



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

## O Processo do *Coming Out* dos Jovens LGB

### A Rede de Suporte e a sua Influência nos Comportamentos de Risco e Qualidade de Vida

Joana Mendes Correia

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Psicologia Clínica e da Saúde**

(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor Henrique Pereira

Covilhã, Outubro de 2012



# Resumo

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior no ano letivo de 2011/2012, foi elaborado esta dissertação que tem como principal objetivo perceber se a forma como os jovens LGB percecionam o processo do *coming out* e se o apoio da sua rede de suporte em relação a este têm alguma influência nos seus níveis de qualidade de vida e prevalência de comportamentos de risco.

Com este intuito foi realizada uma revisão da literatura e realizado um estudo empírico, no qual participaram 104 sujeitos com idades entre os 16 e os 30 anos, em que a sua orientação sexual se divide entre gay, lésbica e bissexual. Para a recolha dos dados foi utilizado um Questionário Sóciodemográfico, o Questionário da Qualidade de Vida aferido para a população portuguesa (WHOQOL\_Bref) e o *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS). Os participantes foram contactados via internet através da associação de apoio a jovens LGBT, Rede Exaequo. Esta dissertação foi redigida de acordo com o novo Acordo Ortográfico Português.

## Palavras-chave

*Coming Out*, Jovens LGB, Comportamentos de Risco, Qualidade de Vida.



# Abstract

Within the Master in Clinical Psychology and Health at the University of Beira Interior in the academic year of 2011/2012, was drafted this dissertation whose main objective is to realize how young LGB perceive the process of coming out and the support of their families and friends regarding this have any influence on their levels of quality of life and prevalence of risk behaviors. '

With this aim we conducted a literature review and conducted an empirical study in which participated 104 subjects aged between 16 and 30 years, where their sexual orientation is divided among gay, lesbian and bisexual. To collect the data we used a sociodemographic questionnaire, the Quality of Life Questionnaire measured for the Portuguese population (WHOQOL\_Bref) and the Youth Risk Behavior Survey (YRBS). Participants were contacted online through an association LGBT youth support, Rede Exaequo. This essay was written in accordance with the new Portuguese Spelling Agreement.

## Keywords

Coming Out, LGB Youth, Risk Behavior, Life Quality;



# Índice

Introdução	15
Capítulo I. O <i>Coming Out</i> , os Comportamentos de Risco e a Qualidade de Vida nos Jovens LGB	17
1.1 O Processo do <i>Coming Out</i>	17
1.2 Rede de Suporte e o <i>Coming Out</i> dos Jovens LGB	20
1.3 Comportamentos de Risco e Qualidade de Vida nos Jovens LGB	22
Capítulo II. Material e Métodos	27
2.1 Formulação do Problema e Objetivos do Trabalho Empírico	27
2.2 Participantes	27
2.3 Instrumentos	30
2.3.1 Questionário Sóciodemográfico	30
2.3.2 <i>Youth Risk Behavior Survey</i> (YRBS)	31
2.3.3 Questionário da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)	31
2.4 Procedimentos	32
Capítulo III. Resultados	33
3.1 Avaliar a Qualidade de Vida nos LGB	33
3.2 Avaliar a Prevalência dos Comportamentos de Risco nos Jovens LGB	35
3.3 Avaliar a Qualidade de Vida nos Jovens LGB que Percecionam o Processo do <i>Coming Out</i> como Positivo	37
3.4 Avaliar a Importância de um Processo do <i>Coming Out</i> Positivo nos Comportamentos de Risco	39
3.5 Relacionar os Níveis de Qualidade de Vida com a Prevalência de Comportamentos de Risco	39
Capítulo IV. Discussão dos Resultados e Conclusão	41



4.1 O Processo do <i>Coming Out</i> dos Jovens LGB: A Rede de Suporte e a sua Influência nos Comportamentos de Risco e Qualidade de Vida	41
4.2 Limitações do Estudo	46
4.3 Conclusão	47
Referências Bibliográficas	49
Anexos	
Anexo A - Modelos Explicativos do <i>Coming Out</i>	
Anexo B - Rede Ex-aequo	
Anexo C - Questionário Sóciodemográfico	
Anexo D - <i>Youth Risk Behavior Survey Massachusetts 2011</i> (adaptado)	
Anexo E - O <i>World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-Bref)</i> -Versão Portuguesa	



# Lista de Tabelas

Tabela 1 - Principais Modelos do Desenvolvimento da Identidade Homossexual

Tabela 2 - Características Sócio-Demográficas da Amostra

Tabela 3 - Coeficiente de Consistência Interna da WHOQOL-Bref e dos vários Domínios

Tabela 4 - Estatística Descritiva Relativa aos Domínios do WHOQOL-Bref

Tabela 5 - Estatística Descritiva Relativa aos Domínios do WHOQOL-Bref dos Participantes que Consideram o *Coming Out* Positivo

Tabela 6 - Estatística Descritiva Relativa aos Domínios do WHOQOL-Bref dos Participantes que Consideram o *Coming Out* Negativo

Tabela 7 - Valores obtidos através do Qui-Quadrado ( $p < \alpha = 0,05$ ) para os Comportamentos de Risco e a Perceção que os Jovens LGB têm do *Coming Out*

Tabela 8 - Valores obtidos através do Qui-Quadrado ( $p < \alpha = 0,05$ ) para a Qualidade de Vida e os Comportamentos de Risco



## Lista de Acrónimos

CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EUA	Estados Unidos da América
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
LGB	Lésbicas, Gays e Bissexuais
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UBI	Universidade da Beira Interior
YRBS	<i>Youth Risk Behavior Survey</i>



## Introdução

A presente dissertação foi realizada no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior e é elaborado com o intuito da obtenção do grau de Mestre nesta área. Esta dissertação tem como objetivo principal a revisão bibliográfica de um determinado tema, assim como a realização de um estudo empírico sobre o mesmo. A escolha do tema recaiu sobre o processo do *coming out* (por não existir nenhum vocábulo na Língua Portuguesa que expresse o sentido integrado de *coming out*, irá recorrer-se ao termo original na Língua Inglesa), sendo que se pretende perceber se a forma como os jovens LGB percecionam esta experiência e se o apoio da sua rede de suporte em relação à mesma têm alguma influência nos seus níveis de qualidade de vida e prevalência de comportamentos de risco.

A escolha deste tema deve-se à compreensão da existência do estigma e discriminação relativamente às minorias sexuais como um determinante no que concerne a saúde - um fator de risco modificável - poderá levar ao desenvolvimento de um ambiente comunitário que promove o bem-estar físico e psicológico durante a vida. Desta forma, são vários os estudos que demonstram que a orientação sexual é uma variável sócio-demográfica associada com a distribuição da saúde e bem-estar, podendo ser considerada como um determinante social de saúde (Loguie, 2012). Além disso, estudos recentes demonstra que os jovens LGB revelam a sua orientação sexual mais cedo, tanto aos pais como aos amigos, o que torna estes últimos potenciais apoiantes significativos destes jovens. No entanto, apesar de o processo do *coming out* se realizar mais cedo e mais frequentemente atualmente, pouca pesquisa é realizada no que toca aos efeitos que o apoio da rede de suporte pode ter na saúde e bem-estar dos jovens LGB (Shilo & Savaya, 2011).

Assim sendo, começou por se efetuar uma revisão do estado de arte, em que é importante referir que esta se baseia maioritariamente em literatura anglo-saxónica o que poderá condicionar um pouco generalizações que se pretendam realizar, sendo que se irá explicar como se processa o *coming out* para o jovem LGB e para a sua rede de apoio, assim como irá ser abordado o tema da qualidade de vida e dos comportamentos de risco nos jovens LGB.

Em seguida procedeu-se à recolha dos dados, que foi efetuada a partir de um questionário sócio-demográfico, o WHOQOL e o YSRB, sendo que se estabeleceu contacto com os participantes a partir de uma associação de apoio a jovens LGBT, a Rede ex aequo. Após terminada essa recolha, procedeu-se ao tratamento dos dados, sendo que os resultados obtidos e a discussão dos mesmos se encontram no Capítulo III e IV desta dissertação.

O Capítulo IV inclui ainda algumas limitações presentes neste estudo, assim como uma breve conclusão sobre o trabalho realizado. Este relatório será redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico.

# Capítulo I. O *Coming Out*, os Comportamentos de Risco e a Qualidade de Vida nos Jovens LGB

## 1.1 O Processo do *Coming Out*

Os jovens LGB experienciam uma etapa desenvolvimental que, normalmente, não é vivenciada pelos jovens heterossexuais: o processo pelo qual os jovens LGB sentem que são diferentes, a atribuição de um significado para essa diferença, e a aquisição e integração de um fator fundamental da sua identidade própria (Herickson, 2008). Este processo tem de ser ultrapassado pelos jovens LGB devido à assumpção heterossexista por parte da sociedade, em que um indivíduo é considerado heterossexual não ser que este revele uma orientação sexual alternativa (Hill, 2009). Desta forma, a formação e revelação da identidade homossexual é, normalmente, apelidada pelo termo *coming out* que é referido tanto na literatura científica como na literatura popular LGB como um conjunto de vários processos que englobam determinados acontecimentos em particular. Investigações na área da psicologia destaca a importância do processo do *coming out* no desenvolvimento da identidade LGB (Davies, 2000; Franke & Leary, 1991 *cit. in* Sandfort, 2000).

Este é um processo que, normalmente, se inicia na adolescência e são várias as definições existentes para o *coming out*, sendo que a de Haneley-Hackenbruck (1989) descreve o *coming out* como um processo de modificações interpessoais complexo que dá origem a um conjunto de acontecimentos como o reconhecimento da orientação sexual de um sujeito e que, frequentemente, se prolonga à vida adulta deste (Frazão & Rosário, 2008; Haneley-Hackenbruck, 1989). Por sua vez, Gagnon e Simon (1968) definem o *coming out* como o momento em que ocorre o reconhecimento da orientação sexual por parte do indivíduo como sendo homossexual e existe a primeira exploração significativa da comunidade homossexual (Dank, 1971).

No entanto, estas definições sobre o *coming out* não englobam toda a complexidade inerente a este processo, pois este não possui apenas uma componente pessoal, mas também uma componente psicológica e social, como referem Monteflores e Schultz (1978) que definem o *coming out* como um processo desenvolvimental através do qual indivíduos homossexuais reconhecem as suas preferências sexuais e optam por integrar este reconhecimento na sua vida pessoal e social (Monteflores & Schultz, 1978). O *coming out* não é um acontecimento único mas sim um processo contínuo, podendo ser uma parte relativamente simples da autodescoberta sexual ou uma experiência muito difícil e dolorosa (Clark, 2007 *cit. in* Evans & Barker, 2010). Este é um processo que engloba fatores positivos e negativos que poderão afetar a saúde e o funcionamento psicológico do indivíduo (Isawasaki & Ristock, 2007 *cit. in* Henrickson & Neville, 2012).

No que diz respeito ao processo do *coming out*, existe uma diferença entre a identificação do indivíduo como sendo homossexual e a do indivíduo que adota a *gay lifestyle* (Potoczniak, Crosbie-Burnett & Saltzburg, 2009). No primeiro caso refere-se à orientação sexual de uma pessoa que se sente atraída por outra do mesmo sexo, sendo que essa pessoa aceita as suas preferências sexuais mas não as assume perante outros. Por sua vez, no segundo caso são enfatizados os elementos sociais e culturais da homossexualidade e não apenas a prática sexual (McDowell, 2000). O conhecimento e a aceitação da orientação sexual é o primeiro passo para o *coming out*, em que a decisão sobre o que fazer com esta informação é o passo seguinte que levará o indivíduo a iniciar todo este processo e as várias etapas que o compõem, sendo este um elemento importante para uma identidade homossexual saudável (Helminiak, 2006; McLean, 2007).

Para uma melhor compreensão das etapas que compõem este processo, vários são os autores que propuseram modelos desenvolvimentais sobre a formação da identidade homossexual na adolescência e o *coming out*, uma vez que o consideram como um processo complexo, sendo caracterizado por várias fases em que um indivíduo reconhece e aceita as suas preferências sexuais, adota uma identidade sexual, informa os outros da sua orientação sexual e estabelece relações com outros sujeitos que possuem uma identidade sexual semelhante (Cass, 1984; Coleman, 1981, 1982; Isay, 1990; Troiden & Goode, 1980; Weinberg, 1978 *cit. in* Gagné, Tewksbury & McGaughey, 1997). Alguns destes autores propõem modelos que englobam a ordem e a natureza dos acontecimentos na vida dos sujeitos, enquanto outros autores optam por discutir as mudanças psicológicas que ocorrem durante e entre esses acontecimentos. Estes modelos desenvolvimentais aplicados à formação da identidade homossexual, definem o progresso do indivíduo através da substituição da sua identidade heterossexual pela identidade homossexual. Ou seja o processo de *coming out* é um processo de descoberta em que o indivíduo suprime uma identidade heterossexual falsa, identificando e etiquetando corretamente a sua verdadeira essência, que é homossexual. Além disso, os primeiros trabalhos sobre o processo do *coming out* negligenciavam a identidade bissexual uma vez que os modelos sobre a sexualidade eram dicotômicos ou escalares, conceptualizando a bissexualidade como um estado intermediário entre a heterossexualidade e a homossexualidade ou como não-existente (Rust, 1993). Estes modelos permitem ainda uma melhor compreensão sobre a experiência do indivíduo e o processo do *coming out* em que este revela a sua orientação sexual à família, aos amigos e à sociedade (Goldberg, 2007).

Os modelos explicativos do *coming out* partem de pressupostos semelhantes, assim como de modelos descritivos do processo de formação da identidade sexual, mas possuem alguns elementos distintos entre si (Frazão & Rosário, 2008). Os modelos propostos e que serão abordados posteriormente (ver Tabela 1) (Cass, 1984; Coleman, 1985; Troiden, 1989), apresentam uma trajetória geral de desenvolvimento: antes do indivíduo atingir a puberdade,

aprende as atitudes sociais relativas à população LGB, começando a experienciar-se a si próprio como diferente em relação às pessoas do seu género, mas sem atribuir esta diferença à sua sexualidade. Posteriormente, o indivíduo irá começar a identificar a sexualidade como a origem da diferença percebida anteriormente, em que irá procurar contacto com outros indivíduos semelhantes a si com o intuito de esclarecer os seus sentimentos e de avaliar estereótipos. Através deste contacto, o indivíduo irá explorar e adquirir orgulho na sua identidade sexual, levando-o a revelar gradualmente esta identidade a outros. É de ressaltar que os estádios presentes nos vários modelos não são lineares nem se processam da mesma forma para todos os indivíduos (ver Anexo A) (Hill, 2009).

Tabela 1. Principais Modelos do Desenvolvimento da Identidade Homossexual

Temas	Cass (1979)	Coleman (1982)	Troiden (1989)
Consciência da Diferença Antes do Início da Exploração da Sexualidade		Pré-Coming Out: Consciência de Diferença	Sensibilização: Perceção de Diferença ainda não atribuída à Sexualidade
Início da Exploração da Sexualidade e Tentativa de Auto-Identificação	Confusão Identitária: Reconhecimento de que os Afetos/Cognições/ Comportamentos Sugerem Homossexualidade	Coming Out: Reconhecimento da Homossexualidade e Revelação a Outros	Confusão Identitária: Reconhecimento de que os Afetos/Cognições/ Comportamentos Sugerem Homossexualidade
Sentimentos de Separação dos Heterossexuais	Comparação Identitária: Experiência de Afastamento dos Heterossexuais		
Sentimentos de Ligação com Homossexuais	Tolerância Identitária: Aumento do Comprometimento com a Identidade e Interação Homossexual	Exploração: Interação Social e Sexual com Outros Homossexuais	Assumir da Identidade: Auto- Identificação como Homossexual/ Aumento do Contato com outros

	Homossexuais/ Experiências Sexuais e Sociais		
Aprofundamento da Ligação com outros Indivíduos Homossexuais	Aceitação da Identidade: Visão positiva da Homossexualidade/Amizades com outros Homossexuais/Revelação da Orientação Sexual		
Consciência e Resposta à Opressão/Continuação do Aprofundamento da Ligação com Outros Indivíduos Homossexuais	Orgulho na Identidade	Primeira Relação: Emoção na Intimidade Sexual numa Relação Séria/Preconceito dos Outros	
Sentido de Sexualidade como Parte de uma Identidade Complexa/ Aumento das Habilidades de Interação com Heterossexuais e Homossexuais	Síntese: Integração da identidade Sexual/ Opinião Equilibrada sobre os Heterossexuais/ Revelação da sua Identidade para Todos os Outros	Integração: Desenvolvimento de uma Identidade Estável	Compromisso: Aceitação e Satisfação com a Homossexualidade/ Revelação da sua Identidade para Todos os Outros

## 1.2 Rede de Suporte e o *Coming Out* dos Jovens LGB

O processo do *coming out* não é um assunto que concerne apenas a população LGB, mas também as pessoas significativas e presentes na sua vida (Plummer, 1995). Para muitos jovens LGB, a decisão mais difícil de tomar após reconhecerem e aceitarem a sua identidade sexual é a decisão de revelarem a mesma aos seus pais, que são um elemento fundamental no processo do *coming out* (Savin-Williams, 1989; Willoughby & Doty, 2010). A vontade de revelar a sua orientação sexual depende, em grande parte, do grau em que o indivíduo se sente preocupado acerca das reações das outras pessoas a essa revelação, sentimentos de

ódio e dúvida podem acompanhar esta decisão assim como sentimentos de alívio e honestidade (O'Connor & Ryan, 1993). Desta forma, é quando o indivíduo já aceita melhor a sua identidade homossexual que decide revelá-la às pessoas que considera significativas. A decisão de quando e a quem revelar a sua orientação sexual é um assunto complexo que os indivíduos LGB têm de enfrentar. Neste sentido, os estudos demonstram existir provas contraditórias no que concerne aos benefícios psicológicos resultantes do *coming out* (D'Augelli & Hershberger, 1993; Green, 2000).

Os indivíduos lidam com grandes níveis de ansiedade durante o processo do *coming out* por terem medo de não serem aceites pela sua família e por outras pessoas significativas da sua vida (Clarke, 2007). No momento em que os adolescentes procuram explorar o *self* e o desenvolvimento da sua identidade, o processo do *coming out* pode trazer fatores stressantes que os jovens não estão completamente preparados para lidar. Os jovens, normalmente, revelam em primeiro lugar a sua identidade sexual a amigos chegados, preferencialmente com a mesma orientação sexual. Os irmãos e os pais raramente são os primeiros a saber da orientação homossexual do jovem, uma vez que neste caso o medo de rejeição é maior (Deisher, 1989).

No entanto, é possível identificar alguns motivos para a revelação da orientação sexual à família, sendo que existem seis categorias de motivos, como a “Importância dos Movimentos de Libertação Gay”. Este motivo relaciona-se com o facto de a sociedade atual promover ideias e mensagens de autoaceitação, autoestima e de propagação da informação. Outro possível motivo é o do “Tormento Emocional”, que ocorre pela existência de uma vida dupla, o que pode levar a um afastamento e distância relativamente à família de origem. Também o “Processo de Formação de uma Identidade Homossexual” é outro dos motivos para o *coming out* para a família, uma vez que leva à aceitação do próprio indivíduo como sendo homossexual assim como um outro motivo, o do “Processo Psicoterapêutico”, que leva a que a relação consigo mesmo, família e amigos seja mais aberta e honesta, podendo levar a um aumento da confiança para posteriormente revelar a sua orientação sexual. O “Desenvolvimento de uma Relação Amorosa” e a existência de “Motivos Destrutivos”, são outros dos motivos existentes para a revelação da identidade sexual por parte do indivíduo, em que no primeiro caso intensifica a necessidade da resolução de questões como a separação-individação com a família e no segundo caso porque essa revelação pode ser feita com o intuito de escandalizar, como um ato de rebeldia, de indução de culpa, defensividade, alienação ou confrontação (Myers, 1982).

Seja quais forem os motivos que levam à decisão de revelar a sua identidade sexual, o processo do *coming out* às famílias é um elemento que, na maioria das vezes leva a uma crise familiar. Inicialmente, as famílias reagem negativamente a esta revelação, onde existem atos de rejeição emocional, violência verbal/física ou expulsão de casa. Estas atitudes assumem uma maior importância se o processo do *coming out* se estiver a realizar na adolescência,

uma vez que o indivíduo poderá encontrar-se numa situação de grande vulnerabilidade (Baptist & Allen, 2008). Apesar disso, muitas famílias, após o choque inicial, aceitam esta revelação, sendo que alguns autores sugerem que a reação das famílias à revelação da orientação sexual dos filhos pode ser comparada ao modelo dos estádios de luto de Kubler-Ross, que no total integra cinco estádios (1969 *cit. in* Frazão & Rosário, 2008). Desta forma, num primeiro estágio, as famílias iriam negar a homossexualidade dos filhos; num segundo estágio, iriam sentir raiva de si próprios e dos outros; num terceiro estágio, iriam negociar para que os filhos tentassem alterar a sua orientação sexual ou que tentassem manter essa informação em segredo; num quarto estágio, as famílias iriam sentir uma depressão, por se sentirem envergonhadas e por não terem conseguido dar apoio ao filho que passou pelo processo do *coming out*; e por fim, no quinto estágio, a família iria aceitar a orientação sexual do adolescente, tornando-se mais sensível a este assunto e aprendendo a lidar e integrar a homossexualidade na identidade da família (LaSala, 2000).

### **1.3 Comportamentos de Risco e Qualidade de Vida nos Jovens LGB**

Os comportamentos de risco podem ser definidos como a participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental do adolescente, em que muitos desses comportamentos podem ser iniciados pelos jovens, que se encontram num período crítico, devido à curiosidade sentida ou por influência grupal. O termo comportamentos de risco foi definido por Steptoe e Wardle (1996) como qualquer atividade praticada, com determinada frequência e intensidade, que poderá conduzir a um aumento do risco de doença ou acidente. Os jovens que praticam estes comportamentos de risco, se não identificados precocemente, poderão consolidar estas atitudes o que poderá trazer consequências significativas a vários níveis, nomeadamente o individual, o familiar e o social. Os comportamentos de risco adotados pelos jovens têm sido associados às principais causas de morte neste grupo populacional, às doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada (Júnior & Lopes, 2004).

Os riscos relacionam-se com acontecimentos ou condições que irão aumentar a probabilidade de um comportamento indesejável num determinado grupo de risco. Desta forma, os fatores de risco, normalmente, predizem comportamentos prejudiciais para a saúde num grupo de indivíduos que apresentam um fator de risco, mas não necessariamente para todos os elementos desse grupo, uma vez que os recursos e os riscos podem equilibrar-se e os fatores protetores podem compensar esses riscos (Linley & Joseph, 2004).

O estilo de vida, caracterizado por um conjunto de comportamentos adotados no quotidiano, representa um dos principais elementos dos níveis de saúde e qualidade de vida, sendo que comportamentos como o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, hábitos alimentares inadequados, tabagismo, sedentarismo, uso de drogas ilícitas e comportamentos sexuais de risco podem afetar negativamente a saúde e a qualidade de vida (Xing, Ji & Zhang, 2006).

O conceito de Qualidade de Vida pode ser utilizado em duas vertentes, nomeadamente na linguagem quotidiana e no contexto da pesquisa científica. Alguns autores consideram o termo Qualidade de Vida mais geral e que inclui uma maior variedade de elementos que podem afetar a perceção do indivíduo, assim como os seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento quotidiano. Desta forma, a Qualidade de Vida está diretamente relacionada com a perceção que cada um tem de si, dos outros e do mundo que o rodeia, podendo ser avaliada de acordo com critérios como a educação, a atividade profissional, a formação de base, as competências adquiridas, a resiliência, o otimismo, a saúde e as necessidades pessoais. No entanto, estes critérios são valorizados de forma diferente por cada indivíduo dependendo das circunstâncias envolventes, em que estas podem ser físicas, psicológicas, culturais, sociais, económicas e espirituais. Sendo assim, o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (*The World Health Organization Quality of Life - WHOQOL GROUP*) definiu Qualidade de Vida como sendo “*a perceção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (Fleck et al., 1999; Seidl & Zannon, 2004).

Assim, de acordo com Herman (1993), estamos longe de chegar a uma noção clara deste conceito, de identificar os seus componentes essenciais, ou mesmo de possuir instrumentos consensuais que a avaliem. Ou seja, apesar deste conceito ser frequentemente utilizado, por vezes não é claro, sendo conseqüentemente pouco compreendido e usualmente comparado ao conceito de inteligência (Pais-Ribeiro, 2009).

Os jovens que se sentem atraídos por pessoas do mesmo sexo têm uma maior probabilidade, principalmente após o processo do *coming out*, de terem conflitos familiares, de serem rejeitados pela família e amigos, de tentarem suicidar-se, de consumirem álcool e outras substâncias, de sofrerem de uma doença mental, de terem níveis mais baixos de bem-estar geral, de se tornarem sem-abrigo e de sofrerem *bullying* na escola, sendo que o facto de serem rejeitados pela família e amigos aumenta exponencialmente estes riscos (Pilkington & D’Augelli, 1995; Morrow 2010).

Os indivíduos pertencentes à comunidade LGB têm uma probabilidade de cerca de duas a sete vezes mais de tentativa de suicídio comparativamente a grupos heterossexuais (Cochran & Mays, 2000). De acordo com Bagley e Tremblay (1999), indivíduos cuja identidade sexual é homossexual possuem uma probabilidade seis vezes maior de tentarem cometer suicídio,

representando estes indivíduos cerca de 30% no número de jovens que cometem tentativa de suicídio (Brown, 2002). O principal fator de risco presente neste tipo de situações tem sido atribuído à reprovação por parte da família e dos pares e devido à homofobia internalizada na sociedade (Green, 1996). No entanto, apesar de parecer existir uma ligação entre a orientação sexual e o risco de suicídio, não se pode assumir que um jovem LGB corra efetivamente esse risco, uma vez que a orientação sexual não é uma fator determinante para tal. São fatores como a homofobia social e internalizada, o medo da rejeição e a discriminação que causam um aumento do *stress* nos jovens LGB que já estão a experienciar um estágio stressante por si só, ou seja, a adolescência. Desta forma, e de acordo com Kirby e Fraser (1997), os jovens poderão sentir-se isolados, com baixa autoestima, sentimentos de vergonha, hostilidade, depressão e menos aceites pela sociedade o que leva a um aumento da ideia suicida e a um declínio do bem-estar subjetivo (Brown, 2002).

Os fatores de risco e provocadores de *stress* anteriormente referidos, principalmente a ideia suicida, são particularmente pronunciados entre jovens gays e homens bissexuais, uma vez que estes indivíduos experienciam níveis mais altos de vitimização e rejeição comparativamente a jovens lésbicas e mulheres bissexuais (Doty, Willoughby, Lindahl & Malik, 2010; Pilkington & D'Augelli, 1995). Os jovens gays têm uma maior probabilidade de utilizar uma série de drogas, como a marijuana, anfetaminas, ecstasy e drogas psicadélicas (Stall & Purcell, 2000). O uso de substâncias pode ser utilizado com o intuito de aliviar os sentimentos negativos e gerar um certo nível de aceitação social (Barbara & Chaim, 2004). No entanto, outros estudos sugerem que as jovens lésbicas e mulheres bissexuais têm um maior consumo de álcool e drogas do que os jovens gays e homens bissexuais (Marshall et al., 2008). Meyer (1995) propõe um modelo explicativo sobre o *stress* das minorias, sendo que esse modelo postula que a discriminação, a homofobia internalizada e o estigma social podem criar um meio social hostil e stressante para a população LGB, o que irá contribuir para problemas de saúde mental, incluindo uso de substâncias. Um dos pressupostos deste modelo é o de que o *stress* sentido pelas minorias é único, sendo que Meyer demonstra através das Ciências Sociais a ligação entre o *stress* e uma saúde mais pobre (McCabe et al., 2010). Esta perspetiva sugere que não é a identidade LGB em si que está associada ao elevado risco de consumo de substância, e por consequência, um nível de bem-estar mais baixo, mas sim o processo do *coming out* que provoca um grande *stress* emocional. No entanto, o modelo de Meyer (1995) faz a ligação da identidade ao *stress* experienciado pelos jovens LGB (Brewster & Tillman, 2012).

O uso de substâncias é um dos potenciais determinantes para comportamentos sexuais de risco, sendo que a literatura sugere que o uso de substâncias por jovens LGB está relacionado com uma maior prevalência de comportamentos sexuais de risco (Meyers & Dean, 1995). Existem alguns aspetos relacionados com o processo do *coming out* que estão associados, diretamente e indiretamente, com comportamentos sexuais de risco. Atitudes positivas para

com a homossexualidade estão significativamente associadas com uma menor probabilidade de os jovens LGB se envolverem em comportamentos sexuais de risco, uma vez que têm menos encontros. Além disso, atitudes positivas para com a homossexualidade também estão relacionadas com uma menor presença de sintomas ansiosos, o que indiretamente também diminui a prevalência de comportamentos sexuais de risco. No entanto, após o processo do *coming out*, se os jovens LGB se sentem confortáveis com o facto de outros estarem cientes da sua orientação sexual, poderá resultar em que estes tenham mais parceiros sexuais e, por consequência, mais comportamentos sexuais de risco (Rosario, Schrimshaw & Hunter, 2006).

Os investigadores têm tentado identificar fatores protetores que atenuam ou previnem determinados problemas, sendo que a resiliência é um importante fator no que concerne a enfrentar as adversidades. A resiliência é um processo complexo que inclui a crença em algo maior do que o indivíduo e relações próximas e significativas com outros indivíduos pertencentes à sua rede de suporte, sendo então possível para o indivíduo ter sucesso apesar de se encontrar em situações de crise (Fraser, Richman & Galinsky, 1999). De acordo com Oswald (2000), a revelação da orientação sexual é um exemplo de um comportamento de resiliência, em que existe uma maior probabilidade do indivíduo se proteger dos fatores de risco se essa revelação for aceite pela família e amigos (Jenkins, Walker, Cohen & Curry, 2010). Assim, o apoio da família e amigos, um sentimento de ligação e a oportunidade de desenvolver relações sociais e íntimas significativas são vitais para uma boa autoestima e fatores de extrema importância na saúde mental e bem-estar dos jovens LGB (VicHealth, 1999 *cit. in* Lawrence, 2006). No entanto, segundo Savin-Williams (1994), para muitos dos jovens LGB o apoio da família e dos amigos não está relacionado com a sua saúde, bem-estar e ajustamento psicológico, apesar do assédio físico e verbal por parte da família e amigos estar associado com abuso de substâncias, problemas escolares, conflitos com a lei, prostituição e ideação suicida, sendo estes fatores que influenciam o bem-estar (Jordan, 2000). Os jovens LGB que são apoiados pela sua família e amigos têm uma maior probabilidade de lidarem melhor com a vitimização e com a influência negativa que o stress exerce na sua saúde mental e bem-estar (Hershberger & D'Augelli, 1995; Willoughby & Doty, 2010). Para muitos jovens LGB, o processo do coming out é um acontecimento muito stressante, o que faz com que a minoria sexual jovem seja um grupo vulnerável. Estudos demonstram que uma identidade social baseada na orientação sexual pode ter uma função importante no lidar por parte dos jovens LGB com o preconceito (Frable, Hoey & Platt, 1998). Afiliação, conexão e participação em grupos de jovens LGB demonstram ser uma fonte importante de bem-estar (Cox, Berghe, Dewaele & Vincke, 2010). O suporte social é experienciado como encorajador e empático, o providencia um sentimento de otimismo e resiliência, sendo esse suporte de extrema importância no bem-estar de populações vulneráveis como os jovens LGB (Saltzburg, 2009).



## Capítulo II. Material e Métodos

Este terceiro capítulo tem como objetivo principal descrever o desenvolvimento e concretização da parte empírica deste trabalho, sendo que para tal se aborda a metodologia adotada nesta investigação. Desta forma, será abordada, numa primeira instância, a formulação do problema, os principais objetivos da investigação e a sua relevância, assim como a caracterização dos participantes, instrumentos e procedimentos utilizados para tal.

### 2.1 Formulação do Problema e Objetivos do Trabalho Empírico

No contexto da investigação em Psicologia em Portugal, ainda não existem muitos estudos sobre a população LGB, apesar de nos últimos anos essa tendência ter vindo a ser um pouco contrariada. Desta forma, optou-se por abordar o tema do *coming out* nos jovens LGB e como o facto de estes percecionarem esta experiência como positiva, ou não, poderá afetar os seus comportamentos de risco e qualidade de vida, com o intuito de se tentar compreender um pouco melhor o impacto deste processo na vida destes jovens, o que poderá, futuramente, contribuir para os esforços realizados no sentido da prevenção e intervenção. Desta forma, podem enumerar-se os seguintes objetivos para este estudo empírico:

- Avaliar a qualidade de vida nos jovens LGB;
- Avaliar a qualidade de vida dos jovens LGB que percecionam o processo do *coming out* como positivo;
- Avaliar a prevalência de comportamentos de risco nos jovens LGB;
- Avaliar a importância de um processo do *coming out* positivo nos comportamentos de risco;
- Relacionar os níveis de qualidade de vida com os níveis de comportamentos de risco nos jovens LGB;

### 2.2 Participantes

Na realização deste estudo foi utilizada uma amostra de conveniência composta por 104 jovens e jovens adultos LGB, em que a recolha dos participantes foi feita através de uma associação de jovens LGBT, a Rede Ex-aequo (ver Anexo B), em que os instrumentos utilizados foram difundidos *online*. Como já referido anteriormente, a amostra recolhida é composta por 104 participantes, em que 41 pertencem ao sexo masculino (39,4%) e 63 pertencem ao sexo feminino (60,6%), sendo que a faixa etária varia entre os 16 e os 30 anos, com uma média de idade de 22,03 (DP = 3,63; Moda = 20).

Destes 104 participantes, 55 não namora (52,9%) e 49 namora (47,1%). Por sua vez, e em relação ao estado civil, 99 dos participantes são solteiros (95,2%), 2 estão em união de facto (1,9%) e 3 são divorciados (2,9%). Além disso, apenas 3 participantes têm filhos (2,9%) contra 101 participantes que não têm filhos (97,1%).

Relativamente ao nível de formação, 6 dos participantes têm o 9º ano (5,8%), 35 têm o 12º ano (33,7%), e 63 têm formação universitária (60,6%), sendo que 2 dos participantes têm profissões pertencentes ao setor primário (1,9%), 1 participante pertence ao setor secundário (1%), 22 participantes têm profissões pertencentes ao setor terciário (21,2%), 59 são estudantes (56,7%) e 4 participantes estão desempregados (3,8%). Além disso 8 dos participantes deste estudo têm um estatuto sócioeconómico baixo (7,7%), 28 têm um estatuto médio-baixo (26,9%), 59 têm um estatuto médio (56,7%), 8 participantes têm um estatuto sócioeconómico médio alto (7,7%) e 1 participante tem um estatuto alto (1%).

No que concerne à orientação sexual dos participantes, 39 considera-se lésbica (37,5%), 38 considera-se gay (36,5%) e 27 considera-se bissexual (26%). Já em relação ao seu comportamento sexual, 59 participantes consideram que é “exclusivamente homossexual” (56,7%), 25 consideram que é “predominantemente homossexual, mas com experiências heterossexuais esporádicas” (24%), 8 consideram que é “preferencialmente homossexual, mas com experiências heterossexuais regulares” (7,7%), 10 que é “bissexual” (9,6%) e 2 que é “predominantemente heterossexual, mas com experiências homossexuais esporádicas” (1,9%).

Tabela 2. Características Sócio-Demográficas da Amostra

	N (%)
<b>Género</b>	
Masculino	41 (39,4%)
Feminino	63 (60,6%)
<b>Namora</b>	
Sim	49 (47,1%)
Não	55 (52,9%)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro (a)	99 (95,2%)
União de Facto	2 (1,9%)
Divorciado (a)	3 (2,9%)
<b>Filhos</b>	
Sim	3 (2,9%)
Não	101 (97,1%)

<b>Nível de Formação</b>	
9º ano	6 (5,8%)
12º ano	35 (33,7%)
Formação Universitária	63 (60,6%)
<b>Profissão</b>	
Setor Primário	2 (1,9%)
Setor Secundário	1 (1%)
Setor Terciário	22 (21,2%)
Estudantes	59 (56,7%)
Desempregados	4 (3,8%)
<b>Estatuto Sócioeconómico</b>	
Baixo	8 (7,7%)
Médio-Baixo	28 (26,9%)
Médio	59 (56,7%)
Médio-Alto	8 (7,7%)
Alto	1 (1%)
<b>Orientação Sexual</b>	
Lésbica	39 (37,5%)
Gay	38 (36,5%)
Bissexual	27 (26%)
<b>Comportamento Sexual</b>	
Exclusivamente Homossexual	59 (56,7%)
Predominantemente homossexual, mas com experiências heterossexuais esporádicas	25(24%)
Preferencialmente homossexual, mas com experiências heterossexuais regulares	8 (7,7%)
Bissexual	10 (9,6%)
Predominantemente heterossexual, mas com experiências homossexuais esporádicas	2 (1,9%)

Por fim, 73 (70,2%) dos participantes deste estudo revela conversar assuntos importantes com a família, enquanto 31 (29,8%) diz não o fazer. Além disso, 71 (68,3%) dos inquiridos considera que a revelação da sua orientação sexual é um assunto difícil, contariamente a 33 (31,7%) participantes que não partilham a mesma opinião. As razões pelas quais consideram este um assunto difícil deve-se ao medo de rejeição (24 %), ao preconceito existente na sociedade (26,9%) e pela ansiedade que este tema gera (9,6%). Dos 104 participantes, 101 (97,1%) já revelou a sua orientação sexual alguém, sendo que a idade com que aconteceu essa revelação nesta amostra se situa entre os 11 anos e os 26 anos, sendo que a média de idade é 18,3 (DP = 2,88; Moda = 16). Entre estes participantes 90 (86,5%) consideram que esta foi uma

experiência positiva, sendo que 11 (10,6%) consideram que esta experiência foi negativa. As principais razões apontadas por estes participantes no que concerne a que a revelação da sua orientação sexual tenha sido uma experiência positiva é o facto de se terem sentido aliviados e poderem ser mais honestos (40,4%) e o facto de terem recebido o apoio e a compreensão de pessoas significativas na sua vida (43,3%). Por último, 65 (62,5%) dos participantes refere que a sua relação com a família não se alterou após a revelação da sua orientação sexual, sendo que 25 (24%) considera já ter sido penalizado devido à sua orientação sexual enquanto 79 (76%) considera que nunca o foi.

## 2.3 Instrumentos

### 2.3.1 Questionário Sóciodemográfico

O questionário sóciodemográfico (ver Anexo C) foi conceptualizado de modo a aceder a algumas características específicas da amostra, com o principal intuito de se realizar uma análise global e descritiva através de variáveis sóciodemográficas. Desta forma, este questionário engloba aspetos como a idade, género, naturalidade, nível de formação, estatuto socioeconómico, religião, estado civil, se namora, agregado familiar, existência de filhos, orientação sexual e comportamento sexual. Para avaliar o comportamento sexual dos participantes foi utilizada a Escala Kinsey (1948) para a orientação sexual, em que esta é compreendida como um continuum, sendo esta composta por 7 pontos (0 - Exclusivamente Heterossexual; 1 - Predominantemente heterossexual, mas com experiências homossexuais esporádicas; 2 - Preferencialmente heterossexual, mas com experiências homossexuais regulares; 3 - Bissexual; 4 - Predominantemente homossexual, mas com experiências heterossexuais esporádicas; 5- Preferencialmente homossexual, mas com experiências heterossexuais regulares; 6- Predominantemente heterossexual, mas com experiências homossexuais esporádicas; 7 - Exclusivamente Homossexual) (Storms, 1980).

Por outro lado, devido à população a que este estudo se dirige e o seu objetivo, também foram conceptualizadas algumas perguntas acerca da experiência do *coming out* e da perceção que os participantes têm desta e de alguns aspetos relacionados com a sua orientação sexual.

Este questionário foi construído através da informação recolhida pela revisão da literatura, com o intuito de se conseguir recolher, de forma simples e rápida, algumas características sobre o processo do *coming out* nos jovens LGB, que poderá estar relacionado com os comportamentos de risco e a sua qualidade de vida, através da forma como este processo é experienciado e percecionado por estes jovens.

### 2.3.2 Youth Risk Behavior Survey (YRBS)

O *Youth Risk Behavior Survey* (ver Anexo D) é um questionário sobre a saúde estudantil aplicado nos Estados Unidos da América a cada dois anos desde 1990 pelo Programa do HIV do Departamento da Educação de Massachussetts em conjunto com o Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (Silverman et al., 2001).

O YRBS é um inventário de autorresposta e tem como principal objetivo avaliar comportamentos de risco que contribuem para as principais causas de problemas sociais e mortalidade entre os jovens, englobando questões que estão relacionadas com seis categorias de comportamentos, nomeadamente, lesões não-intencionais e violência, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas, comportamento sexual com incidência na gravidez indesejada e nas doenças sexualmente transmissíveis, hábitos alimentares e prática de atividade física (Guedes & Lopes, 2010).

Estes comportamentos de risco foram selecionados por contribuírem significativamente para as principais causas de morte, incapacidade e problemas sociais entre os jovens e adultos nos EUA. Este questionário incide, principalmente, nos comportamentos de saúde e de risco, em vez de se centrar nos determinantes destes comportamentos, uma vez que pretende avaliar comportamentos promotores de saúde e comportamentos comprometedores da saúde (Brener et al., 1995).

### 2.3.3 Questionário da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

O questionário da Qualidade de Vida (*World Health Organization of Life Assessment: WHOQOL\_bref-Portugal*), foi validado para a população portuguesa pela Universidade de Coimbra pelos autores Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro & Quartilho (2006) (ver Anexo E). O *World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-Bref)* foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, sendo que as suas características psicométricas preenchem os critérios de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste (Fleck et al., 2000).

Este questionário é constituído por 26 perguntas e abrange cinco domínios específicos, que medem a Qualidade de Vida, nomeadamente, o domínio Geral, o domínio Físico, o domínio Psicológico, o domínio Social e o domínio Ambiente. O domínio Físico pretende medir a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida quotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho. Por sua vez, o domínio Psicológico mede sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade/ religião/ crenças pessoais. Em relação ao domínio Social, esta dimensão mede relações pessoais, apoio social e atividade sexual. Por fim, o domínio Ambiente avalia

segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades para adquirir novas informações e competências, participação e/ou oportunidades de recreio e lazer, ambiente físico (poluição, barulho, trânsito e clima), transporte (Fleck, et al, 2000).

As respostas classificam-se numa escala de Likert entre 1 e 5 (variando entre “Nada” a “Completamente”, “Muito Má” a “Muito Boa”, “Muito Insatisfeito” a “Muito Satisfeito”, “Nada” a “Muitíssimo” e “Nunca” a “Sempre”) (Fleck et al., 1999).

## 2.4 Procedimentos

Como referido anteriormente, este estudo pretende perceber se o processo do *coming out* e como este é experienciado pelos jovens LGB, ou seja, se o consideram uma experiência positiva ou negativa, tem influencia nos seus comportamentos de risco e qualidade de vida. Desta forma, o primeiro passo teve como objetivo a seleção dos instrumentos que seriam utilizados para a recolha desta informação e que permitisse avaliar e caracterizar as variáveis em estudo, em que se optou pela utilização de um questionário sóciodemográfico, assim como pelo WHOQOL-Bref e pelo YRBS. Uma vez que este último instrumento não se encontra aferido para a população portuguesa, foi feita uma adaptação linguística e cultural com base na literatura, que consistiu na eliminação de itens culturalmente irrelevantes ou desadequados para a realidade portuguesa. Com o intuito de se avaliar a clareza e compreensão da terminologia utilizada, assim como compreender a possível existência de questões desadequadas foi efetuado um pré-teste com três sujeitos, sendo que estes relataram compreender o intuito das questões realizadas.

O passo seguinte consistiu na difusão dos questionários em que esta se efetuou *online*, em que se recorreu ao “Google Docs”, que demonstrou ser uma forma prática e útil para um melhor envio e receção do questionário realizado, contrastando com o método mais usual ou mais tradicional de preenchimento de questionários. A recolha de participantes ocorreu através da Rede Ex-aequo, uma associação de jovens LGBT’s, uma vez que se considerou ser mais fácil aceder a esta população por este meio. Posto isto, o processo de recolha dos dados decorreu entre os meses de fevereiro e junho de 2012, em que durante este período foi efetuado um contato com os participantes informando-os do objetivo e finalidade do estudo, garantindo sempre o seu anonimato e confidencialidade das respostas dadas.

Por último, os dados recolhidos foram traduzidos para uma linguagem passível de utilização pelo programa SPSS® - Versão 19.0 com o intuito de se proceder a análise estatística dos mesmos.

## Capítulo III. Resultados

Este capítulo surge no sentido de se apresentarem e ilustrarem o conjunto de resultados obtidos tendo em conta os objetivos deste trabalho através da análise estatística dos dados. O conjunto de informações aqui referido foi analisado tendo em conta o auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS®)*, versão 19 para Windows.

Em primeiro lugar, foram realizadas as estatísticas descritivas com o intuito de se caracterizar a amostra, em que para tal se calculou a média, a moda, a mediana, o desvio padrão, o mínimo e o máximo.

A consistência interna para a escala usada neste estudo e para cada um dos fatores foi calculada através do coeficiente *alfa* de Cronbach, que é uma medida de fiabilidade interna. Este valor tende a aumentar com um número de itens mais elevado e com correlações entre itens mais fortes. Assim, através deste procedimento temos a possibilidade de verificar o grau de confiança ou exatidão da informação obtida. Considera-se que um *alpha inferior* a 0,50 é inaceitável, entre 0,50 e 0,60 é mau, entre 0,60 e 0,70 é aceitável, entre 0,70 e 0,80 é bom, entre 0,80 e 0,90 é muito bom e quando maior que 0,90 é considerado excelente (DeVellis, 1991).

### 3.1 Avaliar a Qualidade de Vida nos Jovens LGB

Como referido anteriormente, para avaliar a qualidade de vida dos jovens LGB foi utilizado o WHOQOL-Bref que é constituído por 26 perguntas e abrange cinco domínios específicos, que medem a Qualidade de Vida: o domínio Geral, o Físico, o Psicológico, o Social e o Ambiente. Esta escala (26 itens) apresenta uma fidelidade muito boa, tendo um Alpha de Cronbach de  $\alpha=0,91$ .

Relativamente ao domínio Geral, este inclui dois itens (“Como avalia a sua Qualidade de Vida?” e “Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?”), apresentando um nível de consistência interna pobre ( $\alpha= 0,60$ ). Por sua vez, o domínio Físico engloba sete itens (“Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?”, “Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?”, “Tem energia suficiente para a sua vida diária?”, “Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?”, “Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?”, “Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia a dia?”, “Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?”) e apresenta um Alpha de Cronbach aceitável ( $\alpha= 0,79$ ).

O domínio Psicológico abrange seis itens (“Até que ponto gosta da sua vida?”, “Em que medida sente que a sua vida tem sentido?”, “Até que ponto se consegue concentrar?”, “É

capaz de aceitar a sua aparência física?”, “Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?”, “Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?”) e revela uma consistência interna elevada ( $\alpha = 0,84$ ). Já o domínio Social compreende três itens (“Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?”, “Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?”, “Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?) que revelam um Alpha bom ( $\alpha = 0,73$ ).

Por último, o domínio Ambiente abrange oito itens (“Em que medida se sente em segurança no seu dia a dia?”, “Em que medida é saudável o seu ambiente físico?”, “Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?”, “Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?”, “Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?”, “Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?”, “Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?” e “Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?”) e também apresenta uma consistência interna aceitável ( $\alpha = 0,78$ ).

**Tabela 3.** Coeficiente de Consistência Interna da WHOQOL-Bref e dos vários Domínios

Domínios	Alpha de Cronbach
Geral	0,60
Físico	0,79
Psicológico	0,84
Social	0,73
Ambiente	0,78
Escala Completa	0,91

No questionário da qualidade de vida, os participantes obtiveram uma pontuação média de 7,51 (2-10) no domínio Geral, no domínio Físico uma pontuação média de 21,35 (7-35), no domínio Psicológico uma pontuação média de 20,71 (6-30), no domínio Social uma pontuação média de 10,42 (3-15) e no domínio Ambiente uma pontuação média de 28,5 (8-40) (ver Tabela 4).

Tabela 4. Estatística Descritiva Relativa aos Domínios do WHOQOL-Bref

Domínios	N	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Geral	104	7,51	8	8	1,29	4	10
Físico	104	21,35	23	22	3,07	11	27
Psicológico	104	20,71	23	21	3,4	12	26
Social	104	10,42	11	11	2,9	3	15
Ambiente	104	28,5	29	29	4,48	17	39

### 3.2 Avaliar a Prevalência de Comportamentos de Risco nos Jovens LGB

Como já referido, para avaliar a prevalência dos comportamentos de risco nos jovens LGB foi utilizado o YRBS, que foi traduzido e adaptado à cultura portuguesa, sendo esta escala constituída por 30 questões. Esta escala apresenta uma fidelidade boa, tendo um Alpha de Cronbach de  $\alpha=0,78$ .

Dos 104 participantes deste estudo, 86 (82,7%) já teve relações sexuais e 18 (17,3%) nunca o tiveram, sendo a idade média da primeira vez que tiveram relações sexuais de 17,49 (DP = 2,57; Moda = 17). Em relação à pergunta “Com quantas pessoas já teve relações sexuais?” a média é de 7,76 (DP = 13,99; Moda = 2), sendo que nos últimos 3 meses a média de parceiros sexuais é de 1,48 (DP = 1,17; Moda = 1).

Relativamente à questão “Nos últimos 12 meses, quantas vezes falou com os seus pais, encarregados de educação ou adultos da sua família sobre sexualidade, formas de prevenir DST's ou a gravidez?”, dos 104 participantes, 63 (60,6%) revela que nenhuma vez, 19 (18,3%) revela que uma vez, 8 (7,7%) revela que de 2 em 2 meses, 5 (4,8%) revela que cerca de 1 vez por mês e 9 (8,7%) revela que mais de 1 vez por mês. Na questão “Consumiu álcool ou algum tipo de droga da última vez que teve relações sexuais?”, 76 (73,1%) participantes referem que não o fizeram, mas 10 (9,6%) participantes referem que sim. Na amostra recolhida, 64 (61,5%) dos participantes (ou o seu parceiro/a) referem que não utilizaram preservativo da última vez que tiveram relações sexuais, enquanto 22 (21,2%) dos participantes afirmam que o fizeram.

No que diz respeito à pergunta “Com pessoas de que género já manteve algum tipo de relação ou contacto sexual?” dos 104 participantes, 25 (24%) refere que manteve relação ou contacto sexual com mulheres, 21 (20,2%) participantes com homens e 39 (37,5%) participantes com homens e mulheres. No que concerne a se alguma vez algum dos participantes teve relações

sexuais contra sua vontade, 76 (73,1%) participantes dizem que não mas 11 (10,6%) participantes dizem que sim.

No que se refere a DST's, á pergunta "Já alguma vez fez o teste do VIH ou foi testado para alguma DST (excluir as vezes em que doou sangue)?", 67 (64,4%) participantes referem que não e 37 (35,6%) participantes referem que sim, sendo que a apenas 1 (1%) dos participantes esse teste deu positivo.

Relativamente à questão de que "Nos últimos 12 meses, quantas vezes esteve envolvido/a numa briga?", 90 (86,5%) participantes referem "0 vezes", 9 (8,7%) participantes referem "1 vez", 3 (2,9%) participantes referem "2 ou 3 vezes" e 2 (1,9%) participantes referem "4 ou 5 vezes". Por sua vez, na pergunta "Alguma vez foi magoado/a fisicamente por alguém com quem tinha um relacionamento?", 13 (12,5%) participantes afirmam que nunca tiveram um relacionamento, enquanto dos participantes que já o tiveram 77 (74%) participantes afirmam que não e 14 (13,%%) participantes referem que sim.

Por sua vez, à pergunta "Nos últimos 12 meses, quantas vezes tentou, intencionalmente, magoar-se fisicamente (queimar-se ou cortar-se) sem a intenção de morrer?", 88 (84,6%) participantes respondem "0 vezes", 5 (4,8%) participantes respondem "1 vez", 9 (8,7%) participantes respondem "2 ou 3 vezes", 1 (1%) responde "4 ou 5 vezes" e outro (1%) "6 ou mais vezes". Assim sendo, em relação à pergunta "Nos últimos 12 meses, sentiu-se tão triste e desesperado/a quase todos os dias durante 2 semanas (ou mais) consecutivas que deixou de realizar algumas atividades habituais?", 60 (57,7%) participantes respondem negativamente e 44 (42,3%) participantes respondem afirmativamente, em que 24 (23,1%) participantes consideraram seriamente, nos últimos 12 meses, o suicídio como opção em oposição a 80 (76,9%) participantes que não o fizeram. Desta forma, na questão "Nos últimos 12 meses, conceptualizou algum plano de como realizaria o suicídio?", 88 (84,6%) participantes respondem "não" e 16 (15,4%) participantes respondem "sim", sendo que nos últimos 12 meses, 98 (94,2%) participantes não tentaram nenhuma vez cometer suicídio, enquanto 4 (3,8%) participantes tentaram fazê-lo "1 vez" e 2 (1,9%) participantes tentaram fazê-lo "2 ou 3 vezes". Destes 6 participantes que tentaram cometer suicídio, 4 respondem negativamente à pergunta "Se tentou cometer suicídio nos últimos 12 meses, alguma dessas tentativas originou ferimentos, envenenamento ou overdose que necessitasse de tratamento médico?", enquanto 2 participantes respondem afirmativamente.

Em relação do consumo de álcool, à questão "Com que idade iniciou o consumo de álcool?", 12 (11,5%) participantes referem que "Nunca consumi álcool", 2 (1,9%) participantes referem que foi com "8 anos ou mais novo/a", 1 (1%) participante refere "9 ou 10 anos", 4 (3,8%) participantes referem que foi com "11 ou 12 anos", 18 (17,3%) participantes referem que foi com "13 ou 14 anos", 37 (35,6%) participantes referem "15 ou 16 anos" e 30 (28,8%) participantes referem que foi com "17 anos ou mais velho/a". No que diz respeito aos dias

em que ocorreu o consumo de pelo menos uma bebida alcoólica nos últimos 30 dias, 36 (34,6%) dos participantes afirmam que “0 dias”, 32 (30,8%) dos participantes afirmam que “1 ou 2 dias”, 11 (10,6%) dos participantes afirmam que “3 a 5 dias”, 18 (17,3%) participantes afirmam que “6 a 9 dias”, 2 (1,9%) participantes afirmam que “10 a 19 dias”, 2 (1,9%) participantes afirmam que “20 a 29 dias” e 3 (2,9%) participantes afirmam que “todos os dias”.

Por sua vez, à pergunta “Que idade tinha quando consumiu marijuana pela 1ª vez?”, dos 104 participantes, 69 (66,3%) respondeu “Nunca consumi”, 5 (4,8%) responderam “13 ou 14 anos”, 10 (9,6%) responderam “15 ou 16 anos” e 20 (19,2%) responderam “17 anos ou mais velho/a”, sendo que relativamente aos últimos 30 dias, 91 (87,5%) participantes referem que não consumiram marijuana, enquanto 9 (8,7%) participantes o fizeram “1 ou 2 vezes” 4 (3,8%) participantes o fizeram “3 a 9 vezes”.

Em relação ao consumo de cocaína, dos 104 participantes, 95 (91,3%) revela que nunca consumiu mas 6 (5,8%) participantes revelam que o fizeram “1 ou 2 vezes”, 1 (1%) participante revela que o fez “3 a 9 vezes” e 2 (1,9%) participantes revelam que o fizeram “20 a 39 vezes”. Relativamente ao consumo de ecstasy (MDMA), 96 (92,3%) participantes nunca consumiram, 4 (3,8%) participantes já o fizeram “1 ou 2 vezes”, enquanto 3 (2,9%) participantes já o fizeram “3 a 9 vezes” e 1 (1%) participante “20 a 39 vezes”. Além disso, à pergunta “Quantas vezes consumiu, durante a sua vida, metanfetaminas (speed, cristais ou ice)?”, 101 (97,1%) participantes responderam “0 vezes”, 2 (1,9%) participantes responderam “1 ou 2 vezes” e 1 (1%) participante respondeu “10 a 19 vezes”.

Por fim, em relação às questões “Quantas vezes consumiu, durante a sua vida, heroína?”, “Quantas vezes consumiu, durante a sua vida, esteroides ou injeções sem prescrição médica?” e “Nos últimos 30 dias, alguma vez inalou cola, aerossóis, tintas ou sprays?”, os 104 participantes responderam que nunca consumiram nenhum deste tipo de substâncias.

### **3.3 Avaliar a Qualidade de Vida dos Jovens LGB que Percecionam o Processo do *Coming Out* como Positivo**

Uma vez que se pretende perceber se como o *coming out* é experienciado pelos jovens LGB influencia a sua qualidade de vida, considerou-se os item “Considera que o seu *coming out* foi uma experiência positiva?” com os vários domínios da Escala da Qualidade de Vida, nomeadamente, o domínio Geral, o Físico, o Psicológico, o Social e o Ambiente. Sendo assim verifica-se que a pontuação média das respostas dadas no domínio Geral da Qualidade de Vida é superior nos participantes que consideram o *coming out* como uma experiência positiva do

que aqueles que não o fazem, sendo a média para os primeiros de 7,58 e para os segundos de 7,07 (ver Tabela 5). Relativamente ao domínio Físico, pontuação média das respostas dadas pelos participantes que consideram a experiência do *coming out* positiva é de 28,51, sendo ligeiramente superior à pontuação média de 28,29 obtida pelos participantes que consideraram o processo do *coming out* como uma experiência negativa (ver Tabela 5 e Tabela 6).

Por sua vez, no domínio Psicológico também se verificam diferenças na média das pontuações obtidas pelos participantes que consideram a experiência do *coming out* positiva e aqueles que não o consideram, sendo que no primeiro caso a média da pontuação obtida neste domínio foi de 21,12 e no segundo caso a média da pontuação foi de 19,64. No que concerne o domínio Social a média da pontuação obtida pelos participantes deste estudo que consideraram a experiência do *coming out* positiva é de 10,57, sendo a dos participantes que consideraram esta experiência negativa 9,5. Por fim, relativamente ao domínio do Ambiente as pontuações médias obtidas tanto pelos participantes que consideram a experiência do *coming out* positiva como aqueles que a consideram negativa são bastante próximas, em que a média dos primeiros é de 28,51 e a dos segundos é de 28,29 (ver Tabela 5 e Tabela 6).

**Tabela 5.** Estatística Descritiva Relativa aos Domínios do WHOQOL-Bref dos Participantes que Consideram o *Coming Out* Positivo

Domínios	N	Média	Desvio Padrão
Geral	90	7,58	1,28
Físico	90	27,13	4,42
Psicológico	90	21,12	4,41
Social	90	10,57	2,78
Ambiente	90	28,51	4,65

**Tabela 6.** Estatística Descritiva Relativa aos Domínios do WHOQOL-Bref dos Participantes que Consideram o *Coming Out* Negativo

Domínios	N	Média	Desvio Padrão
Geral	14	7,07	1,33
Físico	14	25,29	4,57
Psicológico	14	19,64	4,78
Social	14	9,5	3,53
Ambiente	14	28,29	4,65

### 3.4 Avaliar a Importância de um Processo do *Coming Out* Positivo nos Comportamentos de Risco

Um dos objetivos do presente estudo é verificar se existe relação entre a percepção que os jovens LGB têm acerca do *coming out* e os comportamentos de risco, em que para tal se utilizou o Teste do Qui-Quadrado.

Desta forma, constatou-se que não existe uma associação entre a percepção que os jovens LGB têm acerca do *coming out*, ou seja se o consideram positivo ou negativo, e os comportamentos de risco para um nível de significância de 0,05, uma vez que os valores obtidos através do teste estatístico se encontram acima deste nível de significância (ver Tabela 7).

Também não existe associação entre os participantes que consideram que já forma penalizados devido à sua orientação sexual e a prevalência de comportamentos de risco, uma vez que os valores obtidos se encontram acima do nível de significância 0,05 (ver Tabela 7).

Tabela 7. Valores obtidos através do Qui-Quadrado ( $p < \alpha = 0,05$ ) para os Comportamentos de Risco e a Percepção que os Jovens LGB têm do *Coming Out*

	Comportamentos de Risco (YRBS)
<i>Coming Out</i> Positivo	0,231
Penalizados devido à Orientação Sexual	0,08

### 3.5 Relacionar os Níveis de Qualidade de Vida com os Níveis de Comportamentos de Risco nos Jovens LGB

Com o intuito de se verificar se existe alguma associação entre os vários domínios da Qualidade de Vida e os comportamentos de risco nos jovens LGB, procedeu-se ao cálculo estatístico destas variáveis.

Pode verificar-se uma associação entre o domínio Geral da Qualidade de Vida e o item “Conversa Assuntos Importantes com os seus Familiares?”, em que  $\text{Sig.} = 0,03 < \alpha = 0,05$ . No entanto este item não demonstra uma associação com os restantes domínios da Qualidade de Vida, nomeadamente, o domínio Social, Psicológico, Físico e Ambiente (ver Tabela 8).

Também o item “Nos últimos 12 meses, sentiu-se tão triste e desesperado/a quase todos os dias durante 2 semanas (ou mais) consecutivas que deixou de realizar algumas atividades habituais?” demonstra estar associado ao domínio Geral da Qualidade de Vida (Sig. = 0,00 <  $\alpha$  = 0,05) ao contrário dos restantes domínios (ver Tabela 8).

Por sua vez, o item “Nos últimos 12 meses, alguma vez considerou seriamente o suicídio como opção?” está associado ao domínio Geral da Qualidade de Vida (Sig. = 0,03 <  $\alpha$  = 0,05) e ao domínio Social (Sig. = 0,04 <  $\alpha$  = 0,05). No entanto, o item “Nos últimos 12 meses, quantas vezes tentou cometer suicídio?” está associado aos domínios Físico (Sig. = 0,01 <  $\alpha$  = 0,05), Psicológico (Sig. = 0,01 <  $\alpha$  = 0,05) e Ambiente (Sig. = 0,00 <  $\alpha$  = 0,05).

Entre os vários domínios e os restantes itens não se verificou nenhuma associação uma vez que os valores obtidos demonstraram ser superiores ao valor de significância.

**Tabela 8.** Valores obtidos através do Qui-Quadrado ( $p < \alpha = 0,05$ ) para a Qualidade de Vida e os Comportamentos de Risco

Domínios	Conversa Assuntos Importantes com os Familiares	Sentir-se triste e desesperado/a que deixou de realizar algumas atividades	Considerar seriamente o suicídio como opção	Quantas vezes tentou cometer suicídio
Geral	0,03	0,00	0,03	0,09
Físico	0,18	0,25	0,18	0,01
Psicológico	0,17	0,13	0,12	0,01
Social	0,09	0,09	0,04	0,37
Ambiente	0,22	0,22	0,58	0,00

## Capítulo IV. Discussão dos Resultados e Conclusão

Este capítulo surge como síntese integrativa dos resultados obtidos na parte empírica desta dissertação tendo em conta a revisão bibliográfica feita previamente, em que se irá fazer uma discussão que irá englobar as diferentes variáveis em estudo e os diferentes objetivos do mesmo, funcionando como uma reflexão que pretende contrapor e salientar os resultados obtidos.

Desta forma, começa-se por explorar os dados sociodemográficos da amostra obtida, passando para uma reflexão sobre a prevalência dos comportamentos de risco e níveis da qualidade de vida dos jovens LGB que participaram neste estudo, pretendendo verificar-se se a perceção que estes têm do processo do *coming out* os influencia.

Por outro lado, será também apresentada uma breve conclusão tendo em conta igualmente as limitações desta investigação e as propostas futuras funcionando como uma breve reflexão sobre a realização deste trabalho.

### 4.1 O *Coming Out* dos Jovens LGB e a Prevalência de Comportamentos de Risco e o Nível de Qualidade de Vida

Ao analisar descritivamente a amostra deste estudo, consegue perceber-se que a maioria dos jovens LGB que participaram neste estudo são solteiros, não têm filhos, são estudantes e têm formação universitária, pertencendo a um estatuto sócioeconómico médio. Em relação ao comportamento sexual a maioria dos participantes considera que este é exclusivamente homossexual, sendo que a orientação sexual dos participantes se divide em gay, lésbica e bissexual de forma relativamente homogénea.

Além disso, a maioria dos participantes revela conversar assuntos importantes com a família, apesar de considerarem que a revelação da sua orientação sexual é um assunto difícil, apontando como principais motivos o facto de terem medo de serem rejeitados, ao preconceito existente na sociedade e pela ansiedade que este assunto lhes causa. A Organização Mundial de Saúde desenvolveu um estudo em que foram abrangidos 25 países da Europa, EUA, Canadá e Israel, com o intuito de se identificar comportamentos/situações protetoras na adolescência, em que se constatou que a existência de um adulto de uma pessoa de confiança na vida de um adolescente, a quem ele recorre se tem problemas ou preocupações, constitui um fator protetor (Currie et al., 2004).

No entanto, a grande maioria dos participantes já revelou a sua orientação sexual alguém (maioritariamente aos pais e amigos chegados), sendo a média das idades em que essa revelação ocorre 18 anos. De acordo com Dank (1971) idade média para o *coming out* é de 19 anos, sendo que para Troiden e Goode (1980) essa idade diminui para 16 anos, o que vai de encontro aos resultados obtidos uma vez que a idade média para a revelação da sua orientação sexual se situa entre as idades referidas por estes autores (Morrow, 2001).

Além disso, a grande maioria dos participantes considera que o *coming out* foi uma experiência positiva. As principais razões esta experiência ter sido considerado positiva prende-se com o facto de os participantes se terem sentido aliviados porque podem ser mais honestos para com os outros e por terem recebido o apoio e a compreensão de pessoas importantes na sua vida. Desta forma, a maioria dos participantes considera que a sua relação com a família e os amigos não se alterou após a revelação da sua orientação sexual e que nunca foram penalizados devido a esta.

No que concerne à qualidade de vida, os participantes obtiveram uma pontuação no domínio Geral que representa uma boa satisfação com a sua vida no geral. No domínio Físico a pontuação obtida também indica que os participantes têm uma boa saúde física, uma vez que este domínio mede dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida quotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho. Uma boa pontuação neste domínio era esperada uma vez que a amostra recolhida é jovem, sendo esperado que nestas idades ainda não existam muitos problemas relacionados com a saúde física.

Também no domínio Psicológico, a média obtida pelos participantes foi boa o que indica que estes possuem sentimentos positivos, raciocínio, capacidade de aprendizagem, memória, concentração, autoestima e boa imagem corporal (Fleck et al., 2000). Por sua vez, a boa pontuação obtida no domínio Social indica que os participantes possuem boas relações sociais, têm apoio social e atividade sexual, o que se pode verificar pela maioria da amostra considerar que pode falar de assuntos importantes com a família e sendo que a maioria revelou aos pais e amigos próximos, considerando a experiência do *coming out* positiva. De facto, D'Augelli, Grossman e Starks (2005) verificaram, num estudo com 293 participantes, que os jovens LGB que revelaram a sua orientação sexual tendem a possuir menos homofobia internalizada e mais apoio da sua rede de suporte, o que explica os bons resultados obtidos pela amostra no domínio Psicológico e Social.

No que diz respeito ao domínio Ambiente, também foi obtida uma pontuação média boa o que revela que os participantes estão satisfeitos com a sua segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades para adquirir novas informações e competências, participação e/ou oportunidades de recreio e lazer, ambiente físico e transportes.

No que diz respeito às pontuações obtidas pelos participantes que percebem a experiência da revelação sobre a sua orientação sexual como positiva nos vários domínios da qualidade de vida, pôde verificar-se que a média obtida por estes é superior à média obtida por aqueles que consideraram o seu *coming out* como negativo em todos os domínios, nomeadamente, o domínio Geral, Físico, Psicológico, Social e Ambiente. Relativamente à média das pontuações obtidas, a maior discrepância verifica-se no domínio Psicológico e no domínio Social.

Em relação aos comportamentos de risco, a maioria dos participantes não apresenta uma prevalência muito acentuada, apesar de efetuarem alguns dos comportamentos de risco mencionados. Os comportamentos de risco que se verificou que existe mais incidência relacionam-se com o facto de a maioria dos participantes ser ativo sexualmente e afirmarem que não utilizaram preservativo da última vez que tiveram relações sexuais. Além disso, a maioria dos participantes refere que nunca fez nenhum teste para controlo de DST's ou HIV, o que pode ser preocupante uma vez que mantêm relações sexuais desprotegidas. No entanto, a maioria dos participantes refere que da última vez que tiveram relações sexuais não realizaram nenhum tipo de consumo, que nunca tiveram nenhuma relação sexual contra a sua vontade e os participantes que já mantiveram uma relação amorosa, a maioria, nunca foi magoado fisicamente pelo parceiro.

A grande maioria da amostra consome álcool regularmente, tendo iniciado este consumo antes dos 18 anos, sendo este o consumo com maior prevalência entre a amostra recolhida. Relativamente ao consumo de marijuana, cocaína, ecstasy e metanfetaminas a grande maioria dos participantes revela que nunca consumiu, sendo que em relação ao consumo de heroína, esteroides, injeções sem prescrição médica, cola, aerossóis, tintas ou sprays a totalidade dos participantes deste estudo revelou que nunca o fez.

Pelo contrário, vários estudos têm demonstrado que os jovens LGB estão em maior risco no que concerne ao uso e consumo de álcool e substâncias, sendo que a teoria do *stress* das minorias (referida anteriormente) sugere que esta incidência se deve a experiências de discriminação, vitimização e opressão sofridas por estes jovens devido a uma cultura homofóbica (Stall et al., 2001). Na verdade, uma meta-análise de 18 estudos mostrou que os jovens que pertencem a uma minoria sexual têm duas a cinco vezes maior probabilidade de consumir álcool e drogas, o que sugere que esta probabilidade se deve ao estágio desenvolvimental único pelo qual os jovens LGB passam - o processo do *coming out* (Cochran et al., 2004). Além disso, estudos demonstram que a associação entre a orientação sexual e o uso de substâncias é maior em jovens que foram vitimizados e penalizados, o que poderá explicar como o stress psicológico persistente está relacionado com esta discriminação (Beatty, Madl & Bostwick, 2006; Reis & Saewyc, 1999 *cit. in* Marshall, Friedman, Stall & Thompson, 2009; Marshall et al., 2008). Desta forma, poderá ser explicado a razão pela qual a amostra recolhida neste estudo não apresenta um grande uso e abuso de substâncias, excetuando o consumo de álcool, uma vez que a maioria considera que nunca foi penalizado

devido à sua orientação sexual e a revelação desta foi positiva, tendo os jovens LGB recebido o apoio da sua rede de suporte, o que poderá atuar como um fator de proteção.

No que diz respeito ao facto dos participantes se ter sentido, durante os últimos 12 meses, muito tristes e desesperados durante 2 semanas (ou mais) consecutivas, a maioria da amostra recolhida respondeu negativamente mas no entanto, dos participantes que responderam afirmativamente, mais de metade considerou o suicídio como opção sendo que alguns destes sujeitos conceptualizaram planos de como o fariam. Apesar disso, da amostra recolhida apenas uma parcela pequena dos participantes fizeram tentativas de suicídio, sendo que alguns ficaram com ferimentos, sofreram de overdose ou envenenamento que necessitou de cuidados médicos. Além disso, a maioria da amostra refere que não tentou, intencionalmente, magoar-se fisicamente sem intenção de morrer nos últimos 12 meses.

Apesar destes resultados, uma revisão sistemática da saúde mental entre a população LGB que inclui 25 estudos de países como os EUA, a Austrália e países da Europa destacaram o facto dos jovens LGB terem maior risco de tentativas de suicídio, depressão e ansiedade, assim como uso de substâncias (Loguie, 2012). Também um estudo realizado nos EUA (Hammelman, 1993), com uma amostra de 48 sujeitos, mostrou que 36% dos jovens que cometeu tentativas de suicídio fora rejeitado pela família, o que pode ajudar a perceber o porquê da maioria da amostra obtida não apresentar ideação suicida, uma vez que a maioria dos participantes considerou o *coming out* como positivo.

A partir dos resultados obtidos, pôde ainda verificar-se que não existe relação entre os comportamentos de risco praticados pelos participantes e o facto de estes considerarem a experiência do *coming out* como positiva ou negativa, assim como não existe relação entre o facto de alguma vez já se terem sentido penalizados devido à sua orientação sexual e esses comportamentos de risco.

Entre os vários domínios da qualidade de vida e os comportamentos de risco, não foi verificado um grande número de correlações, verificando-se uma associação apenas no domínio Geral da Qualidade de Vida e o facto de os participantes conversarem assuntos importantes com os pais, assim como uma relação entre este domínio e o facto de os participantes se terem sentido tristes e desesperados quase todos os dias durante duas semanas (ou mais) consecutivas nos últimos 12 meses, o que os levou a deixar de realizar algumas atividades habituais.

Por sua vez, verificou-se existir associação entre o facto dos participantes já terem considerado seriamente o suicídio como opção e o domínio Geral da qualidade de vida e o domínio Social, assim como uma associação entre o facto de os participantes já terem tentado cometer suicídio e os domínios Físico, Psicológico e Ambiente.

O facto de a mostra recolhida neste estudo apresentar um bom índice de qualidade de vida e uma prevalência relativamente baixa nos comportamentos de risco pode dever-se ao facto de os participantes fazerem parte de uma associação de apoio a jovens LGB uma vez que, como verificado por Herdt e Boxer (1993) num estudo com uma amostra de 202 participantes, 20% que relataram que ter tentado suicidar-se, não voltaram a fazê-lo ou fizeram-no muito menos vezes, após começarem a frequentar o grupo de uma associação LGB, o que sugere um papel minimizador desta no mal-estar de indivíduos LGB, assim como uma melhoria da autoestima e bem-estar psicológico (Herdt, 2007).

Além disso, investigações demonstram que a rejeição familiar é um dos maiores preditores de resultados negativos na saúde de adolescentes e jovens adultos LGB, podendo considerar-se que a rede de suporte tem um impacto importante no desenvolvimento da identidade homossexual e bissexual, mesmo quando nos referimos a contextos alargados mais opressivos (Elizur & Ziv, 2001 *cit. in* Pereira & Leal, 2005), o que no presente estudo pode explicar os bons índices de qualidade de vida e baixos comportamentos de risco, uma vez que os participantes tiveram o apoio da sua rede de suporte após o *coming out*, considerando-o desta forma positivo. Ou seja, esta experiência, em princípio, trouxe benefícios a estes jovens como o desenvolvimento de uma identidade positiva, aumento da autoestima e um melhor ajustamento psicológico, assim como menos homofobia internalizada (Miranda & Storms, 1989; Jordan & Deluty, 1998 *cit. in* Carnelley, 2011).

Apesar da adolescência e a transição para jovem adulto ser caracterizada por um aumento da independência dos pais, o apoio destes continua a ser uma fonte importante no que toca a resultados positivos relacionados com a saúde e bem-estar (Needham & Austin, 2010). Como referido por Birket, Espelage, e Koenig (2009), os jovens LGB que possuem menos apoio social apresentam níveis mais altos de vitimização, depressão, ideação suicida e uso de substâncias comparativamente aos jovens LGB que têm o apoio da sua rede de suporte, verificando-se que este apoio é fundamental como fator protetor (Sheets & Mohr, 2009; Vincke & Heeringen, 2002; Williams et al., 2005; Wells, 2009). Também Ryan, Diaz, Huebner e Sanches (2009), verificaram que existe uma correlação positiva entre os níveis de rejeição familiar e os problemas de saúde, uma vez que os jovens que possuem uma maior taxa de rejeição pela família apresentavam uma maior probabilidade de tentarem o suicídio, de utilizarem drogas ilegais, de terem depressão e de terem relações sexuais desprotegidas do que os jovens que apresentavam uma menor taxa de rejeição por parte da família.

A família e os amigos podem providenciar o apoio necessário face à discriminação, rejeição ou conflito interno, o que representa uma fonte importante para os jovens LGB conseguirem lidar com o *stress* gerado pela sua orientação sexual, dependendo o também o seu bem-estar deste apoio (D'Augelli & Hershberger, 1993; Savin-Williams, 2005 *cit. in* Shilo & Savaya, 2011; Doty, Willoughby, Lindahl & Malik, 2010). Várias são as evidências que sugerem que os fatores sociais têm um grande efeito na saúde mental, sendo que os relacionamentos sociais são

determinantes muito importantes para a felicidade e bem-estar (Huppert, 2004). Sendo assim, os resultados obtidos também poderão estar relacionados com a ideia de que o apoio da rede de suporte pode ser o resultado, e não a causa, no que concerne à prevalência dos comportamentos de risco e níveis da qualidade de vida (O'Donnell, Meyer & Schwartz, 2011).

## 4.2 Limitações do Estudo

É também importante referir algumas limitações existentes neste estudo empírico, uma vez que poderão servir como referência para estudos posteriores no sentido de as colmatar. Numa primeira instância, seria importante explorar de forma mais aprofundada algumas variáveis e, para tal, utilizar escalas aferidas para a população portuguesa, assim como estudos comparativos com amostras de heterossexuais. Por sua vez, o facto de a amostra não incluir pessoas transgénero também poderá ser considerada como uma limitação, uma vez que a transsexualidade possui determinadas particularidades que irão tornar o processo do *coming out* diferente para este grupo de pessoas.

Outra das limitações existentes é o facto de os questionários terem sido respondidos por via internet o que, indiretamente, exclui parte da amostra uma vez que este meio de comunicação não consegue ser acedido nem é utilizado por toda a população, apesar de existirem autores que defendem o uso desta via para difusão de questionários porque possui a vantagem de, potencialmente, ser mais fácil de recolher dados que poderão ser embaraçosos para os participantes (Turner et al., 1998, *cit. in* King et al., 2003). Outra das limitações relacionada com a recolha da amostra, diz respeito à dificuldade em aceder a pessoas que pertençam à população LGB, resultando numa amostra relativamente pequena, uma vez que estas podem sentir-se estigmatizadas, tendo sido necessário recorrer a uma associação de apoio a jovens LGB (Rede Exaequo). Esta é considerada uma limitação pois, como referido anteriormente, os indivíduos que fazem parte deste tipo de associações tem tendência a apresentar níveis mais baixos de *stress*, mais abertura em relação à sua orientação sexual e níveis mais altos de apoio (Bogaert & Hafner, 2009). No entanto, de acordo com Sell (2007), é difícil obter uma amostra representativa quando se pretende estudar populações que pertencem às minorias sexuais (O'Donnell, Meyer & Schwartz, 2011).

Além disso, as respostas dadas refletem as percepções que os participantes fazem das várias situações, sendo que estas podem ser influenciadas pelas características pessoais de cada indivíduo, pelo facto de poderem relatar os comportamentos que apoiam e procuram por parte dos outros, pela sua abertura sobre a sua orientação sexual e pela desejabilidade social. Para combater esta limitação e com o intuito de se perceber melhor as várias vertentes que envolvem o processo do *coming out*, a utilização de vários informadores,

nomeadamente pessoas que façam parte da rede de suporte dos participantes, poderia ser útil e interessante.

Por último, o facto de existirem poucas investigações sobre esta temática em Portugal e na Europa, sendo que a maioria dos estudos acerca do coming out são realizados nos EUA, torna mais difícil a comparação dos resultados obtidos com investigações prévias (King et al., 2003).

### 4.3 Conclusão

Este estudo empírico foi realizado com o intuito de se tentar compreender se como o processo do *coming out* é experienciado pelos jovens LGB tem influência nos seus comportamentos de risco e qualidade de vida. Considera-se que é importante existir mais investigação sobre esta temática, uma vez que o processo do *coming out* é uma experiência contínua e pela qual só os jovens LGB passam, devido à existência de uma sociedade heterossexista. Este é um processo que não afeta apenas a estes jovens, mas também a sua família e amigos, podendo estes ter um papel determinante em como os jovens LGB lidam e experienciam o *coming out*.

Através da revisão da literatura sobre este tema, pôde verificar-se que ainda não existe um consenso sobre se a forma como a rede de suporte reage ao *coming out* e se como o jovem LGB percebe este apoio e esta experiência influenciam a sua qualidade de vida e a prevalência dos seus comportamentos de risco, sendo que em alguns estudos se verifica uma associação e noutros não se consegue perceber se existe de facto essa associação.

Pelos dados obtidos neste estudo, também não é muito claro se existe de facto uma associação entre a forma como o jovem LGB percebe o processo do *coming out* e os comportamentos de risco e a sua qualidade de vida. No entanto, como verificado anteriormente, a maioria dos participantes considerou o processo do *coming out* positivo e nunca se considerou penalizado devido à sua orientação sexual, sendo que esta revelação ocorreu maioritariamente aos pais e amigos chegados verificando-se que podem conversar assuntos importantes com estes. Além disso, os resultados obtidos a partir do questionário da qualidade de vida demonstram que os participantes se encontram satisfeitos com os vários domínios da sua vida, sendo que os comportamentos de risco também não apresentam níveis demasiado altos. Desta forma, poderá entender-se que estes resultados poderão ser reflexo pelo facto dos participantes terem tido uma experiência sobre o *coming out* positiva, não se sentirem discriminados e terem recebido o apoio da sua rede de suporte. De qualquer forma é importante referir que, como verificado anteriormente, estes jovens fazem parte de uma associação de apoio a jovens LGBT, o que poderá condicionar estes resultados, pois estudos demonstram que estes jovens têm uma maior taxa de suporte, o que se reflete na sua saúde e bem-estar.

Assim sendo, futuramente, seria importante aprofundar o conhecimento sobre esta temática para que possa existir uma melhor compreensão da mesma, o que poderia ser útil no que toca a auxiliar os jovens LGB que passam pelo processo do *coming out* de forma a que estes tenham uma melhor saúde e bem-estar, uma vez que este é um processo complexo e muitas vezes difícil de se ultrapassar.

## Referências Bibliográficas

- Baptist, J. A. & Allen, K. R. (2008). A Family's Coming Out Process: Systemic Change and Multiple Realities. *Contemporary Family Therapy*, 30 (2), 92-110.
- Barbara, A. M., & Chaim, G. (2004). Asking About Sexual Orientation During Assessment for Drug and Alcohol Concerns: A Pilot Study. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 4 (4), 89-109.
- Bogaert, A. F., & Hafer, C. L. (2009). Predicting the Timing of Coming Out in Gay and Bisexual Men From World Beliefs, Physical Attractiveness, and Childhood Gender Identity/Role. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(8), 1991-2019.
- Bond, B. J., Hefner, V. & Drogos, K. L. (2008). Information-Seeking Practices during the Sexual Development of Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals: The Influence and Effects of Coming Out in a Mediated Environment. *Sexuality & Culture*, 13(1), 32-50.
- Brener, N. D., Collins, J. L., Kann, L., Warren, C. W. & Williams, B. I. (1995). Reliability of the Youth Risk Behavior Survey Questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 141 (6), 575-580.
- Brewster, K. L. & Tillman, K. H. (2012). Sexual Orientation and Substance Use among Adolescents and Young Adults. *American Journal of Public Health*, 102 (6), 1168-1176.
- Brown, R. (2002). Self Harm and Suicide Risk for Same-Sex Attracted Young People: A Family Perspective. *Advances in Mental Health*, 1 (1), 9-19.
- Carnelley, K. B., Hepper, E. G., Hicks, C. & Turner, W. (2011). Perceived Parental Reactions to Coming Out, Attachment, and Romantic Relationship Views. *Attachment & Human Development*, 13 (3), 217-36.
- Cass, V. C. (1979). Homosexuality Identity Formation: A Theoretical Model. *Journal of Homosexuality*, 4 (3), 219-235.
- Cass, V. C. (1984). Homosexual Identity: A Concept in Need of Definition. Em J. P. DeCecco & M. G. Shively (Eds.), *Bisexual and Homosexual Identities: Critical Theoretical Issues* (pp. 105-126). Nova Iorque: The Haworth Press.

- Clark, C. M. (2007). Facilitating Gay Men's Coming Out: An Existential Phenomenological Exploration. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 77 (1-2), 61-73.
- Cochran, S. D. & Mays, V. M. (2000). Lifetime Prevalence of Suicide Symptoms and Affective Disorders Among Men Reporting Same-Sex Sexual Partners: Results From NHANES III. *American Journal of Public Health*. 90 (4), 573-579.
- Cochran, S. D., Ackerman, D., Mays, V. M. & Ross, M. W. (2004). Prevalence Of Non-Medical Drug Use And Dependence Among Homosexually Active Men And Women In The US Population. *Addiction*, 99 (8), 989-998.
- Cox, N., Berghe, V. W., Dewaele, A. & Vincke, J. (2010). Acculturation Strategies and Mental Health in Gay, Lesbian, and Bisexual Youth. *Journal Of Youth And Adolescence*, 39 (10), 1199-210.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. & Rasmussen, V. (2004). Young people's health in context. Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) Study. 2001/ 2002/ 2004, OMS international report from the survey nº 4- Health Policy for children and adolescents. Consultado em 2 maio, 2007, em: [www.Euro.who.int/youthhealth/hbsc](http://www.Euro.who.int/youthhealth/hbsc)
- Dank, B. M. (1971). Coming Out In the Gay World. *Psychiatry*, 34, 60-77.
- D'Augelli, A. R. & Hershberger, S. L. (1993). Lesbian, Gay, And Bisexual Youth In Community Settings: Personal Challenges And Mental Health Problems. *American Journal of Community Psychology*, 21 (4), 421-448.
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H. & Starks, M. T. (2005). Parents' Awareness of Lesbian, Gay, and Bisexual Youths' Sexual Orientation. *Journal of Marriage and Family*, 67 (2), 474-482.
- Davies, D. (2000). *Therapeutic Perspectives on Working With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. Filadélfia: Open University Press.
- Degges-White, S., Rice, B. & Myers, J. E. (2000). Revisiting Cass' Theory of Sexual Identity Formation: A Study of Lesbian Development. *Journal of Mental Health*, 22 (4), 318-330.
- Deisher, R. W. (1989). Adolescent Homosexuality: Preface. Em G. Herdt (Ed.), *Gay and Lesbian Youth* (pp.13-23). E.U.A.: The Haworth Press.

- DeVellis, R. F. (1991). *Scale Development: Theory and Applications*. E.U.A.: Sage.
- Doty, N. D., Willoughby, B. L. B., Lindahl, K. M. & Malik, N. M. (2010). Sexuality Related Social Support among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 39 (10), 1134-47.
- Eliason, M. J. (1996). *Who Cares?: Institutional Barriers to Health Care for Lesbian, Gay and Bisexual Persons*. Nova Iorque: National League for Nursing.
- Eubanks-Carter, C., Burckell, L. A. & Goldfried, M. R. (2005). Enhancing Therapeutic Effectiveness with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12 (1), 1-18.
- Evans, M. & Barker, M. (2010). How Do You See Me? Coming Out In Counselling. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38 (4), 375-391.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1), 19-28.
- Fleck, M. P. A., Louzada S., Xavier M., Chachamovich E., Vieira G., Santos L. & Pinzon V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da Qualidade de Vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34 (2), 178-83.
- Frable, D. E., Hoey, S. & Platt, L. (1998). Concealable Stigmas and Positive Self-Perceptions: Feeling Better around Similar Others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (4), 909-922.
- Fraser, M. W., Richman, J. M., & Galinsky, M. J. (1999). Risk, Protection, and Resilience: Toward a conceptual Framework for Social Work Practice. *Social Work Research*, 23 (1), 129-208.
- Frazão, P., & Rosário, R. (2008). O Coming Out De Gays E Lésbicas E As Relações Familiares. *Análise Psicológica*, 1 (26), 25-45.
- Gagne, P., Tewksbury, R., & McGaughey, D. (1997). Coming Out And Crossing Over: Identity Formation and Proclamation in a Transgender Community. *Gender & Society*, 11(4), 478-508.

- 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.
- Green, J. (1996). Why Ask, Why Tell? Teaching and Learning about Lesbian and Gays in Family Therapy. *Family Process*, 35 (3), 389-400.
- Guedes, D. P. & Lopes, C. C. (2010). Validação da Versão Brasileira do Youth Risk Behavior Survey 2007. *Revista de Saúde Pública*, 44 (5), 840-850.
- Hammelman, T. L. (1993). Gay and Lesbian Youth: Contributing Factors to Serious Attempts or Considerations of Suicide. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 2 (1), 77- 89.
- Hanley-Hanckenbruck, P. (1989). Psychotherapy and the "Coming Out" Process. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 1(1), 21-39.
- Helminiak, D. A. (2006). *Sex And The Sacred: Gay Identity And Spiritual Growth*. Nova Iorque: The Hawthorne Press.
- Henrickson, M. (2008). Deferring Identity and Social Role in Lesbian, Gay and Bisexual New Zealanders. *Social Work Education*, 27 (2), 169-181.
- Henrickson, M. & Neville, S. (2012). Identity Satisfaction Over the Life Course in Sexual Minorities. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 24 (1), 80-95.
- Herdt, G. (2007). Sexual Development, Social Oppression and Local Culture. Em M. Kimmel (Ed.), *The Sexual Self: The Construction of Sexual Scripts* (pp.211-238). E.U.A.: Vanderbilt University Press.
- Hershberger, S. L. & D'Augelli, A. R. (1995). The Impact of Victimization on the Mental Health and Suicidality of Lesbian, Gay and Bisexual Youths. *Development Psychology*, 31 (1) 65-74.
- Hill, N. L. (2009). Affirmative Practice and Alternative Sexual Orientations: Helping Clients Navigate the Coming Out Process. *Clinical Social Work Journal*, 37 (4), 346-356.
- Huppert, F. A. (2004). A Population Approach to Positive Psychology: the Potential for Population Interventions to Promote Well-Being and Prevent Disorder. Em A. Linley, & S. Joseph (Eds.), *Positive Psychology In Practice* (pp. 693-709). EUA: John Wiley & Sons, Inc.

- Jenkins, D., Walker, C., Cohen, H. & Curry, L. (2010). A Lesbian Older Adult Managing Identity Disclosure: A Case Study. *Journal Of Gerontological Social Work*, 53 (5), 402-420.
- Jordan, K. (2000). Substance Abuse among Gay, Lesbian, Bisexual, Transgender, and Questioning Adolescents. *School Psychology Review*, 29 (2), 201-206.
- Jordan, K. M. & Deluty, R. H. (1998). Coming Out for Lesbian Women: Its Relation to Anxiety, Positive Affectivity, Self-Esteem, and Social Support. *Journal of Homosexuality*, 35 (2), 41-63.
- Júnior, C. J. F. & Lopes, A. S. (2004). Comportamentos de Risco Relacionados à Saúde em Adolescentes. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 12 (1), 7-12.
- King, M., McKeown, E., Warner, J., Ramsay, A., Johnson, K., Cort, C., Wright, L., Blizard, R. & Davidson, O. (2003). Mental Health and Quality of Life of Gay Men and Lesbians in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 183, 552-558.
- LaSala, M. C. (2000). Lesbians, Gay Men, and Their Parents: Family Therapy for the Coming-Out Crisis. *Family Process*, 30 (1), 67-81.
- Linley, P. A. & Joseph, S. (2004). *Positive Psychology In Practice*. Nova Jersey: John Wiley & Sons, Inc..
- Logie, C. (2012). The case for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health to Address Sexual Orientation. *American journal of public health*, 102(7), 1243-6.
- Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., Bukstein, O. G. & Morse, J. Q. (2008). Sexual Orientation and Adolescent Substance Use: A Meta-Analysis and Methodological Review. *Addiction*, 103 (4), 546-56.
- Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R. & Thompson, A. L. (2009). Individual Trajectories of Substance Use in Lesbian, Gay and Bisexual Youth and Heterosexual Youth. *Addiction*, 104(6), 974-81.
- McCabe, S. E., Bostwick, W. B., Hughes, T. L., West, B. T. & Boyd, C. J. (2010). The Relationship between Discrimination and Substance Use Disorders among Lesbian,

- Gay, and Bisexual Adults in the United States. *American Journal Of Public Health*, 100 (10), 1946-1952.
- McDowell, S. (2000). Gay Men, Lesbians And Substances Of Abuse and The 'Club And Circuit Party Scene': What Clinicians Should Know. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 3(3), 37-57.
- McLean, K. (2007). Hiding In The Closet? Bisexuals, Coming Out and Disclosure Imperative. *Journal of Sociology*, 43 (2), 151-166.
- Meyer, I. H. & Dean, L. (1995). Patterns of Sexual Risk Behavior and Risk Taking among Young New York City Gay Men. *AIDS Education and Prevention*, 7, 13-23.
- Miranda, J. & Storms, M. (1989). Psychological Adjustment of Lesbians and Gay Men. *Journal of Counselling and Development*, 68 (4), 41-45.
- Monteflores, C. & Schultz, S. J. (1978). Coming Out: Similarities and Differences for Lesbians and Gay Men. *Journal of Social Issues*, 34 (3), 59-72.
- Morrow, D. F. (2001). Coming Out to Families: Guidelines for Intervention with Gay and Lesbian Clients. *Journal of Family Social Work*, 5 (2), 53-66.
- Myers, M. F. (1982). Counseling the Parents of Young Homosexual Male Patients. Em J. C. Gonsiorek (Ed.), *Homosexuality and Psychotherapy: A Practitioner's Handbook of Affirmative Models* (pp. 131-143). Nova Iorque: Haworth Press.
- Needham, B. L. & Austin, E. L. (2010). Sexual Orientation, Parental Support, And Health During The Transition To Young Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(10), 1189-98.
- O'Connor, N. & Ryan, J. (1993). *Wild Desires and Mistaken Identities. Lesbianism and Psychoanalysis*. London: Virago.
- O'Donnell, S., Meyer, I. H. & Schwartz, S. (2011). Increased Risk of Suicide Attempts Among Black and Latino Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. *American Journal Of Public Health*, 101(6), 1055-9.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. Em J. P. Cruz, S. N. de Jesus & C. Nunes (Eds.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.

- Pereira, H. & Leal, I. (2005). A Identidade (Homo) Sexual e os seus Determinantes: Implicações para a Saúde. *Análise Psicológica*, 3 (23), 315-322.
- Pilkington, N. W. & D'Augelli, A. R. (1995). Victimization of Lesbian, Gay and Youth in Community Settings. *Journal of Community Psychology*, 23 (1) 34-56.
- Plummer, K. (1995). *Telling Sexual Stories*. Londres: Routledge.
- Potoczniak, D., Crosbie-Burnett, M. & Saltzburg, N. (2009). Experiences Regarding Coming Out To Parents Among African American, Hispanic, And White Gay, Lesbian, Bisexual, Transgender, And Questioning Adolescents. *Journal of Gay & Lesbian Social Services: Issues in Practice, Policy & Research*, 21 (2-3), 189-205.
- Ritter, K. Y. & Terndrup, A. I. (2002). *Handbook of Affirmative Psychotherapy of Lesbians and Gay Men*. Nova Iorque: The Guilford Press.
- Rust, P.C. (1993). "Coming Out" in the Age of Constructionism: Sexual Identity Formation Among lesbian and Bisexual Women. *Gender & Society*, 7 (1), 50-77.
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M. & Sanchez, J. (2009). Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. *Pediatrics*, 123 (1), 346 -352.
- Saltzburg, S. (2009). Parents' Experience of Feeling Socially Supported as Adolescents Come Out as Lesbian and Gay: A Phenomenological Study. *Journal of Family Social Work*, 12 (4), 340-358.
- Sandfort, T. (2000). Homosexuality, Psychology and Gay and Lesbian Studies. Em T. Sandfort, J. Schuyf, J. W. Duyvendak & J. Weeks (Eds.), *Lesbian and Gay Studies: An Introductory, Interdisciplinary Approach* (pp. 14-45). Londres: Sage Publications.
- Savin-Williams, R. C. (1989). Coming Out to Parents and Self-Esteem Among Gay and Lesbian Youths. Em F. W. Bozett (Ed.), *Homosexuality and the Family* (pp. 1-36). E.U.A.: The Haworth Press.
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. C. (2004). Qualidade de Vida e Saúde: Aspectos Conceituais e Metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 20 (2), 580-588.

- Sheets, R., & Mohr, J. (2009). Perceived Social Support from Friends and Family and Psychosocial Functioning in Bisexual Young Adult College Students. *Journal of Counseling Psychology, 56*(1), 152-163.
- Shilo, G. & Savaya, R. (2011). Effects of Family and Friend Support on LGB Youths' Mental Health and Sexual Orientation Milestones. *Family Relations, 60* (3), 318-330.
- Silverman, J. G., Raj, A., Mucci, L. A. & Hathaway, J. E. (2001). Dating Violence Against Adolescent Girls and Associated Substance Use, Unhealthy Weight Control, Sexual Risk Behavior, Pregnancy, and Suicidality. *The Journal of the American Medical Association, 286* (5), 572-579.
- Stall, R. & Purcell, D. W. (2000). Intertwining Epidemics: A Review of Research on Substance Use Among Men Who Have Sex With Men and its Connection To The AIDS Epidemic. *AIDS & Behavior, 4* (2), 181-192.
- Stall, R., Paul, J. P., Greenwood, G., Pollack, L. M., Bein, E., Crosby, G. M., Mills, T. C., Binson, D., Coates, T. J. & Catania, J. A. (2002). Alcohol Use, Drug Use and Alcohol-Related Problems among Men Who Have Sex With Men: The Urban Men's Health Study. *Addiction, 96* (11), 1589-1601.
- Storms, M. D. (1980). Theories of Sexual Orientation. *Journal of Personality and Social Psychology, 38* (5), 783-792.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J. & Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento De Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica, 27* (1), 31-40.
- Vincke, J. & Heeringen, K. V. (2002). Confidant Support and the Mental Wellbeing of Lesbian and Gay Young Adults: A Longitudinal Analysis. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 12*(3), 181-193.
- Wells, K. (2009). Research Exploring the Health, Wellness and Concerns of Sexual Minority Youth. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 43* (1-2), 221-230.
- Williams, T., Connolly, J., Pepler, D., & Craig, W. (2005). Peer Victimization, Social Support, and Psychosocial Adjustment of Sexual Minority Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 34*(5), 471-482.

- Willoughby, B. L. & Doty, N. D. (2010). Brief Cognitive Behavioral Family Therapy Following a Child's Coming Out: A Case Report. *Cognitive and Behavioral Practice, 17* (1), 37-44.
- Xing, Y., Ji, C. & Zhang, L. (2006). Relationship of Binge Drinking and Other Health-Compromising Behaviors among Urban Adolescents in China. *Journal of Adolescent Health, 39* (4), 495-500.