

# **Identidade, Autoestima, Saúde Mental e Vinculação em Pessoas LGBT**

**Mariana Dias Figueira**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2<sup>o</sup> ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Henrique Marques Pereira

**junho de 2020**



# Agradecimentos

Ao Professor Doutor **Henrique Pereira**, que me fez sentir muito bem orientada neste projeto. Foi, sem dúvida, um prazer enorme poder trabalhar com um profissional tão competente como o professor; mas foi uma alegria ainda maior poder trilhar este caminho, lado a lado, com com uma pessoa tão disponível, compreensiva e incentivadora. Obrigada pelo apoio e entusiasmo constante... saio deste projeto com a sensação de dever cumprido e com a certeza de que formamos uma excelente dupla!

À **Maria Maciel**, que tanto debateu os temas sobre a população LGBT comigo e que tanto me ajudou, ao longo destas páginas, sobretudo, a descomplicar... como sempre!

À minha **família**, que tanto me incentivou e apoiou nesta jornada tão bonita.

Às **minhas amigas** e aos **meus amigos**, que estiveram sempre do meu lado durante este percurso e que acreditaram mais em mim, que eu própria.



## **Resumo**

A presente dissertação foi concretizada no âmbito do 2º ano do 2º ciclo de estudos de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior, em formato de artigo científico, sendo-lhe anexado um anexo teórico, de modo a conceptualizar e a aprofundar teoricamente os construtos inerentes ao tema de investigação. Assim, este projeto tem como principal objetivo a avaliação dos níveis de aceitação positiva LGB, de autoestima, de depressão, de somatização e de ansiedade e dos estilos de vinculação, presentes numa amostra constituída por pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transgéneros (LGBT). Mais especificamente, pretende-se avaliar os níveis globais de cada uma das variáveis em estudo; comparar cada uma das variáveis em função do género e da orientação sexual; avaliar o grau de associação entre a identidade LGB positiva, a autoestima, a somatização, a depressão, a ansiedade e os estilos de vinculação; e determinar o efeito preditivo das variáveis identidade, autoestima e estilos de vinculação nos níveis de depressão e de ansiedade nesta população. Trata-se de um estudo descritivo, correlacional e transversal, constituído por uma amostra LGBT de 165 participantes, com idades compreendidas entre os 16 e os 77 anos, onde 151 são homens, 7 são mulheres, 3 são mulheres transexuais, 2 são homens sexuais e 2 tem uma identidade de género não especificada. A maioria dos participantes encontra-se empregada, concluiu uma licenciatura ou um bacharelato, é solteira e assume-se como homossexual. Verificou-se que a amostra evidencia níveis de depressão, ansiedade e somatização elevados, sendo os homens transexuais os mais afetados, seguidos dos homossexuais, ainda que estes últimos apresentem os maiores níveis de aceitação da identidade positiva LGB e autoestima. As pessoas bissexuais apresentam, maioritariamente, um estilo de vinculação seguro; as pessoas homossexuais e as mulheres trans evidenciam, principalmente, os estilos de vinculação preocupado e evitante-amedrontado; e o estilo de vinculação evitante-amedrontado é verificado, sobretudo, nos homens e nas pessoas bissexuais. Na discussão geral, são discutidas algumas implicações acerca da presente investigação, bem como são providenciadas algumas sugestões para investigações futuras.

## **Palavras-chave**

LGBT; Identidade; Autoestima; Depressão; Ansiedade; Somatização; Vinculação



# **Abstract**

This dissertation was carried out in the scope of the 2nd year of the 2nd cycle of studies in Clinical and Health Psychology at the University of Beira Interior, in the form of a scientific article, with a theoretical annex attached to it, in order to conceptualize and theoretically deepen the constructs inherent to the research theme. Thus, this project's main objective is to assess levels of positive LGB acceptance, self-esteem, depression, somatization and anxiety and attachment styles, present in a sample of lesbian, gay, bisexual and transgender people (LGBT). More specifically, it is intended to assess the global levels of each of the variables under study; to compare each variable according to gender and sexual orientation; assess the degree of association between positive LGB identity, self-esteem, somatization, depression, anxiety and attachment styles; and to determine the predictive effect of the variables identity, self-esteem and attachment styles on the levels of depression and anxiety in this population. This is a descriptive, correlational and cross-sectional study, consisting of an LGBT sample of 165 participants, aged between 16 and 77 years, where 151 are men, 7 are women, 3 are transsexual women, 2 are sexual men and 2 has an unspecified gender identity. Most of the participants are employed, have completed a degree or a bachelor's degree, are single and assume to be homosexual. It was found that the sample shows high levels of depression, anxiety and somatization, with transsexual men being the most affected, followed by homosexuals, even though the latter show the highest levels of acceptance of positive LGB identity and self-esteem. Bisexual people mostly have a secure bonding style; homosexual people and trans women show, mainly, the styles of attachment concerned and avoiding-frightened; and the fear-avoidant bonding style is seen, above all, in men and bisexual people. In the general discussion, some implications about the present investigation are discussed, as well as some suggestions for future investigations are provided.

## **Keywords**

LGBT; Identity; Self-esteem; Depression; Anxiety; Somatization; Attachment



# Índice

Introdução .....	1
Capítulo 1: Identidade, Autoestima, Saúde Mental e Vinculação em Pessoas LGBT.....	3
Resumo .....	3
Abstract .....	6
Introdução.....	8
Método .....	11
1) Participantes.....	11
2) Instrumentos.....	12
3) Procedimento .....	14
Resultados.....	14
Discussão.....	20
Referências Bibliográficas.....	24
Capítulo 2: Discussão Geral.....	33
Anexo Teórico .....	35
1) Diversidade Sexual e Identidade LGBT .....	35
2) O Processo de <i>Coming Out</i> .....	37
3) Implicações da Homonegatividade .....	42
4) Teoria do Stresse Minoritário ( <i>Minority Stress Model</i> ).....	46
5) Saúde Mental na População LGBT .....	49
6) Autoconceito e Autoestima Sexual .....	51
7) Estilos de Vinculação .....	53
Referências Bibliográficas.....	57



# Lista de Figuras

Figura 1 – Tipologia dos estilos de vinculação de Bartholomew e Horowitz (1991)



# Lista de Tabelas

Tabela 1. Resultados da caracterização sociodemográfica da amostra

Tabela 2. Resultados dos níveis globais da amostra

Tabela 3. Resultados da comparação para cada uma das variáveis em função do gênero

Tabela 4. Resultados da comparação para cada uma das variáveis em função da orientação sexual

Tabela 5. Resultados para a correlação entre as variáveis

Tabela 6. Resultados para o modelos de Regressão Linear



# **Lista de Acrónimos**

LGB – Lésbicas, Gays e Bissexuais

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgénero



# Introdução

A dissertação de mestrado aqui apresentada, foi concretizada no âmbito do 2º ciclo de estudos de Psicologia Clínica e da Saúde, pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre na respetiva área, e teve como principal objetivo a avaliação dos níveis de aceitação positiva Lésbica, Gay e Bissexual (LGB), de autoestima, de depressão, de somatização e de ansiedade e dos estilos de vinculação, presentes numa amostra constituída por pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transgéneros (LGBT).

Neste âmbito, de acordo com o plano de estudos deste mestrado, é esperado que no final deste trabalho, o estudante seja capaz de cumprir alguns objetivos, nomeadamente: (1) definir um problema de investigação; (2) determinar um contexto teórico pra enquadrar um problema de investigação e fundamentar o trabalho empírico; (3) analisar criticamente, integrar e aplicar informação científica; (4) ajustar designs e opções metodológicas quantitativas e/ou qualitativas a um problema de investigação; (5) realizar a análise de dados; (6) utilizar, de forma avançada, recursos técnicos, instrumentais e laboratoriais; (7) manifestar competências de interpretação, discussão e comunicação de resultados; (8) redigir uma dissertação, segundo normas e prazos estipulados na UBI; (9) comprometer-se com as obrigações deontológicas e éticas na investigação; (10) comunicar, de forma oral e escrita, processos e resultados da investigação; e (11) evidenciar capacidades reflexivas, de autocritica e de tomada de decisão. Estes objetivos vão ao encontro dos estipulados pela EFPA (*European Federation of Psychologists Associations*) através do EuroPsy (2015) (*European Certificate in Psychology*), ou Certificado Europeu de Psicologia, em português, que se constitui como uma importante referência na avaliação da formação do ensino superior, na área da Psicologia.

Assim, esta dissertação, pretendendo dar respostas aos objetivos supramencionados, é composta, essencialmente, por duas secções distintas: (1) um artigo científico – que procurou dar respostas ao tema de investigação – constituído pela introdução ao tema, pela componente metodológica (descrição da amostra; instrumentos utilizados; e procedimentos realizados), pela apresentação de resultados e respetiva discussão dos mesmos, onde são também evidenciadas, por fim, algumas limitações do estudo e sugestões para investigações futuras; e (2) um anexo teórico, que visa clarificar, mais pormenorizadamente, os construtos abordados acerca do tema em estudo, apresentando uma revisão bibliográfica da literatura com o propósito de obter o enquadramento teórico necessário à investigação. Deste modo, o anexo teórico é constituído por 7 tópicos, nomeadamente: (1) diversidade sexual e identidade LGBT –

que esclarece, numa primeira fase, os conceitos de sexo biológico, identidade de género, expressão de género, orientação sexual, clarificando a sigla LGBT, utilizada neste estudo e, numa segunda fase, menciona, ainda, os conceitos de identidade e comportamento sexual; (2) o processo de *coming out* – que define e clarifica o processo de revelação da identidade sexual, apresentando, no fim e de forma sucinta, três modelos de desenvolvimento da identidade homossexual; (3) implicações da homonegatividade – que aborda e define os construtos de preconceito sexual, discriminação, estigma e LGBTfobia (homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia); (4) Teoria do Stresse Minoritário (*Minority Stress Model*) de Meyer (2003) – que enquadra esta teoria, explicitando os principais stressores a que a população LGBT está exposta; (5) saúde mental na população LGBT – que se refere, fundamentalmente, à depressão e à ansiedade verificada nas pessoas LGBT; (6) autoconceito e autoestima sexual – que diferencia ambos os conceitos, definindo-os; e (7) estilos de vinculação – que aborda, essencialmente, os quatro tipos de vinculação existentes (seguro, preocupado, evitante-amedrontado e evitante-desligado), de acordo com a perspectiva de Bartholomew e Horowitz (1991).

# Capítulo 1: Identidade, Autoestima, Saúde Mental e Vinculação em Pessoas LGBT

Este capítulo é escrito com base nas seguintes atividades científicas:

- Publicações:

Figueira, M., & Pereira, H. (2020). Intervenção Psicológica Online com Pessoas LGBT: A Validação de um Programa de Intervenção. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21 (Sup), 193-194.

- Comunicações

Figueira, M., & Pereira, H. (30 de janeiro de 2020). Intervenção Psicológica Online com Pessoas LGBT: A Validação de um Programa de Intervenção. Comunicação apresentada no 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde), Covilhã.

## Resumo

Esta investigação avaliou os níveis de aceitação positiva LGB, de autoestima, de depressão, de somatização e de ansiedade e dos estilos de vinculação, presentes numa amostra constituída por pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transgéneros (LGBT), uma vez que, na literatura científica, a relação entre estas variáveis, nesta população parece pouco clarificada. Trata-se de um estudo descritivo, correlacional e transversal, no qual participaram 165 pessoas LGBT. Esta amostra é constituída por 151 homens, 7 mulheres, 3 mulheres transexuais, 2 homens transexuais e por 2 pessoas com uma identidade de género não especificada. A maioria dos participantes encontra-se empregada, concluiu uma licenciatura ou um bacharelato, é solteira e assume-se como homossexual. Os principais resultados apontam para a presença de níveis elevados de depressão, ansiedade e somatização na amostra, principalmente em homens transexuais. Os homossexuais são os que evidenciam resultados mais elevados nas variáveis depressão e ansiedade, mas também são quem revela os resultados mais elevados na autoestima e na aceitação da identidade positiva LGB. Os homens transexuais e as pessoas bissexuais apresentam os maiores níveis de somatização. O

estilo de vinculação seguro é mais evidenciado por pessoas bissexuais e por outras identidades de género não especificadas; os estilos de vinculação preocupado e evitante-amedrontado são mais evidenciados por pessoas homossexuais e por mulheres transexuais; o estilo de vinculação evitante-desligado é mais evidenciado por pessoas bissexuais e por homens. Concluiu-se que as variáveis identidade, autoestima e estilos de vinculação explicam 61.8% dos níveis de depressão e 51.5% dos níveis de ansiedade.

## **Palavras-chave**

LGBT; Identidade; Autoestima; Depressão; Ansiedade; Somatização; Vinculação



# **Identity, Self-Esteem, Mental Health and Attachment in LGBT People**

## **Abstract**

This investigation evaluated the levels of positive LGB acceptance, self-esteem, depression, somatization and anxiety and attachment styles, present in a sample of lesbian, gay, bisexual and transgender people (LGBT), since, in the literature, the relationship between these variables, in this population, seems little clarified. This is a descriptive, correlational and cross-sectional study, in which 165 LGBT people participated. This sample consists of 151 men, 7 women, 3 transsexual women, 2 transsexual men and 2 people with an unspecified gender identity. Most of the participants are employed, have completed a degree or a bachelor's degree, are single and assume to be homosexual. The main results point to the presence of high levels of depression, anxiety and somatization in the sample, especially in transsexual men. Homosexuals are those who show the highest results in the variables of depression and anxiety, but they are also the ones who reveal the highest results in self-esteem and acceptance of positive LGB identity. Transsexual men and bisexual people have the highest levels of somatization. The secure bonding style is most evident by bisexual people and other unspecified gender identities; the worried and avoidant-fearful bonding styles are most evident by homosexual people and transsexual women; the avoidant-disconnected bonding style is most evident by bisexual people and men. It was concluded that the variables identity, self-esteem and attachment styles explain 61.8% of the levels of depression and 51.5% of the levels of anxiety.

## **Keywords**

LGBT; Identity; Self-esteem; Depression; Anxiety; Somatization; Attachment



# Introdução

Ainda que nas últimas décadas tenham existido alterações significativas, quer na conceitualização, quer no desenvolvimento de intervenções específicas nos serviços de saúde mental e de saúde física que se destinam à população LGBT em Portugal, existem diversas áreas que continuam a ser pouco investigadas, como é o caso da intervenção psicológica (Correia, Frazão, & Santos, 2018; Moleiro & Pinto, 2009).

Conforme Su e colaboradores (2016) e a Direção-Geral de Saúde (DGS) (2013), as investigações sobre a saúde mental das pessoas LGBT continuam a ser reduzidas, sobretudo no que respeita à população transgénero. Isto é justificável, de acordo com Almeida (2010), pelo caráter principiante dos estudos a respeito da população LGBT nas ciências médicas, psicológicas, sociais e humanas, em Portugal.

Deste modo, é necessária a compreensão de que sexualidade humana engloba vários fatores – biológicos, psicológicos e sociais – e que existem várias possibilidades de vivência e expressão da sexualidade humana e da identidade género. Assim, quando nos referimos à sexualidade humana, aludimos, principalmente ao sexo biológico, à identidade de género, à expressão de género e à orientação sexual (SJDC, 2018).

O sexo biológico corresponde às características biológicas – caracteres sexuais primários e secundários e cromossomas – que definem a pessoa, à nascença, como macho ou fêmea (Lobato et al., 2016), e é categorizado, comumente, como masculino, feminino ou intersexuado (APA, 2015). O género refere-se a uma característica socialmente adquirida, através de comportamentos atribuídos culturalmente ao sexo biológico (Wolff & Saldanha, 2015; APA, 2015), tratando-se de uma classificação de identidade a nível pessoal. Ainda que se relacione com o sexo biológico, o género não tem, necessariamente, que ser coerente com o sexo biológico que foi determinado à nascença – como se verifica no caso das pessoas transgénero (Wolff & Saldanha, 2015).

A identidade de género descreve o género – homem, mulher ou género alternativo – com o qual a pessoa se identifica, revelando o modo de viver a feminilidade e a masculinidade (Lobato et al., 2016; APA, 2015). Por outro lado, a expressão de género refere-se à maneira como cada indivíduo se expressa como mulher ou homem, i.e., são os comportamentos que cada indivíduo adota em relação ao seu género (Lobato et al., 2016), como, por exemplo, a aparência física e o vestuário – que não têm, necessariamente, que ser congruentes com a identidade de género (APA, 2015).

Já a orientação sexual alude à atração-afetivo sexual de uma pessoa, baseada no género, existindo, deste modo, pessoas heterossexuais, homossexuais, bissexuais e assexuais (Wolff & Saldanha, 2015).

Compreendidas as principais diferenças entre o sexo biológico, a identidade e expressão de género e a orientação sexual, torna-se evidente que a população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgéneros) possui várias características e especificidades que diferem da sociedade em geral, que se revela, maioritariamente, heterossexista, i.e., que considera que a menos que revele qualquer outra orientação sexual, uma pessoa é heterossexual (Hill, 2009).

Como se depreende, uma sociedade heterossexista considera que – a menos que uma pessoa revele uma orientação sexual diferente – se é sempre heterossexual (Hill, 2009). Neste sentido, as pessoas LGBT deparam-se com a necessidade de se reconhecerem como diferentes, atribuir um significado a essa diferença e integrá-la como uma parte fundamental de si próprio (Henrickson, 2008). Esta diferença causa nos indivíduos LGBT ansiedade, medo da rejeição, sentimentos de culpa e, conseqüentemente, conduz ao seu isolamento (Carneiro, 2009), pelo que a revelação da identidade sexual – também conhecida por *coming out* (Frazão e Rosário, 2008; McLean, 2007; Rosario, Schrimshaw & Hunter, 2006; Pereira & Leal, 2005) – é uma decisão difícil de ser tomada (Lasser, Ryser & Price, 2010). Quer sejam pessoas homossexuais, bissexuais ou transgéneros, neste processo de *coming out*, todos se deparam com um conjunto de problemas baseados nas suas circunstâncias pessoais, das quais fazem parte, por exemplo, a idade, a etnia, a classe social, entre outros, que determinam a unicidade deste processo (HRC, 2006). No entanto, a revelação da identidade sexual, apesar de difícil, pode ser bastante libertadora (NSVRC & PCAR, 2012), constituindo-se, fundamentalmente, como um ato de coragem (HRC, 2006), que revela a adoção de comportamentos positivos relativos à identidade sexual (Rosario, Schrimshaw & Hunter, 2006; Pereira & Leal, 2005).

Este processo de revelação da identidade sexual é bastante dificultado pelo preconceito, discriminação e estigma associados, culturalmente, à população LGBT. Estas atitudes negativas em relação às pessoas LGBT estão relacionadas às conceções que promovem a heterossexualidade como a única forma de identidade sexual – heteronormatividade (Dinis, 2011) –, concebendo a homossexualidade como um desvio, crime, perversão ou pecado (Junqueira, 2007). São estas atitudes que dão nome à homofobia/lesbofobia/bifobia e à transfobia, que representam o preconceito e a discriminação em função da orientação sexual ou da identidade de género (SJDC, 2018).

De acordo com Meyer (2013), estas atitudes associam-se à elevada prevalência de perturbações mentais nesta população, uma vez que se constituem como stressores para as vítimas (Meyer, 1995) gerando, conseqüentemente, um ambiente stressante a nível social para os grupos minoritários estigmatizados (Friedman, 1999), como é o

caso das minorias relacionadas com o género e com a sexualidade (Meyer, 1995), das quais fazem parte as pessoas LGBT. O preconceito, a discriminação e o estigma podem, também, ter um impacto negativo na autoestima das pessoas LGB, uma vez que, numa sociedade em que as atitudes relativas à homossexualidade são negativas, a criança homossexual, interioriza, desde cedo, essas atitudes a respeito da identidade sexual (Meyer, 1995).

Desta forma, e, de acordo com Pereira e Costa (2016), torna-se claro que o desenvolvimento de uma identidade LGBT na sociedade portuguesa ainda é marcado pela discriminação e estigmatização, que se constituem como fatores de risco para o surgimento de doença física e mental. São vários os estudos que corroboram esta afirmação, uma vez que, no âmbito da saúde mental, as investigações realizadas junto das pessoas LGBT evidenciam resultados preocupantes, pois esta população demonstra uma elevada probabilidade de ocorrência de problemas mentais, sobretudo depressão e ansiedade (Pereira & Rodrigues, 2015; Bostwick, Boyd, Hughes, West & McCabe, 2014; Lyons & Hosking, 2014; Shilo & Mor, 2014; Almeida, Johnson, Corliss, Molnar & Azrael, 2009). Contudo, estes resultados não parecem estar associados à homossexualidade em si (Fingerhut, Peplau & Gable, 2010). Ao invés disso, parecem ser consequência da pertença a um grupo social minoritário estigmatizado, que se depara com vários stressores, como, por exemplo, a discriminação (Fingerhut et al., 2010), que influencia negativamente a sua saúde mental, levando não só ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa, mas também ao aumento de medos, stresse psicológico, sentimentos de desesperança e culpa, ideação suicida e tentativas de suicídio (Pereira & Costa, 2016; Borralha & Pascoal, 2015; Almeida et al., 2009). Esta população demonstra, ainda no âmbito da saúde mental, associado à vitimização (Pilkington e D'Augelli, 1995), um risco elevado de desenvolvimento de reações somáticas, como, por exemplo, diarreia, inquietação, agitação, distúrbios do sono, pesadelos e dores de cabeça (Janoff-Bulman & Frieze, 1983).

Neste contexto, importa aludir aos estilos de vinculação, que foi uma das variáveis em estudo nesta investigação. Apesar de não terem sido encontradas investigações que relacionem a população LGBT e os estilos de vinculação, os estudos realizados por Cole-Detke and Kobak (1996) evidenciaram que as pessoas com um estilo de vinculação preocupado apresentam uma maior propensão para desenvolver sintomatologia depressiva. Também Hazan e Shaver (1987), nos seus estudos acerca da vinculação, demonstraram que as pessoas com estilos de vinculação inseguros apresentam mais queixas psicossomáticas e doenças físicas que as pessoas com estilos de vinculação seguros.

Uma vez que a relação entre as diversas variáveis em estudo parece muito pouco clarificada, entendeu-se pertinente realizar esta investigação com o principal objetivo de avaliar os níveis de aceitação positiva LGB, de autoestima, de depressão, de somatização e de ansiedade e dos estilos de vinculação, presentes numa amostra constituída por pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transgéneros (LGBT). Mais especificamente, os objetivos do presente estudo são: (1) avaliar os níveis globais de cada uma das variáveis em estudo; (2) comparar cada uma das variáveis em função do género e da orientação sexual; (3) avaliar o grau de associação entre a identidade LGB positiva, a autoestima, a somatização, a depressão, a ansiedade e os estilos de vinculação; e (4) determinar o efeito preditivo das variáveis identidade, autoestima e estilos de vinculação nos níveis de depressão e de ansiedade.

## Método

### 1) Participantes

A amostra deste estudo (Tabela 1), recolhida por conveniência, é constituída por 165 sujeitos (N=165), dos quais 91.5% são homens, 4.2% são mulheres, 1.8% são mulheres transsexuais, 1.2% são homens transsexuais e 1.2% assumem outra identidade de género (não especificada), com idades compreendidas entre os 16 e os 77 anos, sendo a média das idades de 38.2 anos (M= 38.19) com um desvio padrão de 11.59 (DP= 11.59).

Os participantes deste estudo encontram-se maioritariamente empregados (66.3%), existindo uma percentagem considerável de estudantes (16.6%) e de desempregados (13.5%), tendo a maioria completado uma licenciatura/bacharelato (33.9%), seguida de pessoas que completaram uma pós-graduação/mestrado (28.5%) ou o 12º ano (27.9%). 70.9% dos participantes têm um estatuto socioeconómico médio, sendo que 4.2% se encontra num estatuto socioeconómico muito baixo.

Relativamente ao estado marital, a maioria dos participantes são solteiros (65.2%) e a minoria encontra-se numa união de facto com uma pessoa de sexo diferente (0.6%). A grande maioria (81.7%) assume como orientação sexual a homossexualidade.

**Tabela 1** – Resultados da caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	N	%	M (min; max)	D.P
Idade	165		38.194 (16 – 77)	11.587
Identidade de Género				

Homem	151	91.5
Mulher	7	4.2
Mulher trans	3	1.8
Homem trans	2	1.2
Outro	2	1.2
Orientação Sexual		
Homossexual (gay/lésbica)	134	81.7
Bissexual	30	18.3
Situação Profissional		
Estudante	27	16.6
Empregado/a	108	66.3
Desempregado/a	22	13.5
Reformado/a	4	2.5
Baixa médica	2	1.2
Escolaridade		
Ensino primário (até à 4ª classe)	3	1.8
Ensino básico (até ao 9º ano)	6	3.6
Ensino secundário (até ao 12º ano)	46	27.9
Licenciatura/ Bacharelato	56	33.9
Pós-graduação/ Mestrado	47	28.5
Doutoramento/ Pós-doutoramento	7	4.2
Estatuto socioeconómico		
Muito baixo	7	4.2
Baixo	31	18.8
Médio	117	70.9
Alto	10	6.1
Estado marital		
Solteiro/a	107	65.2
Namorado/a	20	12.2
Vivo com o/a meu/minha parceiro/a	13	7.9
União de facto com pessoa do mesmo sexo	4	2.4
Casamento com pessoa do mesmo sexo	11	6.7
União de facto com pessoa de sexo diferente	1	.6
Casamento com pessoa de sexo diferente	2	1.2
Divorciado/a	6	3.7

---

## 2) Instrumentos

Utilizou-se nesta investigação um protocolo constituído por cinco instrumentos distintos, nomeadamente: (1) questionário sociodemográfico; (2) questionário sobre identidade LGB positiva; (3) questionário sobre a autoestima; (4) questionário de sintomas psicopatológicos; e (5) questionário de estilos de vinculação. Este protocolo

foi precedido pela apresentação dos objetivos da investigação e pela apresentação do consentimento informado.

O Questionário Sociodemográfico incluiu questões que permitiram a compreensão e a caracterização da amostra, particularmente: idade, identidade de género, orientação sexual, situação profissional, escolaridade, estatuto socioeconómico e estado marital.

A identidade LGB positiva foi avaliada através do *Lesbian, Gay and Bisexual Positive Identity Measure* (LGB-PIM) de Riggle, Mohr, Rostosky, Fingerhut e Balsam (2014), composto, originalmente, por 25 itens que formam 5 subescalas, nomeadamente: (1) autoconsciência, (2) autenticidade, (3) sentido de comunidade, (4) intimidade e (5) justiça social. Foi utilizada uma versão reduzida de 10 itens, traduzida para o português por uma equipa de investigação, tendo a mesma sido sujeita a uma validação da consistência interna, tendo sido obtido um  $\alpha$  de Cronbach de .94, o que indica que o instrumento tem excelente confiabilidade. Esta escala avalia, de modo geral, o nível de aceitação da identidade LGB positiva. Os itens são avaliados numa escala do tipo *Likert* de 7 pontos, em que 1 corresponde à opção “Discordo totalmente” e 7 à opção “Concordo totalmente”.

No que respeita à autoestima, esta foi avaliada através da Escala de Autoestima de Rosenberg (1979), composta por 10 itens, em que 5 são referentes a uma visão positiva de si próprio e os outros 5 itens referem-se a uma visão autodepreciativa de si próprio. Os itens são avaliados numa escala do tipo *Likert* de 4 pontos, em que 1 corresponde à opção “Discordo Totalmente” e 4 à opção “Concordo Totalmente”. Esta escala foi traduzida e validada para a população portuguesa por Santos e Maia, em 2003, tendo sido obtido um  $\alpha$  de Cronbach de .90, o que revela a excelente confiabilidade do instrumento.

Os sintomas psicopatológicos foram avaliados através da versão reduzida do *Brief Symptoms Inventory*, o BSI-18, de Derogatis (2001), que foi traduzido e validado para a população portuguesa por Canavarro, Nazaré e Pereira, em 2007. Esta escala é composta por 3 fatores – ansiedade, depressão e somatização. Cada fator é constituído por 6 itens, que avaliam o grau de sintomas psicopatológicos presentes no decorrer da última semana. A escala reúne um total de 18 itens, que devem ser somados de modo a obter-se o Índice de Gravidade Global ( $\alpha=.94$ ), que representa o nível geral de *distress* psicológico do indivíduo. Os itens são avaliados através de uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 corresponde à opção “Nunca” e 5 corresponde à opção “Sempre”. Os  $\alpha$  de *Cronbach* para cada um dos fatores são de .83 para a somatização, de .92 para a depressão e de .88 para a ansiedade – o que revela a boa confiabilidade do instrumento.

O *The Relationships Questionnaire* de Bartholomew e Horowitz (1991) avaliou os estilos de vinculação dos participantes. Foi utilizada a versão portuguesa do instrumento, validada por Leonardo & Pereira, em 2019. O questionário é composto por 4 itens, avaliados através de uma escala do tipo *Likert* de 7 pontos, em que 1 corresponde à opção “Não sou nada assim” e 7 à opção “Sou completamente assim”. Cada item é considerado uma medida isolada de um determinado estilo vincutivo, nomeadamente: estilo seguro, estilo preocupado, estilo evitante-amedrontado, estilo evitante-desligado – pelo que não se calcularam  $\alpha$  de *Cronbach*.

### **3) Procedimento**

O protocolo de investigação anteriormente descrito foi disponibilizado online através de um link criado no âmbito deste estudo, tendo sido disseminado na internet por meio de *mailing lists*, plataformas digitais e redes sociais dirigidas à população LGBT, objetivando a recolha do maior número de dados possível. A amostra foi recolhida por conveniência, entre outubro de 2019 e fevereiro de 2020. Os participantes foram convidados a preencher o protocolo, sendo previamente informados acerca de todos os princípios éticos de confidencialidade e anonimato, que foram cumpridos. Foram também explicados quais os objetivos da investigação, assim como o uso e finalidade dos dados obtidos, tendo sido esclarecido que a sua participação era inteiramente voluntária. As respostas obtidas foram submetidas numa base de dados de tratamento estatístico.

## **Resultados**

De modo a proceder à análise dos dados recolhidos, foi utilizado o IBM SPSS Statistics (Versão 25, 2017) que permitiu realizar a descrição e análise globais dos dados sociodemográficos e das variáveis em estudo, através de medidas descritivas básicas, como a frequência (N), a média (M) e o desvio padrão (D.P).

No que respeita aos níveis globais de cada uma das variáveis em estudo (Tabela 2), concluiu-se que o nível médio de aceitação da identidade positiva LGB é de 4.48 com um desvio padrão de 1.50, e que o nível médio de autoestima da amostra é de 2.95 com um desvio padrão de .68. Relativamente aos sintomas psicopatológicos, os níveis de depressão foram os mais evidenciados (M=1.42; DP=1.04), seguidos dos níveis de ansiedade (M=1.16; D.P=.86) e dos níveis de somatização (M=.66; DP=.71), que se

revelaram os mais baixos. No que concerne aos estilos de vinculação, os resultados sugerem que a amostra se identifica mais com o estilo de vinculação preocupado (M=4.69; D.P=1.80), seguido do estilo de vinculação evitante-amedrontado (M=4.30; D.P=1.87). Os estilos de vinculação menos evidenciados pela amostra foram o estilo de vinculação seguro (M= 3.79; D.P=1.74) e o estilo de vinculação evitante-desligado (M=3.47; D.P=1.86).

**Tabela 2** – Resultados dos níveis globais das variáveis

Variável	M (min; max)	D.P
Identidade	4.480 (1 – 7)	1.500
Autoestima	2.948 (1 – 4)	.675
Somatização	.656 (0 – 3)	.714
Depressão	1.424 (0 – 4)	1.038
Ansiedade	1.158 (0 – 3.67)	.860
E.V Seguro	3.788 (1 – 7)	1.743
E.V Preocupado	4.688 (1 – 7)	1.802
E.V Evitante-amedrontado	4.302 (1 – 7)	1.867
E.V Evitante-desligado	3.471 (1 – 7)	1.859

Recorrendo à análise de variância ANOVA para variáveis não dicotómicas (Tabela 3) foram comparadas as diferenças em cada uma das variáveis atendendo ao género. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) nas variáveis autoestima ( $f(4)=3.815$ ;  $p=.005$ ), somatização ( $f(4)=3.319$ ;  $p=.012$ ), depressão ( $f(4)=3.271$ ;  $p=.013$ ), ansiedade ( $f(4)=4.533$ ;  $p=.002$ ) e estilo de vinculação preocupado ( $f(4)=2.543$ ;  $p=.042$ ). Nas restantes variáveis (identidade, estilos de vinculação seguro, evitante-amedrontado e evitante-desligado) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ) em função do género.

Apurou-se que os homens transexuais, quando comparados às outras identidades de género, são os que pontuam mais em todas as variáveis referentes a sintomas psicopatológicos, nomeadamente a somatização (M=1.56; D.P=.86), a depressão (M=2.94; DP=1.02) e a ansiedade (M=2.50; DP=.93), sendo que os homens são os que apresentam os menores níveis nas variáveis somatização (M=.59; D.P=.68) e ansiedade (M=1.07; D.P=.83). Os homens são também aqueles que apresentam maiores níveis de autoestima (M=3.00; D.P=.65), contrariamente aos homens transexuais que apresentam os menores níveis de autoestima (M=1.77; D.P=.64). No entanto, no que concerne à aceitação da identidade positiva LGB, os homens transexuais são os que revelam os maiores níveis de aceitação (M=5.60; D.P=1.31), contrariamente aos homens que apresentam os níveis mais baixos de aceitação da identidade (M=4.40; D.P=1.54).

Relativamente aos estilos de vinculação, concluiu-se que: as mulheres transexuais são as que mais se identificam com os estilos de vinculação preocupado (M=6.40; D.P=.55) e evitante-amedrontado (M=6.00; D.P=1.23); os homens são os que mais se identificam com o estilo de vinculação evitante-desligado (M=3.53; D.P=1.84); são outras identidades de género não especificadas as que mais se identificam com o estilo de vinculação seguro (M=4.00; D.P=.00).

**Tabela 3** – Resultados da comparação para cada uma das variáveis em função do género

Variável	Média	D.P	F(d.f)	<i>p</i>
<b>Identidade</b>				
Mulher	5.432	.957		
Homem	4.396	1.538		
Mulher trans	4.480	.593	1.490(4)	.207
Homem trans	5.600	1.311		
Outro	4.850	.212		
<b>Autoestima</b>				
Mulher	2.856	.650		
Homem	3.001	.653		
Mulher trans	2.500	.696	3.815(4)	.005*
Homem trans	1.767	.643		
Outro	2.300	.707		
<b>Somatização</b>				
Mulher	.907	.746		
Homem	.594	.678		
Mulher trans	1.233	.778	3.319(4)	.012*
Homem trans	1.556	.855		
Outro	1.417	1.532		
<b>Depressão</b>				
Mulher	1.648	.995		
Homem	1.350	1.014		
Mulher trans	2.433	1.051	3.271(4)	.013*
Homem trans	2.944	1.018		
Outro	1.250	.118		
<b>Ansiedade</b>				
Mulher	1.500	.635		
Homem	1.073	.827		
Mulher trans	2.067	1.078	4.533(4)	.002*
Homem trans	2.500	.928		
Outro	1.750	.589		
<b>E.V Seguro</b>				
Mulher	3.333	1.732		
Homem	3.827	1.733	.240(4)	.915
Mulher trans	3.600	1.949		

Homem trans	3.333	3.215		
Outro	4.000	.000		
E.V Preocupado				
Mulher	3.333	1.658		
Homem	4.715	1.790		
Mulher trans	6.400	.548	2.543(4)	.042*
Homem trans	4.333	1.528		
Outro	5.000	2.828		
E.V Evitante-amedrontado				
Mulher	3.778	2.333		
Homem	4.293	1.830		
Mulher trans	6.000	1.225	1.736(4)	.144
Homem trans	4.667	2.517		
Outro	2.500	.707		
E.V Evitante-desligado				
Mulher	3.111	2.147		
Homem	3.530	1.840		
Mulher trans	3.400	2.608	.535(4)	.710
Homem trans	2.333	1.528		
Outro	2.500	.707		

\*<.05

Recorrendo ao teste t-Student para amostras independentes (Tabela 4), foram comparadas as diferenças em cada uma das variáveis atendendo à orientação sexual. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) apenas nas variáveis identidade ( $t(162)=2.341$ ;  $p=.020$ ) e estilo de vinculação preocupado ( $t(162)=2.117$ ;  $p=.036$ ). Nas restantes variáveis (autoestima, somatização, depressão, ansiedade, estilos de vinculação seguro, evitante-amedrontado e evitante-desligado) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ) em função da orientação sexual.

Apurou-se que as pessoas homossexuais, quando comparadas às bissexuais, são as que apresentam resultados mais elevados nas variáveis identidade ( $M=4.59$ ;  $D.P=1.45$ ), autoestima ( $M=2.98$ ;  $D.P=.68$ ), depressão ( $M=1.42$ ;  $D.P=1.04$ ), ansiedade ( $M=1.15$ ;  $D.P=.85$ ), estilo de vinculação preocupado ( $M=4.84$ ;  $D.P=1.73$ ) e estilo de vinculação evitante-amedrontado ( $M=4.29$ ;  $D.P=1.89$ ).

Por sua vez, as pessoas bissexuais são as que evidenciam os resultados mais elevados nas variáveis somatização ( $M=.71$ ;  $D.P=.72$ ), estilo de vinculação seguro ( $M=4.00$ ;  $D.P=1.78$ ) e estilo de vinculação evitante-desligado ( $M=3.83$ ;  $D.P=1.91$ ).

**Tabela 4** – Resultados da comparação para cada uma das variáveis em função da orientação sexual

Variável	Média	D.P	T(d.f)	P
<b>Identidade</b>				
Homossexual (gay/lésbica)	4.592	1.445	2.341(162)	.020*
Bissexual	3.883	1.720		
<b>Autoestima</b>				
Homossexual (gay/lésbica)	2.982	.677	.721(162)	.472
Bissexual	2.885	.649		
<b>Somatização</b>				
Homossexual (gay/lésbica)	.622	.695	-.653(162)	.515
Bissexual	.714	.721		
<b>Depressão</b>				
Homossexual (gay/lésbica)	1.419	1.044	.952(162)	.343
Bissexual	1.223	.876		
<b>Ansiedade</b>				
Homossexual (gay/lésbica)	1.1475	.849	.615(162)	.539
Bissexual	1.043	.789		
<b>E.V. Seguro</b>				
Homossexual (gay/lésbica)	3.820	1.731	-.513(161)	.609
Bissexual	4.000	1.781		
<b>E.V. Preocupado</b>				
Homossexual (gay/lésbica)	4.836	1.726	2.117(162)	.036*
Bissexual	4.067	2.100		
<b>E.V. Evitante-amedrontado</b>				
Homossexual (gay/lésbica)	4.293	1.894	.597(161)	.551
Bissexual	4.067	1.799		
<b>E.V. Evitante-desligado</b>				
Homossexual (gay/lésbica)	3.366	1.846	-1.246(162)	.215
Bissexual	3.833	1.913		

\* &lt; .05

De modo a averiguar a correlação entre as variáveis, foi calculado o coeficiente de correlação de *Pearson* (Tabela 5). Os resultados indicam que a Identidade está correlacionada positivamente de forma fraca com a Autoestima ( $r=.251$ ;  $p<.001$ ). No entanto, correlaciona-se negativamente de forma residual com a Ansiedade ( $r=-.184$ ;  $p<.05$ ) e com os estilos de vinculação Preocupado ( $r=-.175$ ;  $p<.05$ ) e Evitante-amedrontado ( $r=-.220$ ;  $p<.001$ ).

A Autoestima correlaciona-se positivamente de forma fraca apenas com o estilo de vinculação Seguro ( $r=.252$ ;  $p<.001$ ). Porém, está negativamente correlacionada de forma moderada com a Depressão ( $r=-.746$ ;  $p<.001$ ) e com a Ansiedade ( $r=-.699$ ;  $p<.001$ ) e de forma fraca com a Somatização ( $r=-.474$ ;  $p<.001$ ), com o estilo de

vinculação Preocupado ( $r=-.300$ ;  $p<.001$ ) e com o estilo de vinculação Evitante-amedrontado ( $r=-.392$ ;  $p<.001$ ).

A Somatização está positivamente correlacionada de forma moderada com a Depressão ( $r=.586$ ;  $p<.001$ ) e com a Ansiedade ( $r=.698$ ;  $p<.001$ ), estando também correlacionada positivamente, mas com fraca intensidade, com o estilo de vinculação Evitante-amedrontado ( $r=.155$ ;  $p<.05$ ).

No que concerne à Depressão esta correlaciona-se positivamente com forte intensidade com a Ansiedade ( $r=.796$ ;  $p<.001$ ), e positivamente com fraca intensidade com os estilos de vinculação Preocupado ( $r=.353$ ;  $p<.001$ ) e Evitante-amedrontado ( $r=.429$ ;  $p<.001$ ). A Depressão está negativamente correlacionada de forma fraca com o estilo de vinculação Seguro ( $r=-.328$ ;  $p<.001$ ) e de forma residual com o estilo de vinculação Evitante-desligado ( $r=-.220$ ;  $p<.001$ ).

A Ansiedade correlaciona-se de forma positiva fraca com os estilos de vinculação Preocupado ( $r=.334$ ;  $p<.001$ ) e Evitante-amedrontado ( $r=.360$ ;  $p<.001$ ), estando correlacionada negativamente de forma fraca apenas com o estilo de vinculação Seguro ( $r=-.305$ ;  $p<.001$ ).

O estilo de vinculação Preocupado apenas se correlaciona de forma positiva e fraca com o estilo de vinculação Evitante-amedrontado ( $r=.375$ ;  $p<.001$ ), e de forma negativa e fraca com o estilo de vinculação Seguro ( $r=-.365$ ;  $p<.001$ ). Por sua vez, o estilo de vinculação Evitante-amedrontado correlaciona-se negativamente de forma residual apenas com o estilo de vinculação Evitante-desligado ( $r=-.213$ ;  $p<.001$ ).

**Tabela 5** – Resultados para a correlação entre as variáveis

	Identidade	Autoestima	Somatização	Depressão	Ansiedade	A	B	C	D
Identidade	1	.251**	-.077	-.144	-.184*	.084	-.175*	-.220**	.040
Autoestima		1	-.474**	-.746**	-.699**	.252**	-.300**	-.392**	.127
Somatização			1	.586**	.698**	-.093	.158*	.155*	-.068
Depressão				1	.796**	-.328**	.353**	.429**	-.220**
Ansiedade					1	-.305**	.334**	.360**	-.118
E.V Seguro						1	-.365**	-.139	.133
E.V Preocupado							1	.375**	-.085
E.V Evitante-amedrontado								1	-.213**
E.V Evitante-desligado									1

\*\*<.001; \*<.05

Para apurar se existe ou não predição no que respeita às variáveis em estudo, i.e. se as variáveis identidade, autoestima e estilos de vinculação predizem os níveis de

depressão ou de ansiedade, foi realizada uma regressão linear, por método *enter* (Tabela 6). Os resultados indicam que as variáveis identidade, autoestima e estilos de vinculação explicam 61.8% dos níveis de depressão ( $R^2=.618$ ) e 51.5% dos níveis de ansiedade ( $R^2=.515$ ).

**Tabela 6** – Resultados para o modelo de Regressão Linear

Variáveis	Modelo 1 (Depressão)			Modelo 2 (Ansiedade)		
	B	SE $\beta$	Beta	B	SE $\beta$	Beta
Identidade	.044	.035	.062	.005	.033	.008
Autoestima	-1.029	.087	-.654**	-.799	.080	-.615**
E.V Seguro	-.068	.032	-.114*	-.054	.029	-.111
E.V Preocupado	.038	.032	.065	.037	.030	.079
E.V Evitante- Amedrontado	.070	.031	.126*	.034	.029	.075
E.V Evitante-Desligado	-.053	.028	-.094	-.001	.026	-.003
R <sup>2</sup>		.618			.515	
F(d.f)		43.663(6)**			28.670(6)**	

\*\*<.001; \*<.05

## Discussão

Os dados deste estudo sugerem níveis elevados de depressão, de ansiedade e de somatização na população LGBT, por comparação à população portuguesa normativa (Canavarro, 2007). Ainda que não tenham sido encontradas pesquisas para a variável somatização, os resultados relativos às variáveis depressão e ansiedade vão ao encontro das diversas pesquisas no âmbito da saúde mental das pessoas LGBT (Pereira & Costa, 2016; Borralha & Pascoal, 2015; Pereira & Rodrigues, 2015; Leonard, Lyons & Bariola, 2015; Lyons & Hosking, 2014; Bostwick, Boyd, Hughes, West & McCabe, 2014; Shilo & Mor, 2014; Fingerhut, Peplau & Gable, 2010), que demonstram a elevada vulnerabilidade desta população no desenvolvimento de problemas associados à saúde mental (Shilo & Savaya, 2012; Almeida, Johnson, Corliss, Molnar & Azrael, 2009). Os resultados são inquietantes (Lyons & Hosking, 2014; Shilo & Mor, 2014) e estão associados não só à depressão e à ansiedade, mas também ao aparecimento de ideação suicida, tentativas de suicídio, stresse psicológico, medos, sentimentos de culpa e de desesperança (Pereira & Costa, 2016; Borralha & Pascoal, 2015). A literatura científica refere que estes resultados não se devem, essencialmente, ao facto de se ser homossexual; são antes a consequência da pertença a um grupo social minoritário

estigmatizado, sujeito a vários stressores relacionados à orientação sexual, como, por exemplo, a rejeição, a discriminação e violência (Fingerhut et al., 2010; Kelleher, 2009).

Em relação ao gênero, os homens transexuais apresentaram os níveis mais altos de somatização, de depressão e de ansiedade. No que respeita à somatização, não foram encontrados estudos que corroborassem ou refutassem os resultados da presente investigação. No entanto, para as variáveis depressão e ansiedade, foram encontradas investigações que corroboram os resultados do presente estudo. No estudo de Bezerra e colaboradores (2018), constituído por uma amostra de homens transexuais, a grande maioria (cerca de 94.5%) revelou já se ter sentido deprimido em algum momento da sua vida, o que se considera um resultado alarmante, quando comparado com o Índice de Depressão na população mundial, que ronda os cerca de 20%, de acordo com a OMS (Bezerra et al., 2018). Entre os participantes que apresentavam depressão atualmente, 25.9% evidenciaram depressão grave e 22.8% depressão moderada. De acordo com os autores, este dado é preocupante, principalmente, porque a depressão é um dos principais quadros clínicos que pode levar às tentativas de suicídio. No mesmo estudo, verificou-se também que 76.8% da amostra evidenciou sofrer de ansiedade de forma significativa, i.e., com consequências a nível clínico que limitam o dia-a-dia destes indivíduos.

Ainda que não atente às diferenças de género, uma investigação realizada por Lerri e colaboradores, em 2017, com uma amostra de pessoas transexuais, destacou que cerca de 80% dos participantes sofriam de depressão e/ou ansiedade e cerca de 72% referiram tentativas de suicídio. Também uma investigação realizada entre janeiro de 2007 e outubro de 2010, em vários países europeus, demonstrou que 38% das pessoas com uma perturbação de identidade de género apresentavam sintomas de depressão e de ansiedade – uma taxa bastante elevada comparativamente à população em geral (Heylens et al., 2014). Paralelamente a estes resultados, destaca-se que as pessoas transsexuais, mesmo em países desenvolvidos, são vítimas de violência e discriminação, particularmente, na sociedade, no seio familiar, nos locais de trabalho e nas instituições de saúde (Lerri et al., 2017), o que pode levar ao desenvolvimento de quadros depressivos graves, conduzindo a pensamentos (Bazargan & Galvan, 2012) e tentativas de suicídio (Lerri et al., 2017).

O estudo de Bezerra e colaboradores (2018), constituído por uma amostra de homens transexuais, revelou que a maioria dos participantes qualificaram a sua autoestima como baixa ou muito baixa. Estes resultados são congruentes com os obtidos pela nossa investigação, pois os homens transexuais são os que apresentam os menores níveis de autoestima. Os investigadores apontam para a presença de

preconceito e discriminação frequentes em relação à identidade de género, justificando a baixa autoestima destas pessoas (Bezerra et al., 2018). No entanto, os homens transexuais são os que revelam os maiores níveis de aceitação da identidade positiva LGB, contrariamente aos homens, que apresentam os níveis mais baixos de aceitação da identidade positiva LGB – ainda que tenham evidenciado os maiores níveis de autoestima. Um estudo de Oliveira e colaboradores (2010), demonstrou que, em relação às mulheres, os homens são mais insatisfeitos com as suas identidades LGB, sendo, também, mais sensíveis à estigmatização. Os autores justificam estes resultados com base na explicação de que os homens são educados como se fossem o género dominante, pelo que a discriminação da orientação sexual exerce um grande impacto neles, devido, também, à oposição entre a homossexualidade e a masculinidade hegemónica.

No que concerne à orientação sexual, quando comparadas às pessoas bissexuais, as pessoas homossexuais são as que evidenciam resultados mais elevados nas variáveis depressão e ansiedade. No entanto, estes resultados não são congruentes com a literatura científica encontrada, que demonstra a maior probabilidade de desenvolvimento de problemas de saúde mental nas pessoas bissexuais (Lea, Wit e Reynolds, 2014; Shilo & Savaya 2012; Fingerhut et al., 2010). No presente estudo, os homossexuais, apesar de revelarem os níveis mais altos de depressão e de ansiedade, são também aqueles que demonstram os resultados mais elevados na autoestima e na aceitação da identidade positiva LGB. Porém, não foram encontradas investigações que fossem ao ou de encontro a estes resultados.

No que respeita aos estilos de vinculação, não foi encontrada literatura científica que demonstre a relação entre essas variáveis, a identidade de género e/ou a orientação sexual. No entanto, a amostra do presente estudo demonstrou que o estilo de vinculação seguro é mais evidenciado por pessoas bissexuais e por outras identidades de género não especificadas; os estilos de vinculação preocupado e evitante-amedrontado são mais evidenciados por pessoas homossexuais e por mulheres transexuais; e o estilo de vinculação evitante-desligado é mais evidenciado por pessoas bissexuais e por homens.

O mesmo se passou com a variável somatização, não sendo possível corroborar ou refutar os resultados obtidos, que demonstram que os níveis mais elevados desta variável se verificam nas pessoas bissexuais e nos homens transexuais; e os menores níveis são evidenciados por homens e pessoas homossexuais.

No que à autoestima diz respeito, esta correlacionou-se positivamente, ainda que de forma fraca, com a identidade LGB positiva e com o estilo de vinculação seguro. De acordo com Meyer e Dean (1998 cit in Carreiras, 2014), altos níveis de autoestima

sexual estão associados a uma maior autoeficácia e a menos emoções negativas. Apesar de existirem poucos estudos acerca da influência da autoestima sexual na vida das pessoas LGB, os resultados demonstrados por esta variável em pessoas heterossexuais concede credibilidade ao argumento de que é relevante entender o que influencia negativamente a autoestima sexual, assim como quais são as consequências psicossociais para os indivíduos LGB. A autoestima sexual parece influenciar diversos aspetos da vida, pelo que, entender essa influência pode fornecer alterações no modo como as questões sexuais a nível terapêutico devem ser direcionadas para a população LGB (Carreiras, 2014).

Como esperado, dada a frequente comorbidade dos dois quadros clínicos presente na população LGBT (Pereira & Costa, 2016; Borralha & Pascoal, 2015; Lyons & Hosking, 2014; Shilo & Mor, 2014; Almeida et al., 2009), a depressão correlacionou-se fortemente com a ansiedade. Esta variável relacionou-se também, ainda que com fraca intensidade, com os estilos de vinculação preocupado e evitante-amedrontado. São diversos estudos que corroboram os resultados aqui apresentados, demonstrando a relação existente entre os estilos de vinculação desadaptativos e a depressão (Gnilka, Ashby, & Noble 2013; Jinyao et al., 2012; Wei, Heppner, Rusell & Young, 2006; Bifulco, Moran, Ball & Bernazzani, 2002; López, Mauricio, Gormley, Simko & Berger 2001). Também a ansiedade se correlacionou de igual forma com estes dois estilos de vinculação, o que seria de esperar, dada a sua forte relação com a depressão.

Apesar de algumas limitações, esta investigação cumpriu os objetivos a que se propôs. Entre essas limitações, podemos começar por enumerar a baixa participação de pessoas transgénero neste estudo, o que, logo à partida, não permite a generalização dos resultados e leva-nos a outra limitação: o efeito voluntário da participação. Dado tratar-se de uma recolha de dados *online*, as pessoas tinham que se mostrar dispostas a preencher o questionário do protocolo de investigação. A isto, agrega-se também o efeito da desejabilidade social, pautada por alguns enviesamentos nas respostas dos participantes, aos quais os questionários *online* estão sujeitos.

Em investigações futuras, seria pertinente recolher uma amostra com mais pessoas transgénero, mulheres lésbicas e mulheres bissexuais de modo a verificar a relação entre esta população e as variáveis em estudo nesta investigação. Sugere-se também a clarificação dos estilos de vinculação associados às várias identidades de género e orientações sexuais. A falta de literatura científica que relacione as variáveis em estudo impossibilita a clarificação de alguns dados obtidos. No entanto, acreditamos na importância e na pertinência deste estudo, que fornece um contributo bastante importante para o esclarecimento de algumas das especificidades desta população.

O presente estudo permitirá informar as pessoas que atuam no âmbito da Psicologia Clínica e da Saúde, bem como toda a comunidade científica que se dedica ao tema, acerca das especificidades da população LGBT. Esta investigação está de acordo com as *guidelines* da OPP (2017) para esta temática, que compreendem a sistematização das boas práticas e das recomendações internacionais e nacionais, adequadas às especificidades do contexto português e que devem ser utilizadas pelos profissionais da psicologia como diretrizes, nas áreas da investigação científica, da educação e da formação, da prática comunitária e clínica, assim como em todos os contextos que abrangem, direta ou indiretamente, o contacto com as pessoas LGBT. Estas diretrizes, tal como a presente investigação, pretendem auxiliar o desenvolvimento sistemático e contínuo dos profissionais que exercem as suas funções nesta área, contribuindo para a garantia da qualidade dos serviços prestados pelos psicólogos, uma vez que é fundamental que todas os profissionais que realizam investigação e/ ou intervenção psicológica, detenham um conhecimento empiricamente validado e consolidado a respeito das várias características constituintes dos seres humanos – nomeadamente a sua identidade de género e orientação sexual (OPP, 2017).

## Referências Bibliográficas

- Almeida, J., Johnson, R., Corliss, H., Molnar, B., & Azrael, D. (2009). Emotional distress among LGBT youth: the influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 1001-1014. doi: 10.1007/s10964-009-9397-9
- Almeida, M. (2010). O contexto LGBT em Portugal. Em C. Nogueira & J. Oliveira. (Org.). *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género* (pp. 45-92). Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- American Psychological Association (APA) (2015). *Key terms and concepts in understanding gender diversity and sexual orientation among students*. Washington, D.C.: Author.

- Bazargan, M., & Galvan, F. (2012). Perceived discrimination and depression among low-income Latina male-to-female transgender women. *BMC Public Health, 12*(1), 1-8. doi:10.1186/1471-2458-12-663
- Bezerra, D., Bezerra, A., Souza, R., Nogueira, W., Bonzi, A., & Costa, L. (2018). Homens transexuais: invisibilidade social e saúde mental. *Temas em Saúde, 18*(1), 428-444.
- Bifulco, A., Moran, P., Ball, C., & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*(2), 50–59. doi: 10.1007/s127-002-8215-0
- Borralha, S., & Pascoal, P. (2015). Gays, lésbicas e saúde mental: Uma revisão sistemática da literatura. *Omnia, (2)*, 43-51.
- Bostwick, W., Boyd, C., Hughes, T., West, B., & McCabe, S. (2014). Discrimination and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Orthopsychiatry, 84*(1), 35–45. doi: 10.1037/h0098851
- Canavarro, M. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. Em M. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. III, pp. 305-330). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carreiras, L. (2014). *Autoestima sexual, identidade e homofobia internalizada numa população LGB*. (Tese de mestrado não publicada). Universidade do Algarve, Portugal.
- Carneiro, N. (2009). *“Homossexualidades”*. Uma psicologia entre ser, pertencer e participar. Porto: Livpsic.

- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 282–290. doi:10.1037/0022-006x.64.2.282
- Correia, M., Frazão, P. & Santos, J. (2018). Risco suicidário em adultos LGBT. In J. Santos (Coord.), *Prevenção de comportamentos suicidários: contributos da investigação* (pp. 105-115). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Dinis, N. (2011). Homofobia e educação: quando a omissão também é signo de violência. *Educar em Revista, (39)*, 39-50. doi: dx.doi.org/10.1590/S0104-40602011000100004.
- Direção-Geral de Saúde (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017)*. Lisboa: Programa Nacional para a Saúde Mental.
- European Federation of Psychologists Association (EFPA). (2015). EuroPsy – Certificado Europeu de Psicologia. Recuperada de [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/europsy\\_regulamento.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/europsy_regulamento.pdf)
- Fingerhut, A., Peplau, L., & Gable, S. (2010). Identity, minority stress and psychological well-being among gay men and lesbians. *Psychology & Sexuality, 1*(2), 101- 114. doi: 10.1080/19419899.2010.484592.
- Frazão, P., & Rosário, R. (2008). O coming out de gays e lésbicas e as relações familiares. *Análise Psicológica, 1*(26), 25–45.
- Friedman, R. (1999). Homosexuality, psychopathology, and suicidality. *Archives of General Psychiatry, 56*, 887–888. doi: 10.1001/archpsyc.56.10.887
- Gnilka, P., Ashby, J., & Noble, C. (2013). Adaptive and maladaptive perfectionism as mediators of adult attachment styles and depression, hopelessness, and life

- satisfaction. *Journal of Counseling & Development*, 91(1), 78-86. doi: 10.1002/j.1556-6676.2013.00074.x
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. doi: doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511
- Henrickson, M. (2008). Deferring identity and social role in lesbian, gay and bisexual New Zealanders. *Social Work Education*, 27(2), 169–181. doi: doi.org/10.1080/02615470701709626
- Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B., Paap, M., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., ... & Cuyper, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry*, 204(2), 151–156. doi: 10.1192/bjp.bp.112.121954
- Hill, N. (2009). Affirmative practice and alternative sexual orientations: helping clients navigate the coming out process. *Clinical Social Work Journal*, 37(4), 346–356. doi: 10.1007/s10615-009-0240-2
- Howe, D., Brandom, M., Hinings, D., Schofield, G. (1999). *Attachment theory, child maltreatment and family support: a practice and assessment model*. New York: PALGRAVE.
- Human Rights Campaign (HRC). (2006). A resource guide to coming out. Retirado de [https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/resource\\_guide\\_april\\_2014.pdf?\\_ga=2.127700879.300362887.1592214259-781649203.1592214259](https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/resource_guide_april_2014.pdf?_ga=2.127700879.300362887.1592214259-781649203.1592214259)
- Janoff-Bulman, R., & Frieze, I. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39(2), 1–17. doi: doi.org/10.1111/j.1540-4560.1983.tb00138.x

- Jinyao, Y., Xiongzhaohao, Z., Auerbach, R., Gardiner, C., Lin, C., Yuping, W., & Shuqiao, Y. (2012). Insecure attachment as predictor of depressive and anxious symptomatology. *Depress Anxiety, 29*, 789-796. doi: 10.1002/da.21953
- Junqueira, R. (2007). Homofobia: limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas. *Revista Bagoas, 1*(1), 1-22.
- 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. doi: doi.org/10.1080/09515070903334995
- Lea, T., Wit, J., & Reynolds, R. (2014). Minority stress in lesbian, gay, and bisexual young adults in Australia: associations with psychological distress, suicidality, and substance use. *Archives of Sexual Behavior, 43*(8), 1571-1578. doi: 10.1007/s10508-014-0266-6
- 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.
- Leonardo, J., & Pereira, H. (2019). A relação entre os estilos de vinculação e o funcionamento sexual. *Psicologia, Saúde e Doenças, 20*(3), 604-617. doi: dx.doi.org/10.15309/19psd200305
- Lerri, M., Romão, A., Santos, M., Giami, A., Ferriani, R., & Lara, L. (2017). Clinical characteristics in a sample of transsexual people. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 39*(10), 545-551. doi: doi.org/10.1055/s-0037-1604134.

- 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. doi: 10.1007/s10508-014-0315-1.
- Lasser, J., Ryser, G., & Price, L. (2010). Development of a lesbian, gay, bisexual, visibility management scale. *Journal of Adolescence, 26*, 415-428. doi: 10.1080/00918360903543154.
- Lobato, M., Costa, A., Fontanari, A., Soll, B., Mueller, A., Filho, H., ... & Silva, D. (2016). Saúde mental e população de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros. *PROPSIQ, 3*(4), 9-41.
- López, F., Mauricio, A., Gormley, B., Simko, T., & Berger, E. (2001). Adult attachment orientations and college student distress: the mediating role of problem coping styles. *Journal of Counseling & Development, 79*, 459–464. doi: 10.1002/j.1556-6676.2001.tb01993.x
- McLean, K. (2007). Hiding in the closet? Bisexuals, coming out and disclosure imperative. *Journal of Sociology, 43*(2), 151-166. doi: doi.org/10.1177/1440783307076893
- Meyer, I. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior, 36*(1), 38–56. doi: 10.2307/2137286
- Meyer, I. (2013). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*, 3–26. doi: 10.1037/2329-0382.1.S.3
- Moleiro, C., & Pinto, N. (2009). Diversidade e psicoterapia: expectativas e experiências de pessoas LGBT acerca das competências multiculturais de psicoterapeutas. *Ex aequo, (20)*, 159-172.

- National Sexual Violence Resource Center (NSVRC) & Pennsylvania Coalition Against Rape (PCAR). (2012). *The process of coming out: sexual violence & individuals who identify as LGBTQ*. United States: Department of Justice.
- Nazaré, B., Pereira, M., & Canavarro, M. (2017). Avaliação breve da psicossintomatologia: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory 18 (BSI 18). *Análise Psicológica*, 2(35), 213-230. doi: 10.14417/ap.1287
- Oliveira, J., Pereira, M., Costa, C., & Nogueira, C. (2010). Pessoas LGBT – identidades e discriminação. Em C. Nogueira & J. Oliveira (Orgs.), *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.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) (2017). Guia Orientador da Intervenção Psicológica Guia Orientador da Intervenção Psicológica Com Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais e Trans (LGBT) [página oficial da OPP]. Recuperada de [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/guidelines\\_opp\\_lgbt\\_marco\\_2017.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/guidelines_opp_lgbt_marco_2017.pdf)
- 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*, 29(2), 205–217. doi: 10.1080/13511610.2016.1157683
- Pereira, H., & Leal, I. (2005). Medindo a homofobia internalizada: A validação de um instrumento. *Análise Psicológica*, 23(3), 323-328.

- Pereira, H., & Rodrigues, P. (2015). Internalized homophobia and suicidal ideation among LGB youth. *Journal of Psychiatry, 18*(2), 168-174. doi: 10.4172/psychiatry.1000229
- Pilkington, N., & D'Augelli, A. (1995). Victimization of lesbian, gay, and bisexual youth in community settings. *Journal of Community Psychology, 23*(1), 34–56. doi:10.1002/1520-6629(199501)23:1<34::aidjcop2290230105>3.0.co;2-n
- Rosario, M., Schrimshaw, E., & Hunter, J. (2006). A model of sexual risk behaviors among young gay and bisexual men: longitudinal associations of mental health, substance abuse, sexual abuse, and the coming-out process. *AIDS Education & Prevention, 18*(5), 444-460. doi: 10.1521/aeap.2006.18.5.444
- Riggle, E., Mohr, J., Rostosky, S., Fingerhut, A., & Balsam, K. (2014). A multifactor lesbian, gay, and bisexual positive identity measure (LGB-PIM). *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 4*(1), 398-411.
- Santos, P., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2*, 253-268.
- Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania (SJDC). (2018). *Diversidade sexual e a cidadania LGBT*. Brasil: Governo do Estado de São Paulo.
- 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.

Su, D., Irwin, J., Fisher, C., Ramos, A., Kelley, M., Mendoza, D., & Coleman, J. (2016). Mental health disparities within the LGBT population: A comparison between transgender and nontransgender individuals. *Transgender Health*, 1(1), 12-20. doi: 10.1089/trgh.2015.0001

Wei, M., Heppner, P., Russell, D., & Young, S. (2006). Maladaptive perfectionism and ineffective coping as mediators between attachment and future depression: a prospective analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 67–79. doi: 10.1037/0022-0167.53.1.67

Wolff, C., & Saldanha, R. (2015). Gênero, sexo, sexualidades: categorias do debate contemporâneo. *Revista Retratos da Escola*, 9(16), 29-46. doi: dx.doi.org/10.22420/rde.v9i16.482

## Capítulo 2: Discussão Geral

A presente dissertação, realizada no âmbito da obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade da Beira Interior, objetivou – e cumpriu –, de modo a preencher uma lacuna verificada neste campo de investigação, avaliar os níveis de aceitação positiva LGB, de autoestima, de depressão, de somatização e de ansiedade e dos estilos de vinculação, presentes numa amostra constituída por pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transgéneros (LGBT). Como comprovado pela literatura científica existente, a relação e predição entre as variáveis deste estudo, na população LGBT, nunca foi antes estudada, pelo que esta investigação se revelou bastante inovadora.

Ao longo da realização deste trabalho de investigação, foi possível concluir que, de facto, a ansiedade e a depressão são os dois quadros clínicos mais estudados e associados às pessoas LGBT. No entanto, verificou-se que, no âmbito da saúde mental, esta população carece de estudos ao nível da somatização. Pode concluir-se, também, que os estudos relativos aos tipos de vinculação atendendo à identidade de género e à orientação sexual são, praticamente, inexistentes. Também as variáveis autoestima e identidade positiva LGB podem, em futuras investigações, ser melhor clarificadas, tendo por base a população LGBT. Denota-se também que as pessoas transgénero, em relação às pessoas gays, lésbicas e bissexuais, são uma população pouco estudada, o que dificulta a generalização de resultados nesta população.

Os resultados do presente estudo, na sua maioria, estão em concordância com a revisão da literatura, i.e., nas variáveis que não carecem de investigação. Deste modo, foram obtidos dados relevantes que podem ajudar a nortear futuras investigações e a orientar e suportar programas de prevenção e de intervenção adequadas às necessidades particulares das pessoas LGBT, contribuindo para a clarificação das especificidades desta população, que devem ter sido em conta, principalmente, pelos técnicos de saúde que, ainda hoje, não estão totalmente preparados para lidar com as particularidades destas pessoas, sobretudo as transexuais. Os resultados obtidos por esta investigação, sendo coerentes com a literatura científica, apontam para a elevada prevalência de problemas de saúde mental na população LGBT, o que é preocupante. Deste modo, esperamos contribuir para a consciencialização do impacto do preconceito, do estigma e da discriminação na saúde das minorias sexuais e identitárias estigmatizadas, promovendo não só uma reflexão acerca da necessidade de não-estigmatização e não-discriminação das pessoas que não têm uma identidade de género ou uma orientação sexual igual à maioria, mas também a necessidade de aceitação das

identidades e orientações sexuais que não seguem os padrões comumente impostos por uma sociedade heteronormativa e heterossexista.

No que respeita aos objetivos propostos pelo plano de estudos do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior – concordantes com o Certificado Europeu de Psicologia (EFPA, 2015) – estes foram cumpridos na íntegra, como demonstrado pela presente dissertação. Este trabalho, além de permitir a consolidação das competências de investigação e de reflexão crítica – que têm sido adquiridas ao longo do percurso de formação académica – permitiu também, em termos pessoais, um maior conhecimento acerca da temática em estudo, o que se revelou bastante interessante e, principalmente, produtivo.

Por fim, esperamos que esta investigação contribua, ainda, para o aumento da qualidade dos serviços prestados por todos os profissionais que lidam com as pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transgéneros (LGBT), principalmente no âmbito da saúde mental, não só a nível nacional, mas também internacional. É imperativo que a unicidade e as especificidades desta população sejam conhecidas e tenham sido em conta na prestação de serviços – como qualquer ser humano. Para isso, é necessário conhecer e atender às diretrizes que norteiam a prestação de serviços neste âmbito. Assim, cremos que este trabalho fornece um contributo fundamental na área da saúde mental desta população, esperando incentivar investigações futuras que ajudem a clarificar melhor as particularidades das pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transgéneros (LGBT).

# Anexo Teórico

## 1) Diversidade Sexual e Identidade LGBT

A sexualidade humana é composta por uma diversificada combinação de fatores psicológicos, biológicos e sociais, sendo composta, fundamentalmente, por quatro aspetos: (1) **sexo biológico**; (2) **identidade de género**; (3) **expressão de género**; e (4) **orientação sexual**. A diversidade sexual diz respeito às infinitas possibilidades de expressão e de vivência da sexualidade e da identidade de género (SJDC, 2018).

Como tal, importa, desde já, aludir aos diversos acrónimos recorrentemente empregues nos estudos realizados no âmbito da orientação sexual, de modo a esclarecer o acrónimo pelo qual se optou neste estudo. Assim, os diversos acrónimos existentes são LGB, LGBT, LGBTQ ou ainda LGBTQI, que, em toda a sua extensão, significa “Lésbica [L], Gay [G], Bissexual [B], Transgénero [T], *Queer* ou *Questioning* [Q] e Intersexo [I]” (Marshall & Hernandez, 2012). O uso da sigla em toda a sua extensão pode suscitar alguma confusão na sua interpretação, mas estipula a necessidade de abranger a(s) sexualidade(s), as vivências e as experiências de todos os seres humanos, de uma forma inclusiva, baseada na diversidade (Clarke, Ellis, Peel, & Riggs, 2010). Neste estudo utilizou-se a sigla “**LGBT**” para fazer referência a pessoas “Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgéneros” (Lorenzetti, 2016) – população alvo desta investigação –, cujas definições serão posteriormente apresentadas.

Atendendo aos aspetos mencionados, importa, primeiramente, definir e diferenciar os principais conceitos referentes a esta temática. Inicialmente, torna-se relevante a diferenciação entre os conceitos de “sexo” e “género” (Wolff & Saldanha, 2015). Deste modo, o sexo, que corresponde ao **sexo biológico** é determinado por vários indicadores internos e externos (Marshall & Hernandez, 2012), e diz respeito às características biológicas que definem as pessoas como machos ou fêmeas, nomeadamente o sistema genital, os caracteres sexuais secundários e os cromossomas (SJDC, 2018; Lobato et al., 2016). Ou seja, o sexo biológico é comumente categorizado em feminino, masculino ou intersexo (APA, 2015). É atribuído durante a gestação ou à nascença, através da morfologia. Na maioria das pessoas, a expressão e identidade de género são concordantes com o sexo atribuído. Contudo, existem casos em que o sexo atribuído e a expressão e identidade de género diferem, como se verifica nos transexuais. Além disto, também existem pessoas nos quais essa definição não é clara – como nos intersexuados –, porque nasceram com genitais ambíguos ou com outro tipo de anomalias de diferenciação sexual (Lobato et al., 2016).

Por sua vez, o **género** é uma característica adquirida socialmente, por meio de aspetos e comportamentos culturalmente atribuídos ao sexo biológico (APA, 2015; Wolff & Saldanha, 2015), sendo, deste modo, uma classificação de identidade em termos pessoais. A identidade pode, ou não, ser concordante com o sexo biológico, determinado à nascença. Neste âmbito, existem dois tipos de pessoas: as cisgénero – quando a díade sexo-género é concordante; e as transgénero – quando a díade sexo-género difere (Wolff & Saldanha, 2015). Assim, os transgéneros, ou pessoas trans, são pessoas cujo seu sexo biológico designado à nascença não é concordante com a sua identidade de género (Lobato et al., 2016). Grande parte das vezes, estes indivíduos alteram o seu corpo, de modo a adequá-lo à sua identidade de género (Lobato et al., 2016). O homem transexual ou *Female to Male* (FtM) é uma pessoa que nasceu com órgãos sexuais femininos, mas que se identifica como homem. Por sua vez, a mulher transexual ou *Male to Female* (MtF) é uma pessoa que nasceu com órgãos sexuais masculinos, mas identifica-se como mulher (Lobato et al., 2016). Neste âmbito, importa também explicitar o conceito de “travesti”, que, muitas vezes, é confundido com o termo de “transexual”. Os travestis são pessoas cujo sexo masculino foi definido à nascença e tem uma identidade de género feminina, sem que se considerem, necessariamente, mulheres. Habitualmente, pessoas travestis não querem fazer cirurgias de resignação sexual e podem não se identificar como transexuais (Lobato et al., 2016).

Por conseguinte, importa distinguir “identidade de género”, “expressão de género” e “orientação sexual”. A **identidade de género** é uma característica interna (APA, 2015) que expressa o género com o qual a pessoa se identifica – homem, mulher (Lobato et al., 2016) ou género alternativo (APA, 2015) – e o modo de viver a masculinidade ou feminilidade. Esta pode corresponder às características sexuais primárias ou secundárias dos indivíduos ou ao sexo biológico (APA, 2015). No entanto, não tem, necessariamente, que corresponder ao sexo biológico atribuído à nascença – como é o caso dos transgéneros. Para além disto, a identidade de género não expressa, obrigatoriamente, uma relação com a identidade e comportamento sexual – por exemplo, há pessoas que nasceram com vulva e vagina e, no entanto, identificam-se como homens (homens transexuais), têm relacionamentos sexuais com mulheres e definem-se a si mesmos como homossexuais (Lobato et al., 2016).

Por sua vez, a **expressão de género** refere-se aos comportamentos adotados por cada pessoa em relação ao seu género (Lobato et al., 2016), dos quais são exemplos a apresentação, o comportamento, a aparência física, o vestuário (APA, 2015), a forma de falar e os padrões e atividades de interação social. Ou seja, é a maneira de a pessoa se comportar como homem ou como mulher numa determinada sociedade, pelo que

esta varia de acordo com o meio sociocultural – os homens podem apresentar comportamentos que são comumente associados às mulheres, e o contrário também se verifica (Lobato et al., 2016). Estes aspetos podem, ou não, ser concordantes com a identidade de género (APA, 2015).

Neste sentido, é fundamental esclarecer que os papéis atribuídos ao género não são apenas um processo biológico. Esses papéis são, também, o produto de um meio sociocultural, que, no nosso caso, é heteronormativo – razão pela qual, qualquer disparidade que não se inclua dentro do padrão dual “homem” ou “mulher” moralmente aceite na nossa sociedade, é vista como uma condição anómala e até, patológica (Lima, Souza & Dantas, 2016).

Por outro lado, importa aludir à definição de **orientação sexual**, que diz respeito à atração afetivo-sexual de uma pessoa. Esta é baseada no género e não no sexo, existindo assim, quatro classificações: (1) heterossexual – quando essa atração ocorre por uma pessoa do género oposto; (2) homossexual – quando a atração ocorre por uma pessoa do mesmo género; (3) bissexual – quando a atração ocorre por ambos os géneros; e (4) assexual – quando as pessoas não sentem atração por qualquer género (Wolff & Saldanha, 2015).

Torna-se importante compreender, também, os conceitos de “identidade sexual” e de “comportamento sexual”. A **identidade sexual** é relativa à perceção de um indivíduo como integrante de um determinado grupo que compreende determinados comportamentos sexuais semelhantes aos seus. Esta é uma característica pessoal que não está dependente da identidade de género ou da expressão de género (Lobato et al., 2016).

Por fim, o **comportamento sexual** alude às práticas a nível sexual, com quem a pessoa mantém relações de cariz sexual. Embora o mais comum seja que sujeitos que experienciam atração por pessoas do mesmo sexo se identifiquem com homossexuais (gays ou lésbicas), isso nem sempre se verifica. Por exemplo, há mulheres que praticam atividade sexual com outras mulheres, independentemente da sua identificação, isto é, muitas optam por não se identificar como homossexuais; e o mesmo se aplica aos homens que mantêm atividade sexual com outros homens (Lobato et al., 2016).

## **2) O Processo de *Coming Out***

O *coming out* – ou, em português, o assumir da identidade sexual – (Rosario, Schrimshaw & Hunter, 2006; Pereira & Leal, 2005) diz respeito ao processo que as pessoas que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais ou transgéneros (LGBT)

experienciam quando revelam a si mesmas, à sua família, aos seus amigos e à sociedade a sua orientação sexual ou identidade de género (NSVRC & PCAR, 2012). Constitui-se como uma etapa desenvolvimental pela qual os jovens LGB passam, ao contrário dos jovens heterossexuais que, normalmente, não vivenciam esta etapa. Trata-se de um processo no qual as pessoas LGB reconhecem que são diferentes, atribuem um significado a essa diferença e integram um fator essencial para a sua identidade (Henrickson, 2008). Esta etapa tem de ser superada pelas pessoas LGB porque existe, na nossa sociedade, uma visão heterossexista – que considera que um indivíduo é heterossexual, a menos que revele qualquer outra orientação sexual (Hill, 2009). Ainda que seja um processo pessoal e individual, encontra-se intimamente relacionado a uma dimensão social (Frazão e Rosário, 2008), sendo o contexto social um fator decisivo neste processo (Bota, 2017).

Várias são as definições propostas para descrever o termo “*coming out*”. Gagnon e Simon (1968 cit in Dank, 1971) definem-no como o momento em que a pessoa reconhece a sua orientação sexual, que conduz à primeira exploração significativa da comunidade à qual pertence. Na perspectiva de Haneley-Hackenbruck (1989), trata-se de um processo complexo – que, por norma, se inicia na adolescência – de alterações interpessoais que origina um leque de acontecimentos (e.g. reconhecimento da orientação sexual) e que, com frequência, se prolonga até à vida adulta do indivíduo (Frazão & Rosário, 2008).

Contudo, as definições de *coming out* supramencionadas não abrangem toda a complexidade intrínseca a este processo, uma vez que não se trata apenas de uma componente pessoal. Diz respeito também às componente social e psicológica, tal como é evidenciado por Monteflores e Schultz (1978) que definem este conceito como um processo a nível desenvolvimental, no qual as pessoas homossexuais identificam as suas preferências sexuais e escolhem integrar esta descoberta na sua vida – pessoal e social.

Segundo Evans e Barker (2010) e Clarke (2007), o *coming out* não é um acontecimento isolado. Ao invés, é um processo contínuo que tanto pode ser uma experiência bastante difícil e dolorosa; como um processo relativamente simples de autodescoberta sexual. Assim, é um processo que abarca quer fatores positivos, quer fatores negativos, que exercem influência no funcionamento e saúde psicológica da pessoa (Isawasaki & Ristock, 2007).

O primeiro passo para o *coming out* é o reconhecimento e a aceitação da orientação sexual; o passo seguinte é decidir o que fazer com essa informação, que conduz a pessoa à iniciação de todo o processo, passando pelas várias etapas que o constituem (McLean, 2007). A revelação da identidade sexual é uma decisão complexa,

devido ao impacto dos preconceitos e dos julgamentos erróneos que, na grande maioria dos casos, antecipam a discriminação, a rejeição e até mesmo a violência (Lasser, Ryser & Price, 2010).

Este processo pode indicar que a pessoa manifesta comportamentos positivos relativos à sua identidade sexual, o que sugere uma identidade LGBT bem assimilada, com um estigma internalizado reduzido, sugerindo que a pessoa se aceita e gosta de si própria. Desta forma, é mais provável que se envolva em práticas que nutram e cuidem o próprio *self* (Rosario, Schrimshaw & Hunter, 2006; Pereira & Leal, 2005). No entanto, há pesquisas que indicam que algumas pessoas se sentem confortáveis com a sua homossexualidade, mas têm a percepção de que a comunidade LGBT é agressiva e hostil, acabando por não assumir a sua sexualidade num meio anti homossexual, como sucede na sociedade em geral. Nestes casos, a ocultação da identidade sexual pode constituir-se como um processo de adaptação e de proteção (Pereira & Leal, 2005). Contudo, a não revelação da identidade sexual pode ser problemática, uma vez que os sujeitos – preocupados com as questões de confidencialidade – podem optar por não recorrer aos serviços de saúde ou ocultar informações relevantes para um tratamento eficaz e eficiente, o que, concludentemente, compromete não só os cuidados médicos, mas também a saúde do próprio indivíduo (Smalley, Warren, & Barefoot, 2016; Mayer et al., 2008).

Este é um processo diferente para todos. Independentemente de serem homossexuais, bissexuais ou transgéneros, estas pessoas enfrentam um conjunto único de problemas, que se baseia nas circunstâncias pessoais de cada um (e.g. idade, status familiar, etnia, classe social, localização, identidade de género ou orientação sexual) (HRC, 2006). Um fator comum a todas as pessoas que passam por este processo – independentemente de como se identifiquem –, é que tomam uma decisão extremamente pessoal acerca de quem confiarão a sua orientação sexual ou identidade de género. A maioria das pessoas LGBT revela estes aspetos do seu *self* porque chega a um momento em que não está mais emocionalmente disposta ou é capaz de esconder uma parte fundamental a respeito de quem é (HRC, 2006). É da responsabilidade de cada pessoa decidir em quem pode confiar, como e quando fazê-lo. Mesmo que alguém esteja a viver a sua identidade de género ou orientação sexual abertamente, podem existir momentos em que essa revelação não seja segura ou necessária (HRC, 2006). Assim, o processo de *coming out* pode ser difícil mas, ao mesmo tempo, libertador (NSVRC & PCAR, 2012), pelo que se constitui como um ato de coragem, autenticidade e abertura (HRC, 2006) e representa uma importante decisão psicológica para a população LGB (Heatherington & Lavner, 2008).

Aquando da tomada de consciência de que se tem uma orientação sexual não-heteronormativa, é comum o indivíduo experienciar sentimentos de diferença, que conduzem a sentimentos de culpa, ansiedade, medo da rejeição e conseqüente isolamento (Carneiro, 2009). Durante o *coming out*, é muito comum as pessoas sentirem-se confusas, assustadas, vulneráveis, com dúvidas, alegres, aliviadas, com poder, corajosas e orgulhosas (NSVRC & PCAR, 2012). O *coming out* permite que as pessoas LGBT conheçam e lidem com os efeitos hostis do stresse, assim como permite que aprendam a ultrapassá-los. Por esta razão, o stresse e a capacidade de resiliência estão interligados no que concerne à predição de perturbações mentais (Meyer, 2003; Morris, Waldo, & Rothblum, 2001).

Associados a este processo, existem riscos e oportunidades que são únicos para cada pessoa. No entanto, também existem riscos e vantagens bastante comuns a todas as pessoas. Como vantagens, podemos enumerar: (1) desenvolvimento de relacionamentos mais próximos e, talvez, mais genuínos; (2) construção de uma autoestima baseada no facto de ser conhecido e amado por aquilo que se é; (3) redução do stresse de ocultar uma parte integrante da sua identidade; (4) possibilidade de se relacionar com outras pessoas que se identificam como LGBT; (5) sentido de pertença a uma comunidade LGBT; (6) quebra de barreiras, mitos e estereótipos acerca das pessoas LGBT; (7) ser um modelo para os outros; e (8) ajudar outras pessoas que se identificam como LGBT a sentirem-se à vontade para revelarem a sua identidade de género ou orientação sexual. Como riscos, evidenciamos: (1) o facto de nem toda a gente aceitar uma identidade de género ou orientação sexual diferente; (2) a família, os amigos ou os colegas de trabalho podem ficar confusos, chocados e até hostis; (3) alguns relacionamentos podem mudar permanentemente; (4) algumas pessoas podem sofrer assédio ou discriminação; e (5) alguns jovens, especialmente os menores de 18 anos, podem ser expulsos de casa ou perder o apoio financeiro dos pais (HRC, 2006).

A revelação da identidade LGBT à família, sobretudo aos pais, é, frequentemente, o maior desafio que estas pessoas enfrentam (Savin-Williams, 2003). O medo percebido e as conseqüências negativas estão bem documentados, e incluem sentimentos de culpa, rejeição e um forte desejo de proteger a família da crise (D'Augelli, Grossman e Starks, 2005; Ben-Ari, 1995; Cramer & Roach, 1988). Os processos e os resultados reais do *coming out*, incluindo a dinâmica familiar subsequente e os ajustes a longo prazo, variam consideravelmente entre famílias (Heatherington & Lavner, 2008). Existem pais que deixam de apoiar os seus filhos LGB, rejeitando-os (Saltzburg, 1996); enquanto outros pais aceitam e/ou afirmam os seus filhos LGB e a sua identidade sexual (D'Augelli, 2005). Conforme Heatherington e Lavner (2008), os resultados positivos decorrentes do *coming out* devem ser

concebidos como um conjunto de ajustes interrelacionados dentro e entre os membros do seio familiar, em três dimensões: (1) aceitação ou afirmação da identidade sexual pela pessoa LGB e pelo seus pais; (2) bem-estar emocional dos membros da família envolvidos no processo; e (3) ambiente familiar e interações saudáveis.

Vários são os autores que sugeriram modelos explicativos e desenvolvimentais acerca da formação da identidade sexual e o *coming out*, de modo a melhorar a compreensão a respeito das etapas que fazem parte deste processo – que consideram complexo. Deste modo, é caracterizado por diversas fases, nas quais o sujeito identifica e aceita as suas preferências a nível sexual, adota uma identidade sexual, dá a conhecer aos outros essa identidade e institui relações com outras pessoas que possuem uma identidade sexual semelhante à sua (Coleman 1982; Troiden & Goode, 1980; Cass, 1979; Weinberg, 1978). Alguns destes autores sugerem modelos que abrangem a natureza e a ordem dos acontecimentos na vida das pessoas; enquanto outros preferem discutir as alterações psicológicas que acontecem entre e durante esses acontecimentos.

Os modelos desenvolvimentais que se aplicam à construção da identidade homossexual, esclarecem o progresso do sujeito por meio da substituição da identidade heterossexual pela identidade homossexual. Noutras palavras, o *coming out* é um processo de descoberta no qual a pessoa anula uma identidade heterossexual falsa e identifica, corretamente, a sua essência real – homossexual (Rust, 1993). Estes modelos permitem uma compreensão clara no que concerne à experiência do sujeito e o *coming out*, em que revela, à família, aos amigos e à sociedade, a sua orientação sexual (Goldberg, 2007). Todos os modelos explicativos de *coming out* fundamentam-se em preposições idênticas, assim como os modelos descritivos do processo de formação da identidade sexual, ainda que possuam alguns aspetos distintos entre si (Frazão & Rosário, 2008). Importa apenas mencionar que a identidade bissexual era negligenciada nos primeiros trabalhos acerca do *coming out*, porque os modelos acerca da sexualidade eram dicotómicos e a bissexualidade era vista como um estado intermédio entre a homossexualidade e a heterossexualidade ou então como não-existente (Rust, 1993).

Deste modo, destacamos, essencialmente, três modelos do desenvolvimento da identidade homossexual que incidem, sobretudo, em questões de reconhecimento individual da sexualidade e da estruturação de uma identidade sexual que se baseia na atração física e emocional – inata – de cada sujeito (Bota, 2017) e apresentam uma trajetória comum de desenvolvimento: o de Cass (1984); o de Coleman (1985); e o de Troiden (1989). Neste sentido, os três modelos referidos estipulam que: (1) antes da puberdade, o sujeito apreende atitudes sociais respeitantes à população LGB, e começa a identificar-se como diferente comparativamente às pessoas do seu género. No

entanto, não atribui essa diferença à sua sexualidade; (2) depois, o sujeito começa a reconhecer a sexualidade como a fonte da diferença anteriormente percebida e procurará o contacto com pessoas que se assemelhem a si, na tentativa de clarificar os seus sentimentos e de modo a avaliar os estereótipos; (3) por fim, através desse contacto, começa a explorar e a sentir orgulho na sua identidade sexual, o que fará com que, gradualmente, revele a sua identidade às outras pessoas. No entanto, importa referir que os estádios presentes nestes modelos não se processam de igual forma para todas as pessoas e não são lineares (Hill, 2009).

Porém, estes modelos foram alvo de críticas por causa da sua natureza estanque, devido ao facto se serem muito rígidos e inflexíveis e por serem constituídos por estágios que traçam uma evolução linear inapta à captação e reflexão das experiências individuais e únicas do desenvolvimento da identidade sexual (Belmonte, 2011). Estas críticas abrangem também a unidimensionalidade destes modelos, visto que não integram uma perspetiva holística que incorpore outras características da identidade na interação e construção da identidade sexual, como, por exemplo, a etnia ou a raça (Hunter, 2005; Hughes & Matthews, 2004 cit. in Sisneros, Stakeman, Joyner, & Schmitz, 2008).

Contudo, as conceções a respeito da homossexualidade têm vindo a modificar-se de forma substancial, devido a um discurso científico cada vez mais consciencioso a respeito da necessidade de não-estigmatização de pessoas LGB; e devido à crescente publicação de investigações que reconhecem a homossexualidade como uma forma de expressão amorosa (Menezes & Costa, 1992). Assim, o *coming out* é, hoje em dia, vivenciado de um modo muito diferente do que aquilo que era anteriormente, devido à maior quantidade de recursos e à maior facilidade de ajustamento à vida “fora-do-armário” – o que se repercute nas competências emocionais, na autoestima e na saúde mental das pessoas LGBT (Bigler, 2000).

### **3) Implicações da Homonegatividade**

A população LGBT sofre vários preconceitos, que surgem, sobretudo, através de mitos culturalmente construídos acerca da homossexualidade, da bissexualidade e da transexualidade. O termo “preconceito” designa a ideia pré-concebida – ou crença – que um indivíduo tem sobre alguém, a partir de rótulos socialmente atribuídos, ou seja, é o julgamento que se faz a respeito de uma pessoa, que não se conhece, perante alguma característica que esta possua (SJDC, 2018). O **preconceito sexual** é definido

pelas crenças, atitudes ou comportamentos negativos em relação a outra pessoa tendo por base a sua orientação sexual (Herek, 2004).

Deste conceito, advém o de **discriminação**, que representa as atitudes negativas e diferenciadas que uma pessoa toma para com outra, que surgem a partir de um preconceito. No que concerne às pessoas LGBT, o preconceito e discriminação manifestam-se de várias formas, como, por exemplo, serem excluídas pela própria família, serem impedidas de manifestar afeto publicamente, serem física e verbalmente agredidas e, por vezes, até assassinadas. Este tipo de atitudes contra a população LGBT ocorre, simplesmente, por terem uma atração afetiva e/ou sexual por pessoas do mesmo sexo/género que o seu, ou por possuírem uma identidade de género que não vai ao encontro do seu sexo biológico (SJDC, 2018). Neste âmbito, falamos em homofobia, transfobia e LGBTfobia, cujas definições se apresentam em seguida.

O termo homofobia surgiu em 1972, cunhado por George Weinberg (Adam, 1998), sendo considerado o primeiro marco em termos históricos, a nível mundial, na conceptualização de questões associadas à orientação sexual (Herek, 2004). Assim, a **homofobia** define o preconceito e a discriminação – tendo por base a orientação sexual – contra gays, lésbicas (**lesbofobia**) ou bissexuais (**bifobia**), podendo ser entendida como a antipatia, o desprezo, o medo, a aversão ou o ódio a pessoas gays, lésbicas ou bissexuais (SJDC, 2018). Trata-se de um medo irracional da homossexualidade – idêntico a outras fobias relatadas pela Psicologia (Adam, 1998). O uso do termo “irracional” nesta definição é bastante relevante, porque possibilita que a violência, a privação e a separação entre grupos sejam explicadas por esta “irracionalidade” (Samis, 1995). A definição do termo homofobia possibilitou também a exposição de experiências de invisibilidade, de hostilidade e de rejeição às quais as pessoas não-heterossexuais estão expostas, levando à descentralização da “problemática” associada às pessoas LGBT o que, conseqüentemente, levou à colocação da tónica nas questões relacionadas com a intolerância por parte da população heterossexual (Herek, 2004)

Segundo Junqueira (2007), a homofobia é um fenómeno intrinsecamente associado às questões de género, que se relacionam com valores, sistemas de crenças e de representação, relações de poder, disposições e estruturas hierarquizantes, mecanismos de exclusão, padrões relacionais e identitários. Todos estes aspetos se focam em legitimar e impor uma sequência única (sexo-género-sexualidade), regida, de forma rigorosa, por normas de género centradas na heterossexualidade.

Por sua vez, a **transfobia** pode ser definida da mesma forma que a homofobia, só que se trata do preconceito e da discriminação tendo em conta a identidade de género (mulheres trans, homens trans e travestis) (SJDC, 2018).

Em abril de 2016, na III Conferência Nacional de Políticas Públicas de LGBT, começou a utilizar-se o conceito de **LGBTfobia**, de modo a abranger, num único termo, tanto a homofobia/lesbofobia/bifobia como a transfobia. Assim, a LGBTfobia designa o preconceito e a discriminação, em função da orientação sexual e/ou da identidade de género (SJDC, 2018).

Na perspetiva de vários autores (Junqueira, 2007; Alden & Parker, 2005; Herek, 2004), a homofobia parece ser legitimada por meio da transgressão ou não-conformismo com as normas e papéis de género, visto que a heterossexualidade ainda é, ideologicamente, associada a papéis de género femininos e masculinos ditos “normais” e a homossexualidade é concebida como uma violação desses papéis.

Importa, ainda, atentar num outro conceito: o de **estigma**. O **estigma sexual** refere-se a todo o estigma relacionado com uma identidade, comunidade, comportamento ou relação não heterossexual. Trata-se do conhecimento partilhado socialmente que concebe a heterossexualidade como superior à homossexualidade (Herek, 2009). Isto produz um ambiente social stressante, que pode ter como consequência o aparecimento de perturbações mentais nas minorias sexuais (Meyer, 1995; 2003), tal como é corroborado por diversas pesquisas, que evidenciam um risco acrescido de problemas de saúde – quer física, quer mental – na população LGBT (Fergusson, Horwood, & Beautrais, 1999; Mayer et al., 2008; Cochran, Sullivan, & Mays, 2003).

Neste âmbito, existem, essencialmente dois tipos de estigma: (1) sentido; e (2) internalizado. O **estigma sentido** diz respeito à probabilidade expectável por um indivíduo, de que seja estigmatizado em diferentes situações e nas mais variadas circunstâncias. Ou seja, fundamenta-se na tomada de consciência de que existe um estigma sexual que o condena. O estigma sentido afeta o comportamento dos sujeitos, uma vez que estes tendem a evitar situações onde possam ser estigmatizados. Deste modo, as pessoas pertencentes a minorias sexuais, gerem cuidadosamente as informações a respeito de si próprios, de modo a precaverem-se de eventuais reações negativas, por parte de outras pessoas, ao conhecerem a sua identidade ou orientação sexual (Herek, 2009). Contudo, esta ocultação constitui-se como uma fonte de stress, que tem consequências adversas no bem-estar físico e psicológico da pessoa. Também a antecipação que a pessoa faz do estigma age como um stressor, que, consequentemente, gera diversas respostas a nível emocional, em diversas situações (Herek, 2009).

Por sua vez, o **estigma internalizado** alude à aceitação e à integração do estigma no sistema de crenças e de autoconceito de um indivíduo pertencente a uma minoria. Por outras palavras, a pessoa aceita a denegrição e a desvalorização do grupo

estigmatizado do qual faz parte (Herek, 2007; 2009). Deste modo, o estigma internalizado surge quando o autoconceito do sujeito é coerente com a estigmatização, que resulta da sociedade onde se insere. Isto implica, por parte das minorias sexuais, a aceitação da avaliação negativa que a sociedade faz a respeito da homossexualidade e, conseqüentemente, leva à adoção de comportamentos negativos para consigo próprio/a e para com os próprios desejos homossexuais. Assim, tais atitudes podem conduzir ao desejo da pessoa de se tornar heterossexual, renunciando à sua própria homossexualidade (Herek, 2009).

Posto isto, o estigma internalizado difere do estigma sentido, uma vez que, no estigma sentido, existe a consciência, por parte do sujeito estigmatizado, das normas sociais e da expectativa de que o estigma ocorrerá; todavia, não reflete precisamente as atitudes do sujeito (Herek, 2007; 2009).

Neste tópico é, ainda, relevante, esclarecer dois construtos que se fundamentam na perspectiva dicotômica de orientação sexual e, como tal, são edificados através de uma base sólida de hegemonia heterossexual e de preconceito sexual – heteronormatividade e heterossexismo. Neste sentido, a **heteronormatividade** é identificada através das concepções que incentivam a heterossexualidade como norma universal, classificando, conseqüentemente, a homossexualidade como o desvio a essa norma, que se opõe à heterossexualidade (Dinis, 2011). Dito de outro modo, a homossexualidade é concebida como um desvio, aberração, perversão, doença, crime, imoralidade e pecado, pois a heterossexualidade é compreendida e experienciada como a única forma natural e legítima da expressão sexual e identitária (Junqueira, 2007).

Associado ao conceito de heteronormatividade, surge então o **heterossexismo**. Este conceito é proposto por Morin (1977), para definir a adoção de um estilo de vida baseado nas normas heterossexuais, ao invés da promoção de um estilo de vida homossexual – que, acarreta, no campo institucional e individual, uma experiência e um sentimento de marginalização de pessoas que não são heterossexuais (Samis, 1995). De modo geral, o heterossexismo é concebido como a manifestação clara e direta de que a sociedade “devia ser”, exclusivamente, heterossexual (Alden & Parker, 2005). Posto isto, assenta, então, em crenças e concepções de que todas as pessoas são heterossexuais, por exemplo (Marshall & Hernandez, 2012).

O heterossexismo abrange, segundo Herek (2004), todas as ideologias que promovem a antipatia contra indivíduos não-heterossexuais, às quais se associam crenças relativas à moralidade e ao gênero e concepções de que as pessoas homossexuais representam “perigo”, considerando as minorias sexuais como pecaminosas e desviantes; ou seja, refere-se a todos os sistemas que legitimam a discriminação, a hostilidade e a violência. Desta forma, o estigma social associado à homossexualidade é

perpetuado, legitimando, simultaneamente, a presença de relações de estatuto e de poder hierarquizadas, que consideram a heterossexualidade superior à homossexualidade; negando as identidades, comportamentos, comunidades e relações não-heterossexuais; e classificando a população e as relações LGBT como imorais, invisíveis, doentes, desviantes e criminosas (Herek, 2004).

Importa esclarecer que, embora no senso comum a palavra heterossexismo seja empregue para designar a homofobia, a grande maioria dos investigadores atenta que o heterossexismo diz respeito a uma ideologia manifestada culturalmente por meio das instituições sociais; e que, por sua vez, a homofobia designa as ações e atitudes individuais que refletem essa mesma ideologia (Herek, 2004). Portanto, quer o heterossexismo quer a homofobia designam conceitos que estão enraizados em padrões normativos de comportamento que fazem a distinção entre aquilo que é “normal” e “desviante”; e no modo com esses padrões influenciam a vitimização e a objetificação dos grupos marginalizados e das minorias sociais (Samis, 1995).

Historicamente, a população LGBT tem sido privada de inúmeros direitos, devido aos preconceitos existentes na nossa sociedade. O direito à diferença é um dos exemplos dessa privação, uma vez que estas pessoas são, frequentemente, discriminadas/ estigmatizadas. Consequentemente, encontram-se, maioritariamente, em situações de vulnerabilidade. Esta vulnerabilidade advém de situações como, por exemplo, a exclusão social, o rompimento dos vínculos a nível familiar, a discriminação escolar que, muitas vezes, leva ao abandono escolar ou a dificuldade/impedimento do acesso ao mercado de trabalho – principalmente em pessoas transexuais (SJDC, 2018). Toda e qualquer forma de preconceito, mesmo as que aparentam ser menos graves, podem ter efeitos negativos a longo prazo para o bem-estar e para a saúde psicológica das pessoas LGB (Meyer, 2003).

#### **4) Teoria do Stresse Minoritário (*Minority Stress Model*)**

A população LGBT tem um risco acrescido de perturbação mental devido ao stresse social (Meyer, 2013), como é corroborado por vários estudos, que demonstraram que, quando comparadas com pessoas heterossexuais, as lésbicas e os gays sofrem um maior número de problemas relacionados com a saúde mental, como são exemplo as perturbações afetivas, de uso de substâncias e o suicídio (Cochran, 2001; Gilman et al., 2001; Sandfort, Graaf, Bijl & Schnabel, 2001; Herrell et al., 1999).

A maioria dos investigadores defende que a grande prevalência de perturbações mentais em pessoas LGB está associada ao estigma, ao preconceito e à discriminação

que esta população sofre (Meyer, 2013). Consequentemente, estes fatores criam um ambiente social stressante para pessoas que pertencem a grupos minoritários estigmatizados, conduzindo a um maior número de problemas de saúde mental (Friedman, 1999). A esta hipótese dá-se o nome de “stress minoritário” (Meyer, 1995). Desta forma, é esperado que o stress social exerça uma grande influência no dia-a-dia de pessoas que pertencem a categorias sociais estigmatizadas, como é o caso das categorias relacionadas com o género e com a sexualidade. O preconceito e a discriminação relacionados com a homofobia ou com o sexismo são considerados eventos stressantes para as vítimas (Meyer, 1995). Fundamentalmente, os modelos de stress minoritário relativos à discriminação sexual procuram descrever os processos de stress, que incluem, por exemplo, expectativas de rejeição, ocultação, experiências de preconceito, homofobia internalizada e estratégias de *coping* mais adaptativas. Stressores como o estigma sexual ou a homofobia impõe que o sujeito se adapte mas, simultaneamente, causam um stress significativo que conduz à afetação da saúde física e mental (Dohrenwend et al., 1992).

Conforme a APA (2012), um dos principais marcos teórico-explicativos do risco acrescido de problemas de saúde para as minorias sexuais é o Modelo do Stress Minoritário. O stress minoritário é um conceito que advém de diversas orientações teóricas psicológicas e sociais, e diz respeito à relação estabelecida entre os valores dominantes e minoritários e o conflito resultante com o ambiente social experienciado pelos membros dos grupos minoritários (Meyer, 1995; Pearlin, 1989).

O Modelo do Stress Minoritário (*Minority Stress Model*) de Meyer (2003) – que tem na sua base os processos de stress em populações minoritárias de acordo com a orientação sexual, mais especificamente, gays, lésbicas e bissexuais – baseia-se, essencialmente, nos fatores relacionados com diversos stressores e estratégias de *coping* e o seu impacto (positivo ou negativo) na saúde mental destas populações. Esta teoria é fundamentada na premissa de que o estigma e o preconceito contra a população LGBT provocam stressores únicos e que esses stressores desencadeiam resultados prejudiciais à saúde, quer física, quer mental (Meyer, 2003; 2015), ou seja, o impacto do stress na saúde é determinado pelos efeitos compensatórios dos processos de stress e pelas estratégias de *coping* (Meyer, 2015). Este modelo demonstra que as circunstâncias ambientais, especialmente aquelas associadas ao estigma e ao preconceito, causam stressores que as pessoas LGBT experienciam durante toda a vida (Meyer, 2015).

De acordo com esta teoria, os processos de stress minoritário são compreendidos ao longo de um continuum distal – proximal. Os stressores distais referem-se a eventos e experiências externas à pessoa; já os stressores proximais dizem

respeito a stressores transferidos por meio da socialização e experienciados pelo sujeito através dos seus processos cognitivos internos. São exemplos de stressores distais os eventos de vida, a discriminação diária ou as microagressões (Meyer, Ouellette, Haile & McFarlane, 2011). Por sua vez, os stressores proximais incluem, por exemplo, expectativas de rejeição e discriminação, atitudes sociais negativas internalizadas, como é o caso da homofobia e da transfobia internalizadas e a ocultação da identidade sexual ou de género. Todos estes stressores podem conduzir a resultados de saúde mental adversos, como a ansiedade, depressão, perturbações por uso de substâncias, suicídio e problemas de saúde física relacionados ao stress, como a asma (Fredriksen-Goldsen, Kim, & Barkan, 2012; King et al., 2008; Marshal et al., 2008).

Meyer (2013) sugere que existem três processos de stress minoritário relevantes para a população LGB, nomeadamente: (1) eventos e condições stressantes externas e objetivas; (2) expectativas de determinados eventos e condições e vigilância que essas expectativas requerem; e (3) internalização de atitudes sociais negativas. No entanto, há um outro processo de stress que deve ser considerado: a ocultação da orientação sexual de uma pessoa – tratando-se de um stressor que ocorre através de processos psicológicos internos (Cole, Kemeny, Taylor, & Visscher, 1996).

Assim, sugere-se que as disparidades de saúde verificadas nas minorias sexuais podem ser esclarecidas, em grande parte, pelos stressores resultantes de uma cultura hostil e homofóbica, que, muitas vezes, conduz a uma vida de maus-tratos, assédio, discriminação e vitimização (Marshal et al., 2008; Meyer, 2003).

Muitos dos conceitos deste modelo sobrepõem-se, o que representa a sua interdependência. Desta forma, verifica-se uma forte correlação entre a Teoria do Stress Minoritário (Meyer, 2003) e a maior probabilidade de sofrimento psicológico e problemas de saúde física em populações de minorias sexuais (APA, 2012).

Embora a Teoria do Stress Minoritário de Meyer (2003) se refira, principalmente, à orientação sexual, há estudos que demonstram que a identidade de género também está implicada nesta teoria, uma vez que os stressores minoritários também afetam a saúde de pessoas transgénero (Testa, Habarth, Peta, Balsam & Bockting, 2015; Bockting, Miner, Romine, Hamilton & Coleman, 2013; Hendricks & Testa, 2012). Estas pesquisas sugerem que os stressores minoritários, descritos pelas minorias sexuais, são semelhantes aos aplicáveis às minorias de género. Um dos principais stressores diz respeito à afirmação de género de pessoas transexuais em interações sociais (Testa et al., 2015; Sevelius, 2013).

De modo geral, as interações que o indivíduo tem com a sociedade, fornecem-lhe informações acerca da construção do mundo. Quando essas informações são

incongruentes com a experiência minoritária da pessoa, a saúde fica comprometida (Moss, 1973 cit. in Meyer, 2013).

## **5) Saúde Mental na População LGBT**

Neste tópico, por saúde mental, entendem-se os quadros clínicos de depressão, de ansiedade e de somatização, ainda que, acerca deste último, não haja literatura científica que permita o seu enquadramento na população LGBT.

A população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transsexuais) vê, frequentemente, os seus direitos violados, uma vez que, por adotarem comportamentos diferentes da convenção social da maioria – a heteronormatividade – é afetada por demonstrações públicas de preconceito, incluindo agressões físicas, verbais e ou/ psicológicas (Melo, Silva & Mello, 2019). Esta discriminação de que as pessoas LGBT são alvo, impacta a sua saúde. A necessidade de ocultação da identidade sexual – por exemplo –, por receio da discriminação, pode ter efeitos a nível psicológico, assim como a nível relacional, o que gera ansiedade (Meyer, 1995; 2003). Assim, resultado de um ambiente social ansiógeno, este tipo de situações causa um forte sofrimento psicossocial, propício a conflitos internos, insegurança e angústia, que deixa a população LGBT mais vulnerável à manifestação de sintomatologia depressiva (Oliveira & Polidoro, 2018).

Este tipo de ambiente social (discriminatório) – que ainda é mantido atualmente – provoca o adoecimento desta população, manifestado por sentimentos de frustração, opressão, baixa autoestima e vergonha de si próprio (Oliveira, 2018). Neste sentido, importa esclarecer que a depressão é uma perturbação mental bastante comum (APA, 2013), estando cada vez mais presente na sociedade contemporânea (OPAS, 2017).

Quer as perturbações depressivas, quer as perturbações ansiógenas, constituem-se como um dos problemas de saúde mental mais preocupantes, uma vez que são consideradas as principais causas de incapacitação e de morte prematura no mundo (Su et al., 2016). Não se consta que estes quadros clínicos sejam inerentes a uma minoria sexual identitária, no entanto, podem desenvolver-se face a uma vivência discriminada, devido à ocultação da identidade sexual, dos abusos físicos, verbais ou emocionais por parte de amigos, membros da família ou de grupos intolerantes (Mayer et al., 2008; Meyer, 2003).

Ainda no âmbito da saúde mental, Pilkington e D’Augelli (1995) afirmam que as pessoas LGB, devido à vitimização, têm um risco acrescido de desenvolver consequências negativas para o seu bem-estar físico e psicológico. Estas consequências, a nível psicológico, incluem sentimentos de culpa, reações comportamentais e reações somáticas. As reações somáticas comuns à vitimização incluem dores de cabeça,

diarreia, choro incontrollável, agitação e inquietação, distúrbios do sono e pesadelos (Janoff-Bulman & Frieze, 1983).

As investigações realizadas com a população LGB apontam para resultados alarmantes, pois indicam que nesta população parece existir uma probabilidade acrescida de problemas mentais, nomeadamente ansiedade e depressão (Lyons & Hosking, 2014; Shilo & Mor, 2014; Almeida et al., 2009). As pesquisas realizadas no âmbito da saúde mental em populações LGBT têm vindo a demonstrar que a discriminação exerce uma influência negativa nesta área, contribuindo, principalmente, para o aumento da sintomatologia ansiosa e depressiva, mas também do stresse psicológico, de medos, sentimentos de culpa e desesperança, de ideação e tentativas de suicídio (Pereira & Costa, 2016; Borralha & Pascoal, 2015; Almeida et al., 2009).

Estudos concretizados com jovens gays, lésbicas e bissexuais comprovam a suscetibilidade destas pessoas a problemas mentais, como, por exemplo, a depressão (Shilo & Savaya, 2012; Almeida et al., 2009). Estes resultados – que indicam uma saúde mental mais frágil nesta população – devem-se, segundo Almeida e colaboradores (2009), à discriminação em função da orientação sexual, das quais são exemplo as ameaças de violência, a agressão física e o abuso verbal e sexual, sendo evidenciado que as mulheres são menos vitimizadas que os homens.

Um estudo de Leonard, Lyons e Bariola (2015) demonstrou que, no que à saúde mental diz respeito, os australianos LGBT apresentam níveis elevados de depressão e de ansiedade. Isto é corroborado pela investigação de Fingerhut, Peplau e Gable (2010), que pontua que as mulheres lésbicas e os homens gays demonstram, além da depressão, níveis mais elevados de ansiedade que as pessoas heterossexuais. No entanto, estas diferenças parecem não ser resultado da homossexualidade em si, mas sim o resultado de experiências geradoras de stresse (e.g. rejeição, violência, discriminação), que advêm do facto de pertencerem a um grupo social minoritário estigmatizado; o que é corroborado pelo estudo de Kelleher (2009), que indicou que a discriminação, o assédio e a vitimização parecem influenciar o aumento da sintomatologia no âmbito da saúde mental, contribuindo para a elevada prevalência de suicídio desta população.

A investigação nesta área demonstra, também, que as pessoas bissexuais revelam mais problemas de saúde mental do que as pessoas gays ou lésbicas; e que, no que respeita ao género, as mulheres bissexuais e lésbicas apresentam mais sintomatologia depressiva que os homens gays e bissexuais (Shilo & Savaya 2012; Fingerhut et al., 2010). No entanto, Kertzner e colaboradores (2009), no seu estudo, não encontraram diferenças significativas entre a saúde mental e o género, o que, de acordo com os autores, pode dever-se a mudanças de atitudes sociais relativas ao sexo feminino. Deste

modo, não é claro que exista algum tipo de relação entre ter problemas de saúde mental e ser mulher bissexual ou lésbica.

Apesar de existirem normas constitucionais que se destinam à garantia do acesso da população LGBT aos cuidados de saúde, o estigma social não pode ser ignorado, sobretudo nas relações sociais como os serviços de saúde e a família (Silva, Leite, Lins, Silva & Santos, 2016). Existe uma resistência por parte das pessoas LGBT em usufruírem dos cuidados de saúde, derivada da insegurança e do receio em expressarem a sua sexualidade, uma vez que os profissionais de saúde não estão aptos para lidar com as demandas específicas inerentes a esta população. Isto acontece porque, na formação dos técnicos de saúde – que são também, histórica e culturalmente, abrangidos pela heteronormatividade – o tema ainda é muito pouco abordado (Lima, Souza & Dantas, 2016).

## 6) Autoconceito e Autoestima Sexual

Uma vez que a terminologia do *self* é demasiado extensa, inicialmente, surgiu alguma inexatidão na diferenciação correta e objetiva dos termos de autoconceito e autoestima (Fox, 2000 cit. in Bernardo & Matos, 2003). Segundo Rosenberg (1979 cit. in Rosenberg, Schooler, Schoenbach, 1995), o autoconceito e a autoestima não são construtos semelhantes nem intermutáveis; existem os dois, como entidades separadas e distintas, no campo fenomenológico da pessoa. Atualmente, são considerados dois construtos que tratam duas entidades psicológicas distintas, relacionadas a diferentes dimensões do *self* (Peixoto, 2003).

O **autoconceito** descreve um construto mais abrangente e alude à autodescrição do sujeito, relacionando-se com a percepção que este tem a respeito de si próprio (Vaz-Serra, 1988); já a autoestima refere-se à dimensão avaliativa do autoconhecimento, que se relaciona com a forma como o indivíduo se autoavalia (Baumeister, 1994 cit. in Bernardo & Matos, 2003).

Assim, a **autoestima** tem uma origem, essencialmente, fenomenológica e descreve até que ponto é que a pessoa está satisfeita consigo mesma (Monteiro, 2013). Por esta razão, referimo-nos à autoestima como um construto positivo ou negativo, resultante de uma autoavaliação na qual o sujeito se considera, em termos globais, enquanto objeto de avaliação (Peixoto, 2003). Uma autoestima elevada é apontada, segundo Corrigan & Matthews (2003), como um dos benefícios do *coming out*. De acordo com uma investigação levada a cabo por Costa e Poeschl (2010, cit. in Poeschl, Vanâncio & Costa 2012), a respeito da opinião das pessoas heterossexuais sobre as

consequências da revelação ou não da homossexualidade, constatou-se que, no geral, a população considera que as consequências da homossexualidade são negativas, independentemente da decisão tomada. No entanto, as consequências decorrentes do *coming out* são percebidas como menos negativas que as da não revelação. Assim, as consequências da revelação da identidade sexual estão associadas a uma maior autoestima e conseqüente qualidade dos relacionamentos.

Apesar de ser esperado que a dinâmica presente no desenvolvimento da autoestima e do autoconceito sexual seja idêntica à dinâmica de desenvolvimento da autoestima e do autoconceito em geral, a área da sexualidade pode revelar-se complexa neste aspeto (Garcia, 1999). Isto porque, de acordo com a Teoria da Comparação Social de Festinger (1954), o ser humano adquire conhecimento acerca de si próprio, comparando-se aos outros. Assumindo isto, o problema reside no facto de a sexualidade ser um assunto da esfera privada, e, por isso mesmo, não se revelarem muitos pormenores concernentes aos comportamentos e atitudes sexuais, além de que as emoções e a ansiedade presentes nas relações e experiências sexuais pode dificultar o desenvolvimento de uma percepção real acerca da sua identidade sexual (Garcia, 1999).

O **autoconceito sexual** concerne à forma como a pessoa se autoavalia em termos da sua sexualidade. Deste modo, abrange dimensões relacionadas com avaliações afetivas, cognitivas, comportamentais e interpessoais da sexualidade, assim como inclui atribuições relativas ou desejo e excitação. Todos estes fatores providenciam uma visão mais abrangente, relativa à diversidade de sentimentos e de pensamentos que um indivíduo pode ter a respeito da sua própria sexualidade (Deutsch, Hoffman & Wilcox, 2013). O desenvolvimento e a preservação do autoconceito sexual são tarefas muito importantes na adolescência (Longmore, 1998), principalmente em pessoas LGB (Carreiras, 2014).

Por sua vez, o conceito de **autoestima sexual** é o mais comumente utilizado na investigação da individualidade sexual, e abrange pensamentos, sentimentos e experiências sexuais que um sujeito confere ao *self* (Carreiras, 2014). A autoestima sexual diz respeito à importância que a pessoa atribui a si mesmo como um ser sexual e inclui a sua identidade sexual e as percepções de aceitação sexual (Mayers, Heller & Heller, 2003). Por outras palavras, e, conforme Gaynor e Underwood (1995 cit. in James, 2011), a autoestima sexual alude à tendência do ser humano para valorizar a sua própria sexualidade, que a aproxima de experiências sexuais com outras pessoas. Já na perspectiva de Zeanah e Schwarz (1996), a autoestima sexual é definida pelas reações a nível afetivo às próprias cognições, comportamentos e sentimentos sexuais. Estas reações afetivas dizem respeito às sensações – boas ou más – que o sujeito experiencia, resultantes das avaliações cognitivas. Quando são positivas, as reações integram

sentimentos de satisfação, segurança e orgulho; já as reações negativas incluem sentimentos ou sensações de vulnerabilidade, insegurança, confusão, insatisfação ou decepção (Zeanah & Schwarz, 1996).

Gaynor e Underwood (1995 cit. in James, 2011) referem que a aquisição de uma autoestima sexual positiva ou negativa se dá por meio do histórico familiar, da influência do grupo de pares e da experiência pessoal. Esta noção parece estar relacionada à Teoria da Aprendizagem Social de Bandura (1977 cit. in Bandura, 2001), na qual a autoestima sexual é internalizada e aprendida no decorrer de processos culturais e de socialização específicos entre o sujeito e o ambiente (Træen et al., 2014).

A discussão da autoestima sexual é considerada uma forma de as pessoas processarem e explorarem aspetos sexuais das suas vidas. Assim, a autoestima sexual é uma estrutura dinâmica e ativa que se constrói por meio da organização das percepções de qualidades pessoais sexuais, isto é, trata-se de uma construção interna que se molda com base nas interpretações subjetivas de experiências sexuais e no *feedback* externo de outras pessoas (Deutsch, Hoffman & Wilcox, 2013).

Segundo Lyttkens (1989 cit. in Træen et al., 2014), a capacidade das pessoas se apreciarem a si próprias está associada a níveis mais elevados de autoestima sexual, e pode ser considerada uma consequência de atitudes positivas que a pessoa interioriza e aprende a partir da interação com outras pessoas durante a infância. Numa sociedade em que as atitudes em relação à homossexualidade são negativas, a criança, provavelmente, irá interiorizar essas atitudes em relação à identidade sexual. Como tal, a superação destas atitudes pode ser difícil para a autoestima geral e, conseqüentemente, sexual da criança homossexual (Meyer, 1995).

## **7) Estilos de Vinculação**

A Teoria da Vinculação compreende o modo como o sujeito constrói padrões relacionais e a forma como estes moldam as suas interações ao longo de toda a vida (Fraley & Shaver, 2000). Esta teoria foi desenvolvida, inicialmente, por John Bowlby, que pretendia compreender o efeito duradouro que as relações precoces exercem no desenvolvimento da personalidade (Carvalho, 2014), propondo, assim, que a ligação entre o bebé e a mãe surge de uma necessidade biológica que o bebé tem de estar próximo de uma figura cuidadora (Ainsworth & Bowlby, 1991).

De acordo com Bowlby (1982), o ser humano, de modo a assegurar as necessidades de proteção da criança, tem um repertório de comportamentos de vinculação, i.e., comportamentos instintivos, que são ativados quando há a percepção de

perigo e que permitem ao bebé estabelecer e manter uma relação de proximidade com alguém que lhe ofereça proteção. Assim, a criança sente-se segura e amada, quando percebe que a figura de vinculação está atenta e disponível, o que auxilia e estimula comportamentos de interação e de exploração com o meio envolvente. Porém, quando a figura de vinculação não é percebida como próxima e disponível, a criança sentirá ansiedade, sendo provável que demonstre certos comportamentos de vinculação até que atinja a proximidade desejada (Carvalho, 2014). Atendendo ao descrito, as experiências precoces com as figuras de vinculação influenciam as expectativas que a criança desenvolverá a respeito do seu próprio valor, bem como a respeito da acessibilidade e disponibilidade dos outros que lhe são significativos (Bowlby, 1982).

Deste modo, as diversas experiências vividas pela criança com as figuras de vinculação moldam a forma como o seu sistema de vinculação – que é construído através das representações mentais destas interações – se expressará (Bowlby, 1973 cit. in Carvalho, 2014). Tais representações constroem um conjunto de expectativas, regras e conhecimentos acerca da disponibilidade e acessibilidade das figuras de vinculação, bem como do valor do próprio indivíduo e da sua capacidade de influenciar os outros, auxiliando a prever interações futuras (Carvalho, 2014). Ainda que o sistema de vinculação se expresse, principalmente na infância, este mantém-se ativo ao longo de toda a vida e influenciará os comportamentos, as emoções e as expectativas relacionais em todas as relações do indivíduo, ao longo da vida (Bowlby, 1988).

Se as figuras de vinculação se demonstrarem sensíveis, disponíveis e eficazes, a criança sentir-se-á segura, o que fará com que a procura de proximidade seja vista como uma forma de regulação emocional, além de favorecer a construção de representações positivas dos outros. Deste contacto inicial com as figuras de vinculação, surgem, através da introjeção dos traços de segurança que a figura de vinculação transmite, as representações positivas do *self* – percebendo-se como um ser amado e capaz (Mikulincer & Shaver, 2004). Porém, quando as figuras de vinculação não se mostram responsivas e disponíveis, não é proporcionado à criança um estado interno de segurança, o que promove o surgimento de preocupações que se associam às representações dos outros e do *self*, que conduz a um sentimento de vulnerabilidade (Carvalho, 2014). Neste sentido, as experiências negativas com as figuras de vinculação induzem, na criança, um mal-estar interno, manifestado por sentimentos de tristeza, raiva e ansiedade (Bowlby, 1982).

**Estilo de vinculação** foi um termo proposto por Ainsworth (1985), para definir os padrões de resposta das crianças aquando da separação e do reencontro com as figuras de vinculação. No entanto, atendendo às diversas alterações teóricas ao longo do tempo, Fraley e Shaver (2000) e Mikulincer e Shaver (2002) optam por definir o

estilo de vinculação como o padrão sistemático de necessidades, emoções, estratégias de regulação emocional, comportamentos e expectativas relacionais que resultam da internalização das experiências de vinculação, que favorecerá a dependência de uma determinada estratégia de vinculação, de modo a regular-se emocionalmente. Os estilos de vinculação ou os padrões interpessoais de cada sujeito são caracterizados por meio das estratégias que se associam ao estilo de vinculação, quer este seja seguro ou inseguro (Mikulincer & Shaver 2007, cit. in Carvalho, 2014).

Numa primeira fase, foi proposta a existência de três estilos de vinculação, nomeadamente: (1) **seguro**, onde há uma procura de aproximação da figura de vinculação para obter conforto, sobretudo após momentos de separação e onde a criança se sente reconfortada com este contacto, bem como confiante para explorar o meio que a envolve; (2) **evitante**, onde a criança não demonstra ansiedade face à separação da figura de vinculação e não procura a proximidade com esta após a separação; e (3) **ansiosa/ambivalente**, onde a criança se mostra muito afetada pela distância e separação face à figura de vinculação, porém, sente-se pouco reconfortada com a sua reaproximação (Carvalho, 2014). Após este modelo, Main e Soloman (1990 cit. in Carvalho, 2014), sugeriram um quarto estilo de vinculação, apelidado de **desorganizado**, no qual as crianças não apresentam um estilo de vinculação estável, adotando comportamentos contraditórios, revelando-se inquietas aquando da reunião com a figura de vinculação.

Em 1991, Bartholomew e Horowitz, inspirados na teoria de Bowlby, desenvolveram o seu próprio modelo, com quatro estilos de vinculação que surgem combinados. Este foi o modelo utilizado nesta investigação, onde cada modelo interno pode ser considerado negativo ou positivo. Assim, os quatro estilos de vinculação compreendidos neste modelo são: (1) **seguro** – encontrado em indivíduos que se sentem confortáveis quer com a sua autonomia, quer com a intimidade, podendo depender tanto de si próprios como dos outros e continuarem a sentir-se confortáveis em ambas as situações; (2) **preocupado**, que caracteriza os indivíduos que dependem bastante dos outros, e se preocupam muito com as relações, uma vez que o seu bem-estar pessoal depende da aceitação dos outros, demonstrando, também, uma ambivalência em relação aos seus investimentos e comprometimentos; (3) **evitante-desligado**, presente em sujeitos que dependem muito pouco dos outros, desvalorizando a importância das relações íntimas por meio da repressão de emoções e pela ênfase na autodeterminação e pela ausência de coerência e de clareza na discussão das relações, ou seja, faz compromissos aparentes, mas não é capaz de investir; e (4) **evitante-amedrontado**, que diz respeito a indivíduos receosos a respeito da intimidade e que se revelam socialmente evitantes, pelo receio de serem rejeitados e

por desconfiarem dos outros (Ribeiro & Costa, 2001). Estes estilos de vinculação podem ser facilmente entendidos através da figura 1, que se apresenta em seguida.

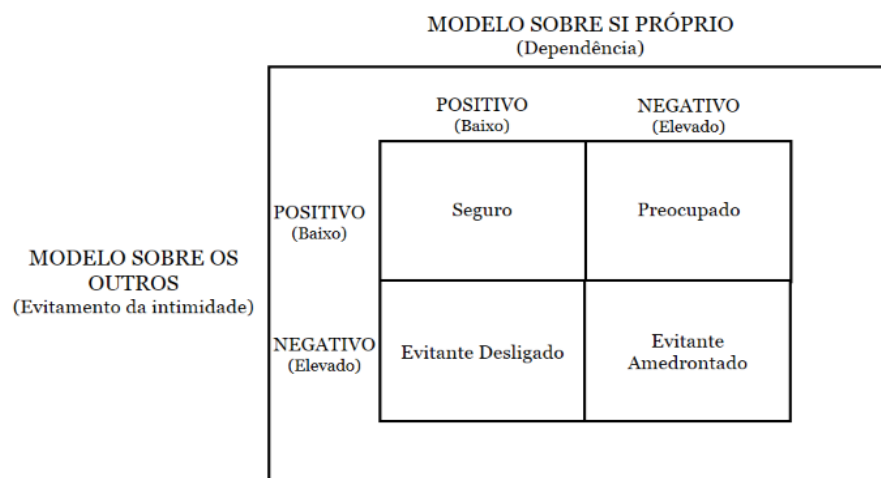


Figura 1 – Tipologia dos estilos de vinculação de Bartholomew e Horowitz (1991)

Por oposição aos negativos, os modelos positivos acerca de si próprio exprimem uma autoperceção e um autoconceito positivos, i.e., o sujeito percebe-se como merecedor de atenção e de amor; os modelos positivos a respeito dos outros, contrariamente aos negativos, percebem os outros como disponíveis, confiáveis e suscetíveis de serem amados. Cada padrão é representativo de um protótipo. Uma vez que são as várias experiências ao longo da vida do indivíduo que determinam as imagens que tem de si próprio e dos outros, é esperado que as suas experiências atuais não correspondam a um único protótipo. Ou seja, não é esperado que as pessoas demonstrem um único estilo de vinculação, mas sim que reconheçam, em si mesmas, características dos outros estilos de vinculação. Deste modo, quando é evidenciado, na análise final, um certo estilo de vinculação, isso só quer dizer que as experiências desse indivíduo se aproximam mais de uma determinada célula, do que das outras três (cf. figura 1) (Ribeiro & Costa, 2001).

Como se depreende, este modelo, sendo flexível, permite respeitar a complexidade da descrição dos estilos de vinculação adultos. As dimensões deste modelo podem, também, ser descritas em termos de evitamento da intimidade (eixo vertical) – que reflete o grau em que o indivíduo evita o contacto próximo com outras pessoas, devido às expectativas de consequências aversivas; e de dependência (eixo horizontal) – que varia de baixa (quando a autoperceção positiva não requer validação externa e é estabelecida internamente) a elevada (quando a autoperceção positiva só é mantida se se for aceite pelos outros) (Ribeiro & Costa, 2001).

## Referências Bibliográficas

- Adam, B. (1998). Theorizing homophobia. *Sexualities*, 1(4), 387-404.
- Ainsworth, M. (1985). Attachment across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61(9), 792-812.
- Ainsworth, M. & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341.
- Alden, H., & Parker, K. (2005). Gender role ideology, homophobia and hate crime: linking attitudes to macro-level anti-gay and lesbian hate crimes. *Deviant Behavior*, 26(4), 321-343. doi: 10.1080/016396290931614
- Almeida, J., Johnson, R., Corliss, H., Molnar, B., & Azrael, D. (2009). Emotional distress among LGBT youth: the influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 1001-1014. doi: 10.1007/s10964-009-9397-9
- American Psychological Association (APA) (2012). The minority stress perspective [página oficial da American Psychological Association]. Recuperada de <https://www.apa.org/pi/aids/resources/exchange/2012/04/minority-stress>
- American Psychological Association (APA) (2015). *Key terms and concepts in understanding gender diversity and sexual orientation among students*. Washington, D.C.: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1–26. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.1

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 226-244. doi: 10.1037/0022-3514.61.2.226
- Belmonte, K. (2011). *Lesbian and bisexual identity in multiple ecological contexts*. (Tese de mestrado não publicada). State University of New York at New Paltz, New York.
- Ben-Ari, A. (1995). The discovery that an offspring is gay: parents, gay men's, and lesbians' perspectives. *Journal of Homosexuality*, *30*(1), 89–112. doi: 10.1300/j082v30n01\_05
- Bernardo, R., & Matos, M. (2003). Adaptação portuguesa do physical self perception profil for children and youth e do perceived importance profile for children and youth. *Análise Psicológica*, *2*(21), 127-144.
- Bigler, M. (2000). *Generational differences among gay men in the coming out process, self-esteem, and HIV risk, prepared for the sexuality training and research program*. New York: HIV Center for Clinical and Behavioral Studies.
- Bockting, W., Miner, M., Romine, R., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the us transgender population. *American Journal of Public Health*, *103*(5), 943–951. doi: 10.2105/ajph.2013.301241
- Borralha, S., & Pascoal, P. (2015). Gays, lésbicas e saúde mental: uma revisão sistemática da literatura. *Omnia*, (2), 43-51.
- Bota, P. (2017). *Evolução e configuração atual do preconceito face a lésbicas e a gays: Um estudo comparativo*. (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Évora, Portugal.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss*. (2ª Ed.). New York: Basic Books.

- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Carneiro, N. (2009). “*Homossexualidades*”. *Uma psicologia entre ser, pertencer e participar*. Porto: Livpsic.
- Carreiras, L. (2014). *Autoestima sexual, identidade e homofobia internalizada numa população LGB*. (Tese de mestrado não publicada). Universidade do Algarve, Portugal.
- Carvalho, J. (2014). *Estilos de vinculação e mecanismos de defesa: um estudo com jovens adultos*. (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Lisboa, Portugal.
- Cass, V. (1979). Homosexuality identity formation: a theoretical model. *Journal of Homosexuality*, 4(3), 219-235. doi: doi.org/10.1300/J082v04n03\_01
- Cass, V. (1984). Homosexual identity formation: Testing a theoretical model. *Journal of Sex Research*, 20(2), 143–167. doi: doi.org/10.1080/00224498409551214
- Clarke, C. (2007). Facilitating gay men’s coming out: an existential-phenomenological exploration. Em E. Peel, V. Clarke & J. Drescher (Eds.), *British lesbian, gay and bisexual psychologies* (pp. 61-73). Binghampton: The Haworth Press.
- Clarke, V., Ellis, S., Peel, E., & Riggs, D. (2010). *Lesbian, gay, bisexual, trans and queer psychology: An introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cochran, S. (2001). Emerging issues in research on lesbians’ and gay men’s mental health: does sexual orientation really matter? *American Psychologist*, 56(11), 931–947. doi: 10.1037/0003-066x.56.11.931
- Cochran, S., Sullivan, J., & Mays, V. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay,

- and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 53. doi: 10.1037/0022-006X.71.1.53
- Cole, S., Kemeny, M., Taylor, S., & Visscher, B. (1996). Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity. *Health Psychology*, 15(4), 243–251. doi: 10.1037/0278-6133.15.4.243
- Coleman, E. (1982). Developmental stages of the coming out process. *Journal of Homosexuality*, 7(2-3), 31–43. doi: 10.1300/j082v07n02\_06
- Coleman, E. (1985). Developmental stages of the coming out process. In J. Gonsiorek (Ed.), *A guide to psychotherapy with gay and lesbian clients* (pp. 31–43). New York: Harrington Park Press.
- Corrigan, P., & Matthews, A. (2003). Stigma and disclosure: implications for coming out of the closet. *Journal of Mental Health*, 12(3), 235-248. doi: doi.org/10.1080/0963823031000118221
- Cramer, D., & Roach, A. (1988). Coming out to mom and dad: a study of gay males and their relationships with their parents. *Journal of Homosexuality*, 15(3-4), 79–91. doi: 10.1300/J082v15n03\_04.
- Dank, B. (1971). Coming out in the gay world. *Psychiatry*, 34(2), 180–197. doi: 10.1080/00332747.1971.11023666
- D’Augelli, A. (2005). Stress and adaptation among families of lesbian, gay, and bisexual youth: research challenges. *Journal of LGBT Family Studies*, 1(2), 115–135. doi: 10.1300/j461v01n02\_07
- D’Augelli, A., Grossman, A., & Starks, M. (2005). Parents’ awareness of lesbian, gay, and bisexual youths’ sexual orientation. *Journal of Marriage and Family*, 67(2), 474–482. doi: 10.1111/j.0022-2445.2005.00129.x

- Deutsch, A., Hoffman, L., & Wilcox, B. (2013). Sexual self-concept: testing a hypothetical model for men and women. *The Journal of Sex Research*, 51(8), 932–945. doi: 10.1080/00224499.2013.805315
- Dinis, N. (2011). Homofobia e educação: quando a omissão também é signo de violência. *Educar em Revista*, (39), 39-50. doi: dx.doi.org/10.1590/S0104-40602011000100004.
- Dohrenwend, B., Levav, I., Shrout, P., Schwartz, S., Nahev, G., Link, B., ... & Stueve, A. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science*, 255(5047), 946-952. doi: 10.1126/science.1546291
- Evans, M., & Barker, M. (2010). How do you see me? Coming out in counseling. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38(4), 375-391. doi: 10.1080/03069885.2010.503698
- Fergusson, D., Horwood, L., & Beautrais, A. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 56(10), 876-880. doi: 10.1001/archpsyc.56.10.876
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7(2), 117–140. doi: 10.1177/001872675400700202
- Fingerhut, A., Peplau, L., & Gable, S. (2010). Identity, minority stress and psychological well-being among gay men and lesbians. *Psychology & Sexuality*, 1(2), 101- 114. doi: 10.1080/19419899.2010.484592.
- Fraley, R., & Shaver, P. (2000). Adult romantic attachment: theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4, 132–154.
- Frazão, P., & Rosário, R. (2008). O coming out de gays e lésbicas e as relações familiares. *Análise Psicológica*, 1(26), 25–45.

- Fredriksen-Goldsen, K., Kim, H-J., & Barkan, S. (2012). Disability among lesbian, gay, and bisexual adults: disparities in prevalence and risk. *American Journal of Public Health, 102*(1), 16–21. doi: 10.2105/ajph.2011.300379
- Friedman, R. (1999). Homosexuality, psychopathology, and suicidality. *Archives of General Psychiatry, 56*, 887–888. doi: 10.1001/archpsyc.56.10.887
- Garcia, L. (1999). The certainty of the sexual self-concept. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 8*(4), 263-276.
- Gilman, S., Cochran, S., Mays, V., Hughes, M., Ostrow, D., & Kessler, R. (2001). Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health, 91*(6), 933–939. doi: 10.2105/ajph.91.6.933
- Goldberg, A. (2007). Talking about family: disclosure practices of adults raised by lesbian, gay, and bisexual parents. *Journal of Family Issues, 28*(1), 100-131. doi: doi.org/10.1177/0192513X06293606
- Hanley-Hackenbruck, P. (1989). Psychotherapy and the "coming out" process. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 1*(1), 21-39. doi: 10.1300/J236v01n01\_05
- Heatherington, L., & Lavner, J. (2008). Coming to terms with coming out: review and recommendations for family systems–focused research. *Journal of Family Psychology, 22*(3), 329-343. doi: 10.1037/0893-3200.22.3.329
- Hendricks, M., & Testa, R. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: an adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 460–467. doi: 10.1037/a0029597

- Henrickson, M. (2008). Deferring identity and social role in lesbian, gay and bisexual new zealanders. *Social Work Education*, 27(2), 169–181. doi: doi.org/10.1080/02615470701709626
- Herek, G. (2004). Beyond “homophobia”: thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research and Social Policy: Journal of NSRC*, 1(2), 6–24. doi: 10.1525/srsp.2004.1.2.6
- Herek, G. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: theory and practice. *Journal of Social Issues*, 63(4), 905-925. doi: 10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x
- Herek, G. (2009). Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework. Em D. Hope (Ed.), *Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities* (pp. 65-111). New York: Springer.
- Herrell, R., Goldberg, J., True, W., Ramakrishnam, V., Lyons, M., Eisen, S., & Tsuang, M. (1999). Sexual orientation and suicidality: A co-twin control study in adult men. *Archives of General Psychiatry*, 56(10), 867–874. doi: 10.1001/archpsyc.56.10.867.
- Hill, N. (2009). Affirmative practice and alternative sexual orientations: helping clients navigate the coming out process. *Clinical Social Work Journal*, 37(4), 346–356. doi: 10.1007/s10615-009-0240-2
- Human Rights Campaign (HRC). (2006). A resource guide to coming out. Retirado de [https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/resource\\_guide\\_april\\_2014.pdf?\\_ga=2.127700879.300362887.1592214259-781649203.1592214259](https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/resource_guide_april_2014.pdf?_ga=2.127700879.300362887.1592214259-781649203.1592214259)
- Iwasaki, Y., & Ristock, J. (2007). The nature of stress experienced by lesbians and gay men. *Anxiety, Stress and Coping*, 20(3), 299–319. doi: 10.1080/10615800701303264

- James, R. (2011). Correlates of sexual self-esteem in a sample of substance-abusing women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(3), 220–228. doi: 10.1080/02791072.2011.605700
- Janoff-Bulman, R., & Frieze, I. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39(2), 1–17. doi: doi.org/10.1111/j.1540-4560.1983.tb00138.x
- Junqueira, R. (2007). Homofobia: limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas. *Revista Bagoas*, 1(1), 1-22.
- 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. doi: doi.org/10.1080/09515070903334995
- Kertzner, R., Meyer, I., Frost, D., & Stirratt, M. (2009). Social and psychological well-being in lesbians, gay men, and bisexuals: the effects of race, gender, age, and sexual identity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 500–510. doi: 10.1037/a0016848
- King, M., Semlyen, J., Tai, S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(1), 1-17. doi: 10.1186/1471-244x-8-70
- Lasser, J., Ryser, G., & Price, L. (2010). Development of a lesbian, gay, bisexual, visibility management scale. *Journal of Adolescence*, 26, 415-428. doi: 10.1080/00918360903543154.
- 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.

Lima, M., Souza, A., & Dantas, M. (2016). Os desafios a garantia de direitos da população LGBT no sistema único de saúde (SUS), *Revista Interfaces*, 3(11), 119-125. doi: 10.16891/2317-434X.377

Lobato, M., Costa, A., Fontanari, A., Soll, B., Mueller, A., Filho, H., ... & Silva, D. (2016). Saúde mental e população de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros. *PROPSIQ*, 3(4), 9-41.

Longmore, M. (1998). Symbolic interactionism and the study of sexuality. *Journal of Sex Research*, 35(1), 44–57. doi: 10.1080/00224499809551916

Lorenzetti, A. (2016). Glossário. Em G. Viggiani (Org.), *Violência doméstica e em contexto de trabalho sexual contra mulheres LBT na UE* (pp. 158-163). Lisboa: Associação ILGA.

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. doi: 10.1007/s10508-014-0315-1.

Marshall, J., & Hernandez, F. (2012). “I would not consider myself a homophobe”: learning and teaching about sexual orientation in a principal preparation program. *Educational Administration Quarterly*, 20(10), 1-38. doi: doi.org/10.1177/0013161X12463231

Marshall, M., Friedman, M., Stall, R., King, K., Miles, J., Gold, M., ... Morse, J. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addiction*, 103(4), 546–556. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02149.x

- Mayer, K., Bradford, J., Makadon, H., Stall, R., Goldhammer, H., & Landers, S. (2008). Sexual and gender minority health: what we know and what needs to be done. *American Journal of Public Health, 98*(6), 989-995. doi: 10.2105/AJPH.2007.127811
- Mayers, K., Heller, D., & Heller, J. (2003). Damaged sexual self-esteem: a kind of disability. *Sexuality and Disability, 21*(4), 269–282. doi: 10.1023/b:sedi.0000010069.08844.04
- McLean, K. (2007). Hiding in the closet? Bisexuals, coming out and disclosure imperative. *Journal of Sociology, 43*(2), 151-166. doi: doi.org/10.1177/1440783307076893
- Melo, D., Silva, B., & Mello, R. (2019). A sintomatologia depressiva entre lésbicas, gays, bissexuais e transexuais: um olhar para a saúde mental. *Revista Enfermagem UERJ, 27*, 1-8. doi: doi.org/10.12957/reuerj.2019.41942
- Menezes, I., & Costa, M. (1992). Amor entre iguais: A psicoterapia da diferença. *Cadernos de Consulta Psicológica, (8)*, 79-84.
- Meyer, I. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior, 36*(1), 38–56. doi: 10.2307/2137286
- Meyer, I. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*(5), 674-697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Meyer, I. (2013). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*, 3–26. doi: 10.1037/2329-0382.1.S.3

- Meyer, I. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Divers*, 2(3), 209-213. doi: dx.doi.org/10.1037/sgd0000132
- Meyer, I., Ouellette, S., Haile, R., & McFarlane, T. (2011). “We’d be free”: narratives of life without homophobia, racism, or sexism. *Sexuality Research and Social Policy*, 8(3), 204–214. doi: 10.1007/s13178-011-0063-0
- Mikulincer, M. & Shaver, P. (2002). Attachment related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4(2), 133-161. doi: 10.1080/14616730210154171.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2004). Security based self-representations in adulthood: Contents and processes. Em W. Rholes & J. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 159–195). New York: Guilford Press.
- Monteflores, C., & Schultz, S. (1978). Coming out: similarities and differences for lesbians and gay men. *Journal of Social Issues*, 34(3), 59–72. doi: doi.org/10.1111/j.1540-4560.1978.tb02614.
- Monteiro, N. (2013) *Auto-Conceito, auto-estima e aprendizagem em crianças e adolescentes portadores de deficiência visual: a perspectiva dos seus professores*. (Tese de mestrado não publicada). Universidade Jean Piaget De Cabo Verde, Cabo Verde.
- Morin, S. (1977). Heterosexual bias in psychological research on lesbianism and male homosexuality. *American Psychologist*, 32(8), 117-128. doi: 10.1037//0003-066x.32.8.629.
- Morris, J., Waldo, C., & Rothblum, E. (2001). A model of predictors and outcomes of outness among lesbian and bisexual women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 61-71. doi: 10.1037/0002-9432.71.1.61

- National Sexual Violence Resource Center (NSVRC) & Pennsylvania Coalition Against Rape (PCAR). (2012). *The process of coming out: sexual violence & individuals who identify as LGBTQ*. United States: Department of Justice.
- Oliveira, D. (2018). *O suicídio na comunidade LGBT no Brasil*. (Tese de mestrado não publicada). Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.
- Oliveira, D., & Polidoro, M. (2018). *Promotores e promotoras da saúde LGBT para profissionais no SUS*. (2ªEd.). Porto Alegre: UFRGS.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2017). Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha “Vamos conversar” [página oficial da Organização Pan-Americana da Saúde]. Recuperada de [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839)
- Pearlin, L. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3), 241-256. doi: 10.2307/2136956
- Peixoto, F. (2003). *Auto-estima, autoconceito e dinâmicas relacionais em contexto escolar*. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade Do Minho. Braga. Portugal.
- 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*, 29(2), 205-217. doi: 10.1080/13511610.2016.1157683
- Pereira, H., & Leal, I. (2005). Medindo a homofobia internalizada: A validação de um instrumento. *Análise Psicológica*, 23(3), 323-328.

- Pilkington, N., & D'Augelli, A. (1995). Victimization of lesbian, gay, and bisexual youth in community settings. *Journal of Community Psychology, 23*(1), 34–56. doi:10.1002/1520-6629(199501)23:1<34::aidjcop2290230105>3.0.co;2-n
- Poeschl, G., Venâncio, J., & Costa, D. (2012). Consequências da (não) revelação da homossexualidade e preconceito sexual: o ponto de vista das pessoas homossexuais. *Psicologia, 26*(1), 33-53. doi: 10.17575/rpsicol.v26i1.261
- Ribeiro, M., & Costa, M. (2001). Estilos de vinculação, papéis sexuais, género e satisfação conjugal: um estudo com casais portugueses. *Cadernos de Consulta Psicológica, 17/18*, 197-214.
- Rosario, M., Schrimshaw, E., & Hunter, J. (2006). A model of sexual risk behaviors among young gay and bisexual men: longitudinal associations of mental health, substance abuse, sexual abuse, and the coming-out process. *AIDS Education & Prevention, 18*(5), 444-460. doi: 10.1521/aeap.2006.18.5.444
- Rosenberg, M., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review, 60*(1), 141-156. doi: 10.2307/2096350
- Rust, P. (1993). “Coming out” in the age of constructionism: sexual identity formation among lesbian and bisexual women. *Gender & Society, 7*(1), 50-77. doi: doi.org/10.1177/089124393007001004
- Saltzburg, S. (1996). Family therapy and the disclosure of adolescent homosexuality. *Journal of Family Psychotherapy, 7*(4), 1–18. doi: 10.1300/j085v07n04\_01
- Samis, S. (1995). “An injury to one is an injury to all”: *Heterosexism, homophobia and antigay/lesbian violence in greater Vancouver*. (Tese de mestrado não publicada). Simon Fraser University: Canada.

- Sandfort, T., Graaf, R., Bijl, R., & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 58(1), 85-91. doi: 10.1001/archpsyc.58.1.85
- Savin-Williams, R. (2003). Lesbian, gay and bisexual youths' relationships with their parents. Em L. Garnets & D. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian, gay, and bisexual experiences* (pp. 299–326). New York: Columbia University Press.
- Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania (SJDC). (2018). *Diversidade sexual e a cidadania LGBT*. Brasil: Governo do Estado de São Paulo.
- Sevelius, J. (2013). Gender affirmation: a framework for conceptualizing risk behavior among transgender women of color. *Sex Roles*, 68(11-12), 675–689. doi: 10.1007/s11199-012-02165
- 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.
- Silva, Í., Leite, J., Lins, S., Silva, T., & Santos, M. (2016). Ordens e desordens – complexidade do adolescer e saúde sexual: contribuições para enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 24(2), 1-6. doi: 10.12957/reuerj.2016.14569
- Sisneros, J., Stakeman, C., Joyner, M., & Schmitz, C. (2008). *Critical multicultural social work*. Chicago: Lyceum Books.

- Smalley, K., Warren, J., & Barefoot, K. (2016). Differences in health risk behaviors across understudied LGBT subgroups. *Health Psychology, 35*(2), 103-114. doi: 10.1037/hea0000231.
- Su, D., Irwin, J., Fisher, C., Ramos, A., Kelley, M., Mendoza, D., & Coleman, J. (2016). Mental health disparities within the LGBT population: a comparison between transgender and nontransgender individuals. *Transgender Health, 1*(1), 12-20. doi: 10.1089/trgh.2015.0001
- Testa, R., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2*(1), 65–77. doi: 10.1037/sgd0000081
- Træen, B., Hald, G., Noor, S., Iantaffi, A., Grey, J., & Rosser, B. (2014). The relationship between use of sexually explicit media and sexual risk behavior in men who have sex with men: exploring the mediating effects of sexual self-esteem and condom use self-efficacy. *International Journal of Sexual Health, 26*(1), 13–24. doi: 10.1080/19317611.2013.823900
- Troiden, R. (1989). The formation of homosexual identities. Em G. Herdt (Ed.), *Gay and lesbian youth* (pp. 43–73). New York: Haworth Press.
- Troiden, R., & Goode, E. (1980). Variables related to the acquisition of a gay identity. *Journal of Homosexuality, 5*(4), 383–392. doi: 10.1300/j082v05n04\_04
- Vaz-Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica, 2*(6), 101-110.
- Weinberg, T. (1979). On “doing” and “being” gay. *Journal of Homosexuality, 4*(2), 143–168. doi: 10.1300/j082v04n02\_02
- Wolff, C., & Saldanha, R. (2015). Gênero, sexo, sexualidades: categorias do debate contemporâneo. *Revista Retratos da Escola, 9*(16), 29-46. doi: dx.doi.org/10.22420/rde.v9i16.482

Zeanah, P., & Schwarz, J. (1996). Reliability and validity of the sexual self-esteem inventory for women. *Assessment*, 3(1), 1–15. doi: 10.1177/107319119600300101