heterossexistas mais frequentes contra as pessoas LGB são comportamentos verbais são os mais comuns (e.g., piadas, comentários hostis e com conotação de ódio, ameaças de violência), seguidos dos comportamentos físicos (e.g., comportamentos violentos/hostis e/ou situações de evitamento de pessoas LGB).

Os dados desta dissertação sugerem-nos ainda que são os homens homossexuais os mais suscetíveis de experienciar estas diferentes formas de violência e discriminação. Esta evidência, apesar de não serem asseguradas diferenças estatisticamente significativas, segue a mesma linha do que tem sido encontrado na literatura existente (FRA, 2009). Por fim, ressalte-se também a percentagem de participantes que revelam situações de abuso sexual devido à sua orientação sexual.

Ainda, os resultados estatísticos indicam que existem diferenças entre os níveis de saúde física e mental entre os que antecipam e não antecipam a discriminação e entre os que experienciam e não experienciam a discriminação. No entanto, não podemos concluir se os níveis mais baixos de saúde correspondem às pessoas que antecipam e vivenciam a discriminação, apesar de que, segundo o modelo teórico do *stress* das minorias, a exposição a eventos discriminatórios afeta negativamente a saúde física e mental das minorias sexuais (Holloway, Padilla, Wilner & Guilamo-Ramos, 2014 citado por Borralha & Pascoal, 2015; Kelleher, 2009; Pereira & Costa, 2016; Rodrigues, Oliveira & Nogueira, 2015; van der Star & Bränström, 2015).

Sumariamente, e de certo modo consistente com a teoria do *stress* das minorias, os resultados deste estudo revelam que existe uma associação entre o medo antecipatório de discriminação e a experiência discriminatória real com a saúde física e mental, pelo que podemos inferir que menos medo antecipatório e menos experiências discriminatórias estão correlacionadas níveis mais elevados de saúde. Por outro lado, apurou-se que a antecipação de experiências de discriminação e as experiências reais constituem individualmente preditores da saúde física e mental, com valores percentuais mais elevados para a saúde mental, sendo que são as experiências reais que apresentam valores mais elevados para a variância explicada. Estes valores querem significar que a exposição a estas situações prediz, essencialmente, os níveis da saúde mental. Deste modo, podemos inferir que estes dados são consistentes com a teoria do *stress* das minorias (Holloway, Padilla, Wilner & Guilamo-Ramos, 2014 citado por Borralha & Pascoal, 2015; Kelleher, 2009; Pereira & Costa, 2016; Rodrigues, Oliveira & Nogueira, 2015; van der Star & Bränström, 2015). Por outro lado, evidenciou-se que as duas variáveis em conjunto (antecipação de experiências de discriminação e experiências reais) aumentam esta previsão, tanto na saúde física como na saúde mental.

1.5.2 Limitações do Estudo

Acerca das limitações desta investigação, verificou-se, num primeiro momento, que teria sido importante explorar de forma mais aprofundada algumas variáveis, bem como a existência de estudos comparativos com amostras de pessoas heterossexuais e investigações mais delimitadas geograficamente, particularmente na Europa. O facto de o inquérito ter sido respondido via *online* pode, indiretamente, excluir parte da amostra uma vez que nem todos têm acesso a este meio de comunicação.

Podemos ainda dizer que este estudo foi baseado numa amostra por conveniência, que pode não ser representativa de todas as pessoas LGB, para além do facto de se ter revelado difícil aceder a esta população, que se verificou pela heterogeneidade dos subgrupos, dificultado a generalização dos resultados encontrados, uma vez que não há homogeneidade de participantes dos subgrupos referentes ao género, à identidade sexual e de género. Outro aspeto remete para o facto dos resultados se basearem no auto-relato que é suscetível ao viés da informação, especialmente no que respeita aos aspetos mais intimistas da pessoa, como o uso de substâncias e práticas sexuais, sendo que para controlar este viés, os participantes foram convidados a preencher o inquérito de forma anónima. Uma outra limitação surge em termos conceituais, visto que pode não ser clara para os participantes a distinção entre comportamento e orientação sexual, porque apesar de os indivíduos terem uma determinada orientação sexual, não quer dizer que a consumam em atos (Oliveira, 2010).

Por outro lado, não considerámos a população LGB adolescente, logo não sabemos se existem diferenças ao longo da idade, o que implica a necessidade de realização de estudos longitudinais de modo a avaliar a possibilidade de mudanças com a idade. Também, não foram incluídas as identidades de género que poderá limitar a nossa capacidade de nos referirmos à diversidade de identidades que podem representar as pessoas LGBT. Ainda, a necessidade de análises distintas em função da identidade sexual e da identidade de género, valorizando a subjetividade com que as pessoas de cada um dos grupos vivencia os efeitos da discriminação em termos de mal-estar psicológico, bem como os seus efeitos ao longo do tempo (Marques et al., 2013), faz que não possamos tirar conclusões mais detalhadas e particulares de cada grupo pela inexistência dessas informações pormenorizadas. Grande parte da pesquisa tem sido efetuada com pessoas brancas *gays* e *lésbicas*, da classe média o que não é representativo das experiências de todas as pessoas LGB (Nogueira & Oliveira, 2010), não permitindo extrapolar conclusões. No entanto, neste aspeto, este estudo revelou-se abrangente e não discriminatório. Além de tudo isto, os estudos cross-sectionais limitam as conclusões no sentido do efeito de causalidade, logo outras explicações alternativas não devem ser descartadas.

Por fim, não se tomaram em consideração as estratégias de *coping* e, conseqüentemente não sabemos qual o seu efeito nas pessoas LGB expostas a algum tipo de discriminação. Isto

significa a necessidade de se ter em consideração tanto os fatores de risco como os fatores protetores da saúde física e mental.

1.5.3 Conclusão

Tendo em conta que o estigma e a discriminação podem originar comportamentos de término com a própria vida (Rodrigues, Oliveira & Nogueira, 2015), é crucial a manutenção e realização de diversos tipos de iniciativas/campanhas informativas com o objetivo de diminuir o *bullying* homofóbico e todas as formas de heterossexismo e exclusão com base na orientação sexual e com o objetivo da promoção dos direitos humanos, da diminuição do estigma associado à orientação sexual, e ainda da difusão destes efeitos na saúde dos homens *gays* e das mulheres lésbicas (Borralha & Pascoal, 2015). Mais em termos profissionais deve-se apostar no desenvolvimento de competências de comunicação, nomeadamente, para que sejam capazes de utilizar uma linguagem neutra e não discriminatória das orientações sexuais (Marques et al., 2013).

Apesar das limitações, esta investigação fornece alguns dados que nos permite sondar os possíveis efeitos dos *stressores* (discriminação e assédio) na saúde física e mental das pessoas LGB. Estes achados podem ter implicações tanto na pesquisa como na prática, ou seja, aqueles que trabalham com a população LGB podem recorrer ao modelo de *stress* de minorias como ferramenta de avaliação, destacando as experiências de assédio como fatores de risco para a saúde física e mental.

Posto isto, este trabalho expõe algumas necessidades nesta área do saber, nomeadamente a necessidade de realização de estudos mais complexos e melhor desenhados que avaliem a dimensão da exposição ao estigma, de estudos de revisão de literatura com populações portuguesas LGB, de metanálises, de forma a objetivar os resultados encontrados, e ainda de estudos por temáticas, de forma a aprofundar o conhecimento sobre diversas especificidades da orientação sexual (Borralha & Pascoal, 2015). Isto justifica-se porque produzir investigação sobre lésbicas, *gays* e bissexuais, sobre grupos oprimidos e sobre “desigualdades” sociais, permite-nos alcançar instrumentos para a mudança social e, paralelamente, estar em contexto, ou seja, partilhar as experiências do/a outro/a (Rodrigues, 2011).

Em síntese, há ainda um trabalho importante a ser feito junto da comunidade científica de forma a contemplar as variáveis associadas ao *stress* das minorias e que explicam a associação frequente entre saúde mental e orientação sexual (Borralha & Pascoal, 2015).

Referências Bibliográficas

- Afonso, A., & Nunes, C. (2011). *Estatística e probabilidades: Aplicações e soluções em SPSS*. Lisboa: Escolar Editora.
- Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2009). *Homofobia e discriminação em razão da orientação sexual e da identidade de género nos Estados-Membros da UE: A situação Social*. Viena, Áustria: FRA
- Almeida, J., Johnson, R. M., Corliss, H. L., Molnar, B. E., & Azrael, D. (2009). Emotional distress among LGBT youth: The influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal of Youth and Adolescence*, 38, 1001-1014.
- Almeida, M. V. (2010, dez). O contexto LGBT em Portugal. In C. Nogueira & J. M. de Oliveira (Org.), *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género* (pp.45-90). Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- American Psychological Association. (2000). Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 55(12), 1140-1451.
- American Psychological Association. (2008). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. Washington, DC: APA. Acedido outubro 25, 2015, em <http://www.apa.org/topics/lgbt/orientation.pdf>
- American Psychological Association. (2013). *Respuestas a sus preguntas sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género*. Washington, DC: APA. Acedido novembro 19, 2015, em <http://www.apa.org/topics/lgbt/brochure-personas-trans.pdf>
- Assembleia da República (2005). VII Revisão Constitucional [2005] - Artigo 13.º, Princípio da Igualdade. [Disponível online a 12 de novembro de 2015 em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>].
- Associação ILGA Portugal (ILGA). (s.d.). Saúde em igualdade: Pelo acesso a cuidados de saúde adequados e competentes para pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans. Portugal: ILGA.
- Ayala, G., Bingham, T., Kim, J., Wheeler, D., & Millett, G. (2012). Modeling the impact of social discrimination and financial hardship on the sexual risk of HIV among Latino and Black men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 102(S2), S242-S249.
- Borralha, S., & Pascoal, P. (2015, abril). Gays, lésbicas e saúde mental: Uma revisão sistemática da literatura. *Omnia*, 2, 43-51.

- Cardoso, M. R., & Ferro, L. F. (2012). Saúde e população LGBT: Demandas e especificidades em questão. *Psicologia: Ciência & Profissão*, 32(3), 552-563.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale Development: Theory and Applications*. E.U.A.: Sage.
- Fingerhut, A. W., Peplau, L. A., & Gable, S. L. (2010, may). Identity, minority stress and psychological well-being among gay men and lesbians. *Psychology & Sexuality*, 1(2), 101-114. doi: 10.1080/19419899.2010.484592.
- Fish, J. (2007). Getting equal: the implications of new regulations to prohibit sexual orientation discrimination for health and social care. *Diversity in Health and Social Care*, 4, 221-8.
- Gil, F. (2012). Heterossexismo e homofobia na comunidade homossexual feminina. *LES Online*, 4(1), 63-73.
- Kelleher, C. (2009). Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Counselling Psychology Quarterly*, 22(4), 373-379.
- Leonard, W., Pitts, M., Mitchell, A., Lyons, A., Smith, A., Patel, S., Couch, M., & Barrett, A. (2012). *Private Lives 2: The second national survey of the health and wellbeing of gay, lesbian, bisexual and transgender (GLBT) Australians*. Monograph Series No. 86. The Australian Research Centre in Sex, Health & Society, La Trobe University: Melbourne.
- Leonard, W., Lyons, A., & Bariola, E. (2015). *A closer look at Private Lives 2: Addressing the mental health and well-being of lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) Australians*. Monograph Series No. 103. The Australian Research Centre in Sex, Health & Society, La Trobe University: Melbourne.
- Lyons, A., & Hosking, W. (2014). Health disparities among common subcultural identities of young gay men: Physical, mental, and sexual health. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 1621-1635.
- Marques, A. M., Oliveira, J. M., & Nogueira, C. (2013). A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2037-2047.
- Masiero, C. M. (2013, jul-dez). Homofobia: História e crítica de um preconceito. *Emblemas*, 10(2), 125-146.
- Matias, D. (2007). Psicologia e orientação sexual: Realidades em transformação. *Análise Psicológica*, 1(XXV), 149-152.

- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 38-56.
- Nogueira, C., & Oliveira, J. M. (2010, dez). Um olhar da psicologia feminista crítica sobre os direitos humanos de pessoas LGBT. In C. Nogueira & J. M. de Oliveira (Org.), *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género* (pp.9-17). Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Oliveira, J. M. (2010, dez). Orientação sexual e identidade de género na psicologia: notas para uma psicologia lésbica, gay, bissexual, trans e queer. In C. Nogueira & J. M. de Oliveira (Org.), *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género* (pp.19-44). Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Oliveira, J. M., Pereira, M., Costa, C. G., & Nogueira, C. (2010, dez). Pessoas LGBT identidades e discriminação. In C. Nogueira & J. M. de Oliveira (Org.), *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género* (pp.149-210). Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Pereira, H., & Costa, P. (2016). Modeling the impact of social discrimination on the physical and mental health of Portuguese gay, lesbian and bisexual people. *Innovation the European Journal of Social Science Research*. doi: 10.1080/13511610.2016.1157683
- Rodrigues, L. (2011). Compromisso social pela causa LGBT: Activismo e academia. *LES Online*, 3(1), 38-41.
- Rodrigues, L., Oliveira, J. M., & Nogueira, C. (2015). Discriminação contra jovens lésbicas em contexto escolar. *Latitude*, 9(1), 55-71.
- Sampaio, J. V., & Germano, I. M. P. (2014). Políticas públicas e crítica queer: Algumas questões sobre identidade LGBT. *Psicologia & Sociedade*, 26(2), 290-300.
- Santos, A. C. (2002, mai-jun). Sexualidades politizadas: ativismo nas áreas da AIDS e da orientação sexual em Portugal. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 18(3), 595-611.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 17(1), 29-41.
- Shilo, G., & Mor, Z. (2014). The impact of minority stressors on the mental and physical health of lesbian, gay, and bisexual youths and young adults. *Health & Social Work*, 39(3), 161-171. doi: 10.1093/hsw/hlu023.

- Shilo, G., & Savaya, R. (2012). Mental health of lesbian, gay, and bisexual youth and young adults: Differential effects of age, gender, religiosity, and sexual orientation. *Journal of Research on Adolescence*, 22(2), 310-325. doi: 10.1111/j.1532-7795.2011.00772.x.
- van der Star, A., & Bränström, R. (2015). Acceptance of sexual minorities, discrimination, social capital and health and well-being: a cross-European study among members of same-sex and opposite-sex couples. *BMC Public Health*, 15(812). doi: 10.1186/s12889-015-2148-9.
- Ware, J. E. (s.d.). SF-36® Health Survey Update. Acedido janeiro 15, 2016, em <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>
- WHO (World Health Organization). (1946). *Constitution of the World Health Organization* (45th ed.). Basic Documents. Geneva: WHO. Acedido novembro 21, 2015, em http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- Willoughby, B., Lai, B., Doty, N., Mackey, E., & Malik, N. (2008). Peer crowd affiliations of adult gay men: Linkages with health risk behaviors. *Psychology of Men and Masculinity*, 9, 235-247.

Anexo Teórico

Capítulo 1. Definição de Conceitos

Identidade/Orientação Sexual

A orientação sexual remete para um envolvimento contínuo caracterizado ao nível emocional, romântico e/ou sexual para com outras pessoas, quer sejam do mesmo sexo, do sexo oposto ou de ambos. Neste sentido, refere-se à identidade que cada um assume no que concerne às suas atrações sexuais, podendo o indivíduo autoidentificar-se enquanto ser heterossexual, homossexual (*gays/lésbicas*) ou bissexual. A **heterossexualidade** é entendida como a atração emocional, afetivo e/ou sexual por pessoas do sexo oposto; por outro lado, a **homossexualidade** corresponde à atração emocional, afetivo e/ou sexual por pessoas do mesmo sexo (*gays* e *lésbicas*) e, por último, a **bissexualidade** remete para a atração emocional, afetivo e/ou sexual por pessoas de ambos os sexos (APA, 2008; Oliveira, 2010). No entanto, a orientação sexual não é sinónimo de “comportamento homossexual”, na medida em que apesar da orientação sexual da pessoa, não significa que a consuma em atos (Oliveira, 2010). Surge também a necessidade da distinção entre orientação sexual e (a) **sexo biológico**, que se refere às características anatómicas, fisiológicas e genéticas associadas ao ser homem ou mulher; (b) **identidade de género**, sentido psicológico de ser homem ou mulher e, (c) **papel social de género**, normas culturais que definem o comportamento masculino e feminino (APA, 2008, 2013; Gil, 2012; Oliveira, 2010).

A Identidade (Trans) de Género

Quando falamos da experiência pessoal, identificação interna de ser homem, mulher ou de ser diferente (perspetiva ambivalente), estamos a referir-nos à **identidade de género** (APA, 2013; Gil, 2012). O **transgenderismo** abrange os sujeitos cuja identidade ou expressão de género não se enquadra naquela que está associada ao seu sexo biológico, englobando os transexuais, travestis, *drag queens/drag kings* e o género *queer* (APA, 2013; Oliveira 2010). Ou seja, abrange todas as possíveis identidades ou expressões de género que não se enquadram no que é tido como convencional no que respeita às normas de género (Oliveira, 2010). Os **transexuais** são aqueles cuja identidade de género não se enquadra com o seu sexo biológico, e que por isso se submetem a tratamento hormonal e/ou cirúrgico (APA, 2013; Oliveira, 2010). Quanto às pessoas **travestis**, estas geralmente sentem-se cómodas com o seu sexo biológico, porém ao nível da indumentária usam roupas tradicionalmente determinadas para o sexo biológico oposto ao seu. Por outro lado, quando os homens, com o objetivo de entreter os outros, se vestem como sendo mulheres estamos perante os **drag queens**; contrariamente, as **drag kings** são as mulheres que se vestem como homens com o mesmo intuito referido anteriormente. Por último, o género **queer** refere-se àqueles que não identificam o seu género dentro do constructo binário “homem e mulher”, podendo definir o seu género como algo totalmente diferente de homem e mulher (APA, 2013).

Heterossexismo/Heteronormatividade

Heterossexismo é um conceito que surgiu com a retirada da homossexualidade das doenças psiquiátricas, e que, no fundo, remete para a normatividade da heterossexualidade enquanto expressão da orientação sexual, o que significa uma visão binária acerca do género e a crença de que a única forma de atração sexual aceitável acontece entre géneros opostos. Ou seja, uma vez que a heterossexualidade corresponde à orientação sexual dominante, é tida como normal e natural, contrapondo-se à homossexualidade e bissexualidade que são vistas como anómalas/desviantes da norma (Gil, 2012; Matias, 2007; Oliveira et al., 2010). Isto significa que o heterossexismo corresponde a um sistema de crenças e valores que não aceita e estigmatiza todo e qualquer comportamento, relação e identidade não heterossexual (Oliveira, 2010). Este termo também tem sido referenciado para apontar o preconceito e discriminação contra a população LGBT, em que os comportamentos heterossexistas mais frequentes são os verbais, como as piadas e comentários hostis (Gil, 2012; Matias, 2007; Oliveira, 2010). Esta perspetiva heterossexista tem sido utilizada pela psicologia para a compreensão e explicação dos fenómenos de discriminação e preconceito face às questões da orientação sexual (Oliveira, 2010).

Quando nos referimos à manutenção da abordagem heterossexista enquanto norma de pensar os comportamentos das pessoas em geral e ao sistema de crenças institucionalizadoras da heterossexualidade, estamos a fazer alusão à heteronormatividade, onde, também, o homem é considerada a figura dominante da sociedade (Oliveira, 2010).

O Conceito LGBT

A sigla LGBT é utilizada internacionalmente quando nos queremos referir às lésbicas, *gays*, bissexuais e transgéneros.

LGBTfobia

O conceito de **homofobia**, atribuído ao psicólogo clínico George Weinberg, surge para referenciar o medo irracional, intolerância, repulsa ou aversão a pessoas homossexuais (lésbicas e *gays*) (Masiero, 2013; Oliveira, 2010). Ainda, refere-se às atitudes e sentimentos negativos que traduzem o preconceito para com pessoas homossexuais (*gays* e lésbicas) (Carneiro, 2009 citado por Oliveira, 2010). Por outro lado, a **homofobia internalizada** reporta-se ao medo, desconforto, repulsa ou aversão sentidos por uma pessoa homossexual ou bissexual, quanto à sua própria orientação sexual (Gil, 2012; Oliveira 2010). Por último, a **lesbofobia**, **transfobia** e **bifobia**, à semelhança da homofobia, fazem alusão aos sentimentos de repulsa, à aversão e ao preconceito/discriminação contra aqueles que não adotem uma orientação sexual dita “normal”, ou seja, que não seguem os padrões sociais de género (Gil, 2012; Masiero, 2013).

Preconceito, Discriminação e Assédio

O preconceito designa as percepções negativas ou crenças preconcebidas baseadas nas características particulares de alguém ou no rótulo social imposto, ou seja, o julgamento que fazemos de uma pessoa sem a conhecermos; enquanto a discriminação se refere à materialização concreta dessas crenças negativas em atitudes diversificadas, negativas ou injustas, associadas ao preconceito. Esclareça-se que a discriminação é geralmente precedida de algum tipo de preconceito (Masiero, 2013). O assédio diz respeito ao comportamento que se tem com o objetivo de violar a dignidade de outrem ou criar um ambiente intimidativo, hostil, humilhante (e.g., ameaças, agressões verbais, comentários e piadas indesejadas acerca da identidade sexual e/ou identidade de género) (FRA, 2009).

Conceito de Saúde

O conceito de saúde torna-se ambivalente e de difícil definição uma vez que acompanha as mudanças sociais, económicas, políticas e culturais, além de ser conceitualizado de forma diferente por cada ser humano no espaço, época e classe social, ademais de depender dos valores individuais e das concepções científicas, religiosas e filosóficas de cada um (Scliar, 2007). Porém, tem-se tomado a designação desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que nos diz que “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946).

Capítulo 2. Teoria do Stress das Minorias

O modelo do *stress* das minorias de Mayer é o que tem sido mais comumente utilizado na explicação dos níveis baixos da saúde mental das pessoas LGB, baseando-se na teoria de *stress* social (Shilo & Savaya, 2012). Ou seja, as minorias são forçadas a tomar uma atitude hipervigilante nos seus ambientes sociais o que as leva a um estado crônico de *stress* (Fingerhut, Peplau & Gable, 2010).

Segundo Mayer (2003, 2007 citado por Shilo & Mor, 2014 e por Shilo & Savaya, 2012) esta teoria constitui um quadro teórico que sugere que as vulnerabilidades das pessoas LGB decorrem da sua exposição a *stressores* particulares resultantes do seu *status* de minoria. O mesmo explica a existência de cinco tipos de *stressores* baseados na sua proximidade com o *self*: (a) **dois *stressores* objetivos distais**, que são externos ao indivíduo e refletem o nível de heterossexismo no ambiente, podendo ser *stressores* gerais (e.g., perda do trabalho) ou situações preconceituosas (discriminação ou violência decorrente do seu estatuto de minoria) e (b) **três *stressores* subjetivos proximais**, que remete para a percepção que o indivíduo LGB tem do ambiente como uma ameaça, sendo eles a expectativa de rejeição, ocultação da sua orientação sexual a outras pessoas e da internalização das atitudes heterossexuais sociais (homofobia internalizada). Este modelo sustenta ainda a importância do suporte social e da união da comunidade LGB como estratégias de *coping* de modo a atenuar o impacto destes *stressores* minoritários (Mayer, 2003, 2007 citado por Shilo & Mor, 2014 e por Shilo & Savaya, 2012; van der Star & Bränström, 2015). Por outro lado, apoia a ideia de que o impacto destes *stressores* nas pessoas LGB pode ser intensificado pela introdução/associação do termo estatuto social desfavorecido ao conceito de identidade sexual minoritária. Shilo & Savaya (2012) esclarecem-nos que a noção de estatuto social desfavorecido se refere, neste contexto, aos fatores estruturais que aumentam a exposição das pessoas LGB aos *stressores* e/ou diminuem o acesso/disponibilidade de recursos para lidar com os mesmos (Mayer, 2003, 2007 citado por Shilo & Mor, 2014 e por Shilo & Savaya, 2012).

Contudo, algumas críticas têm sido feitas a esta teoria, onde alguns investigadores argumentam que este é um modelo deficitário uma vez que faz inferências acerca do desenvolvimento da doença das pessoas LGB e chamam à atenção para a consideração dos fatores de resiliência, do suporte familiar e dos amigos e dos aspetos positivos ao nível a saúde mental dos jovens LGB. Por outro lado, este quadro teórico dá pouco ênfase à dimensão física da saúde (Shilo & Mor, 2014).

Em suma, esta teoria tem sido usada para a compreensão/explicação do impacto que o estigma, discriminação e preconceito têm sobre as pessoas LGB, afirmando que o *stress* provocado pelos mesmos coloca em causa o bem-estar das pessoas visto provocar efeitos

negativos ao nível da saúde das mesmas (Holloway, Padilla, Wilner & Guilamo-Ramos, 2014 citado por Borralha & Pascoal, 2015; Kelleher, 2009).

Capítulo 3. Impacto da Discriminação e Assédio na Saúde Física e Mental - Síntese de Estudos Realizados

A “despatologização” não abarcou o declínio do preconceito contra as pessoas LGB, uma vez que a questão da homossexualidade/bissexualidade ainda é vista como algo negativo e/ou indesejável/inadequado à luz do que é tido como “normal e natural”, referindo-me, aqui, especificamente à heterossexualidade (Matias, 2007). Tendo em conta esta visão da sexualidade verifica-se que esta população, relativamente aos serviços de saúde, teme assumir a sua orientação sexual com medo de represálias, nomeadamente, discriminação (Marques et al., 2013). Com isto, importa referir que no domínio da psicologia, os profissionais devem orientar o seu trabalho segundo alguns princípios referentes à orientação sexual, como alguns dos definidos pela APA (2000):

- Os psicólogos compreendem que a homossexualidade e a bissexualidade não constituem doença mental;
- Os psicólogos devem reconhecer a importância das suas atitudes e conhecimento sobre lésbicas, gays e bissexuais na avaliação e/ou tratamento ou quando encaminhar;
- Os psicólogos investigam/compreendem o impacto que o preconceito, discriminação e violência têm, ou podem, ter na saúde mental e bem-estar das pessoas LGB;
- Os psicólogos indagam sobre o possível impacto das perspetivas preconceituosas, acerca da homossexualidade e bissexualidade, no tratamento e processo psicoterapêutico;
- Os psicólogos respeitam as relações, e a importância das mesmas, das/para as pessoas LGB;
- Os psicólogos procuram entender o impacto das questões da parentalidade na vida das pessoas LGB;
- Os psicólogos analisam e compreendem os riscos possivelmente associados à juventude lésbica, gay e bissexual;
- Os psicólogos trabalham no sentido da psicoeducação das questões relativas à orientação sexual, exercendo um trabalho contínuo de formação e familiarização com os recursos orientados para a população LGB.

Estudos Realizados

Na tabela 1 apresentam-se vários estudos realizados com as pessoas LGBT no que respeita à saúde física e mental das mesmas e ao impacto da discriminação e assédio ao nível da saúde.

Tabela 1. Estudos realizados com pessoas LGBT

Autor, ano	Kelleher, 2009
N	301 jovens LGBTQ, residentes na Irlanda e com idades compreendidas entre os 16 e 24 anos de idade. Quanto à identidade sexual: 15% lésbicas; 55% <i>gays</i> ; 19% bissexual; 9% <i>queer</i> ; 1% heterossexual e 1% outro. Quanto à identidade de género: 25% mulheres; 69% homens; 3% transgéneros e 3% <i>queer</i> .
Resultados	Associação positiva significativa entre cada <i>stressor</i> de minoria (experiências heterossexistas; consciência do estigma; <i>distress</i> por identidade sexual) e <i>distress</i> psicológico (ansiedade, depressão e ideação suicida).

Autores, ano	Fingerhut, Peplau & Gable, 2010
N	188 mulheres lésbicas e 261 homens <i>gays</i> , com idades compreendidas entre os 18 e 70 anos de idade (M=32.86). Foram recrutados online e pertenciam a uma variedade de estados nos Estados Unidos.
Resultados	Níveis mais altos de experiências discriminatórias e de estigma percebido foram associadas a níveis mais elevados de sintomas depressivos. Aqueles com índices mais elevados quanto à sua identidade homossexual são mais expostos à discriminação (<i>stressor</i> distal) e menos aos <i>stressores</i> proximais.

Autores, ano	Leonard, Lyons & Bariola, 2012
N	3835 pessoas LGBT Australianas
Resultados	A saúde mental parece melhorar com a idade, tanto para os grupos de identidade de género quer para os grupos de identidade sexual. Apesar dos níveis de sofrimento psicológico diminuírem em todos os grupos de identidade sexual, é nas mulheres bissexuais que se encontram menos variações nos níveis de sofrimento psíquico entre os grupos etários. O <i>distress</i> psicológico diminui com a idade entre as mulheres <i>trans</i> , mas para os homens <i>trans</i> os valores mantiveram-se, de forma consistente, elevados em todas as faixas etárias. A resiliência aumentou com a idade em todos os grupos de identidade sexual e grupos de identidade de género. Porém, de acordo com a idade, houve uma variação menor da resiliência entre as mulheres bissexuais, cuja capacidade de resiliência permanece relativamente baixa em todos os grupos etários nas mulheres bissexuais.

No final da adolescência e início da idade adulta (16-24 anos) as taxas de diagnóstico ou tratamento para perturbação mental foram consideravelmente maiores nas mulheres lésbicas (47.1%) do que nos homens *gays* (29.5%). Porém, no final da vida adulta (60-89 anos) verificou-se o contrário, em que os homens *gays* apresentavam taxas mais elevadas de diagnóstico ou tratamento para perturbação mental do que as mulheres lésbicas (22.5% e 14.9%, respetivamente).

Uma grande percentagem de participantes do estudo evidenciou ter sido alvo, nos últimos 12 meses, de assédio ou abuso com base na sua identidade de género ou identidade sexual. As mulheres e homens *trans* reportaram valores mais elevados de abuso (55.3% e 49.2%, respetivamente) e as mulheres bissexuais apresentaram os valores mais baixos (30.9%). Contudo, verificou-se uma pequena variação dos níveis de assédio heterossexista e abuso por identidade sexual, em que os homens *gays* apresentam valores ligeiramente mais altos (35.1%) do que os restantes grupos. A experiência de assédio ou abuso heterossexista revelou-se um indicador de uma saúde mental mais pobre. Os participantes que afirmaram ter experienciado um ou mais incidentes de assédio ou abuso heterossexista, nos últimos 12 meses, tinham valores mais altos de sofrimento psicológico do que aqueles que não experienciaram tais situações no mesmo período de tempo.

As taxas do uso de drogas eram consideravelmente mais elevadas entre as pessoas LGBT do que a população geral, excetuando a heroína. O uso das drogas ilícitas revelou-se um indicador de pior saúde mental. Os homens *trans* evidenciaram maiores taxas de consumo de cannabis (38.3%), seguidos pelas mulheres bissexuais (30.6%). Dos que indicaram ter consumido cannabis apresentavam mais sofrimento psicológico do que os “não-usuários” de cannabis, tanto por identidade de género como por identidade sexual, exceto os homens bissexuais. Os homossexuais (*gays* e lésbicas) apresentavam valores similares de uso de cannabis (23.8% e 21.2%, respetivamente).

As mulheres *trans* demonstram utilizar mais os serviços de saúde mental do que os homens *trans* (67.2% e 59.6%, respetivamente). A taxa de utilização dos serviços de saúde mental variou significativamente de acordo com a identidade sexual, em que as mulheres bissexuais (52.5%) revelam utilizar mais estes serviços e os homens *gays* utilizam menos (29.4%). Os níveis de *distress* psicológico são maiores nos participantes que usaram recentemente os serviços de saúde mental comparativamente aos respondentes que indicaram não ter utilizado estes serviços.

Autor, ano Shilo & Savaya, 2012

N 461 participantes que vivem em Israel: adolescentes e jovens adultos LGB, com idades compreendidas entre os 16 e 23 anos de idade. 233 homens e 228 mulheres. 73,5% *gays* ou lésbicas e 26,5% bissexuais.

Resultados Ser religioso, jovem e bissexual pode aumentar os níveis de *stress* e, conseqüentemente levar a uma pior saúde mental. As pessoas bissexuais mostram níveis mais baixos de bem-estar do que os homossexuais. Maior vulnerabilidade dos adolescentes LGB e das pessoas bissexuais.

Autor, ano Shilo & Mor, 2014

N 952 participantes de Israel (508 homens e 444 mulheres; lésbicas, *gays*, bissexuais, *queer* e heterossexuais), com uma média de idade de 22 anos (adolescentes \leq 18 anos de idade; jovens adultos \geq 19 anos de idade). 72% participantes autoidentificaram-se como LGB e 28% como heterossexual.

Resultados Os participantes LGB exibem maior *distress* mental, níveis mais baixos de bem-estar e estão mais envolvidos em comportamentos sexuais de risco, comparativamente aos participantes heterossexuais. Altos níveis de suporte familiar e dos amigos foram associados a níveis mais baixos de sofrimento psicológico e a níveis mais elevados de bem-estar. Os indivíduos LGB revelaram-se 1,5 vezes mais propensos a envolverem-se em comportamentos de risco físico e 1,2 vezes mais tendentes a cometer comportamentos sexuais de risco do que as pessoas heterossexuais.

Especificamente na população LGB:

- as mulheres e os adolescentes revelam mais *distress* mental do que os homens e os jovens adultos;
 - 60% dos participantes LGB envolveram-se em comportamentos de risco físico durante os 6 meses antes de responderem ao questionário: destes sujeitos 67% eram jovens adultos que tinham sido sujeitos à exposição de *stressores* distais ou proximais (assédio antigay) e tinham valores elevados de *distress* mental e níveis baixos de bem-estar;
 - 35,6% dos sujeitos mantinham comportamentos sexuais de risco durante os 6 meses antes de responderem ao questionário: destas pessoas 46% eram jovens adultos e 41% eram homens, com níveis altos de homofobia internalizada, que experienciaram a exposição a *stressores* distais ou proximais (assédio antigay), exibiam valores baixos de bem-estar e altos ao nível do *distress* mental;
 - ser mulher jovem adulta teve uma associação positiva significativa com *distress* mental;
 - *stressores* minoritários (valores elevados de homofobia internalizada e assédio antigay distal e proximal) e estratégias de *coping* (baixo suporte familiar e dos amigos) foram associados positiva e significativamente com *distress* mental;
 - baixos níveis de homofobia internalizada e de estratégias de *coping* (baixo suporte familiar e dos amigos) parecem prever os níveis mais baixos do bem-estar nos jovens LGB;
 - de todos os preditores com efeitos na saúde mental o suporte dos amigos detém o efeito mais forte tanto no *distress* mental como no bem-estar;
 - jovens adultos e os participantes que já foram expostos ao assédio *antigay* eram mais propensos ao envolvimento em comportamentos de risco físico;
 - ser jovem adulto homem, sentir-se confortável com a partilha da sua orientação sexual, experienciar assédio *antigay* proximal, receber maior apoio dos amigos e ter uma boa ligação com a comunidade LGB parecem constituir bons preditores dos comportamentos sexuais de risco;
 - índices elevados de *distress* mental parecem prever comportamentos de risco físico,
-

enquanto valores baixos de bem-estar parecem prever os comportamentos sexuais de risco.

Pereira & Costa, 2016

610 participantes LGB, em que a grande maioria tem secundário ou ensino universitário completo (79% e 70%, respetivamente). A maioria dos participantes não tem uma relação significativa (54,1%), e a maioria deles vivem com os seus pais ou outros parentes (39%). 8,7% dos participantes reportam ter HIV positivo.

Autor, ano

N Não se encontraram diferenças estatísticas significativas dos níveis de saúde física entre gays, lésbicas e bissexuais. Contudo, quanto à saúde mental encontraram-se diferenças, em que as pessoas bissexuais se revelaram mais propensas a indicar níveis mais elevados de *distress* psicológico do que os participantes homossexuais. Em geral, cerca de 1/5 dos participantes sentia, com frequência, a necessidade de esconder a sua orientação sexual de modo a evitar experiências de discriminação, particularmente no trabalho

Resultados

(24%) e com de membros da família (26%). Mais de 50% dos participantes escondem sua orientação sexual em locais públicos. Quando questionados sobre experiências reais de discriminação, perto de 20% relataram terem sofrido abuso verbal, seguido de perto de 10%, que sofria de ameaças escritas, assédio e ameaças físicas. Embora as situações de roubo tenham sido o menos comum, 7% indicaram terem sido roubados monetariamente. 2,5% (n = 15) foram abusadas sexualmente com base na sua orientação sexual. O medo de experiências de discriminação foram significativamente correlacionadas com a saúde mental geral (*distress* psicológico).

Capítulo 4. Realidades e Mentalidades em Transformação

Com o decorrer dos anos, a temática da orientação sexual tem tomado proporções marcantes como objeto de estudo psicológico da sexualidade humana, sendo que até 1970 a investigação produzida debruçava-se, presunçosamente, apenas sobre a componente patológica da homossexualidade. Porém acredita-se que se tem conquistado algumas mudanças positivas, apesar de algumas dessas metas alcançadas ainda provocarem efeitos limitados e/ou contraditórios. Ou seja, apesar de hoje se reconhecer a homossexualidade como uma variante natural da sexualidade, continua a persistir o preconceito e a desinformação. Mais ainda, apesar das atitudes sociais terem vindo a alterar-se positivamente, devido ao aumento do poder político e da amplitude da visibilidade das pessoas homossexuais (*gays* e *lésbicas*), mantém-se o estigma e a discriminação e algumas oposições marcadas e profundas (Nogueira & Oliveira, 2010).

Em termos históricos, um primeiro passo dado refere-se à descriminalização da homossexualidade, no campo jurídico, por volta dos anos sessenta a oitenta, enquanto uma segunda etapa passou pela “despatologização” da homossexualidade, que em tempos foi encarada enquanto patologia, chegando mesmo a ser considerada como uma doença psiquiátrica pela Associação Psiquiátrica Americana, cujo tratamento passava pela psicoterapia mas também pelas práticas electroconvulsivas. Só em 1973, foi excluída do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), enquanto a Associação de Psicologia Americana e a Organização Mundial de Saúde deixaram esta abordagem médico-patológica da homossexualidade em 1975 e 1993, respetivamente (Almeida, 2010; Marques et al., 2013; Matias, 2007; Sampaio & Germano, 2014). Anote-se, porém, que atualmente ainda existem países onde a relação sexual consentida entre pessoas do mesmo sexo é classificada como um delito sendo, em alguns deles, punível com pena de morte, como indica Masiero (2013).

Graças às evidências das investigações bem como aos movimentos das pessoas LGB e dos profissionais de saúde, especificamente no ramo da psiquiatria e da psicologia, a orientação sexual passou a ser considerada no âmbito da sexualidade humana e não no campo médico/patológico (Borralha & Pascoal, 2015; Marques et al., 2013; Oliveira, 2010). Aqui a psicologia teve um papel fulcral, por exemplo, ao demonstrar que, em termos de personalidade, não existem diferenças entre pessoas *lésbicas* e heterossexuais, vindo a contribuir, também, para uma mudança de visão sobre a sexualidade, passando de uma abordagem meramente patológica para um foco sobre os efeitos psicológicos da

discriminação, ou seja, verificou-se, ao longo do tempo, que o posicionamento da psicologia face aos temas da sexualidade se foi alterando (Oliveira, 2010). Ainda neste contexto de mudança, os movimentos *gay* procuravam desmistificar a percepção da “anormalidade sexual” que era mantida até então relativamente ao ser-se homossexual, com o intuito de atribuir à homossexualidade uma variação natural da sexualidade humana (Sampaio & Germano, 2014).

Apesar destes esforços, torna-se a recair neste âmbito ao dar-se o surto do *HIV*, na década de 80, onde houve evidência de que dois em cada cinco infetados mantinham relações sexuais continuadas com outros homens, conduzindo a uma nova “patologização” da homossexualidade, uma vez que se fazia sentir uma nova associação entre a doença e a homossexualidade, tentando designar-se o *HIV* como a “doença *gay*”. Porém, todo o trabalho desenvolvido posteriormente no combate à epidemia potenciou o crescimento e fortalecimento dos movimentos LGBT, e também serviu para alertar os políticos para a questão da saúde, educação, cultura, trabalho e direitos humanos da população LGBT (APA, 2008; Sampaio & Germano, 2014). Mencione-se assim que, mais recentemente, na tentativa de minimizar/eliminar o estigma e a discriminação, foram sendo criadas leis protetoras, concretamente no que respeita à discriminação baseada na orientação sexual (Borralha & Pascoal, 2015). Assim, expõe-se o contínuo desenvolvimento de ações governamentais e da sociedade no combate à discriminação para com a população LGBT e pela luta dos seus direitos (Sampaio & Germano, 2014).

Particularmente, em Portugal a questão da homossexualidade foi adiada em comparação aos passos que se davam no resto do mundo, graças à ditadura política portuguesa que promoveu o afastamento do país relativamente às transformações sociais e políticas que já se faziam sentir noutros países. Assim este assunto só surgiu, em Portugal, em termos políticos, legislativos e de movimentação social por volta da década de 90 do século XX, como efeito secundário da adesão do país à União Europeia e da luta contra a pandemia da sida, em que a resposta dada parte da organização do combate à sida e não pela comunidade LGBT, contrariamente ao que se assistia lá fora (Almeida, 2010). No entanto, têm-se vencido algumas questões, com avanços e recursos e por vezes de forma contraditória, como é mencionado por Nogueira e Oliveira (2010) e por Rodrigues (2011), especificamente acerca da introdução da orientação sexual no Artigo 13º da Constituição da República Portuguesa - Princípio da Igualdade que refere: “Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei. Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual”, bem como a aprovação da lei do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo, aprovada a 31 de Maio de 2010 (Lei n.º 9/2010) (Nogueira & Oliveira, 2010; Rodrigues, 2011; Rodrigues, Oliveira & Nogueira, 2015).

No fundo, acredita-se que estes pequenos momentos históricos e culturais de viragem, que se vêm fazendo sentir ao longo dos anos em Portugal, advêm em grande parte dos movimentos sociais e sua mediatização pela reivindicação do reconhecimento identitário, a denúncia de situações homofóbicas e a igualdade de direitos, nomeadamente ao nível conjugal e da família, no sentido de alertar e sensibilizar as autoridades políticas para a necessidade de incluir estes assuntos na agenda política (Almeida, 2010).

Capítulo 5. Implicações Comunitárias

De acordo com Foucault (1994, citado por Santos, 2002) o que potenciou a chamada de atenção pública e privada para o tema da sexualidade foi a grande repressão sexual que se fazia (e talvez ainda se faça), pelo que leva Santos (2002) a acreditar que o impulsionamento desta temática foi o que fez despoletar uma ação a médica no sentido da patologização das questões relacionadas com a homossexualidade, como a masturbação. Porém, para Nogueira e Oliveira (2010) esta questão foi ultrapassada devido aos esforços desenvolvidos pelos movimentos sociais *gays* e *lésbicos* e pelo movimento feminista em paralelo com a mudança da visão dos profissionais da saúde mental. Nogueira e Oliveira (2010) declaram, ainda, que a crescente atenção dada à orientação sexual pelas vertentes sociais, políticas e científicas tem duplo efeito: a diminuição do preconceito e o aumento da discriminação mais aberta. Porém, para Almeida (2010) a mediatização das questões LGBT tem potenciado uma viragem histórica em termos políticos, no sentido da promoção de uma sensibilidade para a importância e necessidade de se acabar com a homofobia, por exemplo no que respeita à discriminação na procriação medicamente assistida e à criação de uma lei de identidade de género. Contudo, apesar das pequenas conquistas, alerta-se para a importância de um trabalho continuado no que respeita às questões da exclusão, estigmatização, discriminação e preconceito que ainda se fazem sentir nesta minoria sexual (Nogueira & Oliveira, 2010; Rodrigues, 2011). Ainda nesta linha de pensamento, alerta-se para a necessidade em dar resposta ou esclarecimento a determinadas situações, como o facto de, em Portugal, ainda não existir lei de identidade de género; não são reconhecidos o casamento entre um cidadão português casado com um cidadão da UE e o casamento entre dois cidadãos de Estados da UE; os casais LGBT estão mais limitados no acesso à habitação, segurança social e seguros; o acesso ao trabalho revela-se mais difícil para transexuais de masculino para feminino; as mulheres solteiras e *lésbicas* não têm acesso à procriação medicamente assistida, entre outros aspetos (Almeida, 2010). Contrariamente, Sampaio e Germano (2014) estão convictos de que o trabalho continuamente produzido no campo político com o objetivo de se garantir os direitos da população LGB poderá conduzir a uma naturalização da identidade *gay* baseada no determinismo biológico, uma vez que o conceito de identidade se encontra tradicional e culturalmente associado às características particulares relativamente permanentes, definidas, por exemplo, pelos genes.

Por outro lado, Nogueira e Oliveira (2010) levam-nos, ainda, a refletir sobre a coesão e união das pessoas LGB enquanto grupo/comunidade. Um exemplo que pode justificar esta dúvida remete para o preconceito, limitação de recursos e aceitação exígua da “comunidade” LGB perante pessoas *lésbicas*, *gays* e *bissexuais* que pertencem simultaneamente a outras minorias raciais ou étnicas.