



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Indicadores Psicológicos e Biomédicos e Orientação Sexual: Um Estudo comparativo entre gays, lésbicas, bissexuais e heterossexuais**

**Carla Patrícia Duarte Monteiro**

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

**Versão Definitiva Após Defesa**

Orientador: Prof. Doutor Henrique Marques Pereira

**Covilhã, Agosto de 2017**



# Dedicatória

## A ti, querida Mamã...

Que partiste cedo demais, mas que continuas sempre presente no meu coração, no meu pensamento, em todos os momentos da minha vida, a proteger-me e a dar-me força para continuar este árduo caminho que é a Vida. Este trabalho é dedicado a ti, ao teu amor à vida e à força com que te agarraste a ela até ao teu último suspiro!

À minha inspiração, FORÇA da Natureza, amável, querida, cuidadosa e que sempre me mimou tanto e me deu tantos valores e educação que guardarei comigo para sempre.

A ti, Mamã, por veres sempre a luz ao fundo do túnel, por nunca desistires de mim, de ti, por nunca me deixares desistir da minha vida, dos meus objetivos e por me fazeres acreditar sempre em mim, mesmo quando a minha fé era abalada.

E nos teus últimos suspiros, a tua frase ficou gravada para sempre no meu pensamento, no meu coração e no fundo da minha alma: “Levo a minha filha atravessada no meu coração!”.

E eu mamã, tenho-te presente no meu coração e estarás sempre atravessada nele, até ao fim dos meus dias. Até já querida Mãe! Amo-te para sempre!

*“Quem parte, deixa um bocado de si e leva um bocado de nós...”*

## A ti, querido Papá...

Por nunca desistires de mim, mesmo quando estive tão doente, fraca e frágil. Quando pensava não haver saída ao fundo daquele túnel escuro.

Obrigada por tudo o que fizeste por mim, pelo teu esforço para eu acabar os meus estudos e acabares de me formar e educar como pessoa. Olha para mim, estou a sorrir, fizeste um bom trabalho e sei que foi bastante difícil manter-me a estudar. Obrigada por esse teu esforço e por nunca me dizeres que não a nada que fosse para meu bem.

Todas as viagens que nos separavam, as noites que passaste sozinho na nossa casinha... Agora, iremos cuidar um do outro. E eu nunca, mas NUNCA te irei abandonar! Amote para sempre papá! Tenho muito orgulho em ser tua filha!

## A ti, Sookie, meu Felino...

Sem te aperceberes, foste a maior terapia que podia ter. Recebias-me todos os dias com uma turrinha nas pernas e sentavas-te em cima do meu portátil quando achavas que eu já não te estava a dar muita atenção ou já estaria há demasiado tempo a trabalhar!

Obrigada por me acompanhares estes 3 anos, mas principalmente este último ano da minha Formação Académica.

Nos meus serões e fins de semana sozinha, no Porto, em Viseu ou na Covilhã, sempre estiveste lá. Nos bons e maus momentos. Seguiste-me para todo o lado. Absorves-te toda a minha tristeza, angústia e dor e transformas-te isso em força, esperança e motivação. Alivias-te a minha alma e alegraste todos os meus dias, sem te aperceberes.

As tuas brincadeiras, as tuas correrias pela casa e pelas escadas, o teu jeito eternamente infantil e brincalhão, foi o que me salvou de mim própria. A tua curiosidade e às vezes “estupidez” fez-me rir tantas vezes, quando só me apetecia chorar.

Dei por mim a observar-te tantas vezes e tanto tempo, o teu jeito elegante e independente de caminhar, tão seguro de si, mas que ao mesmo tempo sofria se passasse mais que dois dias longe de mim. És um mimado, Sookie Emanuel!!

A ti, meu Preto Gordo e Peludo, que eu amo tanto e gostaria de não ter de passar pela tua perda. Mas até esse dia, muitos dias bons e maus passaremos juntos. Amote meu filho!





# Agradecimentos

O presente trabalho resultou da dedicação e do esforço combinado de várias pessoas, família, amigos, conhecidos, docentes, entre tantas outras pessoas.

Primeiro que tudo, esta dissertação não poderia ser realizada sem a dedicação do meu orientador, o Professor Doutor Henrique Pereira. Muito obrigada pela sua disponibilidade, compreensão, paciência, flexibilidade, profissionalismo e, sem dúvida, motivação que me deu ao longo deste caminho. Foi um privilégio ser sua orientanda e aprendi muito consigo.

Apesar de já ter mencionado na dedicatória, é claro que esta dissertação não poderia ser concluída sem o apoio do meu pai e mama (estrelinha que está no céu a guiar-me). Um ENORME obrigado a vocês pais, que me educaram desta forma e me deram os valores e ferramentas necessárias para lutar e vencer na vida. E, principalmente, não desistir perante as diversas derrotas que experienciamos ao longo do nosso percurso.

Meus maninhos queridos, muito obrigada pelo vosso carinho e paciência. Eu nem sempre estive presente e nem sempre consegui estar com vocês o tempo que desejava quando ia aí à nossa bela terrinha. “Indo eu, Indo eu, a caminho de Viseu...”. Mas sem nunca se esquecerem daqui da “pequenina” como tu me chamas Luis... Obrigada pelas vossas chamadas conselheiras e de apoio ao longo das semanas. Obrigada por não se esquecerem daqui da casula. Obrigada às minhas cunhadas e sobrinhos queridos por estarem presentes neste percurso.

Tio Esmeraldo, você será sempre como um segundo “pai” para mim e você, D. Lucília, para além de ser a melhor amiga da minha mãe, desempenha o papel de segunda “mãe”. Muito obrigado por todo o carinho e confiança que depositaram em mim. Vocês foram grandes alicerces para mim que, por vezes, estava instável e destruturada. Obrigadas pelas suas chamadas sempre divertidas e otimistas D. Lucília. Você é uma GRANDE mulher!! Digna de ser a melhor amiga da minha mamã!

Queria agradecer à Doutora Tânia Casanova, sem o apoio dela eu não estaria aqui agora a entregar a minha Tese e a concluir o meu curso. Este “Ser” juntamente com o Sookie, foram as melhores pessoas que podiam ter tomado conta de mim. A si, Doutora, por acreditar sempre nas minhas capacidades e no que havia de bom dentro de mim. A si, por me tirar do fundo do poço e me devolver à realidade. Um Muito Obrigada não chega para demonstrar toda a gratidão e respeito que tenho por si e pelo seu excelente trabalho.

Bernardo, meu fiel e melhor amigo, tu mais que ninguém sabes o que significas para mim e o que passámos juntos neste percurso. As nossas conversas, os nossos desabafos e os nossos devaneios. Um muito obrigado apenas por...EXISTIRES!

Como não poderia mencionar-te neste espacinho? Dany do meu coração, muito obrigada por tudo o que fizeste por mim. Tu observas-te o meu percurso bem de perto. Viste as minhas vitórias, as minhas derrotas. Os meus choros e alegrias, o momento em que recebi a pior notícia

da minha vida... Estiveste lá como boa amiga que és e tudo mais. Obrigada por seres tão fiel e verdadeira, por seres não a “melhor pessoa, mas logo a seguir”, como tu dizias. Neste último ano estivemos mais afastadas, mas, no entanto, nunca descuraste por completo do teu interesse na minha vida e no meu bem-estar. És uma “amiga” para a vida. Obrigada.

Minhas Caloirinhas de minha casa, na Rua Santa Catarina...obrigada pelas imensas vezes que me chamaram de manhã, obrigada por me ajudarem neste percurso. Obrigada pelo vosso otimismo, motivação e amizade. Obrigada por cuidarem do Sookie e lhe darem a atenção que ele necessitava sempre que eu andava em viagens.

Quando estiverem famosas, num grande Teatro...eu estarei na primeira fila a aplaudir-vos de pé.

Inês Lemos (minha Nêê) e Nelson Silva (meu melhor amigo), meus amigos, companheiros e colegas de turma. Foi um privilégio fazer este percurso com vocês a meu lado. Ajudaram-me a chegar onde estou agora...no meu último ano de Mestrado. Não há palavras para descrever o que juntos fizemos...só nós sabemos. Mas a nossa amizade é muito bonita e vocês são dos seres mais belos que conheci. As nossas tardes, os nossos serões até chegar aqui e todos nós estamos aqui, neste patamar. Já somos uns vencedores. Um sincero obrigado meus queridos.

E como não podia agradecer à Senhora Dona Mãe da Nêê pelas guaridas dadas . Muito obrigada por todo o carinho, disposição e alegria que me deu. Obrigada pelos jantares e conversas divertidas. Eu e a Nêê juntas, meu deus, é o terror. Mas vocês as duas, fazem uma família linda! Muito obrigada a vocês duas por tudo.

Mila...obrigada pelas noitadas a estudar Estatística em tua casa e conseguimos fazê-la!! Cada uma a seu tempo, mas fizemos. Adoro o teu Bolinho de Noz e os teus gatinhos. Muito obrigada pelo teu amor maternal, que me fazia tão bem! Obrigada por te preocupares tanto comigo!!

Apesar de ser uma amizade muito recente, queria agradecer ao Sandro Gonçalves, pela sua preciosa ajuda, não só na minha tese e em aspetos informáticos, mas também pelo seu ombro amigo sempre presente e por estar sempre disponível e presente para mim. Um muito obrigado e espero que a nossa amizade continue a florescer.

Muito obrigada Sara Moreira e Paula Teixeira, pelas trocas de ajudas que houve entre nós. É difícil gerir tanta coisa não é verdade? Um muito obrigado também a vocês por serem boas colegas e partilharem informação. Desejo-vos muita sorte para a vossa vida.

Queria também agradecer às Associações Rede Ex Aequo e Ilga Portugal por se terem interessado pelo meu tema e terem divulgado nos seus sites, o meu inquérito. Muito obrigada!



## Resumo

Esta dissertação é apresentada em formato de artigo científico. O objetivo geral deste projeto de investigação é “Analisar e comparar as diferenças do funcionamento psicológico e biomédico entre participantes gays, lésbicas, bissexuais e heterossexuais”. Depois, foram perspetivados alguns objetivos mais específicos, tais como: 1) Analisar e comparar o funcionamento psicopatológico entre participantes gays, lésbicas, bissexuais e heterossexuais; 2) Analisar e comparar o funcionamento sexual entre participantes gays, lésbicas, bissexuais e heterossexuais, e 3) Analisar e comparar os comportamentos suicidários entre participantes gays, lésbicas, bissexuais e heterossexuais. Este é um estudo comparativo, do tipo descritivo, correlacional e transversal e conta com 727 participantes, sendo 240 homens e 480 mulheres. Relativamente à orientação sexual, a presente amostra contém 538 participantes que se identificam como heterossexuais, 124 participantes que se identificam como homossexuais e 63 participantes que se identificam como bissexuais. Toda a informação respeitante à metodologia e resultados do artigo são apresentados no corpo do artigo.

Para além do artigo, esta investigação conta com um anexo teórico onde são desenvolvidos detalhadamente todos os construtos abordados e acrescentadas outras temáticas relevantes para a compreensão deste estudo, de modo a aprofundar e consolidar os fundamentos teóricos do presente artigo empírico.

## Palavras Chave:

Saúde Mental; Saúde Física; Indicadores Biomédicos; Homossexualidade; Participantes LGB; Gay.



## **Abstract**

This dissertation is presented in scientific paper format. The overall objective of this research project is to "Analyse and compare the differences in psychological and biomedical functioning among gay, lesbian, bisexual and heterosexual participants." Then, some more specific objectives were explored, such as: 1) Analyse and compare the psychopathological functioning between gay, lesbian, bisexual and heterosexual participants; 2) Analyse and compare sexual functioning between gay, lesbian, bisexual and heterosexual participants; and 3) Analyse and compare suicidal behaviour between gay, lesbian, bisexual and heterosexual participants. This is a comparative, descriptive, correlational and cross-sectional study, with 727 participants, 240 men and 480 women. Regarding sexual orientation, the present sample contains 538 participants who identify themselves as heterosexual, 124 participants who identify themselves as homosexual, and 63 participants who identify themselves as bisexual. All the information regarding methodology and results are presented in the article.

In addition to the article, this research has a theoretical annex where all the constructs addressed are developed in detail and other relevant themes are added to the understanding of this study, to deepen and consolidate the theoretical foundations of the present empirical article.

## **Keywords**

Mental Health; Physical Health; Biomedical indicators; Homosexuality; LGB Participants; Gay.



# Índice

Capítulo 1: Introdução.....	1
Capítulo 2: Indicadores Psicológicos e Biomédicos: Uma análise comparativa entre participantes gays, lésbicas, bissexuais e heterossexuais .....	3
2.1. Resumo.....	3
2.2. Introdução .....	4
2.3. Método .....	7
2.3.1. Participantes .....	7
2.3.2. Instrumentos.....	8
2.3.3. Procedimentos .....	11
2.4. Resultados .....	12
2.5. Discussão.....	25
2.6. Referências Bibliográficas .....	29
Capítulo 3: Discussão Geral .....	37
Anexos .....	41
Anexo 1: Anexo Teórico .....	43
I. Definição dos Principais Conceitos.....	43
II. Breve História da Homossexualidade.....	45
III. Etiologia da Homossexualidade.....	48
IV. Saúde Mental e Suicídio em População LGBH.....	50
V. Saúde Física em População LGBH .....	55
VI. Funcionamento Sexual em População LGBH.....	56
VII. Indicadores Biomédicos em População LGBH .....	59
7.1. Funcionamento Sexual e Indicadores Biomédicos .....	61
7.2. Saúde Mental e Indicadores Biomédicos.....	61
VIII. Referências Bibliográficas.....	63



# Lista de Tabelas

Tabela 1: Características Sociodemográficas (N = 727).

Tabela 2: Resultados para os Níveis do BSI entre os grupos de comparação (Orientação Sexual).

Tabela 3: Resultados para os Níveis do BSI entre os grupos de comparação.

Tabela 4: Resultados para os Níveis do MGH entre os grupos de comparação.

Tabela 5: Resultados para os Níveis do MGH entre os grupos de comparação.

Tabela 6: Resultados para os Níveis do SBQ entre os grupos de comparação.

Tabela 7: Resultados para os Níveis do SBQ entre os grupos de comparação.

Tabela 8: Tabela Cruzada (Qui-Quadrado) do item 5 do SBQ com os grupos de comparação.

Tabela 9: Resultados para os Níveis dos Indicadores Biomédicos entre os grupos de comparação.

Tabela 10 - Regressão múltipla hierárquica para predição da Probabilidade de Suicídio (SBQ6).

Tabela 11 - Regressão múltipla hierárquica para predição do Índice Geral de Sintomas do BSI (BSI\_IGS).



# Lista de Acrónimos

CICS - Comissão do Centro de Investigação em Ciências da Saúde

UBI - Universidade da Beira Interior

FSCH - Faculdade das Ciências Sociais e Humanas

LGB - Lésbicas, Gays e Bissexuais

LGBH - Lésbicas, Gays, Bissexuais e Heterossexuais

BSI - Brief Symptom Inventory

IGS - Índice Geral de Sintomas

ISP - Índice de Sintomas Positivos

TSP - Total de Sintomas Positivos

MGH-SFQ - Massachusetts General Hospital - Sexual Functioning Questionnaire

SBQ-R - Suicidal Behaviors Questionnaire Revised

PTSD - Post-traumatic Stress Disorder

FSFI - Female Sexual Function Index

IMC - Índice de Massa Corporal

APA - American Psychiatric Association

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

PEA - Perturbação do Espectro do Autismo





# Capítulo 1: Introdução

Este projeto de investigação foi desenvolvido no âmbito da obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela Faculdade das Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior. O principal objetivo desta investigação debruça-se em realizar um estudo do tipo descritivo, correlacional e transversal, em que se pretende analisar e comparar as diferenças do funcionamento psicológico e biomédico entre participantes gays, lésbicas, bissexuais e heterossexuais. Posteriormente, neste estudo, é comparada e analisada a orientação sexual com o funcionamento psicopatológico, com o funcionamento sexual e com os comportamentos suicidários, tendo sempre por base, a ponte com a variável dos indicadores biomédicos.

O capítulo 2 desta dissertação é constituído por um artigo científico escrito em língua inglesa que procurou dar respostas metodológicas aos objetivos anteriormente enunciados. A amostra é composta por 727 participantes, sendo 240 homens e 480 mulheres. Relativamente à orientação sexual, a presente amostra contém 538 participantes que se identificam como heterossexuais, 124 participantes homossexuais e 63 participantes bissexuais. Foram utilizados como instrumentos um questionário sociodemográfico para caracterizar a nossa amostra, o BSI (Brief Symptom Inventory), o MGH (Sexual Function Questionnaire), o SBQ-R (Suicide Behavior Questionnaire-Revised) e alguns instrumentos direcionados para a medição dos Indicadores Biomédicos (IMC, glicémia, colesterol total, triglicéridos, pressão sistólica, pressão diastólica e arritmia).

No capítulo 3 apresenta-se uma discussão geral, onde se revisitam as implicações dos resultados e se integram reflexões acerca da aquisição de competências de investigação metodológica à luz do diploma do psicólogo Europeu.

Por fim, anexa-se a esta investigação um anexo teórico cujo objetivo é descrever e desenvolver com mais detalhe todos os construtos abordados e acrescentar outras temáticas relevantes, relacionadas com o tema geral deste estudo. Assim, neste capítulo foram abordados os seguintes temas: (1) Definição dos Principais Conceitos; (2) Breve História da Homossexualidade; (3) Etiologia da Homossexualidade; (4) Saúde Mental e Suicídio em População LGBH; (5) Saúde Física em População LGBH; (6) Funcionamento Sexual em População LGBH; (7) Indicadores Biomédicos em População LGBH; (7.1) Funcionamento Sexual e Indicadores Biomédicos; e (7.2) Saúde Mental e Indicadores Biomédicos.

A população Lésbica, Gay e Bissexual (LGB) tem sido tradicionalmente exposta ao stress das minorias sexuais constituindo, por isso, uma população mais vulnerável à ocorrência de doenças físicas e psicológicas, e são muito escassos os estudos em que é feita uma ponte entre os indicadores biomédicos e os indicadores psicológicos nesta população, comparativamente com os participantes heterossexuais. Desta forma, este estudo pretende contribuir para o aumento de informação neste âmbito e incentivar mais investigadores a debruçarem-se sobre

estes temas, pois os mesmos podem ajudar a atenuar a discriminação social, preconceito e problemas psiquiátricos.

# Capítulo 2: Indicadores Psicológicos e Biomédicos: Uma análise comparativa entre participantes gays, lésbicas, bissexuais e heterossexuais

## 2.1. Resumo

A população LGB tem sido tradicionalmente exposta ao stress das minorias sexuais constituindo uma população mais vulnerável à ocorrência de doenças físicas e psicológicas e são muito escassos os estudos em que é feita uma ponte entre os indicadores biomédicos e os indicadores psicológicos nesta população, comparativamente com os participantes heterossexuais. Deste modo, o objetivo deste estudo é analisar e comparar as diferenças do funcionamento psicológico e biomédico entre participantes que se identificam como LGB e heterossexuais. O presente estudo conta com uma amostra de 727 participantes com orientação heterossexual, homossexual e bissexual, cuja média de idades é de 31.55 (DP= 14.39). Neste estudo foram utilizados diversos instrumentos, nomeadamente, um questionário sócio-demográfico e as seguintes escalas: BSI (Brief Symptom Inventory), MGH (Sexual Function Questionnaire), SBQ-R (Suicide Behavior Questionnaire-R) e aparelhos de medidas para os Indicadores Biomédicos (IMC, glicémia, colesterol total, triglicéridos, pressão sistólica, pressão diastólica e arritmia). Os resultados obtidos neste estudo demonstram que comparando as dimensões do BSI e a orientação sexual, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas maioritariamente nos participantes bissexuais em todas as dimensões e no IGS. Os participantes homossexuais foram os que apresentaram maiores pontuações comparativamente com os heterossexuais e bissexuais para todas as dimensões do MGH. Relativamente ao SBQ-R foram os participantes bissexuais que pontuaram mais em quase todos os itens do teste. Relativamente à comparação entre os grupos de orientações sexuais e medidas biomédicas, os resultados indicam que não há nenhuma mudança nos indicadores biomédicos, de acordo com a orientação sexual. A regressão múltipla hierárquica apresentou valores preditivos para a “Probabilidade de algum dia se vir a suicidar” (SBQ6) e “Índice Geral de Sintomas” (BSI\_IGS), evidenciando o efeito mediador quer da orientação sexual, quer dos indicadores biomédicos. Os resultados deste estudo colocam em evidência a necessidade de informar/formar os psicólogos para o trabalho com populações LGB, utilizando a produção de conhecimento científico para combater a homofobia/bifobia que ainda persiste na sociedade.

## Palavras-chave:

Saúde Mental; Saúde Física; Indicadores Biomédicos; Homossexualidade, Participantes LGB; Gay.

## 2.2. Introdução

A sexualidade é um domínio extremamente complexo da experiência humana, que leva psicólogos e profissionais da saúde mental a concentrarem-se em investigações e práticas sobre a sexualidade humana em geral e, em particular, na homossexualidade (Vazquez-Rivera et al., 2014).

A população LGB tem sido tradicionalmente exposta ao stress das minorias sexuais constituindo uma população mais vulnerável à ocorrência de doenças físicas e psicológicas. Deste modo, o desafio deste estudo pioneiro será tentar encontrar pontes entre a saúde mental e física, analisando e comparando deste modo, as diferenças do funcionamento psicológico e biomédicos entre participantes LGB e heterossexuais.

De acordo com Harrison (2003), Wichstrom e Hegna (2003), a saúde mental é considerada um estado de bem-estar, no qual o indivíduo compreende o seu potencial, sabe lidar com os problemas e stress do dia a dia, trabalha de forma produtiva e contribui para a sociedade onde está inserido. No entanto, as pessoas LGB e, particularmente, os adolescentes LGB, são particularmente vulneráveis à ocorrência de vários sintomas de doença mental, nomeadamente, depressão, tentativa de suicídio, insatisfação com a imagem corporal, perturbações do comportamento alimentar, problemas de comportamento, promiscuidade sexual, autoconceito reduzido, abuso de drogas e álcool, stress pós-traumático, ansiedade e isolamento social (Williamson, 2000; Kelleher, 2009; Mark, Hatzenbuehler, MS, MPhil, Katherine, Keyes, MPH & Hasin, 2009; Shilo & Savaya, 2012).

Relativamente à dimensão das obsessões e compulsões, existem estudos que falam do comportamento alcoólico abusivo e compulsivo, e drogas, como sendo bastante prevalente na população LGB, principalmente nos participantes com estigma social internalizado e jovens que assumiram a sua homossexualidade perante a família e amigos. Estes resultados foram comparados com participantes heterossexuais e os valores de consumos compulsivos eram muito mais baixos do que na população LGB (Baiocco, D'Alessio & Laghi, 2010; Proujansky & Pachankis, 2014; Seil, Desai & Smith, 2014).

No estudo realizado por Fernandes (2009), as dimensões isolamento e integração contribuíram bastante para os níveis de saúde mental. De facto, o isolamento social e as relações escassas com os pares estão entre os fatores mais comuns encontrados em jovens que apresentam baixos sintomas de saúde mental, como por exemplo, depressão, ideação suicida, sentimentos de marginalização, entre outros (Mustanski, Garofalo & Emerson, 2010). Diversos estudos mencionam evidências de elevadas taxas de sofrimento, ansiedade e depressão em jovens LGB, comparativamente aos jovens heterossexuais (Rivers, 2001; Russel & Joyner, 2001; Herek & Garnets, 2007; McCann & Sharek, 2014; Semlyen, King, Varney & Hagger-Johnson, 2016; Thomeer & Reczek, 2016). Um estudo bastante recente de Mustanski, Andrews e Puckett (2016) chegou às mesmas conclusões que os restantes autores, acrescentando que alguns jovens LGB estão em maior risco de desenvolver algumas doenças psiquiátricas, nomeadamente, Perturbação de Stress Pós-Traumático, depressão e ansiedade, devido à crescente vitimização

na escola e em casa (Crammer et al., 2015; Bos, Standfort, Bruyn & Hakvoort, 2008; Newcomb & Mustanki, 2010). Também existem na literatura, estudos que afirmam haver mais propensão a sintomas como raiva, depressão, automutilação e ideação/tentativas suicidas em população LGB relativamente a participantes heterossexuais (Wichstrom & Hegna, 2003; Meyer, 2003; Mustanki, Garofalo & Emerson, 2010; Pereira & Rodrigues, 2015). Isto poderá dever-se a diferentes variáveis, mas principalmente, à exposição a níveis de discriminação/estigma sexual e social e vitimização desta população perante a sociedade (Kerr, Santurri & Peters, 2013; Pereira & Costa, 2016; Pereira & Monteiro, 2016).

Até há bastante pouco tempo e no que concerne à saúde sexual, pouca atenção formal foi dirigida à população LGB, adotando a comunidade científica, uma postura de afastamento perante estes assuntos (Bhugra & Wright, 2007; Kuyper & Vanwesenbeeck, 2011; Zamboni & Crawford, 2007). Ao longo da literatura é realçado que, os casais homossexuais masculinos, comparativamente aos casais heterossexuais, apresentam com maior frequência dificuldades erécteis (Bancroft et al., 2003) e ejaculação prematura (Laumann, Paik, & Rosen, 1999). Porém, nos estudos levados a cabo por Bancroft, Carnes, Janssen, Goodrich e Long (2005) e por Kuyper e Vanwesenbeeck (2011), os resultados sugerem a inexistência de diferenças significativas entre a satisfação sexual ou a disfunção sexual entre homossexuais masculinos ou heterossexuais.

Algumas pesquisas sugerem que casais homossexuais masculinos têm relações sexuais com mais frequência do que os casais heterossexuais, enquanto que casais homossexuais femininos têm relações sexuais menos frequentemente. Esta descoberta pode ser interpretada como um indicativo de que as diferenças de género no desejo sexual estão acentuadas nas relações do mesmo sexo, embora isto possa ser atribuído plausivelmente a outros fatores para além do desejo sexual, nomeadamente, no que consiste “ter uma relação sexual/sexo” ou uma ênfase sobre a qualidade do sexo em relação à quantidade (Iasenza, 2002; Nichols, 2004).

No que se refere à satisfação sexual derivada de atividades particulares (que não são feitas regularmente pela população em geral), existem indícios de que os homens podem preferir uma maior variedade de práticas sexuais do que as mulheres (Holmberg & Blair, 2009). Bell e Weinberg (1978) descobriram que homossexuais masculinos se envolviam numa variedade mais ampla de atividades sexuais do que homossexuais femininas, podendo assim, obter maior satisfação sexual.

Relativamente à associação das variáveis biomédicas ao funcionamento sexual, o estudo de Turek, Hastings, Sun, King e Keenan (2013) concluiu que disfunção sexual pode predizer doenças cardiovasculares, como por exemplo, arritmias, em indivíduos com diabetes do tipo 1 de longa duração.

Outro estudo levado a cabo por Bach, Mortimer, Vandeweerd e Corvin (2013), concluiu que disfunções sexuais ou inatividade sexual estava significativamente relacionada com problemas de saúde físicos, nomeadamente, doenças cardiovasculares, diabetes (hiperglicemia), hipertensão e colesterol alto. Moore et al. (2013) também concluiu que a maioria dos indivíduos portadores de obesidade (i.e, quando o IMC não está de acordo com a

idade, altura e sexo) da sua amostra, ou seja, com problemas em particular com a glicémia e por isso, têm hiperglicemia, demonstraram ter mais problemas de disfunções sexuais. Outros autores encontraram relações significativas entre doenças cardiovasculares e disfunção sexual, disfunção erétil e ejaculação precoce (Tan, Tong & Ho, 2012; Apostolo et al., 2009). Um estudo bastante recente de Gandhi et al. (2016) chegou aos mesmos resultados dos autores anteriores e acrescentou que a disfunção sexual é mais predominante nos homens obesos do que nas mulheres obesas.

Relativamente à importância dos indicadores biomédicos na saúde mental, fica claro que poderá haver uma forte correlação entre os níveis de colesterol e algumas variáveis comportamentais e psicopatológicas, nomeadamente, a depressão, suicídio, personalidade e agressão (Pereira, 2017). Nos resultados do estudo de Patra e seus colaboradores (2014) demonstrou-se que níveis mais baixos de colesterol estão relacionados com depressão (Sutin et al., 2010; Lin, Chang, Chen, Lin, Huang, Tun, Tsai & Lane, 2014; Baek et al., 2014; Plana, Gracia, Méndez, Pintor, Lazaro & Castro-Fornieles, 2010). O baixo colesterol na depressão pode ser uma consequência da própria patologia, por causa da instabilidade da saúde e diminuição da ingestão de alimentos (devido à pessoa estar depressiva). No entanto, tratar a depressão tem demonstrado aumentar a concentração de colesterol (Shin, Suls & Martin, 2008). Para além da depressão, Troisi (2011), realizou um estudo com uma amostra de 301 pacientes com perturbações de humor, de ansiedade e de personalidade e, concluiu que baixos níveis de colesterol, também estão diretamente relacionados com maiores níveis de impulsividade atencional e, finalizou dizendo que esta mesma impulsividade atencional pode ser um forte fator de risco para o suicídio, apontando para a existência de uma grande correlação positiva entre o colesterol total e a saúde mental (Pjrek et al., 2007). No entanto, existem estudos que indicam o contrário, nomeadamente, a investigação de Weidner e seus colaboradores (2009) que concluíram que uma redução do colesterol no plasma no contexto de uma dieta com baixo teor de gordura, pode ter um efeito benéfico sobre os sintomas psicológicos, nomeadamente, a depressão e hostilidade.

Schwartz, Rowland e Beaver (2014) também realizaram estudos semelhantes, onde cruzaram os níveis de colesterol com a depressão, comportamento anti-social e níveis de neuroticismo. O estudo revelou diferenças estatisticamente significativas para os níveis baixos de colesterol associados à depressão. Segundo Aneja e Tierney (2008), défices nos níveis de colesterol podem perturbar mecanismos biológicos bastante importantes no nosso cérebro que impedem a proliferação de membranas que podem contribuir para Perturbações do Espectro do Autismo (PEA).

Relativamente ao excesso de glicose no sangue, mais precisamente, na presença de diabetes, Shim e seus colaboradores (2014) realizaram um estudo em que concluíram que ter uma personalidade do tipo mais extrovertida, diminui o risco de diabetes. Na sua revisão bibliográfica, relataram que depressão e sofrimento psicológico são conhecidos por estarem associados ao desenvolvimento de diabetes, assim como, à progressão da doença (Shim et al., 2014). Um outro estudo de Smith e seus colegas (2013) concluiu na sua meta análise que um

elevado nível de diabetes no sangue está associado a um aumento da probabilidade de indivíduos virem a ter depressão, perturbações de ansiedade ou sintomas elevados de ansiedade (Park, Katon & Wolf, 2013).

No entanto e, devido à escassez de estudos nesta área apresentada, daí a pertinência deste estudo em correlacionar indicadores psicológicos, tais como, a depressão, ansiedade, comportamentos suicidários com indicadores biomédicos, em participantes LGB comparativamente com participantes heterossexuais. Considera-se que este estudo poderá contribuir para a diminuição da discriminação e estigma social, face à população LGB, chamando a atenção para eventuais disparidades que poderão desencadear ações de prevenção e intervenção que sejam específicas e adequadas às necessidades de cada grupo.

## **2.3. Método**

### **2.3.1. Participantes**

A amostra é constituída por 727 participantes, sendo 240 homens e 480 mulheres. A média de idades é de 31.55 e o desvio padrão de 14.39. Quanto ao estatuto marital, grande parte da amostra é solteira, contando com 326 participantes (44.8%). Relativamente ao local de residência, 422 pessoas são de uma pequena cidade (58%). Quanto à escolaridade, grande parte da amostra possui Formação Universitária, sendo um total de 271 pessoas (37.3%). No que concerne à situação profissional, grande parte dos participantes são estudantes, contando com 289 (39.8%). Relativamente ao estatuto socio económico, a maior parte dos participantes situa-se num patamar médio, sendo estes 384 (52.8%). Por fim, relativamente à Orientação Sexual, a nossa amostra contém 538 participantes que se identificam como heterossexuais (74%), 124 participantes que se identificam como sendo homossexuais (17.1%) e 63 participantes que se identificam com a orientação bissexual (8.7%). O resto das informações estão expostas mais detalhadamente na seguinte tabela.

**Tabela 1: Características Sociodemográficas (N = 727)**

		N	%	M	SD
Idade				31.55	14.39
Género	Homem	240	33.0%		
	Mulher	480	66.0%		
Estado Marital	Casado	123	16.9%		
	Solteiro	326	44.8%		
	Divorciado/Separado	29	4.0%		
	Viúvo	11	1.5%		
	União de Facto	56	7.7%		
	Namoro/Compromisso Afetivo	176	24.2%		
	Outra	4	.6%		
Local de Residência	Uma pequena cidade	422	58.0%		
	Uma grande cidade	161	22.1%		
	Um pequeno meio rural	90	12.4%		
	Um grande meio rural	50	6.9%		
Escolaridade	Até 9 anos	58	8.0%		
	Até 12 anos	236	32.5%		
	Formação Universitária (Lic./Bach.)	271	37.3%		
	Formação Universitária (Mest./Dout.)	147	20.2%		
Situação Profissional	Desempregado	81	11.1%		
	Estudante	289	39.8%		
	Trabalhador-estudante	40	5.5%		
	Trabalhador por conta de outrem	233	32.0%		
	Trabalhador por conta própria	53	7.3%		
	Reformado	29	4.0%		
Estatuto Socioeconómico	Baixo	63	8.7%		
	Baixo-médio	225	30.9%		
	Médio	384	52.8%		
	Médio-alto	47	6.5%		
	Alto	5	.7%		
Orientação Sexual	Heterossexual	538	74.0%		
	Bissexual	63	8.7%		
	Homossexual	124	17.1%		

### 2.3.2. Instrumentos

Nesta investigação, foi criado um questionário sócio demográfico, de modo a caracterizar a nossa população em estudo. O mesmo englobou a idade, género sexual, estado marital atual, local de residência, nível de escolaridade, situação profissional, estatuto socioeconómico e orientação sexual.

Para além do questionário sócio demográfico, foram utilizados diversos instrumentos, nomeadamente, o BSI (Brief Symptom Inventory), que serviu para medir a saúde mental da

população LGB e heterossexual e que foi adaptado para uma versão portuguesa Canavarro (1999). Este inventário avalia sintomas psicopatológicos sob a forma de nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais, sendo estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional. Pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, indivíduos emocionalmente perturbados, a quaisquer outros doentes e a pessoas da população em geral (Canavarro, 1999; Canavarro, 2007).

Este inventário é composto por 53 itens, com escala de resposta tipo Likert de 4 pontos, variando de 0 (“Nunca”) a 4 (“Muitíssimas Vezes”) e por nove dimensões de sintomatologia, nomeadamente: Somatização; Obsessões-Compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranoide e Psicoticismo. Ainda engloba três índices globais: o Índice Geral de Sintomas (IGS); Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP). Relativamente à consistência interna, o Alfa de Cronbach é de .62 para as dimensões de Ansiedade Fóbica e Psicoticismo e .80 para a dimensão da Somatização (Canavarro, 1999; Canavarro, 2007). Neste estudo o alfa de Cronbach encontrado foi de .97 o que demonstra uma consistência interna bastante boa para esta prova (Marôco, 2007).

Também foi avaliado o funcionamento sexual através do questionário de funcionamento sexual do Hospital General de Massachussets (MGH-SFQ), adaptado para a população portuguesa por Pereira (2017), que é um instrumento que apresenta sete itens que são obtidos por meio do autopreenchimento e são avaliados numa escala do tipo *Likert*, variando de 1 a 7 pontos, ou seja, quanto maior sua pontuação, maior a satisfação e funcionamento sexual. Este instrumento tem sido utilizado, não só para medir o funcionamento sexual em populações normativas, como também na identificação de disfunções sexuais em populações clínicas, nomeadamente como psicopatologias diversas. Nesta investigação, o alfa de Cronbach encontrado foi de .91, o que demonstra uma boa consistência interna para este instrumento (Marôco, 2007).

Para avaliar o risco de suicídio na população em estudo foi utilizado o instrumento Suicidal Behaviors Questionnaire Revised (SBQ-R), a versão portuguesa de Campos, Rebelo e Abreu (2011), a partir da versão original de Osman, Bagge, Gutierrez, Konick, Kopper e Barrios (2001). Este instrumento foi desenvolvido como uma ferramenta eficaz de investigação entre grupos clínicos e não-clínicos. Este é destinado a adolescentes e adultos e permite avaliar pensamentos e comportamentos suicidas. É um instrumento de autorrelato que permite avaliar a presença de ideação suicida através de quatro itens que se reportam à presença de ideação suicida, tentativa de suicídio, intenção suicida e probabilidade futura de cometer suicídio (Osman et al., 2001; Campos, Besser e Blatt, 2013). Os resultados deste instrumento podem variar entre 3 e 18 pontos. Em relação ao ponto de corte da escala, o mesmo está definido para 7 pontos (Osman et al., 2001).

A consistência interna, a precisão teste reteste e a validade concorrente deste instrumento são adequadas, apresentando valores de alfa de Cronbach que variam entre .76 e .88 (Osman et al., 2001). Na adaptação para a população portuguesa (Campos, Besser & Blatt, 2013) obteve-se um alfa de Cronbach de .62, valor que não é elevado, mas que é considerado aceitável.

Por fim, foram explorados e medidos os Indicadores Biomédicos, nomeadamente, o peso (medido em quilogramas), a altura (medida em metros e/ou centímetros), os níveis de colesterol total e dos triglicéridos, os níveis de glicémia, os níveis de pressão arterial sistólica e diastólica, os valores da pulsação e a presença ou não de arritmia. Foram, também, inquiridos alguns indicadores de manutenção da saúde, nomeadamente: se neste momento se encontrava a tomar medicação e se sim, qual era; se tinha alguma doença diagnóstica e se sim, qual ou quais eram; se fumava e se sim, quantos cigarros (em média) por dia; se bebia bebidas alcoólicas e se sim, quantas medidas (em média) bebia por semana; se praticava algum tipo de atividade física de forma sistemática e frequente neste momento e, por fim, no caso de ser mulher, se estava a tomar pílula contraceptiva.

### **Perfil lipídico**

Foi utilizado o Accutrend® Plus (Roche Diagnostics GmbH, Mannheim, Alemanha) que é um dispositivo portátil usado por técnicos de saúde para o diagnóstico da hiperlipidemia, especificamente os seguintes parâmetros: colesterol total (CT) e triglicéridos (TG). O dispositivo determina as concentrações de lípidos a partir de amostras de sangue capilar a partir de duas gotas de sangue (15-40 µL), usando uma lanceta aplicada aos dedos dos participantes.

O dispositivo Accutrend® Plus é um teste serológico capilar que se baseia na retenção de células sanguíneas por filtração através de um velo de fibra de vidro quando se aplica uma gota de sangue numa tira reativa. A reação enzimática que acontece na zona subjacente requer uma quantidade adequada de oxigénio, o que resulta na formação de um produto de coloração oxidada. A reflectância da tira (medida a 660nm) é convertida em concentração através de um algoritmo. O ensaio de precisão interno do Accutrend® Plus determinado pelo fabricante é de 3.7% e 3.4% para o CT e TG respetivamente, ao passo que o ensaio de precisão externo com uma solução de controlo foi menor do que 5.0% para o CT e 2.4% para os TG. O tempo de prova é de 180 segundos.

O rigor e a precisão do dispositivo Accutrend® Plus para as medidas de CT e TG têm sido avaliados através de estudos comparativos com medidas serológicas laboratoriais, tendo-se verificado que as medidas de concentração obtidas por este instrumento estão adequadamente correlacionadas com as medidas obtidas em laboratório, tornando-o num instrumento fiável e válido para medir os níveis de CT e TG (Scafoglieri, Tresignie, Provyn, Clarys, & Bautmans, 2012; Coqueiro, Santos, Neto, Queiroz, Brugger, & Barbosa; 2013).

### **Perfil glicémico**

A avaliação dos níveis de glicose no sangue capilar foi efetuada através do dispositivo OneTouch® Verio®IQ (LifeScan® Johnson and Johnson, EUA). Este instrumento permite a monitorização dos valores de glicémia no sangue, através de uma gota de 0.4 µL obtida a partir de lanceta e que é sujeita a análise através de uma reação de GDH-FAD (glucose desidrogenase con flavina-adenina dinucleótido) que ocorre numa tira com um biossensor enzimático. O

dispositivo está calibrado para fornecer resultados correlacionados com o valor de glicose presente no plasma.

O OneTouch® Verio®IQ é regulamentado pela legislação internacional que obriga à certificação pela *International Organization for Standardization*, norma ISO 15197 que, por sua vez, obriga a taxas de rigor na comparação com medidas de glicose laboratoriais superiores a 90%.

O tempo de prova é de 5 segundos e os resultados de precisão com as medidas laboratoriais garantem que os resultados obtidos pelo dispositivo OneTouch® Verio®IQ são fiáveis e válidos para medir os níveis de glicémia no sangue (Ramchandani & Heptulla, 2012).

### **Perfil tensiométrico**

Para a avaliação dos níveis de pressão arterial sistólica, diastólica, pulsação e arritmia foi utilizado o dispositivo de pressão sanguínea BMG 5610 AEG® que permite medir a tensão arterial de forma automática e está calibrado de acordo com as medidas padrão da Organização Mundial de Saúde (OMS), medindo as seguintes amplitudes: sistólica - 60-260mmHg; diastólica: 40-199mmHg; pulsação: 40-180 batidas/minuto; e presença ou não de batimento cardíaco irregular.

### **2.3.3. Procedimentos**

Após a aprovação do estudo pela Comissão de Ética do Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS) da UBI, deu-se início à recolha de dados que teve início em Outubro e finalizou-se em Janeiro. Esta amostra foi recolhida de forma online e de forma presencial, em salas de aula da Faculdade das Ciências Sociais e Humanas (FSCS), da UBI. Por via online, o inquérito foi disseminado através de um link para os efeitos desta investigação que continha todos os instrumentos atrás descritos. Este link foi partilhado por *mailing lists*, redes sociais (e.g. Facebook), contacto direto de associações blogs de apoio, etc.

Foram preservadas todas as condições éticas da pesquisa tradicional, nomeadamente, consentimento informado, anonimato e confidencialidade. O tempo de preenchimento via online era de cerca de 15 a 20 minutos.

Na parte presencial, a recolha foi feita contactando diretamente estudantes da UBI que, convenientemente, aceitaram participar no estudo. As medidas biomédicas foram recolhidas através de um técnico de saúde (enfermeira), estando sempre a controlar as máquinas e a prestar cuidados aos participantes. O tempo desta forma de recolha de dados com o preenchimento do inquérito demora cerca de 30 minutos.

Depois de recolhidas todas as medidas necessárias, foi criada uma base de dados no SPSS-23.

## 2.4. Resultados

Como podemos ver na tabela 2, foi utilizado o teste ANOVA (após verificação da condição da normalidade das distribuições), onde comparámos as dimensões dos sintomas psicopatológicos (conforme medidos através do BSI) com as diferentes orientações sexuais. Depois de feita a análise estatística, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões quando cruzadas com a orientação sexual.

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;719) = 9.65; p < .001$ ], que nos indicam que são os participantes que se identificam como bissexuais aqueles que apresentam maiores níveis de depressão ( $M = 1.21; DP = 1.10$ ), quando comparados com os participantes que se identificam como homossexuais ( $M = 0.95; DP = 0.94$ ) e com os heterossexuais ( $M = .77; DP = .74$ ). Para comparar os grupos da orientação sexual entre eles, foi utilizado o teste Post Hoc (Tukey) e constatámos a confirmação das diferenças estatisticamente significativas entre os bissexuais e heterossexuais ( $p = .000$ ), não existindo, contudo, diferenças significativas nas restantes parselhas (bissexuais-homossexuais,  $p = 0.109$ ) e (homossexuais-heterossexuais  $p = 0.060$ ), como se pode ver na tabela 3.

Relativamente à dimensão da Ansiedade, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;719) = 12.95; p < .001$ ], que nos voltam a indicar que são os participantes bissexuais, aqueles que apresentam maiores níveis de ansiedade ( $M = 1.21; DP = .94$ ), comparativamente aos participantes heterossexuais ( $M = .75; DP = .65$ ) e aos participantes homossexuais ( $M = .72; DP = .70$ ). Com o teste Post Hoc (Tukey) constatámos a confirmação das diferenças estatisticamente significativas entre os bissexuais e heterossexuais ( $p = .000$ ) e entre os participantes bissexuais e homossexuais ( $p = .000$ ), não existindo, contudo, diferenças significativas entre os participantes heterossexuais e homossexuais ( $p = .885$ ).

Quando comparada a dimensão do Psicoticismo, também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;719) = 10.94; p < .001$ ] e voltamos a constatar que são os participantes bissexuais, aqueles que apresentam maiores níveis de Psicoticismo ( $M = 1.07; DP = .90$ ), comparativamente aos participantes heterossexuais ( $M = .63; DP = .67$ ) e aos participantes homossexuais ( $M = .71; DP = .74$ ). O Post Hoc confirmou-nos as diferenças estatisticamente significativas entre os bissexuais e heterossexuais ( $p = .000$ ) e entre os participantes bissexuais e homossexuais ( $p = .05$ ), não existindo, contudo, diferenças significativas entre os participantes heterossexuais e homossexuais ( $p = .503$ ).

Passando para a dimensão da Somatização, também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;719) = 9.93; p < .001$ ] e voltamos a averiguar que são os participantes bissexuais, aqueles que apresentam maiores níveis de somatização ( $M = .86; DP = .98$ ), comparativamente aos participantes heterossexuais ( $M = .49; DP = .56$ ) e aos participantes homossexuais ( $M = .49; DP = .58$ ). O Post Hoc confirmou-nos as diferenças estatisticamente significativas entre os bissexuais e heterossexuais ( $p = .000$ ) e entre os participantes bissexuais e homossexuais ( $p = .000$ ), não existindo, contudo, diferenças significativas entre os participantes heterossexuais e homossexuais ( $p = .997$ ).

Analisando a dimensão das Obsessões-Compulsões, também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;719) = 7.14$ ;  $p \leq .001$ ] e volta-se a constatar que são os participantes bissexuais, aqueles que apresentam maiores níveis de obsessão e compulsão ( $M=1.37$ ;  $DP=.88$ ), comparando com os participantes heterossexuais ( $M=.99$ ;  $DP=.70$ ) e com os participantes homossexuais ( $M=1.00$ ;  $DP=.81$ ). O teste Post Hoc confirmou-nos as diferenças estatisticamente significativas entre os bissexuais e heterossexuais ( $p=.000$ ) e entre os participantes bissexuais e homossexuais ( $p=.05$ ), não existindo, contudo, diferenças significativas entre os participantes heterossexuais e homossexuais ( $p=.997$ ).

Na dimensão da Sensibilidade Interpessoal, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;719) = 8.90$ ;  $p < .000$ ] e constatamos que são os participantes bissexuais, aqueles que apresentam maiores níveis de sensibilidade interpessoal ( $M=1.22$ ;  $DP=1.06$ ), comparando com os participantes heterossexuais ( $M=.79$ ;  $DP=.72$ ) e com os participantes homossexuais ( $M=.82$ ;  $DP=.80$ ). Por conseguinte, o teste Post Hoc, confirmou-nos as diferenças estatisticamente significativas entre os bissexuais e heterossexuais ( $p=.000$ ) e entre os participantes bissexuais e homossexuais ( $p=.05$ ), não existindo, contudo, diferenças significativas entre os participantes heterossexuais e homossexuais ( $p=.893$ ).

Na dimensão da Hostilidade, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;719) = 13.06$ ;  $p < .000$ ] e volta-se a constatar que são os participantes bissexuais, aqueles que apresentam maiores níveis de hostilidade ( $M=1.13$ ;  $DP=.96$ ), comparativamente aos participantes heterossexuais ( $M=.69$ ;  $DP=.57$ ) e com os participantes homossexuais ( $M=.73$ ;  $DP=.72$ ). Mais uma vez, o teste Post Hoc, confirmou-nos as diferenças estatisticamente significativas entre os bissexuais e heterossexuais ( $p=.000$ ) e entre os participantes bissexuais e homossexuais ( $p=.000$ ), não existindo, contudo, diferenças significativas entre os participantes heterossexuais e homossexuais ( $p=.791$ ).

Passando para a dimensão da Ansiedade Fóbica, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;719) = 15.40$ ;  $p < .000$ ] e volta-se a comprovar que são os participantes bissexuais, aqueles que apresentam maiores níveis de ansiedade fóbica ( $M=.88$ ;  $DP=1.02$ ), comparativamente aos participantes heterossexuais ( $M=.43$ ;  $DP=.59$ ) e com os participantes homossexuais ( $M=.37$ ;  $DP=.56$ ). De seguida, realizando o teste Post Hoc, confirmou-se as diferenças estatisticamente significativas entre os bissexuais e heterossexuais ( $p=.000$ ) e entre os participantes bissexuais e homossexuais ( $p=.000$ ), não existindo, contudo, diferenças significativas entre os participantes heterossexuais e homossexuais ( $p=.682$ ).

Na dimensão da Ideação Paranoide, o teste ANOVA mostrou-nos a existência de diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;719) = 11.57$ ;  $p < .000$ ] e volta-se a atestar que são os participantes bissexuais, aqueles que apresentam maiores níveis de ideação paranoide ( $M=1.12$ ;  $DP=.92$ ), comparativamente aos participantes heterossexuais ( $M=.66$ ;  $DP=.68$ ) e com os participantes homossexuais ( $M=.72$ ;  $DP=.73$ ). Novamente, realizando o teste Post Hoc, confirmou-se as diferenças estatisticamente significativas entre os bissexuais e heterossexuais ( $p=.000$ ) e entre os participantes bissexuais e homossexuais ( $p=.05$ ), não existindo, contudo, diferenças significativas entre os participantes heterossexuais e homossexuais ( $p=.676$ ).

Por fim, comparámos o Índice Global de Sintomas com a orientação Sexual e foram encontradas diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;719) = 9.44$ ;  $p < .000$ ] e volta-se a verificar que são os participantes bissexuais, aqueles que apresentam maior pontuação no Índice Geral de Sintomas ( $M=1.10$ ;  $DP=.84$ ), comparativamente aos participantes heterossexuais ( $M=.73$ ;  $DP=.56$ ) e com os participantes homossexuais ( $M=.75$ ;  $DP=.62$ ). Novamente, realizando o teste Post Hoc, confirmou-se as diferenças estatisticamente significativas entre os bissexuais e heterossexuais ( $p=.000$ ) e entre os participantes bissexuais e homossexuais ( $p=.05$ ), não existindo, contudo, diferenças significativas entre os participantes heterossexuais e homossexuais ( $p=.928$ ).

Como pudemos confirmar com os testes realizados, comparando as dimensões do BSI e a orientação sexual, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas maioritariamente nos participantes bissexuais em todas as dimensões e no IGS. Os resultados podem ser vistos nas tabelas 2 e 3.

**Tabela 2:** Resultados para as dimensões do BSI entre os grupos de comparação (Orientação Sexual)

		M	DP	F(df)	p
BSI - Depressão	Heterossexual	.77	.74	9.65 (2;719)	.000**
	Bissexual	1.21	1.10		
	Homossexual	.95	.94		
BSI - Ansiedade	Heterossexual	.75	.65	12.95 (2;719)	.000**
	Bissexual	1.21	.94		
	Homossexual	.72	.70		
BSI - Psicoticismo	Heterossexual	.63	.67	10.94 (2;719)	.000**
	Bissexual	1.07	.90		
	Homossexual	.71	.74		
BSI - Somatização	Heterossexual	.49	.56	9.93 (2;719)	.000**
	Bissexual	.86	.98		
	Homossexual	.49	.58		
BSI - Obsessões-Compulsões	Heterossexual	.99	.70	7.14 (2;719)	.001**
	Bissexual	1.37	.88		
	Homossexual	1.00	.81		
BSI - Sensibilidade-Interpessoal	Heterossexual	.79	.72	8.90 (2;719)	.000**
	Bissexual	1.22	1.06		
	Homossexual	.82	.80		
BSI - Hostilidade	Heterossexual	.69	.57	13.06 (2;719)	.000**
	Bissexual	1.13	.96		
	Homossexual	.73	.72		
BSI - Ansiedade Fobica	Heterossexual	.43	.59	15.40 (2;719)	.000**
	Bissexual	.88	1.02		
	Homossexual	.37	.56		
BSI - Ideação Paranoide	Heterossexual	.66	.68	11.57 (2;719)	.000**
	Bissexual	1.12	.92		
	Homossexual	.72	.73		
	Heterossexual	.73	.56	9.44 (2;639)	.000**

BSI - Índice Geral de Sintomas	Bissexual	1.10	.84
	Homossexual	.75	.62

\* $\leq .05$ ; \*\* $\leq .001$

**Tabela 3:** Resultados para os Níveis do BSI entre os grupos de comparação

Variável dependente	(I) Orientação	(J) Orientação	Diferença média (I-J)	p
	Sexual	Sexual		
BSI - Depressão	Heterossexual	Bissexual	-.44109*	.000**
		Homossexual	-.18519	.060
	Bissexual	Heterossexual	.44109*	.000**
		Homossexual	.25590	.109
	Homossexual	Heterossexual	.18519	.060
		Bissexual	-.25590	.109
BSI - Ansiedade	Heterossexual	Bissexual	-.45706*	.000**
		Homossexual	.03242	.885
	Bissexual	Heterossexual	.45706*	.000**
		Homossexual	.48948*	.000**
	Homossexual	Heterossexual	-.03242	.885
		Bissexual	-.48948*	.000**
BSI - Psicoticismo	Heterossexual	Bissexual	-.44099*	.000**
		Homossexual	-.07896	.503
	Bissexual	Heterossexual	.44099*	.000**
		Homossexual	.36203*	.003*
	Homossexual	Heterossexual	.07896	.503
		Bissexual	-.36203*	.003*
BSI - Somatizacão	Heterossexual	Bissexual	-.36295*	.000**
		Homossexual	.00426	.997
	Bissexual	Heterossexual	.36295*	.000**
		Homossexual	.36721*	.000**
	Homossexual	Heterossexual	-.00426	.997
		Bissexual	-.36721*	.000**
BSI - Obsessões-Compulsões	Heterossexual	Bissexual	-.37101*	.001**
		Homossexual	-.00517	.997
	Bissexual	Heterossexual	.37101*	.001**
		Homossexual	.36584*	.004*

	Homossexual	Heterossexual	.00517	.997
		Bissexual	-.36584*	.004*
BSI - Sensibilidade- Interpessoal	Heterossexual	Bissexual	-.43546*	.000**
		Homossexual	-.03483	.893
	Bissexual	Heterossexual	.43546*	.000**
		Homossexual	.40064*	.003*
	Homossexual	Heterossexual	.03483	.893
		Bissexual	-.40064*	.003*
BSI - Hostilidade	Heterossexual	Bissexual	-.43819*	.000**
		Homossexual	-.04168	.791
	Bissexual	Heterossexual	.43819*	.000**
		Homossexual	.39651*	.000**
	Homossexual	Heterossexual	.04168	.791
		Bissexual	-.39651*	.000**
BSI - Ansiedade Fobica	Heterossexual	Bissexual	-.45079*	.000**
		Homossexual	.05265	.682
	Bissexual	Heterossexual	.45079*	.000**
		Homossexual	.50344*	.000**
	Homossexual	Heterossexual	-.05265	.682
		Bissexual	-.50344*	.000**
BSI - Ideação Paranoide	Heterossexual	Bissexual	-.45865*	.000**
		Homossexual	-.06000	.676
	Bissexual	Heterossexual	.45865*	.000**
		Homossexual	.39865*	.001*
	Homossexual	Heterossexual	.06000	.676
		Bissexual	-.39865*	.001*
BSI - Índice Geral de Sintomas	Heterossexual	Bissexual	-.37314*	.000**
		Homossexual	-.02356	.928
	Bissexual	Heterossexual	.37314*	.000**
		Homossexual	.34958*	.001*
	Homossexual	Heterossexual	.02356	.928
		Bissexual	-.34958*	.001*

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

Relativamente aos resultados para o funcionamento sexual foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões do MGH quando cruzadas com a orientação sexual.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;717) = 8.78; p < .001$ ], que nos indicam que são os participantes que se identificam como homossexuais aqueles que apresentam maiores pontuações relativamente ao item 1: “Como esteve o seu interesse sexual?” ( $M=3.87; DP=1.38$ ), quando comparados com os participantes que se identificam como heterossexuais ( $M=3.38; DP=1.19$ ) e com os bissexuais ( $M=3.70; DP=1.41$ ). Para comparar os grupos da orientação sexual entre eles, foi utilizado o teste Post Hoc (Tukey) e constatámos a confirmação das diferenças altamente significativas entre os participantes heterossexuais e homossexuais ( $p=.000$ ), não existindo, contudo, diferenças significativas nas restantes parcelas (heterossexuais-bissexuais,  $p=.130$ ) e (homossexuais-bissexuais,  $p=0.647$ ), como se pode ver na tabela 5.

Relativamente ao item 2: “Como esteve a sua capacidade para obter estimulação ou excitação sexual?”, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;716) = 8.85; p < .001$ ], que nos indicam que são os participantes que se identificam como homossexuais aqueles que apresentam maiores pontuações ( $M=3.87; DP=1.27$ ) comparativamente com os participantes heterossexuais ( $M=3.38; DP=1.16$ ) e com os participantes bissexuais ( $M=3.70; DP=1.41$ ). De seguida, realizando o teste Post Hoc, confirmou-se as diferenças altamente significativas entre os participantes homossexuais e heterossexuais ( $p=.000$ ), não existindo, contudo, diferenças significativas entre nos restantes pares (heterossexuais-bissexuais,  $p=.254$ ) e (homossexuais-bissexuais,  $p=0.409$ ).

Relativamente ao item 3 do MGH: “Como esteve a sua capacidade para obter orgasmos?”, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;715) = 8.49; p < .001$ ], que nos indicam que são os participantes que se identificam como homossexuais aqueles que apresentam maiores pontuações ( $M=3.75; DP=1.25$ ) comparativamente com os participantes heterossexuais ( $M=3.32; DP=1.18$ ) e com os participantes bissexuais ( $M=3.74; DP=1.39$ ). De seguida, realizando o teste Post Hoc, confirmou-se as diferenças estatisticamente significativas entre os participantes homossexuais e heterossexuais ( $p=.05$ ), e entre os participantes homossexuais e bissexuais ( $p=.05$ ), não existindo, contudo, diferenças significativas entre os participantes bissexuais e homossexuais ( $p=.999$ ).

Passando para o item 4: “Como foi a sua capacidade para atingir e manter uma ereção (se for homem) ou uma lubrificação (se for mulher)?”, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;717) = 10.86; p < .001$ ], que nos indicam que são os participantes que se identificam como bissexuais aqueles que apresentam maiores pontuações ( $M=3.95; DP=1.25$ ) comparativamente com os participantes heterossexuais ( $M=3.43; DP=1.19$ ) e com os participantes homossexuais ( $M=3.89; DP=1.32$ ). Novamente, realizando o teste Post Hoc, confirmou-se as diferenças estatisticamente significativas entre os participantes homossexuais e heterossexuais ( $p=.000$ ), e entre os participantes bissexuais e heterossexuais ( $p=.05$ ), não

existindo, contudo, diferenças significativas entre os participantes bissexuais e homossexuais ( $p=.949$ ).

Finalmente, passando para o último item, o quinto: “Em geral, como é a sua satisfação com a sua vida sexual?”, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;717) = 4.35$ ;  $p<.05$ ], que nos indicam que são os participantes que se identificam como homossexuais aqueles que apresentam maiores pontuações ( $M=3.94$ ;  $DP=1.55$ ) comparativamente com os participantes heterossexuais ( $M=3.53$ ;  $DP=1.38$ ) e com os participantes bissexuais ( $M=3.78$ ;  $DP=1.67$ ). O teste Post Hoc, confirmou diferenças estatisticamente significativas entre participantes heterossexuais e homossexuais ( $p=.05$ ), não existindo, contudo, diferenças significativas entre os participantes heterossexuais e bissexuais ( $p=.403$ ) e entre os participantes homossexuais e bissexuais ( $p=.760$ ).

**Tabela 4:** Resultados para os Níveis do MGH entre os grupos de comparação.

		M	DP	t/F(df)	p
MGH1	Heterossexual	3.38	1.19	8.78 (2;717)	.000**
	Bissexual	3.70	1.41		
	Homossexual	3.87	1.38		
MGH2	Heterossexual	3.38	1.16	8.85 (2;716)	.000**
	Bissexual	3.63	1.29		
	Homossexual	3.87	1.27		
MGH3	Heterossexual	3.32	1.18	8.49 (2;715)	.000**
	Bissexual	3.74	1.39		
	Homossexual	3.75	1.25		
MGH4	Heterossexual	3.43	1.19	10.86 (2;717)	.000**
	Bissexual	3.95	1.25		
	Homossexual	3.89	1.32		
MGH5	Heterossexual	3.53	1.38	4.35 (2;717)	.013*
	Bissexual	3.78	1.67		
	Homossexual	3.94	1.55		

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

**Tabela 5:** Resultados para os Níveis do MGH entre os grupos de comparação.

Variável dependente	(I) Orientação	(J) Orientação	Diferença média (I-J)	p
	Sexual	Sexual		
MGH1	Heterossexual	Bissexual	-.32014	.130
		Homossexual	-.49164*	.000**
	Bissexual	Heterossexual	.32014	.130
		Homossexual	-.17151	.647
	Homossexual	Heterossexual	.49164*	.000**
		Bissexual	.17151	.647

MGH2	Heterossexual	Bissexual	-.25031	.254
		Homossexual	-.48530*	.000**
	Bissexual	Heterossexual	.25031	.254
		Homossexual	-.23500	.409
	Homossexual	Heterossexual	.48530*	.000**
		Bissexual	.23500	.409
MGH3	Heterossexual	Bissexual	-.42299*	.026*
		Homossexual	-.42902*	.001*
	Bissexual	Heterossexual	.42299*	.026*
		Homossexual	-.00603	.999
	Homossexual	Heterossexual	.42902*	.001*
		Bissexual	.00603	.999
MGH4	Heterossexual	Bissexual	-.51980*	.004*
		Homossexual	-.46172*	.000**
	Bissexual	Heterossexual	.51980*	.004*
		Homossexual	.05807	.949
	Homossexual	Heterossexual	.46172*	.000**
		Bissexual	-.05807	.949
MGH5	Heterossexual	Bissexual	-.24594	.403
		Homossexual	-.40312*	.014*
	Bissexual	Heterossexual	.24594	.403
		Homossexual	-.15718	.760
	Homossexual	Heterossexual	.40312*	.014*
		Bissexual	.15718	.760

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

Relativamente às diferenças entre as diferentes orientações sexuais para as pontuações obtidas para o suicídio, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões do teste psicológico quando cruzadas com a orientação sexual (tabela 6).

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;718) = 45.91$ ;  $p < .001$ ], que nos indicam que são os participantes que se identificam como bissexuais aqueles que apresentam maiores pontuações relativamente ao item 1: “Alguma vez pensou em suicidar-se?” ( $M=2.22$ ;  $DP=1.05$ ), quando comparados com os participantes que se identificam como heterossexuais ( $M=1.47$ ;  $DP=.74$ ) e com os homossexuais ( $M=2.09$ ;  $DP=1.01$ ). Para comparar os grupos da orientação sexual entre eles, foi utilizado mesmo teste usado anteriormente, o teste Post Hoc (Tukey) e constatámos a confirmação das diferenças altamente significativas entre os participantes heterossexuais e homossexuais ( $p=.000$ ) e heterossexuais e bissexuais ( $p=.000$ ), não existindo, contudo, diferenças significativas no par dos participantes homossexuais e bissexuais ( $p=.551$ ), como se pode ver na tabela 7.

Relativamente ao item 2: “Alguma vez tentou suicidar-se?”, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;716) = 18.30$ ;  $p < .001$ ], que nos indicam que são os participantes que se identificam como bissexuais aqueles que apresentam maiores pontuações ( $M=1.49$ ;  $DP=1.03$ ) comparativamente com os participantes heterossexuais ( $M=3.14$ ;  $DP=.50$ ) e com os participantes homossexuais ( $M=1.46$ ;  $DP=.91$ ). De seguida, realizando o teste Post Hoc, confirmou-se as diferenças altamente significativas entre os participantes heterossexuais e homossexuais ( $p=.000$ ) e heterossexuais e bissexuais ( $p=.000$ ), não existindo, contudo, diferenças significativas no par dos participantes homossexuais e bissexuais ( $p=.956$ ).

Relativamente ao item 3 do SBQ-R: “No último ano, com que frequência pensou em suicidar-se?”, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;716) = 30.42$ ;  $p < .001$ ], que nos indicam que são os participantes que se identificam como bissexuais aqueles que apresentam maiores pontuações ( $M=2.13$ ;  $DP=1.41$ ) comparativamente com os participantes heterossexuais ( $M=1.32$ ;  $DP=.82$ ) e com os participantes homossexuais ( $M=1.87$ ;  $DP=1.30$ ). Novamente, realizando o teste Post Hoc, confirmou-se as diferenças estatisticamente significativas entre os participantes heterossexuais e homossexuais ( $p=.000$ ) e heterossexuais e bissexuais ( $p=.000$ ), não existindo, contudo, diferenças significativas no par dos participantes homossexuais e bissexuais ( $p=.209$ ).

Passando para o item 4: “No último ano, com que frequência tentou suicidar-se?”, verificaram-se novamente diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;712) = 7.07$ ;  $p < .05$ ], que nos indicam que são os participantes que se identificam como homossexuais aqueles que apresentam maiores pontuações ( $M=1.19$ ;  $DP=.63$ ) comparativamente com os participantes heterossexuais ( $M=1.05$ ;  $DP=.26$ ) e com os participantes bissexuais ( $M=1.05$ ;  $DP=.28$ ). Novamente, realizando o teste Post Hoc, confirmou-se as diferenças estatisticamente significativas entre os participantes heterossexuais e homossexuais ( $p=.05$ ) e heterossexuais e bissexuais ( $p=.05$ ), não existindo, contudo, diferenças significativas no par dos participantes homossexuais e bissexuais ( $p=.209$ ). O teste Post Hoc confirmou as diferenças estatisticamente significativas entre os participantes heterossexuais e homossexuais ( $p=.05$ ) e homossexuais e bissexuais ( $p=.05$ ), não existindo, contudo, diferenças significativas no par dos participantes heterossexuais e bissexuais ( $p=1.000$ ).

Finalmente, passando para o último item, o sexto: “Qual é a probabilidade de algum dia se vir a suicidar?” verificaram-se novamente diferenças estatisticamente significativas [ $F(2;717) = 21.42$ ;  $p < .001$ ], que nos indicam que são os participantes que se identificam como bissexuais aqueles que apresentam maiores pontuações ( $M=2.16$ ;  $DP=1.57$ ) comparativamente com os participantes heterossexuais ( $M=1.39$ ;  $DP=.75$ ) e com os participantes homossexuais ( $M=1.67$ ;  $DP=1.19$ ). Realizando o teste Post Hoc, verificámos diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos da orientação sexual, nomeadamente, entre os participantes heterossexuais e bissexuais ( $p=.000$ ), entre os participantes heterossexuais e homossexuais ( $p=.008$ ) e entre os participantes homossexuais e bissexuais ( $p=.002$ ).

Para o item 5: “No caso de já ter pensado em suicidar-se, alguma vez comunicou isso a alguém?”, foi usada uma estatística não paramétrica, o teste de Kruskal Wallis (devido a ser

uma variável nominal) e os resultados foram estatisticamente significativos, como se pode ver na tabela 8.

**Tabela 6:** Resultados para os Níveis do SBQ entre os grupos de comparação.

		M	DP	t/F (df)	p
SBQ1	Heterossexual	1.47	.74	45.91 (2;718)	.000**
	Bissexual	2.22	1.05		
	Homossexual	2.09	1.01		
SBQ2	Heterossexual	1.14	.50	18.30 (2;716)	.000**
	Bissexual	1.49	1.03		
	Homossexual	1.46	.91		
SBQ3	Heterossexual	1.32	.82	30.42 (2;716)	.000**
	Bissexual	2.13	1.41		
	Homossexual	1.87	1.30		
SBQ4	Heterossexual	1.05	.26	7.07 (2;712)	.001*
	Bissexual	1.05	.28		
	Homossexual	1.19	.63		
SBQ6	Heterossexual	1.39	.75	21.42 (2;717)	.000**
	Bissexual	2.16	1.57		
	Homossexual	1.67	1.19		

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

**Tabela 7:** Resultados para os Níveis do SBQ entre os grupos de comparação.

Variável dependente	(I) Orientação	(J) Orientação	Diferença média (I-J)	p
	Sexual	Sexual		
SBQ1	Heterossexual	Bissexual	-.75493*	.000**
		Homossexual	-.62214*	.000**
	Bissexual	Heterossexual	.75493*	.000**
		Homossexual	.13279	.551
	Homossexual	Heterossexual	.62214*	.000**
		Bissexual	-.13279	.551
SBQ2	Heterossexual	Bissexual	-.35135*	.000**
		Homossexual	-.32270*	.000**
	Bissexual	Heterossexual	.35135*	.000**
		Homossexual	.02865	.956
	Homossexual	Heterossexual	.32270*	.000**
		Bissexual	-.02865	.956
SBQ3	Heterossexual	Bissexual	-.80616*	.000**
		Homossexual	-.54909*	.000**
	Bissexual	Heterossexual	.80616*	.000**
		Homossexual	.25707	.209

	Homossexual	Heterossexual	.54909*	.000**
		Bissexual	-.25707	.209
SBQ4	Heterossexual	Bissexual	.00135	1.000
		Homossexual	-.13285*	.001*
	Bissexual	Heterossexual	-.00135	1.000
		Homossexual	-.13420*	.040*
SBQ6	Heterossexual	Bissexual	-.76808*	.000**
		Homossexual	-.28148*	.008*
	Bissexual	Heterossexual	.76808*	.000**
		Homossexual	.48660*	.002*
	Homossexual	Heterossexual	.28148*	.008*
		Bissexual	-.48660*	.002*

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

**Tabela 8:** Tabela Cruzada (Qui-Quadrado) do item 5 do SBQ com os grupos de comparação.

			Orientação Sexual			Total	Total do X <sup>2</sup>
			Heterossexual	Bissexual	Homossexual		
SBQ5	Sim	N	78	23	43	144	.000**
		% em SBQ5	54.2%	16.0%	29.9%	100.0%	
	Não	N	267	28	60	355	.000**
		% em SBQ5	75.2%	7.9%	16.9%	100.0%	
Total		N	345	51	103	499	
		% em SBQ5	69.1%	10.2%	20.6%	100.0%	

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

Relativamente à comparação entre grupos de orientações sexuais e medidas biomédicas, os resultados indicam que não há nenhuma mudança nos indicadores biomédicos, de acordo com a orientação sexual (tabela 9). Para confirmarmos estes resultados, foi realizado o teste Post Hoc, que também nos mostrou dados não significativos entre os grupos.

**Tabela 9:** Resultados para os Níveis dos Indicadores Biomédicos entre os grupos de comparação.

		M	DP	t/F (df)	p
Glicémia	Heterossexual	108.35	31.80	2.777 (2;354)	.064
	Bissexual	100.87	10.81		
	Homossexual	95.21	20.77		
Colesterol Total	Heterossexual	167.98	44.56	.286 (2;357)	.751
	Bissexual	170.63	24.78		
	Homossexual	173.94	49.22		

Triglicéridos	Heterossexual	136.05	78.50	.152 (2;310)	.859
	Bissexual	138.00	102.12		
	Homossexual	145.86	67.66		
Pressão Sistólica	Heterossexual	123.83	16.15	2.009 (2;376)	.136
	Bissexual	120.31	8.53		
	Homossexual	118.45	12.22		
Pressão Diastólica	Heterossexual	75.63	10.99	1.595 (2;369)	.204
	Bissexual	74.50	6.39		
	Homossexual	72.13	8.76		
Pulsação	Heterossexual	76.49	12.69	.765 (2;352)	.466
	Bissexual	80.08	15.14		
	Homossexual	74.74	12.70		
IMC	Heterossexual	24.21	4.20	.515 (2;708)	.598
	Bissexual	23.62	4.49		
	Homossexual	24.02	5.09		

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

Para atestar o valor preditivo de algumas variáveis independentes na variável dependente assumida “probabilidade de algum dia se vir a suicidar” (SBQ6), efetuámos uma regressão múltipla hierárquica de onde se extraíram 3 modelos explicativos. No 1º modelo, entraram como variáveis predictoras o “IGS” (Índice Geral de Sintomas), a “Depressão” e a “Ansiedade”, quem em conjunto, explicam cerca de 18,1% ( $R^2=.181$ ) da variável dependente “SBQ6” (“Probabilidade de se vir a suicidar”), de onde salientamos que a única variável a revelar diferenças estatísticas altamente significativas ( $p=.000$ ) é a “Depressão”.

Já no 2º modelo, às variáveis acima referidas, juntam-se-lhes como predictoras o “IMC”; “Triglicéridos”; “Colesterol total” e “Glicémia”, que em conjunto, explicam cerca de 20,1% ( $R^2=.201$ ) da variável dependente (SBQ6), de onde salientamos que a “Depressão” revela diferenças estatísticas altamente significativas ( $p=.000$ ) e o “Colesterol total” significativas ( $p=.028$ ).

Por último, no 3º modelo, às variáveis acima referidas, juntam-se-lhes como predictoras a “orientação sexual”, que em conjunto, explicam cerca de 22,1% ( $R^2=.221$ ) da variável dependente (SBQ6), de onde salientamos que a “Depressão” revela mais uma vez, diferenças estatísticas altamente significativas ( $p=.000$ ) e a “orientação sexual” significativas ( $p=.010$ ).

Como se pôde ver, no 3º modelo, quando inseridas os indicadores biomédicos e a orientação sexual, estas explicam cerca de 22,1% ( $R^2=.221$ ) da variável dependente, sendo que este valor foi aumentando do modelo 1 até ao modelo 3. Ou seja, o modelo 3 tem mais poder explicativo e preditivo, quando inseridas estas variáveis, dando assim mais suporte à variância. Fica, assim, demonstrado o efeito mediador quer das variáveis biomédicas, quer da orientação sexual na predição da probabilidade de suicídio.

Tabela 10 - Regressão múltipla hierárquica para predição da Probabilidade de Suicídio (SBQ6).

Variáveis preditoras	R <sup>2</sup>	B	p
Modelo 1	.181		
IGS		-.007	.971
Depressão		.510	.000**
Ansiedade		-.103	.457
Modelo 2	.201		
IGS		.049	.792
Depressão		.501	.000**
Ansiedade		-.142	.311
IMC		-.035	.581
Triglicéridos		-.059	.360
Colesterol total		.150	.028*
Glicémia		.034	.622
Modelo 3	.221		
IGS		-.009	.962
Depressão		.547	.000**
Ansiedade		-.122	.381
IMC		-.036	.573
Triglicéridos		-.061	.342
Colesterol total		.112	.104
Glicémia		.077	.276
Orientação sexual		.147	.010*

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

Para atestar o valor preditivo de algumas variáveis independentes na variável dependente assumida, o Índice Geral de Sintomas do BSI (BSI\_IGS), efetuámos uma regressão múltipla hierárquica de onde se extraíram 3 modelos explicativos. No 1º modelo, entram com variáveis preditoras a “Depressão” e a “Ansiedade”, quem em conjunto, explicam cerca de 90,9% ( $R^2=.909$ ) da nossa variável dependente (BSI\_IGS), de onde salientamos que ambas as variáveis revelam diferenças estatísticas altamente significativas ( $p=.000$ ).

Já no 2º modelo, às variáveis acima referidas, juntam-se-lhes como preditoras o “IMC”; “Triglicéridos”; “Colesterol total” e “Glicémia”, que em conjunto, explicam cerca de 91,3% ( $R^2=.913$ ) da variável dependente (BSI\_IGS), de onde salientamos que a “Depressão” e a “Ansiedade” revelam diferenças estatísticas altamente significativas ( $p=.000$ ); o “Colesterol total” bastante significativas ( $p=.002$ ); e a “Glicémia” significativas ( $p=.032$ ).

Por último, no 3º modelo, às variáveis acima referidas, juntam-se-lhes como preditoras a “orientação sexual”, que em conjunto, explicam cerca de 91,4% ( $R^2=.914$ ) da variável dependente (BSI\_IGS), de onde salientamos que a “Depressão” e a “Ansiedade” revelam mais uma vez, diferenças estatísticas altamente significativas ( $p=.000$ ); o “Colesterol total” bastante significativas ( $p=.001$ ); e a “Orientação sexual” ( $p=.047$ ) e “Glicémia” ( $p=.011$ ) significativas.

No 3º modelo também se verificou maior poder explicativo e preditivo, pois este explica cerca de 91,4% ( $R^2=.914$ ) da nossa variável dependente. Neste modelo, a percentagem da variância que o modelo explica foi aumentando quando, novamente, se inseriu os indicadores

biomédicos e a orientação sexual. Fica, assim, demonstrado o efeito mediador quer das variáveis biomédicas, quer da orientação sexual na predição da sintomatologia psicopatológica.

**Tabela 11** - Regressão múltipla hierárquica para predição do Índice Geral de Sintomas do BSI (BSI\_IGS)

Variáveis preditoras	R <sup>2</sup>	B	p
Modelo 1	.909		
Depressão		.438	.000**
Ansiedade		.563	.000**
Modelo 2	.913		
Depressão		.437	.000**
Ansiedade		.554	.000**
IMC		.018	.406
Triglicéridos		.001	.955
Colesterol total		-.069	.002*
Glicémia		.049	.032*
Modelo 3	.914		
Depressão		.442	.000**
Ansiedade		.551	.000**
IMC		.017	.413
Triglicéridos		.001	.971
Colesterol total		-.078	.001**
Glicémia		.059	.011*
Orientação sexual		.037	.047*

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

## 2.5. Discussão

Ao longo da revisão da literatura, os indivíduos LGB são descritos como pessoas que apresentam maiores sintomas de saúde mental, nomeadamente, depressão, tentativa de suicídio, insatisfação com a imagem corporal, distúrbios alimentares, problemas de comportamento, promiscuidade sexual, autoconceito reduzido, abuso de drogas e álcool, stress pós-traumático, ansiedade e isolamento social (Williamson, 2000; Kelleher, 2009; Mark, Hatzenbuehler, MS, MPhil, Katherine, Keyes, MPH & Hasin, 2009; Shilo & Savaya, 2012).

Os resultados do presente estudo revelam ser concordantes com a literatura, indo mais longe e chegando à conclusão que são os participantes bissexuais aqueles que pontuam mais em todas as dimensões do teste psicológico BSI e no Índice Geral de Sintomas. Os participantes da amostra pontuaram níveis elevados para a depressão, ansiedade, psicoticismo, somatização, obsessões e compulsões, sensibilidade interpessoal, hostilidade, ansiedade fóbica e ideação paranoide.

Mays e Cochran (2001) realizaram um estudo em que concluíram que indivíduos homossexuais e bissexuais, relatam mais frequentemente experiências de discriminação no seu dia a dia comparativamente com os indivíduos heterossexuais. Grande percentagem da amostra LGB atribuiu essa discriminação em parte ou totalmente à sua orientação sexual. Para além disto, a discriminação percebida por estes indivíduos foi positivamente associada tanto com

efeitos nocivos na sua qualidade de vida quando indicadores de morbidade psiquiátrica, na amostra total. Em suma, os autores concluíram que níveis mais elevados de discriminação podem estar relacionados a observações recentes de maior risco de morbidade psiquiátrica entre indivíduos gays, lésbicas e bissexuais. No caso dos bissexuais, estes provavelmente estão mais sujeitos ao efeito de dupla opressão da bifobia (do lado heterossexual e do lado homossexual), assim como menor suporte social e antecipação da rejeição. Estas condições irão acentuar o ambiente de hostilidade decorrente do stress das minorias e, por conseguinte, aumenta a vulnerabilidade à ocorrência de doença (Santos, 2013; Mello, Freitas, Pedrosa & Brito, 2012). Estas conclusões vão de encontro aos resultados do presente estudo, explicando o porquê de serem os bissexuais a pontuarem mais nos sintomas psicopatológicos.

Os resultados desta investigação são também similares ao estudo levado a cabo por Kerr, Santurri e Peters (2013), entre profissionais de saúde de uma universidade e mulheres lésbicas, bissexuais e heterossexuais que frequentavam esse estabelecimento, e onde foi mostrado que mulheres bissexuais relataram ter o pior estado de saúde mental em várias dimensões psicológicas, incluindo, ansiedade, raiva, sintomas depressivos, automutilação e ideação/tentativas suicidas. Tanto mulheres bissexuais, como lésbicas, tinham uma probabilidade muito maior de ter esses problemas de saúde mental quando comparadas com mulheres heterossexuais. As mulheres lésbicas e bissexuais utilizaram significativamente mais serviços de saúde mental na universidade do que mulheres heterossexuais.

No que toca às obsessões e compulsões, ansiedade, depressão e sensibilidade interpessoal a literatura mostra serem os jovens LGB com níveis mais preocupantes nestas dimensões. Os resultados obtidos neste estudo são similares a diversos estudos, nomeadamente, o recente estudo de Pereira e Monteiro (2016) que concluiu que a maioria das pessoas LGB tinham a percepção de que, devido à sua orientação sexual, podiam ter problemas físicos (cancro e HIV) e psicológicos (depressão e transtornos de ansiedade). Os participantes da amostra revelaram esta auto percepção que, os autores, dizem ser possível explicar devido à presença de homonegatividade internalizada ou homofobia internalizada. Também o estudo de Gold, Mars e Lexington (2006) estudou a correlação entre homofobia internalizada e sintomas psicológicos e concluíram que quanto mais alta é a homofobia internalizada, maiores são os níveis de depressão e aparecimento de Distúrbio de Stress Pós-Traumático (PTSD) (Newcomb & Mustanski, 2010). Um dos mesmos autores citado em cima Pereira e Costa (2016) também correlacionaram o constructo de discriminação/estigma sexual com a saúde mental e física, em participantes LGB em Portugal e obtiveram resultados parecidos aos de cima. Quanto mais discriminação houver, maior a propensão a haver complicações na sua saúde física e psicológica.

Relativamente aos comportamentos suicidários, os resultados da atual investigação demonstraram que são os participantes bissexuais e homossexuais que apresentam maiores níveis de probabilidade de suicídio, pensamentos de ideação suicida e tentativas de suicídio. E este estudo vai mais longe, concluindo que são os homossexuais que demonstram maior nível de probabilidade de algum dia se virem a suicidar.

Os resultados do presente estudo são semelhantes ao estudo feito por Pereira e Rodrigues (2015) em que revelam dados bastante importantes acerca desta temática, nomeadamente que, existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre homofobia internalizada e ideação suicida. Para além disso, verificaram que os jovens gays são os que têm uma homofobia internalizada mais elevada, enquanto que os jovens bissexuais são os que têm níveis mais altos de ideação suicida. Para além disso, concluíram também no seu estudo que, os adolescentes que ainda não revelaram a sua orientação sexual e aqueles que já revelaram e experimentaram discriminação (devido à sua orientação), são aqueles que tinham níveis mais elevados de ideação suicida.

Meyer (2003), obteve resultados congruentes com os obtidos no presente estudo, ao concluir que o comportamento suicidário prevalece mais na população LGB comparativamente à população heterossexual, sobretudo em adolescentes (Mustanski, Garofalo & Emerson, 2010). No entanto, no estudo de Rutter e Soucar (2002), estes concluíram que os jovens com suporte social demonstraram menos risco de suicídio e baixos níveis de hostilidade, desespero e ideação suicida.

Ao longo da literatura é realçado que, os casais homossexuais masculinos, comparativamente aos casais heterossexuais, apresentam com maior frequência dificuldades erécteis e ejaculação prematura (Bancroft et al., 2003). Também são abordados que os estereótipos sociais e a discriminação social podem colocar os homossexuais masculinos numa posição de vulnerabilidade psicológica que se pode expressar através da ansiedade e depressão e, desta forma, podendo ter uma repercussão negativa no seu desempenho sexual (Mao et al., 2009), na diminuição do desejo sexual e em dificuldades de ereção (Bancroft et al., 2005).

No entanto, em conformidade com os resultados obtidos no presente trabalho, Holmberg e Blair (2009) verificaram que os homens relataram ter experimentado um pouco mais de desejo sexual do que as mulheres, enquanto as mulheres relataram níveis ligeiramente mais elevados de satisfação sexual geral do que os homens. Aqueles nas relações do mesmo sexo relataram níveis ligeiramente maiores de desejo sexual do que aqueles em relacionamentos de sexo misto. Em comparação com os outros três grupos, homens heterossexuais relataram ter menos satisfação nas atividades sexuais mais ternas, sensuais ou eróticas. Isto sugere que o género e a orientação sexual interferem na maneira como as pessoas vivem e expressem a sua funcionalidade sexual, mediado pela noção acerca do que consiste “ter uma relação sexual/sexo” ou uma ênfase sobre a qualidade do sexo em relação à quantidade (Iasenza, 2002; Nichols, 2004).

O facto de serem os participantes não-heterossexuais aqueles que dizem estar mais sexualmente satisfeitos pode ser atribuível a atividades sexuais particulares (que não são feitas regularmente pela população em geral), existindo indícios de que os homens podem preferir uma maior variedade de práticas sexuais do que as mulheres (Holmberg & Blair, 2009). Bell e Weinberg (1978) descobriram que homossexuais masculinos se envolviam numa variedade mais ampla de atividades sexuais do que homossexuais femininas, podendo assim, obter maior satisfação sexual. Todas estas pesquisas corroboram os resultados da presente investigação,

ainda que esta tendência não seja consensual, isto é, noutros contextos culturais, a experiência de exposição a stress das minorias sexuais pode afetar diretamente dimensões da saúde física e mental (Pereira & Costa, 2016) e, indiretamente, o funcionamento sexual.

Relativamente à influência dos indicadores biomédicos na orientação sexual, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos e isso também foi refletido na literatura encontrada, pois eram escassos os estudos acerca desta temática. No entanto, foram realizados testes de Regressões Múltiplas Hierárquicas para tentar atestar os valores preditivos de algumas variâncias independentes. Quando testámos a variável dependente “Probabilidade de um dia se vir a suicidar” com diversas variáveis independentes, em três modelos preditivos: IGS, Depressão, Ansiedade, IMC, Triglicéridos, Colesterol Toral, Glicémia e Orientação Sexual, foi notado o aumento da percentagem de variância que o modelo explica ( $R^2$ ). No 3º modelo, quando inseridas os indicadores biomédicos e a orientação sexual, estas explicam cerca de 91,4% ( $R^2=.914$ ) da nossa variável dependente, sendo que este valor foi aumentando do modelo 1 até ao modelo 3. Ou seja, o modelo 3 tem mais poder explicativo e preditivo, quando inseridas estas variáveis, dando assim mais suporte à variância. Mais, este modelo mostra a importância e pertinência do presente estudo e de se estudar mais aprofundadamente no futuro, a relação entre estas variáveis.

Foi feita uma segunda tabela usando o mesmo teste, mas desta vez tendo como variável dependente, o IGS do BSI, onde, também se verificou maior poder explicativo e preditivo no 3º modelo, pois este explica cerca de 91,4% ( $R^2=.914$ ) da nossa variável dependente. Neste modelo, a percentagem da variância que o modelo explica foi aumentando quando, novamente, se inseriu os indicadores biomédicos e a orientação sexual. Mostrando, mais uma vez, a pertinência e importância deste presente estudo.

Schwartz, Rowland e Beaver (2014) também realizaram estudos semelhantes, onde cruzaram os níveis de colesterol com a depressão, comportamento anti-social e níveis de neuroticismo. O estudo revelou diferenças estatisticamente significativas para os níveis baixos de colesterol associados à depressão.

Relativamente ao excesso de glicose no sangue, mais precisamente, na presença de diabetes, Shim e seus colaboradores (2014) realizaram um estudo em que concluíram que ter uma personalidade do tipo mais extrovertida, diminui o risco de diabetes. Na sua revisão bibliográfica, relataram que depressão e sofrimento psicológico são conhecidos por estarem associados ao desenvolvimento de diabetes, assim como, a progressão da doença (Shim et al., 2014). Um outro estudo de Smith e seus colegas (2013) concluiu na sua meta análise que um elevado nível de diabetes no sangue está associado a um aumento da probabilidade de indivíduos vierem a ter depressão, perturbações de ansiedade ou sintomas elevados de ansiedade (Park, Katon & Wolf, 2013; Grigsby et al., 2002).

Todas estas contribuições vão de encontro aos resultados chegados neste estudo em que será importante continuar a estudar e a aprofundar a relação dos indicadores biomédicos com a saúde mental e, ainda mais importante e pertinente seria, estudar na população LGB comparativamente com a população heterossexual, visto serem muito escassos os estudos

envolvendo estas minorias sexuais. Estes estudos podem ajudar, não só no combate ao preconceito, como também, na prevenção de doenças psiquiátricas e comportamentos suicidários, através da regulação dos indicadores biomédicos.

Nas últimas décadas, os psicólogos e os investigadores em geral prestaram maior atenção ao facto de as pessoas LGB poderem ter necessidades de saúde específicas, nomeadamente aquelas decorrentes das pressões sociais e da homofobia internalizada que poderão afetar o bem-estar e comprometer os níveis de saúde (Mayer et al., 2008). Com isto, o presente estudo espera contribuir para aumentar o conhecimento nesta área e contribuir para a prevenção de doenças psiquiátricas na população LGB, bem como, sensibilizar os profissionais de saúde para este assunto. As pessoas LGB devem ser tratadas de igual forma e terem os mesmos direitos e acesso à prestação de cuidados de saúde.

Sabe-se que uma das mais poderosas armas para desafiar o preconceito e a discriminação é, precisamente, a informação disponibilizada não só através do conhecimento adquirido nas faculdades, como também, pela transferência do conhecimento para as comunidades envolvidas. É, portanto, uma missão digna da ciência, desafiar o heterossexismo, a bifobia e a homofobia, se quisermos viver numa sociedade mais justa e que respeita a diversidade de todos os elementos que a compõem e integram (Moleiro, Pinto & Pereira, 2012).

Como limitações destaca-se o fato de ter sido uma amostra por conveniência, ou seja, não foram participantes aleatórios da população geral, o que não permite a generalização dos resultados. Também o fato do inquérito também ter sido disseminado via online, o que poderia ter levado a uma desejabilidade social por parte dos participantes, assim como ao efeito do voluntário, ou seja, quem escolheu participar no estudo reúne características particulares que poderão interferir com os resultados.

No seguimento de todas as contribuições dos autores incluídos na revisão bibliográfica feita para este artigo, este estudo encoraja todos os investigadores a continuar a investigar e a disseminar as suas conclusões, pois é vital criar-se uma mudança social e uma Psicologia mais inclusiva em Portugal e no mundo, isenta de assunções heterossexistas que a pesquisa e teoria psicológica dominante ainda perpetua (Moleiro, Pinto & Pereira, 2012).

## 2.6. Referências Bibliográficas

- Aneja, A, & Tierney, E (2008). Autism: The role of cholesterol in treatment. *International Review of Psychiatry*, 20(2), 165-170;
- Apostolo, A., Vignati, C., Brusoni, D., Cattadori, G., Contini, M., Veglia, F., Magri, D., Palermo, P., Tedesco, C., Doria, E., Fiorentini, C., Montorsi, P. & Agostini, P. (2009). Original Research—Erectile Dysfunction. *J Sex Med*, 6, 2795-2805;

- Bach, L. E., Mortimer, J. A., VandeWeerd, C., & Corvin, J. (2013). The association of physical and mental health with sexual activity in older adults in a retirement community. *The journal of sexual medicine, 10*(11), 2671-2678;
- Baek, J. H., Kang, E., Fava, M., Mischoulon, D., Nierenberg, A. A., Yu, B., Lee, D. & Leon, H. J. (2014). Serum lipids, recent suicide attempt and recent suicide status in patients with major depressive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 51*, 113-118;
- Baiocco, R., D'Alessio, M., & Laghi, F. (2010). Binge drinking among gay, and lesbian youths: The role of internalized sexual stigma, self-disclosure, and individuals' sense of connectedness to the gay community. *Addictive behaviors, 35*(10), 896-899;
- Bancroft, J., Carnes, L. C., Janssen, E., Goodrich, D., & Long, J. S. (2005). Erectile and ejaculatory problems in gay and heterosexual men. *Archives of Sexual Behavior, 34*, 285-297;
- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., & Vukadinovic, Z. (2003). The relation between mood and sexuality in gay men. *Archives of Sexual Behavior, 32*(3), 231-242;
- Bell, A. P. & Weinberg, M. S. (1978). *Homosexualities: A study of diversity among men and women*. New York: Simon & Schuster;
- Bhugra, D., & Wright, B. (2007). Sexual dysfunction in gay men and lesbians. *Sexual Disorders Is Specific Populations, 6*(3), 125-129;
- Bos, H., Standfort, T., Bruyn, E. & Hakvoort, E. (2008). Same-sex attraction, social relationships, psychosocial functioning, and school performance in early adolescence. *Developmental Psychology, 44*(1)1, 59-68;
- Campos, R., Besser, A., Blatt, S. (2013). Recollections of Parental Rejection, Self -criticism and Depression in Suicidality. *Archives of suicide research, 17*, 58 -74;
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos -B.S.I. In Mário R. Simões, Carla Machado, Miguel M. Gonçalves & Leandro S. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto;
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Breves - B.S.I.. In Mário R. Simões, Miguel M. Gonçalves & Leandro S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 95-109). Braga: SHO/APPORT;
- Coqueiro, R. S., Santos, M. C., Neto, J. S. L., Queiroz, B. M., Brugger, N. A. J. & Barbosa, A. R. (2013). Validity of a portable Glucose, total cholesterol, and triglycerides multi-analyzer in adults. *Biological Research for Nursing, 16*(3), 288-294. DOI: 10.1177/1099800413495953;

- Crammer, R. J., Burks, A. C., Stroud, C. H., Bryson, C. N. & Graham, J. (2015). A moderated mediation analysis of suicide proneness among lesbian, gay, and bisexual community members. *Journal of Social and Clinical Psychology, 34*(7), 622-642;
- Fernandes, M. A. N. (2009). Suporte social como contributo para um desenvolvimento harmonioso da identidade sexual LGB. *Tese de Mestrado não publicada*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Lisboa;
- Gandhi, J., Dagur, G., Warren, K., Smith, N., & Khan, S. A. (2016). The Role of Sexual Dysfunction and Infertility on Reproductive Health in Diabetics: Pathogenesis, Evaluation, and Management. *Current diabetes reviews*;
- Gold, S. D., & Marx, B. P. (2007). Gay male sexual assault survivors: The relations among internalized homophobia, experiential avoidance, and psychological symptom severity. *Behaviour Research and Therapy, 45*(3), 549-562;
- Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freeland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 1053- 1060;
- Harrison, T. W. (2003). Adolescent homosexuality and concerns regarding disclosure. *Journal of School Health, 73*(3), 107-113;
- Herek, G. M., & Garnets, L. D. (2007). Sexual orientation and mental health. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 353-375;
- Holmberg, D. & Blair, K. L. (2009). Sexual desire, communication, satisfaction, and preferences of men and women in same-sex versus mixed-sex relationships. *The Journal of Sex Research, 46*(1), 57-66. DOI: 10.1080/00224490802645294;
- Iasenza, S. (2002). Beyond “lesbian bed death”: The passion and play in lesbian relationships. *Journal of Lesbian Studies, 6*(1), 111-120;
- Kelleher, C. (2009). Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Counselling Psychology Quarterly, 22*(4), 373-379;
- Kerr, D. L., Santurri, L., & Peters, P. (2013). A comparison of lesbian, bisexual, and heterosexual college undergraduate women on selected mental health issues. *Journal of American College Health, 61*(4), 185-194;
- Kuyper, L., & Vanwesenbeeck, I. (2011). Examining sexual health differences between lesbian, gay, bisexual, and heterosexual adults: The role of sociodemographics, sexual behavior characteristics, and minority stress. *Journal of Sex Research, 48*(2-3), 263-274;

- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544;
- Lin, C. H., Chang, H. T., Chen, Y. J., Lin, C. H., Huang, C. H., Tun, R., Tsai, G. E. & Lane, H. Y. (2014). HDL cholesterol and the risk of depression over 5 years. *Molecular Psychiatry*, 19, 637-638. Doi:10.1038/mp.2013.113;
- Mao, L., Newman, C., Kidd, M., Saltman, D., Rogers, G., & Kippax, S. (2009). Self-reported sexual difficulties and their association with depression and other factors among gay men attending high HIV-caseload general practices in Australia. *Journal Sexual Medicine*, 6, 1378-1385;
- Mark, L., Hatzenbuehler, MS, MPhil, Katherine, M., Keyes, MPH & D. S. Hasin (2009). State-Level Policies and Psychiatric Morbidity In Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. *American Journal of Public Health*, 99(12), 2275-2281;
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo;
- Mayer, K.H., Bradford, J.B., Makadon, H.J., Stall, R., Goldhammer, H., & Landers, S. (2008). Sexual and gender minority health: What we know and what needs to be done. *American Journal of Public Health*, 98 (6), 989-995;
- Mays, V. M. & Cochran, S. D. (2001). Mental Health Correlates of Perceived Discrimination Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91(11);
- McCann, E. & Sharek, D. (2014). Challenges to and opportunities for improving mental health services for lesbian, gay, bisexual, and transgender people in Ireland: A narrative account. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 525-533;
- Mello, L., Freitas, F., Pedrosa, C. & Brito, W. (2012). Beyond an anti-homophobic kit: Public policies on education for the LGBT population in Brazil. *Bagoas*, 6(7), 99-122;
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697;
- Moore, R. H., Sarwer, D. B., Lavenberg, J. A., Lane, I. B., Evans, J. L., Volger, S., & Wadden, T. A. (2013). Relationship between sexual function and quality of life in obese persons seeking weight reduction. *Obesity*, 21(10), 1966-1974;
- Moleiro, C. Pinto, N. & Pereira, H. (2012). Saúde e Bem estar Individual, Familiar e Social de pessoas LGBT. *Psicologia*, XXVI(1), 7-15;

- Mustanski, B., Andrews, R. & Puckett, J. A. (2016). The Effects of Cumulative Victimization on Mental Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adolescents and Young Adults. *Ajph Research*, 106(3), 527-533;
- Mustanski, B. S., Garofalo, R. & Emerson, E. M. (2010). Mental Health Disorders, Psychological Distress, and Suicidality in a Diverse Sample of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youths. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2426-2432;
- Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(8), 1019-1029;
- Nichols, M. (2004). Lesbian sexuality=female sexuality: Rethinking “lesbian bed death.” *Sexual and Relationship Therapy*, 19, 363-371;
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios F. X. (2001). The suicidal behaviors questionnaire revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8, 443-454;
- Park, M., Katon, W. J. & Wolf, F. M. (2013). Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 35, 217-225;
- Pereira, H. (2017). The Importance of Cholesterol in Psychopathology: A Review of Recent Contributions. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(2), 109-113;
- Pereira, H. (2017). Validade Psicométrica da Versão Portuguesa do MGH-SFQ. *Revista Internacional de Andrologia (Aceite para publicação)*;
- Pereira, H., & Costa, P. A. (2016). Modeling the impact of social discrimination on the physical and mental health of Portuguese gay, lesbian and bisexual people. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 1-13;
- Pereira, H. & Monteiro, S. (2016). The Role of Political and Legislative Changes in the Everyday Lives of LGB Individuals: The Case of Portugal. *Sexuality Research and Social Policy*, 1-10;
- Pereira, H., & Rodrigues, P. (2015). Internalized homophobia and suicidal ideation among LGB youth. *Journal of Psychiatry*, 18(2), 229. <http://dx.doi.org/10.4172/Psychiatry.1000229>;
- Patra, B. N., Khandelwal, S. K., Chadda, R. K. & Ramakrishnan, L. (2014). A Controlled Study of Serum Lipid Profiles in Indian Patients with Depressive Episode. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(2), 129-133;

- Pjrek, E., Winkler, D., Abramson, D. W., Konstantinidis, A., J. Stastny, Willeit, M., Raschak-Rieder, N. & Kasper, S. (2007). Serum lipid levels in seasonal affective disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257, 197-202;
- Plana, T., Gracia, R., Méndez, I., Pintor, L., Lazaro, L. & Castro-Fornieles, J. (2010). Total serum cholesterol levels and suicide attempts in child and adolescent psychiatric inpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19, 615-619. DOI 10.1007/s00787-009-0084-x;
- Proujansky, R. A., & Pachankis, J. E. (2014). Toward formulating evidence-based principles of LGB-affirmative psychotherapy. *Pragmatic case studies in psychotherapy: PCSP*, 10(2), 117;
- Ramchandani, N. & Heptulla, R. A. (2012). New technologies for diabetes: A review of the present and the future. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 28. DOI: 10.1186/1687-9856-2012-28;
- Rivers, I. (2001). The bullying of sexual minorities at school: Its nature and long-term correlates. *Educational and Child Psychology*, 18(1), 33-46;
- Russell, S.T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91, 1276-1981;
- Rutter, P. & Soucar, E. (2002). Youth suicide risk and sexual orientation. *Adolescence*, 37(146), 289-299;
- Santos, D. K. (2013). As produções discursivas sobre a homossexualidade e a construção da homofobia: Problematizações necessárias à psicologia. *Revista EPOS*, 4(1), 1-25;
- Scafoglieri, A., Tresignie, J., Provyn, S., Clarys, J. P. & Bautmans, I. (2012). Reproducibility, accuracy and concordance of Accutrend® Plus for measuring circulating lipid concentration in adults. *Biochemia Medica*, 22(1), 100-108;
- Schwartz, J. A., Rowland, M. W. & Beaver, K. M. (2014). A genetically informed test of cholesterol levels and self-control, depressive Symptoms, antisocial behavior, and neuroticism. *Journal of Affective Disorders*, 164, 139-147;
- Seil, K. S., Desai, M. M., & Smith, M. V. (2014). Sexual orientation, adult connectedness, substance use, and mental health outcomes among adolescents: findings from the 2009 New York City Youth Risk Behavior Survey. *Journal Information*, 104(10);
- Semlyen, J., King, M., Varney, J., & Hagger-Johnson, G. (2016). Sexual orientation and symptoms of common mental disorder or low wellbeing: combined meta-analysis of 12 UK population health surveys. *BMC psychiatry*, 16(1), 1;

- Shilo, G. & Savaya, R. (2012). Mental Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth and Young Adults: Differential Effects of Age, Gender, Religiosity, and Sexual Orientation. *Journal of Research on Adolescence*, 22(2), 310-325;
- Shim, U., Oh, J., Lee, H., Sung, Y. Kim, H. & Kim, H. (2014). Association between extraversion personality and abnormal glucose regulation in young Korean women. *Acta Diabetol*, 51, 421-427. DOI: 10.1007/s00592-013-0529-z;
- Shin J. Y., Suls, J. & Martin, R. (2008). Are Cholesterol and Depression Inversely Related? A Meta-analysis of the Association Between Two Cardiac Risk Factors. *Ann. Behav. Med.*, 36, 33-43;
- Smith, K. J., Béland, M., Clyde, M., Gariépy, G., Pagé, V., Badawi, G., Rabasa-Lhoret, R. & Schmitz, N. (2013). Association of diabetes with anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 89-99;
- Sutin, A. R., Terracciano, A., Deiana, B., Uda, M., Schlessinger, D., Lakatta, E. G. & Costa, P. T. (2010). Cholesterol, triglycerides, and the Five-Factor Model of personality. *Biological Psychology*, 84, 186-191;
- Tan, H. M., Tong, S. F., & Ho, C. C. (2012). Men's health: sexual dysfunction, physical, and psychological health—is there a link?. *The journal of sexual medicine*, 9(3), 663-671;
- Thomeer, M. B., & Reczek, C. (2016). Happiness and Sexual Minority Status. *Archives of sexual behavior*, 1-14;
- Troisi, A. (2011). Low cholesterol is a risk factor for attentional impulsivity in patients with mood symptoms. *Psychiatry Research*, 188, 83-87;
- Turek, S. J., Hastings, S. M., Sun, J. K., King, G. L., & Keenan, H. A. (2013). Sexual dysfunction as a marker of cardiovascular disease in males with 50 or more years of type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 36(10), 3222-3226;
- Vázquez-Rivera, M., Martínez-Taboas, A., Toro-Alfonso, J., Francia, M., Nazario-Serrano, J., Lespier, Z;... Santiago, G. (2014). *Estándares para el Trabajo e Intervención en Comunidades Lesbianas, Gay, Bisexuales e Identidades Trans (LGBT)*. San Juan, PR: Asociación de Psicología de Puerto Rico;
- Weidner, G., Connor, S. L., Gerhard, G. T., Duell, P. B. & Connor, W. E. (2009). The effects of dietary cholesterol-lowering on psychological symptoms: A randomised controlled study. *Psychology, Health & Medicine*, 14(3), 255-261;
- Wichstrom, L. & Hegna, K (2003). Sexual orientation and suicide attempt: A longitudinal study of the general norwegian adolescent population. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 144-151;

- Williamson, I. R. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research - Theory & Practice*, 15(1), 97-107;
- Zamboni, B., & Crawford, I. (2007). Minority stress and sexual problems among african-american gay and bisexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 569-578.

## Capítulo 3: Discussão Geral

A presente dissertação que se apresentou como requisito para a obtenção de grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, procurou contribuir de forma inovadora para o preenchimento de uma lacuna relevante na investigação acerca dos Indicadores Biomédicos e os Indicadores Psicológicos. Neste estudo, tentou-se fazer uma ponte entre estes dois construtos, analisando e comparando os mesmos com as diversas orientações sexuais. Este estudo é sem dúvida um estudo pioneiro e inovador ao tentar juntas as áreas física e mental do ser Humano e, ainda por cima, num tema tão polémico e por vezes esquecido, como é a orientação sexual LGB.

Ao longo da revisão da literatura, os jovens e adultos LGB são descritos como pessoas com diversos sintomas de saúde mental, nomeadamente, depressão, tentativa de suicídio, insatisfação com a imagem corporal, distúrbios alimentares, problemas de comportamento, promiscuidade sexual, autoconceito reduzido, abuso de drogas e álcool, stress pós-traumático, ansiedade e isolamento social (Williamson, 2000; Kelleher, 2009; Mark, Hatzenbuehler, MS, MPhil, Katherine, Keyes, MPH & Hasin, 2009; Shilo & Savaya, 2012).

Os resultados do presente estudo revelam ser concordantes com a literatura, indo mais longe e chegando à conclusão que são os participantes bissexuais aqueles que pontuam mais em todas as dimensões do teste psicológico BSI e no Índice Geral de Sintomas. Os participantes da amostra pontuaram níveis elevados para a depressão, ansiedade, psicoticismo, somatização, obsessões e compulsões, sensibilidade interpessoal, hostilidade, ansiedade fóbica e ideação paranoide.

Relativamente aos comportamentos suicidários, os resultados da atual investigação demonstraram que são os participantes bissexuais e homossexuais que apresentam maiores níveis de probabilidade de suicídio, pensamentos de ideação suicida e tentativas de suicídio. E este estudo vai mais longe, concluindo que são os homossexuais que demonstram maior nível de probabilidade de algum dia se virem a suicidar. Estes resultados também vão de encontro aos resultados encontrados ao longo da literatura, nos diversos estudos apresentados no artigo científico.

Ao longo da literatura é realçado que, os casais homossexuais masculinos, comparativamente aos casais heterossexuais, apresentam com maior frequência dificuldades erécteis e ejaculação prematura (Bancroft et al., 2003). Também são abordados que os estereótipos sociais e a discriminação social podem colocar os homossexuais masculinos numa posição de vulnerabilidade psicológica que se pode expressar através da ansiedade e depressão e, desta forma, podendo ter uma repercussão negativa no seu desempenho sexual (Mao et al., 2009), na diminuição do desejo sexual e em dificuldades de ereção (Bancroft et al., 2005).

Porém outras pesquisas sugerem que casais homossexuais masculinos têm relações sexuais com mais frequência do que os casais heterossexuais, enquanto que casais homossexuais femininos têm relações sexuais menos frequentemente. Esta descoberta pode ser interpretada

como um indicativo de que as diferenças de gênero no desejo sexual estão acentuadas nas relações do mesmo sexo. No entanto, este achado também pode ser atribuído plausivelmente a outros fatores para além do desejo sexual, nomeadamente, no que consiste “ter uma relação sexual/sexo” ou uma ênfase sobre a qualidade do sexo em relação à quantidade (Iasenza, 2002; Nichols, 2004).

No que se refere à satisfação sexual derivada de atividades particulares (que não são feitas regularmente pela população em geral), existem indícios de que os homens podem preferir uma maior variedade de práticas sexuais do que as mulheres (Holmberg & Blair, 2009). Bell e Weinberg (1978) descobriram que homossexuais masculinos se envolviam numa variedade mais ampla de atividades sexuais do que homossexuais femininas, podendo assim, obter maior satisfação sexual. Todas estas pesquisas corroboram os resultados da presente investigação.

Deste modo, o presente estudo contraria os resultados encontrados em alguma da literatura, pois foi obtido através do MGH, uma escala de satisfação sexual, que são os participantes homossexuais que obtêm mais prazer/interesse sexual, maior capacidade de obter orgasmos e maior satisfação sexual, relativamente com os participantes bissexuais e heterossexuais. No entanto, em termos de resultados, os bissexuais estão em segundo lugar perante a satisfação sexual, ou seja, são os participantes LGB que relatam ter maior aproveitamento e satisfação da sua atividade sexual, comparativamente aos participantes heterossexuais.

Relativamente à influência dos indicadores biomédicos na orientação sexual, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos e isso também foi refletido na literatura encontrada, pois eram escassos os estudos acerca desta temática.

Com todos estes resultados, conseguimos perceber o porquê da população LGB ser considerada uma minoria social e haver tanta controvérsia à volta deste tema. Nesta investigação conseguimos perceber que em termos psicológicos, os participantes LGB são aqueles que sofrem mais de sintomas psicopatológicos e de ideação suicida/comportamentos suicidários. No entanto, no presente estudo, chegámos a resultados diferentes da literatura relativamente ao funcionamento sexual da população LGB. Nesta investigação, foi concluído que a população LGB, principalmente, a Homossexual, é a que tem mais satisfação e desejo sexual, comparativamente com os heterossexuais. Este resultado é uma conclusão positiva e que deveria ser mais explorada em futuros estudos. Tentar perceber o porquê desta disparidade entre homossexuais e heterossexuais.

Relativamente à influência dos indicadores biomédicos na orientação sexual, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos e isso também foi refletido na literatura encontrada, pois eram escassos os estudos acerca desta temática. No entanto, foram realizados testes de Regressões Múltiplas Hierárquicas para tentar atestar os valores preditivos de algumas variâncias independentes e chegou-se a diversas conclusões. A principal é que as variáveis dos indicadores biomédicos e orientação sexual têm grande valor explicativo e preditivo perante a variável “Probabilidade de um dia se vir a suicidar” e a variável “IGS” que reflete os sintomas psicopatológicos do instrumento BSI.

Relativamente à importância dos indicadores biomédicos na saúde mental, fica claro que poderá haver uma forte correlação entre os níveis de colesterol e algumas variáveis comportamentais e psicopatológicas, nomeadamente, a depressão, suicídio, personalidade e agressão (Pereira, 2017). Nos resultados do estudo de Patra e seus colaboradores (2014) demonstrou-se que níveis mais baixos de colesterol estão relacionados com depressão (Sutin et al., 2010; Lin, Chang, Chen, Lin, Huang, Tun, Tsai & Lane, 2014; Baek et al., 2014; Plana, Gracia, Méndez, Pintor, Lazaro & Castro-Fornieles, 2010). O baixo colesterol na depressão pode ser uma consequência da própria patologia, por causa da instabilidade da saúde e diminuição da ingestão de alimentos (devido à pessoa estar depressiva). No entanto, tratar a depressão tem demonstrado aumentar a concentração de colesterol (Shin, Suls & Martin, 2008). Para além da depressão, Troisi (2011), realizou um estudo com uma amostra de 301 pacientes com perturbações de humor, de ansiedade e de personalidade e, concluiu que baixos níveis de colesterol, também estão diretamente relacionados com maiores níveis de impulsividade atencional e, finalizou dizendo que esta mesma impulsividade atencional pode ser um forte fator de risco para o suicídio, apontando para a existência de uma grande correlação positiva entre o colesterol total e a saúde mental (Pjrek et al., 2007). No entanto, existem estudos que indicam o contrário, nomeadamente, a investigação de Weidner e seus colaboradores (2009) que concluíram que uma redução do colesterol no plasma no contexto de uma dieta com baixo teor de gordura, pode ter um efeito benéfico sobre os sintomas psicológicos, nomeadamente, a depressão e hostilidade.

Schwartz, Rowland e Beaver (2014) também realizaram estudos semelhantes, onde cruzaram os níveis de colesterol com a depressão, comportamento anti-social e níveis de neuroticismo. O estudo revelou diferenças estatisticamente significativas para os níveis baixos de colesterol associados à depressão. Segundo Aneja e Tierney (2008), défices nos níveis de colesterol podem perturbar mecanismos biológicos bastante importantes no nosso cérebro que impedem a proliferação de membranas que podem contribuir para Perturbações do Espectro do Autismo (PEA).

Diversos investigadores chegaram aos resultados chegados neste estudo em que, será importante, estudar e aprofundar melhor a relação dos indicadores biomédicos com a saúde mental e, ainda mais importante e pertinente seria, estudar na população LGB comparativamente com a população heterossexual, visto serem muito escassos os estudos envolvendo esta minoria social. Estes estudos podem ajudar, não só no combate ao preconceito, como também, na prevenção de doenças psiquiátricas e comportamentos suicidários, através da regulação dos indicadores biomédicos.

Esta investigação mostrou-se de relevante importância, não só para enriquecer a psicologia, devido à escassez de estudos que abordem a temática LGB e comparando os mesmos com a população heterossexual, mas também a nível pessoal, já que me permitiu desenvolver competências de investigação, pesquisa, crítica e reflexão nesta fase final de formação em Psicologia de acordo com o Diploma do Psicólogo Europeu.

Para finalizar, a realização da dissertação em formato de artigo científico permitiu-me a demonstração do desenvolvimento de competências de investigação e auto-reflexão, nomeadamente, a aplicação e metodologia científica, recolha e tratamento de dados, análise crítica, integração e aplicação de informação científica, aprendizagem auto-orientada, utilização avançada de recursos informáticos que culminaram na comunicação escrita da pesquisa realizada.

Foi bastante importante e precioso para mim, a nível pessoal, realizar esta dissertação, pois estava a pesquisar algo do meu interesse e, ao mesmo tempo, pude descobrir imensa informação nova e científica. A temática de volta da população LGB é um tema de extremo interesse pessoal para mim e, mais uma vez, reforço o carácter pertinente desta investigação e o incentivo de futuras investigações para podermos melhorar o nosso mundo, a nossa sociedade e o mundo de cada pessoa LGB que poderá estar a ler este estudo neste momento.

# Anexos



# Anexo 1: Anexo Teórico

## I. Definição dos Principais Conceitos

Primeiramente, é importante definir alguns conceitos básicos acerca dos quais esta investigação se debruça. Entende-se por homossexual a pessoa que tem atração física, romântica e/ou espiritual por outras pessoas do mesmo sexo. Utiliza-se frequentemente o termo gays's para homens atraídos por outros homens e lésbicas para mulheres atraídas por outras mulheres. Existem também os bissexuais que são aqueles que sendo homem ou mulher se sentem atraídos tanto por indivíduos do mesmo sexo como por indivíduos do sexo oposto (APA, 2008).

Segundo Duarte (2013) ao longo dos tempos, a noção de orientação sexual LGB foi passando do preto e branco, para o colorido. Esta metáfora está evidente na bandeira representativa do movimento LGBT (lésbicas, gays bissexuais e transgêneros), também conhecida por bandeira do arco íris que surgiu em 1978 e compõe-se inicialmente por oito listas diferentes, cada uma com o seu significado. A rosa que significa a sexualidade, o vermelho que nos remete para vida, laranja significa cura, amarelo reflete a luz solar, verde, a natureza, turquesa remete para magia, azul índigo para serenidade e, por fim, o violeta que nos leva para a noção de espírito. No entanto, num período de um ano, as cores rosa e violeta foram retiradas, ficando assim a bandeira completa e permanecendo como um símbolo de diversidade até aos dias de hoje.

Existem várias teorias acerca dos vários tipos de preconceito sob a população LGB, nomeadamente os conceitos de homofobia, heterossexismo, preconceito e estigma sexual. A homofobia é o termo mais difundido quando falamos de preconceito LGB e o primeiro autor a utilizá-lo foi Smith, em 1972, para descrever a aversão psicológica à homossexualidade, no entanto, este conceito ficou mais popular por Weinberg, em 1972, que o descreve como “o pânico de partilhar um mesmo espaço com homossexuais e no caso dos próprios homossexuais, a autoaversão”. Em suma, a homofobia pode ser entendida como um medo irracional de homossexuais (Fleury & Torres, 2007; Dinis & Fernandes, 2008; Gato, Carneiro & Fontaine, 2011).

O termo homofobia também pode ser conhecido pela expressão LGBTfobia, pois a intenção é explicitar que o preconceito, a discriminação, a intolerância e o ódio que atingem travestis, transexuais, lésbicas, gays e bissexuais possuem em comum o fato desses segmentos questionarem a ordem sexual e de género de maneiras afins, mas diferentes. Existem várias formas de fobia, tal como a lesbofobia (perante lésbicas), gayfobia (perante gays), bifobia (perante bissexuais), transfobia (perante transexuais) e travestifobia (perante travestis) (Mello, Freitas, Pedrosa & Brito, 2012). Ao longo deste enquadramento teórico, irá ser salientado a fobia contra a população LGB.

Subjacente ao construto do preconceito sob a população LGB, surgem outros conceitos como o caso do homossexismo que se traduz numa reação à violação dos papéis sexuais tradicionais, uma vez que as lésbicas são estereotipadamente vistas como mais masculinas do que as mulheres heterossexuais e os gays como mais femininos do que os homens heterossexuais. Outro conceito relacionado a este estigma é o de homonegativismo que compreende, tal como o homossexismo, os aspetos sexistas do preconceito relativamente à população LGB (Gato, Carneiro & Fontaine, 2011).

Quase na mesma altura, surge o conceito de heterossexismo conectado diretamente com o sexismo e o racismo. Este termo foi referido por Morin (1977) como um “sistema de crenças que valoriza a heterossexualidade como mais “natural” que e/ou superior à homossexualidade”. Aqui, a orientação heterossexual é considerada a única psicologicamente normal e moralmente correta. Em suma, a homofobia é utilizada para descrever as atitudes e os comportamentos anti-homossexuais de caráter individual, enquanto que o heterossexismo se refere geralmente à ideologia que perpetua o preconceito individual (Gato, Carneiro & Fontaine, 2011).

O preconceito sexual refere-se, de uma forma geral, a todas as atitudes negativas baseadas na orientação sexual e ao contrário do termo homofobia, não veicula assunções apriorísticas sobre as origens, dinâmica e motivações subjacentes às atitudes anti-homossexuais. Mais recentemente, Herek (2007) afastou-se da abordagem clássica do preconceito, patente no construto preconceito sexual, sugerindo alternativamente o termo estigma sexual definindo-o como a situação do indivíduo que não merece aceitação social plena, passando assim “de pessoa inteira e comum a uma pessoa manchada e inferior” (Herek, Chopp, & Strohl, 2007). Existem três tipos de manifestações individuais de estigma: 1) o estigma sexual aberto que se refere às expressões comportamentais abertas, como o uso de ofensas verbais ou violência física; 2) o estigma percebido que remete para as expectativas individuais acerca da possibilidade de ser alvo do estigma sexual aberto e 3) o estigma internalizado que está relacionado à aceitação pessoal de que o estigma é legítimo e faz parte do sistema de valores e autoconceito da própria pessoa. Resumindo, o preconceito centra-se no emissor das atitudes e o estigma diz respeito ao alvo das atitudes (Gato, Carneiro & Fontaine, 2011; Herek, Gillis & Cogan, 2015).

A discriminação e o preconceito pela comunidade LGB pode já não parecer um problema devido à crescente obtenção de direitos e ao abrupto aumento de visibilidade desta população (Gato & Fontaine, 2012). No entanto, na realidade isto já não é posto em prática, pois ainda é notório o preconceito face a esta população e a outras minorias e agora, em pleno século XXI, arrisco-me a dizer que este assunto está ainda mais vincado. Todos estes assuntos ainda são tabu, atualmente, no nosso país e têm vindo a ganhar cada vez mais relevância, depois da aprovação do casamento homossexual em 2010. Um estudo de Pereira & Monteiro (2016) demonstra que houve grandes mudanças e diferenças positivas na vida quotidiana de pessoas LGB, com as alterações sociais, políticas e legislativas ocorridas em Portugal. A maior parte dos participantes desse estudo relataram sentir-se melhor nas suas vidas, com os seus parceiros e

famílias, devido a essas mudanças e devido à crescente mediatização de casais LGB na televisão atualmente.

Muitos homens e mulheres homossexuais vêm-se confrontados com um conflito interior entre os seus sentimentos, valores e normas sociais no que concerne à sexualidade, intimidade e, mais amplamente, em relação à existência humana no seu todo. A homofobia internalizada é outro termo bastante importante nesta investigação e que consiste na “canalização para o self do próprio homossexual de todas as atitudes de valor negativas, levando à desvalorização desse self, resultando em conflitos internos e pouca auto estima” (Costa, Pereira & Leal, 2013; Pereira & Leal, 2005).

De acordo com Williamson (2000), “o conceito de homofobia internalizada reveste-se de extrema importância no âmbito da Psicologia, pois permite a compreensão de fatores únicos da comunidade gay e lésbica, nas áreas do desenvolvimento, da psicopatologia, psicoterapia e prevenção” (Costa, Pereira & Leal, 2013; Pereira & Leal, 2005).

Nestes parâmetros, a não revelação da sua homossexualidade pode ser um processo adaptativo particularmente válido para aquelas pessoas que vivem em locais remotos e isolados e não podem ter acesso a informação e infraestruturas sociais afirmativas ou que têm famílias e amigos altamente homofóbicos (Costa, Pereira & Leal, 2013; Pereira & Leal, 2005). Este constructo, na minha opinião, é dos mais importantes e sérios e deve ser bem estudado e trabalhado junto dos jovens que se estão a descobrir, de modo a prevenir psicopatologias, ansiedade, depressão, comportamentos suicidários, entre outras coisas.

## **II. Breve História da Homossexualidade**

Muita polémica tem sido gerada em torno do tema da homossexualidade, do qual se vem questionando se é uma doença, em que a homossexualidade se dá por um desvio comportamental do indivíduo, ou por uma questão biogenética, em que o indivíduo, seja mulher ou homem, tornam-se homossexuais durante o desenvolvimento intrauterino, em que a quantidade de hormonas masculinas (testosterona) recebido pelo feto, pode determinar se o indivíduo, na adolescência, terá uma inclinação para o sexo oposto ou para pessoas do mesmo sexo. Outras teorias referem ainda que, a homossexualidade se trata de uma escolha, ou seja, uma questão de orientação sexual, em que o indivíduo escolhe relacionar-se com alguém do mesmo sexo ou não, podendo também, escolher relacionar-se com ambos e, neste caso, ser bissexual (Gato, Carneiro & Fontaine, 2011; Fleury & Torres, 2007).

Na verdade, a homossexualidade não é algo novo no comportamento humano, ou seja, não se trata de uma forma “moderna” de se viver. A homossexualidade é algo que já existia há muito tempo, mesmo antes de Cristo, já se verifica a existência de relações homossexuais. Este comportamento, não é verificado apenas no ser humano, tal evidencia-se também em diversas espécies de animais. O autor Bruce Bagemihl, em 1999, publicou um livro chamado “Biological Exuberance - Animal Homosexuality and Natural Diversity”, onde apresentou bastantes provas irrefutáveis e convincentes de que existia homossexualidade e vasta diversidade de

comportamentos sexuais entre os diversos animais, podendo assim verificar-se que o relacionamento entre semelhantes é completamente natural, visto que muitos animais agem por instinto (Spencer, 1999).

Este comportamento relativo à homossexualidade entre animais acontece porque a fêmea apenas precisa do macho para a procriação, no entanto, de entre inúmeros animais de qualquer grupo, apenas os mais velhos e fortes é que podem fazer o coito com uma fêmea no cio, porém, os demais machos do grupo que não podem copular com as fêmeas (apenas pelo motivo de serem mais fracos ou submissos ao líder e não significando que não possam procriar), têm excesso de sémen, pois este é produzido de forma contínua e ilimitada, por isso, como solução, estes machos tendem a eliminar o excesso de sémen com outros animais, podendo ser em “atividades homossexuais, heterossexuais, exibicionistas e masturbatórias” (Spencer, 1999, p. 17). Em conclusão, é evidente que a homossexualidade no reino animal é algo natural e, sendo assim, é de se pensar que o mesmo ocorra com o ser humano.

Atualmente, a união civil entre pessoas do mesmo sexo pode parecer algo bastante recente e, apenas em 1989, a Dinamarca abraçou a causa sendo o primeiro país a fazê-lo. No entanto, a homossexualidade de novo não tem nada, sendo que a sua origem remonta à cerca de 10 mil anos atrás, onde as tribos das ilhas de Nova Guiné, Fiji, e Salomão, no oceano Pacífico, já realizavam rituais de algumas formas de homossexualidade. Os melanésios acreditavam que o conhecimento sagrado só poderia ser transmitido por meio do coito entre duas pessoas do mesmo sexo. Outros estudos elaborados por Spencer (1999), relatavam que a homossexualidade era praticada como um ritual de iniciação, ou seja, os jovens destas tribos, com idade de 12 e 13 anos, eram penetrados por seus tios maternos, sendo que o esperma de seu tio seria essencial para se tornarem fortes e, assim, passarem da infância para a fase adulta.

Na Grécia e na Roma Antiga era absolutamente normal um homem mais velho ter relações sexuais com um mais jovem. O filósofo grego Sócrates, adepto do amor homossexual, pregava que o coito anal era a melhor forma de inspiração e o sexo heterossexual, por sua vez, servia apenas para procriação. Para a educação dos jovens de Atenas, esperava-se que os adolescentes aceitassem a amizade e os laços de amor com homens mais velhos, para absorver as suas virtudes e os seus conhecimentos em Filosofia. Após os 12 anos de idade e, se a criança concordasse, transformava-se num parceiro passivo até por volta dos 18 anos, com a aprovação da família. Normalmente, aos 25 anos tornava-se um homem adulto e aí esperava-se que assumisse o papel ativo (Naphy, 2006).

É importante salientar que, a relação homossexual entre um jovem e um homem mais velho era abertamente aceite e tida como normal, porém as relações entre homens da mesma idade não eram aceites; acreditava-se que o homem que assumia postura passiva, não era visto como verdadeiro homem, pois o homem só assumia a postura ativa, ou seja, qualidade de “macho”, sendo que os passivos eram as mulheres, os jovens e os escravos, já que estes estavam em um plano inferior na sociedade. Passando para o Império Romano, as coisas eram diferentes, onde o amor entre um romano e um jovem livre não era bem aceite, ainda que fosse popular, sendo que este tipo de relação era punido com multa, no entanto, o amor entre um romano e

um escravo já não sofria nenhum tipo de restrição. Já no final do Império Romano, a aceitação das relações homossexuais mudou completamente de sentido, com Justiniano, em 533 a. C., passando a ser um comportamento punido com a fogueira e a castração, alegando que a prática homossexual não era um ato aceite por Deus. Deste modo, com a forte repressão homossexual, que na verdade em todas estas sociedades citadas, o que predominava era o bissexualismo, já que os homens apenas se uniam às mulheres para fins de procriação, é que passou a predominar a relação heterossexual, surgindo o casamento e a família (Spencer, 1999).

Não só nestas duas grandes civilizações se verificavam as relações homossexuais de forma natural, o mesmo também ocorria no Oriente. Na Índia, o sexo não era visto apenas para a procriação, mas também para a obtenção de prazer e poder, de tal forma que a relação entre pessoas do mesmo sexo era natural, pois nesta relação eles estavam em busca do prazer, sendo que este prazer estava mais ligado ao misticismo, pois com os orgasmos seria possível compreender os enigmas dos seus deuses. Para celebrarem o prazer sexual, os indianos descreviam pormenorizadamente posições sexuais em que se poderia alcançar um maior prazer e, prova disto, é o famoso livro “Kamasutra” que descreve inúmeras posições sexuais. Desta forma, a homossexualidade e bissexualidade sempre foi tratado de forma natural (Naphy, 2006).

Na China e Japão também se verificava que as relações homossexuais eram tratadas de forma natural. A homossexualidade era influenciada pelos seus imperadores, sendo que cada imperador tinha inúmeros “favoritos”, onde havia uma grande disputa na corte para se tornar um favorito, já que em consequência da relação do imperador este era favorecido com riqueza e prestigiosos lugares (Spencer, 1999).

Contudo, a visão que estes povos tinham em relação à homossexualidade foi alterada com o surgimento do cristianismo, que passou a condenar toda e qualquer forma de atividade sexual estéril, ou seja, que não fosse com o único fim de procriação, sendo a homossexualidade inserida neste contexto. Sendo que os cristãos relacionavam a homossexualidade a comportamentos de animais considerados por eles impuros e, com o politeísmo, que é a crença em mais que um deus, do qual o cristianismo é contrário (Moita, 2001).

Passando para o judaísmo, este já pregava que as relações sexuais tinham como único fim a máxima exigida por Deus: “Crescei e multiplicai-vos”. Nessa época, o imperador Constantino converteu-se ao cristianismo e, como consequência, o cristianismo tornou-se obrigatório no maior império do mundo e, assim, o sexo passou a ser encarado apenas como forma de procriação e a homossexualidade tornou-se algo “antinatural”. O primeiro texto de lei que proibia sem reservas a homossexualidade, foi promulgado, mais tarde, em 533, pelo imperador cristão Justiniano. Ele vinculou todas as relações homossexuais ao adultério para o qual se previa a pena de morte. Mais tarde, em 538 e 544, outras leis obrigavam os homossexuais a arrepende-se dos seus pecados e fazer penitência. O nascimento e a expansão do islamismo, a partir do século 7, junto com a força cristã, reforçaram a ideia e teoria que já havia sido dita, a do sexo ser apenas um fim para procriação. No curto intervalo entre 1347 e 1351, a peste negra invadiu a Europa e matou cerca de 25 milhões de pessoas. E como ninguém sabia a causa

da doença, a especulação ultrapassava os limites da saúde pública e alcançava os costumes populares. O “pecado” em que viviam os homens passou a ser apontado como a causa desta e de diversas outras catástrofes, como fomes e guerras. Deste modo, os Judeus, hereges e sodomitas tornaram-se a causa dos males da sociedade e não havia outra solução a não ser a erradicação desses grupos. Então, leis duras foram estabelecidas em vários outros países europeus. Na Inglaterra, no século 19 começou com o enforcamento de vários cidadãos acusados de sodomia. E apenas em 1861, o país aboliu a pena de morte para os atos de sodomia, substituindo-a por uma pena de dez anos de trabalhos forçados (Moita, 2001).

No entanto, muitos autores e investigadores entendem que a repressão em relação à homossexualidade estava mais ligada a uma questão política do que religiosa, já que a punição acerca desta acusação era um método conveniente para afastar as pessoas indesejáveis (Naphy, 2006).

Remetendo-nos para o nosso país, Portugal, a homossexualidade no seu período histórico, foi sobretudo dominada pela ideologia cristã da Igreja Católica Apostólica Romana. A partir do século XVI, a Inquisição encarregou-se e dedicou-se a investigar, julgar e condenar à fogueira, a sodomia. Esta visão moralista da sexualidade manteve-se até finais do século XX, apesar da descriminalização que depois ocorreu, época em que a grande maioria dos homossexuais ainda preferia esconder-se aos olhos da sociedade (Moita, 2001).

Atualmente, a sociedade portuguesa tem vindo a reduzir progressivamente a discriminação com base na orientação sexual, tanto a nível social, como político e legal, tendo, sobretudo entre as camadas mais jovens da população, a homossexualidade vindo a ser considerada como mais uma variante aceite da sexualidade humana, da esfera íntima e pessoal de cada um e, em grande parte, livre de conotações de índole moral (Moita, 2001).

### **III. Etiologia da Homossexualidade**

Escrever sobre a população LGB no contexto da psicologia e da psiquiatria portuguesas parece ser ainda um ato pouco comum. Contudo, nos últimos anos vários investigadores destas disciplinas têm contribuído com trabalhos que atravessam temas como a historiografia, a sexologia, a psicanálise, a psicoterapia, a investigação empírica, o associativismo científico, o ensaio fenomenológico-existencial, a narrativa clínica, entre outras abordagens relacionadas a esta temática (Frazão & Rosário, 2008).

Em Portugal, há que realçar o contributo de Egas Moniz (1913) para o estudo da homossexualidade. Este autor considerava que a homossexualidade seria causada por um conjunto de fatores hereditários, educacionais e sociais (Pacheco, 2000). O corpo teórico destes estudos, embora não estando isento do viés provocado pelo clima social da época, serviria como base para o desenvolvimento e formulação de um conjunto de teorias biológicas e psicológicas que marcaram o estudo da homossexualidade em Portugal (Frazão & Rosário, 2008).

Existem diversas teorias acerca da homossexualidade, no entanto, a mais conhecida e estudada na área clínica, são as teorias centradas na patologia, que consideravam a

homossexualidade adulta uma doença, uma condição que se desvia do desenvolvimento dito cujo “normal” que é a heterossexualidade e ainda, enfatiza o fato de ser um comportamento atípico de gênero. Em tempos passados, os profissionais das áreas clínicas, procuravam explicações para a “doença” da homossexualidade, dizendo que podia ser devida a defeitos internos ou agentes patogênicos externos (exposição hormonal intrauterina, excessiva maternidade, paternidade inadequada ou hostil, abuso sexual). Estas foram as teorias de referência até ao ano de 1973, contidas no Manual de Classificação das Perturbações Mentais, versão II (APA), acerca da homossexualidade (Duarte, 2013). Perrin e outros autores (2004) também defendiam a existência de uma maior incidência de familiares homossexuais nas famílias gays e lésbicas do que nas famílias de indivíduos heterossexuais.

Noutro tipo de estudos, onde se realizaram comparações entre gémeos homozigóticos, dizigóticos ou irmãos adotados, constatou-se que a taxa de concordância da homossexualidade era maior nos gémeos monozigóticos. No entanto, estes estudos são muitas vezes criticados, quer no seu desenho metodológico, quer nas conclusões (Pérez-Sancho, 2005). Há autores que defendiam mesmo a existência de um marcador genético (Xq28) para a homossexualidade, situado no cromossoma X dos homossexuais masculinos. No entanto, estes estudos não foram repetidos (Pérez-Sancho, 2005; Perrin et al., 2004).

Outro domínio de investigação passava pela neurobiologia, em que vários autores defendiam que a diferença dos níveis de hormonas sexuais durante o período pré-natal levaria a alterações morfológicas em determinadas estruturas no cérebro de indivíduos homossexuais (Ellis & Ashley, 1987). No entanto, mais uma vez, estas conclusões foram contestadas, o método de estudo muito criticado e, por isso, estes estudos não foram replicados (Pérez-Sancho, 2005).

Para além das teorias biológicas existem também explicações psicológicas para a homossexualidade, sendo a primeira desenvolvida por Freud. Na sua obra “Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”, o autor defendia que os homossexuais masculinos apresentavam questões não resolvidas ao nível do complexo de Édipo. Posteriormente, Freud afirma que a homossexualidade feminina estaria ligada a uma fixação infantil à mãe e uma forte decepção em relação à figura masculina, aliando a isto um complexo de virilidade (Freud, 1905/2001). Com o passar dos anos, os neo freudianos continuaram a defender a visão de que a homossexualidade estaria ligada à fixação numa fase precoce do desenvolvimento psicosexual, caracterizada pela atração pelo mesmo sexo e pelo narcisismo. Desta forma, os homossexuais são descritos como indivíduos emocionalmente imaturas, impulsivas e incapazes de estabelecer relações amorosas genuinamente adultas e maduras (Perrin et. Al, 2004).

Porém, a etiologia da homossexualidade não se resume apenas às teorias freudianas, difundiram-se também teorias que postulavam que a homossexualidade estaria associada a uma parentalidade inadequada, em que o conflito parental, o divórcio, uma parentalidade pobre ou a existência de modelos de um papel sexual impróprio poderiam gerar fixações psicosexuais que seriam expressas através das atrações com pessoas do mesmo sexo (Morano, 1997).

Numa vertente bastante mais diferente das teorias psicanalíticas, emergiram outras explicações, tais como a teoria da frustração sexual e as teorias comportamentais. Esta

primeira postula que a homossexualidade masculina resultaria de um contexto onde havia escassez de mulheres ou seria uma consequência de experiências negativas com mulheres. Por outro lado, as teorias comportamentais defendem que a homossexualidade resulta do fato das pessoas terem contatos sexuais com pessoas do mesmo sexo antes de terem contato com pessoas do sexo oposto. Essas experiências e vivências, sendo gratificantes e proporcionadoras de prazer sexual, constituíam um reforço do comportamento e, assim, tenderiam a ser replicadas (Perrin et al., 2004).

Continuando na linha das teorias, temos a teoria da auto-rotulagem, ou seja, um indivíduo ao comportar-se de forma atípica para o seu gênero e, conseqüentemente, ao ser tratado por homossexual pelos outros, assa a autoidentificar-se como homossexual (Perrin et al., 2004).

Finalmente, temos a teoria do exótico que se torna erótico de Bem (1996) que postula que as diferenças biológicas entre as crianças fazem com que estas se envolvam em brincadeiras mais femininas ou mais masculinas. Usualmente, estas brincadeiras seriam consistentes com o sexo da criança, mas isto nem sempre aconteceria desta forma. As crianças cujas brincadeiras não seriam consistentes com o seu sexo tornar-se-iam pré-gays (Savin-Williams, 2005).

Depois desta revisão de teorias biológicas e psicológicas, conseguimos verificar que é pouco conclusivo afirmar o que estará certo ou errado e que este tema está cada vez mais repleto de problemas epistemológicos.

Em 1974, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) votou para a homossexualidade ser desclassificada do manual como sendo uma perturbação mental (Bayer, 1987). Entretanto, um novo diagnóstico, Distúrbio de Orientação Sexual, foi adicionado ao manual e, posteriormente, substituído por Homossexualidade Ego-Distónica, no DSM-III (APA, 1980). Ambas as características de diagnósticas descreviam aqueles indivíduos como conflituosos por terem uma orientação sexual direcionada para o mesmo sexo. A categoria de diagnóstico foi completamente removida com a publicação do DSM-II-R (APA, 1987).

Existe mais literatura acerca do assunto, nomeadamente, um artigo de revisão bibliográfica recente de Bidell (2016) que refere que a homossexualidade foi retirada do manual de perturbações mentais da Associação Americana de Psiquiatria em 1973 e da lista de doenças da Organização Mundial de Saúde em 1991 (Gato & Fontaine, 2012).

## **IV. Saúde Mental e Suicídio em População LGBH**

De acordo com Harrison (2003), Wichstrom e Hegna (2003), a saúde mental é considerada um estado de bem-estar, no qual o indivíduo compreende o seu potencial, sabe lidar com os problemas e stress do dia a dia, trabalha de forma produtiva e contribui para a sociedade onde está inserido. No entanto, relativamente aos adolescentes LGB, são descritos na literatura vários sintomas de saúde mental, nomeadamente, depressão, tentativa de suicídio, insatisfação com a imagem corporal, distúrbios alimentares, problemas de

comportamento, promiscuidade sexual, autoconceito reduzido, abuso de drogas e álcool, stress pós-traumático, ansiedade e isolamento social (Williamson, 2000; Kelleher, 2009; Mark, Hatzenbuehler, MS, MPhil, Katherine, Keyes, MPH & Hasin, 2009; Shilo & Savaya, 2012). Outro estudo acerca de cuidados prestados nos hospitais e centros de saúde a população LGB, mostrou que enfermeiras heterossexuais tinham a preferência mantida por pacientes homens heterossexuais, ao invés de homens homossexuais. Relativamente ao outro grupo de lésbicas e enfermeiras heterossexuais, os resultados não foram tão significativos (Sabin, Riskind & Nosek, 2015).

Nesta investigação, um dos instrumentos utilizados para medir a saúde mental da população LGB e heterossexual foi o BSI (Brief Symptom Inventory), que foi adaptado para uma versão portuguesa por Maria Cristina Canavarro, em 1999. Este inventário avalia sintomas psicopatológicos sob a forma de nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais, sendo estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional. Pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, indivíduos emocionalmente perturbados, a quaisquer outros doentes e a pessoas da população em geral. Do ponto de vista clínico, a análise das pontuações obtidas nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que preponderantemente perturba mais o indivíduo. A simples leitura dos índices globais permite avaliar, de forma geral, o nível de sintomatologia psicopatológica apresentado (Canavarro, 1999).

Este inventário é composto por 53 itens, com escala de resposta tipo Likert e as nove dimensões presentes são: Somatização; Obsessões-Compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranóide e Psicoticismo. Os índices globais são: o Índice Geral de Sintomas (IGS); Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP) (Canavarro, 1999).

Ao longo desta revisão bibliográfica vai se tentar fazer a ponte das diversas dimensões do BDI, que nos remetem para a saúde mental, com a orientação sexual, nomeadamente, LGB e heterossexual. No entanto, os estudos são escassos, utilizando este instrumento ou relatando alguma pesquisa remetente às nove dimensões.

### **Obsessões-Compulsões**

Relativamente a esta dimensão, existe um estudo que falou do comportamento alcoólico abusivo e compulsivo, como sendo bastante prevalente na população LGB, principalmente nos participantes com estigma social internalizado e jovens que assumiram a sua homossexualidade perante a família e amigos (Baiocco, D'Alessio & Laghi, 2010). Proujansky e Pachankis (2014) também fizeram a correlação entre comportamentos compulsivos, nomeadamente, álcool e drogas e obteram os mesmos resultados, ou seja, a base da questão provém, principalmente, da homofobia internalizada e da não aceitação da família. Seil, Desai e Smith (2014) chegaram à mesma conclusão que os investigadores anteriores, mas enfatizaram também como foco do problema destas compulsões nos jovens LGB, o fato destes não terem muito apoio de adultos na escola. Estes resultados foram comparados com participantes

heterossexuais e os valores de consumos compulsivos eram muito mais baixos do que na população LGB.

### **Sensibilidade Interpessoal:**

Um estudo realizado por Swann e Spivey (2004), revelaram que, no que toca à adolescência, em jovens homossexuais entre os 16 e os 24 anos, quanto mais eles forem aceites e integrados num grupo, mais elevados serão os seus níveis de autoestima e saúde mental. Deste modo, a interação interpessoal influencia o adolescente, podendo desempenhar um papel positivo, ajudando a criar uma autoimagem mais favorável e um desenvolvimento equilibrado, ou por outro lado, pode exercer um papel negativo, promovendo uma auto desvalorização e o surgimento de comportamentos de risco, vitimização, consumo de substâncias e ideação suicida (Wichstrom & Hegna, 2003).

Outro estudo realizado por Fernandes (2009), com uma amostra de participantes LGB, recolhida apenas em associações e redes LGB, concluíram a presença de competências de resiliência, uma vez que os adolescentes e jovens, ao procurarem estar envolvidos na sociedade, deixam de ficar isolados e passam a estar integrados numa rede de suporte social alternativa. Estas associações e redes LGB existentes servem de defesa, proteção contra a discriminação e sentimentos negativos em relação à sua orientação sexual em outros contextos, como na escola e no meio familiar. Assim, estas redes e grupos de suporte social ajudam a criar sentimentos de pertença e de comunidade.

### **Depressão e Ansiedade**

No estudo realizado por Fernandes (2009), as dimensões isolamento e integração contribuíram bastante para os níveis de saúde mental. De fato, o isolamento social e as relações escassas com os pares estão entre os fatores mais comuns encontrados em jovens que apresentam baixos sintomas de saúde mental, como por exemplo, depressão, ideação suicida, sentimentos de marginalização, entre outros (Mustanski, Garofalo & Emerson, 2010).

A faixa etária LGB mais vulnerável é, sem dúvida, a camada mais jovem, pois enfrentam grandes casos de assédio e vitimização na escola, em casa, no trabalho e na comunidade em geral (Rivers, 2001). São evidenciadas elevadas taxas de sofrimento em jovens LGB, comparativamente aos adolescentes heterossexuais (Russel & Joyner, 2001). Enquanto que, anteriormente existia a ideia de que os níveis de sofrimento e angústia evidenciados por esta população resultavam diretamente da sua orientação sexual, agora, cada vez mais está relacionado também, com as dificuldades que estes jovens vivenciam ao longo da sua vida, nomeadamente, as condições sociais adversas que esta população experimenta como resulta do estigma que a sociedade atribui às suas orientações (Rivers, 2001; Herek, & Garnets, 2007; McCann & Sharek, 2014; Semlyen, King, Varney & Hagger-Johnson, 2016). No entanto, um estudo recente de Thomeer e Reczek (2016) concluiu que nem todos os grupos de minorias sexuais, como é o caso da população LGB, vivem em desvantagem no que toca à felicidade e bem-estar, pelo contrário, sentem-se felizes.

Um estudo bastante recente de Mustanski, Andrews e Puckett (2016), mostrou que jovens LGB e transgéneros com níveis crescentemente altos ou crescente de vitimização desde a adolescência até ao início da idade adulta estão em maior risco de desenvolver depressão, ou até mesmo, Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Um estudo realizado por Crammer e outros autores (2015), indica-nos uma forte relação entre a homofobia internalizada e propensão ao suicídio, em jovens LGB. Também há relações com doenças psiquiátricas, nomeadamente, depressão e ansiedade.

Um estudo realizado por Bos, Standfort, Bruyn e Hakvoort em 2008, concluíram que os jovens homossexuais reportaram significativamente níveis mais elevados de depressão e níveis de auto estima e rendimento escolar mais reduzidos, comparativamente aos jovens heterossexuais.

Gold, Mars e Lexington (2006) estudaram a correlação entre homofobia internalizada e sintomas psicológicos e concluíram que quanto mais alta é a homofobia internalizada, maiores são os níveis de depressão e aparecimento de Distúrbio de Stress Pós-Traumático (PTSD) (Newcomb & Mustanski, 2010).

Em outro estudo levado a cabo por Kerr, Santurri e Peters (2013), entre profissionais de saúde de uma universidade e mulheres lésbicas, bissexuais e heterossexuais que frequentava esse estabelecimento, mostrou que mulheres bissexuais relataram ter o pior estado de saúde mental em várias dimensões psicológicas, incluindo, ansiedade, raiva, sintomas depressivos, automutilação e ideação/tentativas suicidas. Tanto mulheres bissexuais como lésbicas tinham uma probabilidade muito maior de ter esses problemas de saúde mental quando comparadas com mulheres heterossexuais. As mulheres lésbicas e bissexuais utilizaram significativamente mais serviços de saúde mental na universidade do que mulheres heterossexuais.

Pereira e Monteiro (2016), num estudo realizado muito recentemente concluíram que a maioria das pessoas LGB tinham a percepção de que, devido à sua orientação sexual, podiam ter problemas físicos (cancro e HIV) e psicológicos (depressão e transtornos de ansiedade). Os participantes da amostra revelaram esta auto percepção que, os autores, dizem ser possível explicar devido à presença de homonegatividade internalizada ou homofobia internalizada. No entanto, a maioria destes participantes que experienciaram desafios de saúde, indicaram que tiveram bastante acesso a cuidados médicos adequados e tratamento, superando assim as potenciais barreiras de acesso a cuidados de saúde formais.

Um dos mesmos autores citado em cima Pereira e Costa (2016) também correlacionaram o constructo de discriminação/estigma sexual com a saúde mental e física, em participantes LGB em Portugal e obtiveram resultados parecidos aos de cima. Quanto mais discriminação houver, maior a propensão a haver complicações na sua saúde física e psicológica.

## Comportamentos Suicidários

Um estudo de Wichstrom e Hegna (2003) longitudinal, demonstrou que adolescentes LGB reportaram tentativas de suicídio, quando se aperceberam que não eram exclusivamente heterossexuais.

Outro estudo realizado por Meyer, em 2003, concluiu que o comportamento suicidário prevalece mais na população LGB comparativamente à população heterossexual, sobretudo em adolescentes (Mustanski, Garofalo & Emerson, 2010). No entanto, no estudo de Rutter e Soucar (2002), estes concluíram que os jovens com suporte social demonstraram menos risco de suicídio e baixos níveis de hostilidade, desespero e ideação suicida.

Addis, Davies, Greene, MacBride-Stewart e Shepherd (2009) realizaram uma revisão de literatura acerca de idosos LGBT e concluíram os mesmos resultados de muitos outros autores que já citei anteriormente. Quanto mais elevado é a homofobia perante estes idosos, maior é o risco de depressão e comportamentos suicidários, comparativamente com idosos heterossexuais. Estes idosos LGB também demonstram mais fragilidade e necessidades emocionais não satisfeitas. Esta população também evidencia mais ocorrências de ataques de pânico e de ansiedade.

Um estudo muito recente feito por Pereira e Rodrigues (2015) revelou dados bastante importantes acerca desta temática, nomeadamente que, existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre homofobia internalizada e ideação suicida. Para além disso, verificaram que os jovens gays são os que têm uma homofobia internalizada mais elevada, enquanto que os jovens bissexuais são os que têm níveis mais altos de ideação suicida. Para além disso, concluíram também no seu estudo que, os adolescentes que ainda não revelaram a sua orientação sexual e aqueles que já revelaram e experimentaram discriminação (devido à sua orientação), são aqueles que tinham níveis mais elevados de ideação suicida.

Ao longo da extensa revisão bibliográfica não foram encontradas correlações específicas entre a população LGB e as dimensões Somatização, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide, Psicoticismo, no entanto, ao longo desta revisão conseguiu-se perceber que existem diversos estudos em que enfatizam a ideia de que a população LGB está muito mais propensa a desenvolver doenças psiquiátricas de diversas tipologias e, por isso, estas dimensões estão subjacentes a essas mesmas doenças.

Mays e Cochran (2001) realizaram um estudo em que concluíram que indivíduos homossexuais e bissexuais, relatam mais frequentemente experiências de discriminação no seu dia a dia comparativamente com os indivíduos heterossexuais. Grande percentagem da amostra LGB atribuiu essa discriminação em parte ou totalmente à sua orientação sexual. Para além disto, a discriminação percebida por estes indivíduos foi positivamente associada tanto com efeitos nocivos na sua qualidade de vida quando indicadores de morbilidade psiquiátrica, na amostra total. Em suma, os autores concluíram que níveis mais elevados de discriminação podem estar relacionados a observações recentes de maior risco de morbilidade psiquiátrica entre indivíduos gays, lésbicas e bissexuais.

## V. Saúde Física em População LGBH

As relações entre homossexualidade e saúde neste último século têm sido motivo de muitos debates e controvérsias, tanto no âmbito das ciências médicas como no dos movimentos sociais. Durante este período, a homossexualidade foi considerada uma doença, e os indivíduos com práticas homossexuais, tratados como se fossem portadores de alguma patologia ou distúrbio, que poderia ser diagnosticado como de origem biológica, genética ou de um desenvolvimento psicológico inadequado (Terto, 2002).

O impacto do HIV sobre homossexuais chegou a assumir dimensões catastróficas nos países ocidentais, já que estão entre os mais atingidos. Por outro lado, os homossexuais, sejam através de lideranças ou organizações gays, estão entre aqueles que, ainda nos anos 80, primeiro e mais diretamente se mobilizaram para enfrentar os desafios impostos pela epidemia, não só sobre a população homossexual, como sobre outras populações específicas e sobre a população como um todo. Esta mobilização foi geradora de respostas, como a criação de diversas organizações não-governamentais de serviços em HIV, produção dos primeiros manuais sobre as formas de transmissão e sobre sexo mais seguro, a promoção dos direitos humanos e da solidariedade como princípios básicos do trabalho de prevenção, entre outras medidas (Terto, 2002).

No início da terceira década de convivência com esta epidemia, velhos desafios se somam a novos. Entre os mais recentes, pode-se apontar a seguinte tendência: quando se aborda a saúde dos homossexuais masculinos, a primeira e imediata referência é identificar o HIV, como se este fosse o único problema de saúde possível nesta população, ou como se o estado sorológico para o HIV fosse a única medida para avaliar a saúde de homens homossexuais (Tuller, 2001).

Num estudo realizado no Brasil, por Terto (2002), este, depois de rever o estado da arte nesse ano, descobriu que na América Latina, aproximadamente 43,5% dos casos de HIV estão relacionados à transmissão homo-bissexual. No Brasil, na década de 90, aproximadamente 24% dos casos de HIV estão relacionados à transmissão homo e bissexual, contra aproximadamente 30% dos casos relacionados à transmissão heterossexual. Na década de 80, as estatísticas brasileiras registavam aproximadamente 47% dos casos relacionados à transmissão homo-bissexual, contra 10% entre os heterossexuais. Ou seja, tais percentagens demonstram que a transmissão homossexual é tão importante quanto a heterossexual, ao mesmo tempo em que apontam para uma tendência à diminuição do número de casos entre os homossexuais. No entanto, raras foram as iniciativas governamentais de prevenção destinadas à população homossexual masculina que pudessem marcar a relevância da transmissão

homossexual na disseminação do HIV ou com as quais pudéssemos relacionar a tendência à diminuição de casos (Terto, 2002).

A categoria orientação sexual geralmente não é considerada nas investigações clínicas sobre o risco para diferentes doenças que podem afetar os homens e mulheres homossexuais e bissexuais. Dessa maneira, os problemas e necessidades de saúde de populações com diferentes orientações sexuais terminam não sendo conhecidas pela profissão médica (Tuller, 2001). Esse tem sido um dos grandes obstáculos para o tratamento de pessoas homossexuais e bissexuais. Temas como saúde mental, abuso de substâncias, outras doenças sexualmente transmissíveis e prevenção à violência pouco têm levado em conta a questão da orientação sexual, o que demonstra uma lacuna nos programas de pesquisa em saúde. Seria interessante e imprescindível, além dos efeitos do HIV, conhecer também como a questão da orientação sexual influencia na vulnerabilidade para doenças como a Hepatite C, VPH (vírus do papiloma humano, que pode causar cancro cervical nas mulheres e cancro no ânus em homossexuais), entre outras infecções virais transmitidas sexualmente, assim como na prevenção e tratamento ao cancro da próstata (Terto, 2002).

Relativamente à saúde mental, é pouco conhecido os efeitos do stress e angústia de viver numa sociedade com tantos preconceitos contra a homossexualidade. Assim sendo, mais estudos são necessários sobre como a depressão, agressividade, violência, atitudes destrutivas e uso de drogas, entre outros na população LGB (Tuller, 2001).

## **VI. Funcionamento Sexual em População LGBH**

Até à bastante pouco tempo e no que concerne à saúde sexual, pouca atenção formal foi dirigida à população LGBT, adotando a comunidade científica, uma postura de afastamento perante estes assuntos (Bhugra & Wright, 2007; Kuyper & Vanwesenbeeck, 2011; Zamboni & Crawford, 2007).

Existem várias disfunções sexuais, nomeadamente, a ejaculação retardada que é marcada por um atraso ou incapacidade de atingir a ejaculação. Os homens referem dificuldade ou incapacidade para ejacular apesar da presença de estimulação sexual adequada e do desejo de ejacular. A definição de “atraso” não tem limites precisos, uma vez que não existe consenso quanto ao que constitui um tempo razoável para atingir o orgasmo ou o que é considerado inaceitavelmente demorado para a maioria dos homens e dos seus parceiros sexuais (APA, 2015).

Existe outra disfunção sexual muito predominante nos homens que é a disfunção erétil que consiste na incapacidade repetida de atingir ou manter ereções durante atividades sexuais com parceiro. É necessária uma história sexual cuidada para assegurar que o problema esteve presente durante um período de tempo significativo (isto é, pelo menos aproximadamente 6 meses) e ocorre na maioria das ocasiões sexuais (isto é, em pelo menos 75% do tempo). Os sintomas podem ocorrer apenas em situações específicas, envolvendo certos tipos de

estimulação ou parceiros, ou podem ocorrer de uma forma generalizada em todos os tipos de situações, estimulação ou parceiros (APA, 2015).

Para além destas disfunções, também temos uma bastante conhecida e debatida na literatura, que é a ejaculação precoce/prematura que se manifesta por uma ejaculação que ocorre antes ou pouco depois da penetração vaginal, operacionalizada pela estimativa individual da latência da ejaculação (isto é, o tempo decorrido antes da ejaculação) após a penetração vaginal. A definição da duração pode ser aplicada a homens de várias orientações sexuais, uma vez que as latências da ejaculação parecem ser semelhantes entre homens de diferentes orientações sexuais e entre diferentes atividades sexuais (APA, 2015).

Ao longo da literatura é realçado que, os casais homossexuais masculinos, comparativamente aos casais heterossexuais, apresentam com maior frequência dificuldades erécteis (Bancroft et al., 2003) e ejaculação prematura (Laumann, Paik, & Rosen, 1999).

Porém nos estudos levados a cabo por Bancroft, Carnes, Janssen, Goodrich e Long (2005) e por Kuyper e Vanwesenbeeck (2011), os resultados sugerem a inexistência de diferenças significativas entre a satisfação sexual ou a disfunção sexual entre homossexuais ou heterossexuais.

Recentemente, começa-se a ponderar que a disfunção sexual em homossexuais masculinos pode estar associada a uma multiplicidade de fatores, nomeadamente, biológicos, sociais (idade, desemprego, stress, estigma social, suporte social, heterossexismo, relação conjugal), físicos (decrécimo da atividade física devido a doenças crónicas), psicológicos (depressão, ansiedade e homofobia internalizada) e comportamentais (álcool, drogas e comportamentos sexuais de risco) (Bhugra & Wright, 2004, 2007; Lau, Kim, & Tsui, 2008; Mao et al., 2009).

A literatura fala-nos que os estereótipos sociais e a discriminação social podem colocar os homossexuais masculinos numa posição de vulnerabilidade psicológica que se pode expressar através da ansiedade e depressão e, desta forma, podendo ter uma repercussão negativa no seu desempenho sexual (Mao et al., 2009), na diminuição do desejo sexual e em dificuldades de ereção (Bancroft et al., 2005).

Relativamente à homossexualidade feminina, os estudos têm mostrado que a orientação sexual feminina é potencialmente muito fluida, podendo variar ao longo do tempo e consoante os contextos sociais e culturais, não tendo ainda sido identificada uma base biológica ou qualquer relação causal com fatores hormonais, genética ou estrutura cerebral (Bailey, Gaulin, Agyei, & Gladue, 1994; Byne, 1995; Peplau & Garnets, 2000). A relação entre a orientação sexual e o funcionamento sexual tem sido alvo de poucos estudos e com resultados nem sempre convergentes. Num estudo conduzido junto de uma amostra de estudantes, Breyer e colaboradores (2010) verificaram que as mulheres heterossexuais e lésbicas, comparativamente às bissexuais, tinham valores mais baixos no FSFI (Female Sexual Function Index) e apresentavam maior risco de desenvolver problemas sexuais (Breyer et al., 2010).

Num estudo recente em que foi avaliada a resposta de excitação sexual perante estímulos eróticos, observou-se que as mulheres heterossexuais apresentavam maior

especificidade quanto às categorias de estímulos que as excitavam, comparativamente às mulheres lésbicas; além disso, este padrão mostrou associação com a história sexual e com as respostas afetivas aos estímulos sexuais (Peterson, Janssen, & Laan, 2010). Por outro lado, foram encontradas semelhanças entre mulheres lésbicas e heterossexuais, no que respeita a importantes correlatos do funcionamento sexual como a idade, sintomas psicológicos e aspetos relacionais (Tracy & Junginger, 2007).

Num outro estudo em que se procurou avaliar a associação entre a ansiedade e o funcionamento sexual, em relação à orientação sexual das mulheres, verificou-se que, embora não existissem diferenças quanto à ansiedade entre lésbicas e heterossexuais, as mulheres lésbicas mostraram níveis de funcionamento sexual mais elevados nas dimensões excitação e orgasmo. Além disso, as inter-relações entre dimensões de funcionamento sexual e a correlação com a ansiedade mostraram ser diferentes entre os dois grupos: ao passo que nas mulheres lésbicas não foi encontrada relação entre a ansiedade e o funcionamento sexual em geral, nas heterossexuais a ansiedade mostrou uma associação negativa com a lubrificação, o orgasmo, a dor e o funcionamento sexual em geral (Beaber & Werner, 2009). No que concerne à satisfação sexual feminina são também escassos os estudos dedicados a compreender as experiências sexuais de mulheres lésbicas e bissexuais.

Se o funcionamento sexual estiver comprometido, podem aparecer as disfunções sexuais. Deste modo, as disfunções sexuais presentes nos sistemas de classificação encontram-se categorizadas de acordo com cada uma das fases apresentadas. Contudo, alguns autores criticam estes sistemas de classificação, no sentido de que não contemplam determinadas especificidades. Ou seja, não atendem a algumas diferenças no comportamento sexual entre homens e mulheres, entre diferentes classes sociais, etnias, orientações sexuais, etc. (Basson, 2000; Tiefer, 2002). De acordo com Tiefer (2002) estes fatores são desvalorizados, devido à indústria farmacêutica e à sua publicidade, associando-se assim os problemas sexuais a problemas físicos e descurando-se os factores sócio-culturais, políticos, psicológicos, sociais e relacionais.

No que se refere às diferenças no comportamento sexual entre homens e mulheres heterossexuais, alguns autores defendem que existem várias razões para se considerar a existência de um ciclo de resposta sexual diferente entre os dois sexos (Basson, 2000; Tiefer, 2002). Estas razões são as seguintes: as mulheres têm uma necessidade biológica mais baixa para libertar a tensão sexual (Basson, 2000); são determinados benefícios que advêm do envolvimento com o parceiro, não necessariamente de cariz sexual, que motivam a mulher para a atividade sexual (Basson, 2000); a excitação sexual na mulher é subjetiva podendo ou não ser acompanhada de alterações fisiológicas (Basson, 2000; Tiefer, 2002) e o orgasmo na mulher pode ou não ocorrer e pode apresentar diversas formas (Basson, 2000).

De acordo com Holmberg e Blair (2009), num estudo online, as medidas de experiências sexuais subjetivas no relacionamento atual foram comparadas em quatro grupos: homens e mulheres em relações de sexo misto (ou seja, heterossexuais) e do mesmo sexo (ou seja, homossexuais). Os homens relataram ter experimentado um pouco mais de desejo sexual do

que as mulheres, enquanto as mulheres relataram níveis ligeiramente mais elevados de satisfação sexual geral do que os homens. Aqueles nas relações do mesmo sexo relataram níveis ligeiramente maiores de desejo sexual do que aqueles em relacionamentos de sexo misto. Em comparação com os outros três grupos, homens heterossexuais relataram ter menos satisfação nas atividades sexuais mais ternas, sensuais ou eróticas.

Algumas pesquisas sugerem que casais homossexuais masculinos têm relações sexuais com mais frequência do que os casais heterossexuais, enquanto que casais homossexuais femininos têm relações sexuais menos frequentemente. Esta descoberta pode ser interpretada como um indicativo de que as diferenças de gênero no desejo sexual estão acentuadas nas relações do mesmo sexo. No entanto, este achado também pode ser atribuído plausivelmente a outros fatores para além do desejo sexual, nomeadamente, no que consiste “ter uma relação sexual/sexo” ou uma ênfase sobre a qualidade do sexo em relação à quantidade (Iasenza, 2002; Nichols, 2004).

No que se refere à satisfação sexual derivada de atividades particulares (que não são feitas regularmente pela população em geral), existem indícios de que os homens podem preferir uma maior variedade de práticas sexuais do que as mulheres (Holmberg & Blair, 2009). Bell e Weinberg (1978) descobriram que homossexuais masculinos se envolviam numa variedade mais ampla de atividades sexuais do que homossexuais femininas, podendo assim, obter maior satisfação sexual.

## VII. Indicadores Biomédicos em População LGBH

Na presente investigação irá ser descrito e correlacionado indicadores psicológicos com indicadores biomédicos e comportamentos suicidários. Os indicadores biomédicos que foram recolhidos pela equipa de investigação via presencial e via online foram: peso e altura (IMC), glicémia, colesterol total, triglicéridos, pressão sistólica, pressão diastólica e arritmia. Vou começar por fazer uma breve introdução acerca dos indicadores biomédicos usados no estudo.

A antropometria é a ciência que se ocupa da medição das dimensões físicas do corpo humano, da análise quantitativa das mesmas e pressupõe o uso de referências definidas e descritas para a padronização dos seus procedimentos (Dietz, 2001 & Gortmaker; Mello & Meyer, 2004).

No âmbito dos diversos índices antropométricos, o índice de massa corporal (IMC), também designado Índice de Quetelet, é o parâmetro mais usado para avaliar o estado nutricional e é utilizado para avaliar se o peso de um indivíduo é apropriado ou não para sua estatura e idade, segundo o sexo. O IMC altera-se substancialmente de acordo com a idade e o sexo, reflete a massa gorda e a massa magra e é influenciado pela razão altura sentado/estatura (Patrick & Clarkin, 2005).

Outro indicador biomédico é a glicemia que é o nome dado à quantidade de glicose existente no sangue. Esse resultado está relacionado à insulina produzida pelo pâncreas e à

quantidade de carboidratos ingeridos ao longo do dia. Desta forma, o alto consumo de carboidratos provoca o aumento da glicemia. Em pessoas saudáveis, o pâncreas compensa o excesso, produzindo mais insulina, para que a glicose seja absorvida pelas células. Quando o pâncreas não consegue aumentar a produção de insulina, temos um quadro de diabetes (Mediano & Sichieri, 2012).

O excesso de glicose no sangue é a chamada hiperglicemia, ou seja, o corpo não produz insulina suficiente para que a glicose entre nas células. O oposto, ou seja, quando há baixo consumo de carboidratos em relação à insulina circulante, provoca a hipoglicemia, que é a falta de glicose no sangue (Valera-Mora et al., 2005; Mediano & Sichieri, 2012).

O colesterol também é um componente que está presente em todas as células do organismo humano e é um lípido. Apesar de ser essencial para as membranas celulares e de ser fundamental para várias funções no organismo, quando este existe em excesso pode acumular-se no levando à deposição de gordura nas paredes das artérias (Daniels & Greer, 2009).

De acordo com Gaw (2008) a origem do colesterol no nosso organismo tem duas fontes: cerca de 75% é sintetizado no próprio organismo, principalmente no fígado (Ranjam, 2009) e os restantes 25% provêm da dieta (Gaw, 2008). Os alimentos presentes na dieta e considerados de risco são os produtos lácteos, gorduras de origem animal e origem vegetal, alimentos fritos, carnes (bovinas e suínas), produtos derivados e ovos (Gaw, 2008).

Outros indicadores biomédicos estudados nesta investigação são os triglicéridos e, estes e o colesterol são os lípidos plasmáticos com maior interesse clínico e são transportados em complexos lipoproteicos, denominados lipoproteínas. Os triglicerídeos, também chamados de triglicérides ou triglicéridos, são as principais gorduras do nosso organismo e constituem a maior parte das gorduras de origem vegetal e animal. Tal como o colesterol, os triglicerídeos presentes no nosso corpo podem ser adquiridos através da alimentação ou produzidos pelo nosso próprio organismo, mais concretamente no nosso fígado. Os triglicéridos são importantes, pois servem como reserva energética para os momentos de jejum prolongado ou alimentação insuficiente. Quando há um excesso de triglicerídeos circulando no sangue, damos o nome de hipertrigliceridemia (Gaw, 2008; Daniels & Greer, 2009).

Passando agora para a pressão arterial, esta é medida em dois tipos, a pressão arterial sistólica e a pressão arterial diastólica, que avalio também no meu projeto de investigação. Há estes dois tipos de pressão arterial, principalmente porque esta sofre oscilações ao longo do seu caminho por todo o corpo, daí existir dois valores que são necessários para definir qual é a sua pressão arterial no momento (Hall & Guyton, 2006).

A pressão arterial sistólica é denominada de pressão arterial máxima e é correspondente ao valor medido no momento em que o ventrículo esquerdo bombeia uma quantidade de sangue para a veia aorta. Normalmente este valor pode variar entre os 120 a 140 mmHg, sendo estes os valores mais comuns para que se tenha a pressão arterial dentro dos valores normais. No que concerne à pressão arterial diastólica, normalmente este valor é conhecido como a pressão arterial mínima, ou seja, corresponde ao momento em que o

ventrículo esquerdo volta a encher-se para retomar todo o processo da circulação. Este valor geralmente está dentro da média dos 80 mmHg (Hall & Guyton, 2006).

Por último, também se irá estudar a arritmia na presente amostra, que está relacionada com o ritmo/batimento cardíaco, ou seja, se este é irregular, demasiado rápido ou demasiado lento. Quando o coração bate mais rápido que o normal, o paciente tem aquilo a que os médicos chamam de taquicardia, que é um tipo de arritmia, por outro lado, se o coração bater muito lentamente, ocorre uma bradicardia. Muitas vezes, os pacientes podem apresentar batimentos cardíacos irregulares, sem representar necessariamente um padrão, seja ele mais rápido ou mais lento que o normal (Hall & Guyton, 2006).

## **7.1. Funcionamento Sexual e Indicadores Biomédicos**

Ao longo da revisão da literatura encontrei poucos estudos relacionando os indicadores biomédicos com disfunções sexuais, daí a pertinência do presente estudo. Um estudo de Turek, Hastings, Sun, King e Keenan (2013) concluiu que disfunção sexual pode predizer doenças cardiovasculares, como por exemplo, arritmias, em indivíduos com diabetes do tipo 1 de longa duração.

Outro estudo levado a cabo por Bach, Mortimer, Vandeweerd e Corvin (2013), concluiu que disfunções sexuais ou inatividade sexual estava significativamente relacionada com problemas de saúde físicos, nomeadamente, doenças cardiovasculares, diabetes (hiperglicemia), hipertensão e colesterol alto. Moore et al. (2013) também concluiu no seu estudo que a maioria dos indivíduos portadores de obesidade (IMC não está de acordo com a idade, altura e sexo) da sua amostra, ou seja, com problemas em regular a glicémia e por isso, têm hiperglicemia, demonstraram ter mais problemas de disfunções sexuais. Outros autores encontraram relações significativas entre doenças cardiovasculares e disfunção sexual, disfunção erétil e ejaculação precoce (Tan, Tong & Ho, 2012; Apostolo et al., 2009). Um estudo bastante recente de Gandhi et al. (2016) chegou aos mesmos resultados dos autores anteriores e acrescentou que a disfunção sexual é mais predominante nos homens obesos do que nas mulheres obesas.

## **7.2. Saúde Mental e Indicadores Biomédicos**

Segundo a mais recente investigação do autor Pereira (2017), poderá haver uma forte correlação entre os níveis de colesterol e algumas variáveis comportamentais e psicopatológicas, nomeadamente, a depressão, suicídio, personalidade e agressão. O autor fez uma revisão de 18 artigos recentes e a sua pesquisa demonstrou que as pesquisas recentes corroboram a ideia de que o colesterol desempenha um papel importante no comportamento e psicopatologia nos seres humanos. Com esta investigação, o autor deixa a questão em aberto para pesquisas futuras, com implicações para o tratamento de pessoas com problemas de comportamento ou saúde mental.

Nos resultados do estudo de Patra e seus colaboradores (2014) demonstrou-se que níveis mais baixos de colesterol estão relacionados com depressão e comportamentos suicidiários (Sutin et al., 2010; Lin, Chang, Chen, Lin, Huang, Tun, Tsai & Lane, 2014; Baek et al., 2014; Plana, Gracia, Méndez, Pintor, Lazaro & Castro-Fornieles, 2010). O baixo colesterol na depressão pode ser uma consequência da própria patologia, por causa da instabilidade da saúde e diminuição da ingestão de alimentos (devido à pessoa estar depressiva). No entanto, tratar a depressão tem demonstrado aumentar a concentração de colesterol (Shin, Suls & Martin, 2008). Para além da depressão, o autor Troisi em 2011, realizou um estudo com uma amostra de 301 pacientes com perturbações de humor, de ansiedade e de personalidade e, concluiu que baixos níveis de colesterol, também estão diretamente relacionados com maiores níveis de impulsividade atencional e, finalizou dizendo que esta mesma impulsividade atencional pode ser um forte fator de risco para o suicídio, apontando para a existência de uma grande correlação positiva entre o colesterol total e a saúde mental (Pjrek et al., 2007). No entanto, existem estudos que indicam o contrário, nomeadamente, a investigação de Weidner e seus colaboradores (2009) que concluíram que uma redução do colesterol no plasma no contexto de uma dieta com baixo teor de gordura, pode ter um efeito benéfico sobre os sintomas psicológicos, nomeadamente, a depressão e hostilidade.

Schwartz, Rowland e Beaver (2014) também realizaram estudos semelhantes, onde cruzaram os níveis de colesterol com a depressão, comportamento antissocial e níveis de neuroticismo. O estudo revelou diferenças estatisticamente significativas para os níveis baixos de colesterol associados à depressão. Segundo Aneja e Tierney (2008), défices nos níveis de colesterol podem perturbar mecanismos biológicos bastante importantes no nosso cérebro que impedem a proliferação de membranas que podem contribuir para Perturbações do Espectro do Autismo (PEA).

Relativamente ao excesso de glicose no sangue, mais precisamente, na presença de diabetes, Shim e seus colaboradores (2014) realizaram um estudo em que concluíram que ter uma personalidade do tipo mais extrovertida, diminui o risco de diabetes. Na sua revisão bibliográfica, relataram que depressão e sofrimento psicológico são conhecidos por estarem associados ao desenvolvimento de diabetes, assim como, a progressão da doença (Shim et al., 2014). Um outro estudo de Smith e seus colegas (2013) concluiu na sua meta análise que um elevado nível de diabetes no sangue está associado a um aumento da probabilidade de indivíduos vierem a ter depressão, perturbações de ansiedade ou sintomas elevados de ansiedade (Park, Katon & Wolf, 2013; Grigsby et al., 2002).

## VIII. Referências Bibliográficas

- Addis, S., Davies, M., Greene, G., MacBride-Stewart, S. & Shepherd, M. (2009). The health, social care and housing needs of lesbian, gay, bisexual and transgender older people: a review of the literature. *Health and Social Care in the Community*, 17(6), 647-658. Doi: 10.1111/j.1365-2524.2009.00866.x;
- American Psychiatric Association (2015). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª edição). Climepsi Editores: Lisboa;
- American Psychiatric Association (2008). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: Author;
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author;
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.,text rev.). Washington, DC: Author;
- Aneja, A. & Tierney, E (2008). Autism: The role of cholesterol in treatment. *International Review of Psychiatry*, 20(2), 165-170;
- Apostolo, A., Vignati, C., Brusoni, D., Cattadori, G., Contini, M., Veglia, F., Magri, D., Palermo, P., Tedesco, C., Doria, E., Fiorentini, C., Montorsi, P. & Agostini, P. (2009). Original Research—Erectile Dysfunction. *J Sex Med*, 6, 2795-2805;
- Bach, L. E., Mortimer, J. A., VandeWeerd, C., & Corvin, J. (2013). The association of physical and mental health with sexual activity in older adults in a retirement community. *The journal of sexual medicine*, 10(11), 2671-2678;
- Baek, J. H., Kang, E., Fava, M., Mischoulon, D., Nierenberg, A. A., Yu, B., Lee, D. & Leon, H. J. (2014). Serum lipids, recent suicide attempt and recent suicide status in patients with major depressive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 51, 113-118;
- Bailey, J., Gaulin, S., Agyei, Y., & Gladue, B. (1994). Effects of gender and sexual orientation on evolutionary aspects of human mating psychology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 1081-1093;
- Baiocco, R., D'Alessio, M., & Laghi, F. (2010). Binge drinking among gay, and lesbian youths: The role of internalized sexual stigma, self-disclosure, and individuals' sense of connectedness to the gay community. *Addictive behaviors*, 35(10), 896-899;

- Bancroft, J., Carnes, L. C., Janssen, E., Goodrich, D., & Long, J. S. (2005). Erectile and ejaculatory problems in gay and heterosexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 285-297;
- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., & Vukadinovic, Z. (2003). The relation between mood and sexuality in gay men. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 231-242;
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex Marital Therapy*, 26, 51-65;
- Bayer, R. (1987). *Homosexuality and American psychiatry: The politics of diagnosis*. Princeton University Press, Princeton, NJ;
- Beaber, T., & Werner, P. (2009). The relationship between anxiety and sexual functioning in lesbians and heterosexual women. *Journal of Homosexuality*, 56(5), 639-654;
- Bell, A. P. & Weinberg, M. S. (1978). *Homosexualities: A study of diversity among men and women*. New York: Simon & Schuster;
- Bhugra, D., & Wright, B. (2004). Sexual dysfunction in gay men and lesbians. *Sexual Disorders is Specific Populations*, 3(2), 30-32;
- Bhugra, D., & Wright, B. (2007). Sexual dysfunction in gay men and lesbians. *Sexual Disorders Is Specific Populations*, 6(3), 125-129;
- Bidell, M. P. (2016). Mind our professional gaps: Competent lesbian, gay, bisexual, and transgender mental health services. *Counselling Psychology Review*, 31(1), 67-76;
- Bos, H., Standfort, T., Bruyn, E. & Hakvoort, E. (2008). Same-sex attraction, social relationships, psychosocial functioning, and school performance in early adolescence. *Developmental Psychology*, 44(1)1, 59-68;
- Breyer, B., Smith, J., Eisenberg, M., Ando, K., Rowen, T., & Shindel, A. (2010). The impact of sexual orientation on sexuality and sexual practices in north american medical students. *Journal of Sexual Medicine*, 7(7), 2391-2400;
- Byne, W. (1995). Science and belief: Psychobiological research on sexual orientation. *Journal of Homosexuality*, 28(3/4), 303-344;
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos - BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO;
- Costa, P. A., Pereira, H., & Leal, I. (2013). Internalized homonegativity, disclosure, and acceptance of sexual orientation in a sample of Portuguese gay and bisexual men, and lesbian and bisexual women. *Journal of Bisexuality*, 13(2), 229-244;

- Crammer, R. J., Burks, A. C., Stroud, C. H., Bryson, C. N. & Graham, J. (2015). A moderated mediation analysis of suicide proneness among lesbian, gay, and bisexual community members. *Journal of Social and Clinical Psychology, 34*(7), 622-642;
- Daniels, S. R. e Greer, F. R. (2008). Lipid screening and cardiovascular health in childhood. *Pediatrics, 122*(1), 198-208;
- Dianne L. Kerr, D. L., Santurri, L. & Peters, P. (2013). A Comparison of Lesbian, Bisexual, and Heterosexual College Undergraduate Women on Selected Mental Health Issues. *Journal Of American College Health, 61*(4), 185-194;
- Dinis, A. & Fernandes, N. (2008) Educação, relações de gênero e diversidade sexual. *Educ. Soc, 29*(103), 477-492;
- Dietz, W. H., & Gortmaker, S. L. (2001). Preventing obesity in children and adolescents 1. *Annual review of public health, 22*(1), 337-353;
- Duarte, J. M. M. T. (2013). A identidade LGB e o medo da intimidade: Um retrato exploratório. *Tese de Mestrado não publicada*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação: Porto;
- Ellis, L. & Ashley, M. A. (1987). Neurohormonal functioning and sexual orientation: A theory of homosexuality-heterosexuality. *Psychological Bulletin, 101*(2), 233-258;
- Fernandes, M. A. N. (2009). Suporte social como contributo para um desenvolvimento harmonioso da identidade sexual LGB. *Tese de Mestrado não publicada*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Lisboa;
- Frazão, P. & Rosário, R. (2008). O coming out de gays e lésbicas e as relações familiares. *Análise Psicológica, 1*(26), 25-45;
- Freud, S. (1905/2001). *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*. Lisboa: Livros Brasil;
- Fleury, A. R. M. & Torres, A. R. R. (2007). Análise psicossocial do preconceito contra homossexuais. *Estudos de Psicologia, 24*(4), 475-486;
- Gandhi, J., Dagur, G., Warren, K., Smith, N., & Khan, S. A. (2016). The Role of Sexual Dysfunction and Infertility on Reproductive Health in Diabetics: Pathogenesis, Evaluation, and Management. *Current diabetes reviews*;
- Gato, J. & Fontaine, A. M. (2012). Atitudes face à diversidade sexual no contexto psicossocial, jurídico, da saúde e educativo. *Exedra, 6*, 81-104;
- Gato, J., Carneiro, N. & Fontaine, A. M. (2011). Contributo para uma revisitação histórica e crítica do preconceito contra as pessoas não heterossexuais. *Critica e Sociedade: Revista de Cultura Política, 1*(1), 139-167;

- Gaw, A. (2008). *Clinical biochemistry: An illustrated colour text*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier;
- Gold, S. D., & Marx, B. P. (2007). Gay male sexual assault survivors: The relations among internalized homophobia, experiential avoidance, and psychological symptom severity. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 549-562;
- Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freeland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1053- 1060;
- Hall, J. E., & Guyton, A. C. (2006). *Textbook of medical physiology*. Elsevier Inc;
- Harrison, T. W. (2003). Adolescent homosexuality and concerns regarding disclosure. *Journal of School Health*, 73(3), 107-113;
- Herek, G. M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of Social Issues*, 63(4), 905-925;
- Herek, G. M., Chopp, R., & Strohl, D. (2007). Sexual stigma: Putting sexual minority health issues in context. In *The health of sexual minorities* (pp. 171-208). Springer US;
- Herek, G. M., & Garnets, L. D. (2007). Sexual orientation and mental health. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 353-375;
- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2015). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Stigma and Health*, 1, 18-34;
- Holmberg, D. & Blair, K. L. (2009). Sexual desire, communication, satisfaction, and preferences of men and women in same-sex versus mixed-sex relationships. *The Journal of Sex Research*, 46(1), 57-66. DOI: 10.1080/00224490802645294;
- Iasenza, S. (2002). Beyond ‘lesbian bed death’: The passion and play in lesbian relationships. *Journal of Lesbian Studies*, 6(1), 111-120;
- Kelleher, C. (2009). Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Counselling Psychology Quarterly*, 22(4), 373-379;
- Kerr, D. L., Santurri, L., & Peters, P. (2013). A comparison of lesbian, bisexual, and heterosexual college undergraduate women on selected mental health issues. *Journal of American College Health*, 61(4), 185-194;
- Kuyper, L., & Vanwesenbeeck, I. (2011). Examining sexual health differences between lesbian, gay, bisexual, and heterosexual adults: The role of sociodemographics, sexual behavior characteristics, and minority stress. *Journal of Sex Research*, 48(2-3), 263-274;

- Lau, J., Kim, J., & Tsui, H. (2008). Prevalence and sociocultural predictors of sexual dysfunction among Chinese men who have sex with men in Hong Kong. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 2766-2779;
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544;
- Lin, C. H., Chang, H. T., Chen, Y. J., Lin, C. H., Huang, C. H., Tun, R., Tsai, G. E. & Lane, H. Y. (2014). HDL cholesterol and the risk of depression over 5 years. *Molecular Psychiatry*, 19, 637-638. doi:10.1038/mp.2013.113;
- Mao, L., Newman, C., Kidd, M., Saltman, D., Rogers, G., & Kippax, S. (2009). Self-reported sexual difficulties and their association with depression and other factors among gay men attending high HIV-caseload general practices in Australia. *Journal Sexual Medicine*, 6, 1378-1385;
- Mark, L., Hatzenbuehler, MS, MPhil, Katherine, M., Keyes, MPH & D. S. Hasin (2009). State-Level Policies and Psychiatric Morbidity In Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. *American Journal of Public Health*, 99(12), 2275-2281;
- Mays, V. M. & Cochran, S. D. (2001). Mental Health Correlates of Perceived Discrimination Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91(11);
- McCann, E. & Sharek, D. (2014). Challenges to and opportunities for improving mental health services for lesbian, gay, bisexual, and transgender people in Ireland: A narrative account. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 525-533;
- Mediano, M. F. F., & Sichieri, R. (2012). Insulin resistance predicts the effectiveness of different glycemic index diets on weight loss in non-obese women. *Obesity facts*, 5(5), 641-647;
- Mello, E. D., Luft, V. C., & Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: como podemos ser eficazes. *J Pediatr (Rio J)*, 80(3), 173-82;
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697;
- Moita, G. (2001). Discursos sobre a Homossexualidade no Contexto Clínico: A homossexualidade de dois lados do espelho. *Tese de Mestrado não publicada*. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar: Porto;

- Moore, R. H., Sarwer, D. B., Lavenberg, J. A., Lane, I. B., Evans, J. L., Volger, S., & Wadden, T. A. (2013). Relationship between sexual function and quality of life in obese persons seeking weight reduction. *Obesity, 21*(10), 1966-1974;
- Morano, C. D. (1997). *El debate psicológico sobre la homosexualidad*. Ed. Desclée de Brouwer;
- Mustanski, B., Andrews, R. & Puckett, J. A. (2016). The Effects of Cumulative Victimization on Mental Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adolescents and Young Adults. *Ajph Research, 106*(3), 527-533;
- Mustanski, B. S., Garofalo, R. & Emerson, E. M. (2010). Mental Health Disorders, Psychological Distress, and Suicidality in a Diverse Sample of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youths. *American Journal of Public Health, 100*(12), 2426-2432;
- Naphy, W. (2006). *Born To Be Gay: História da Homossexualidade*. Lisboa: Edições 70;
- Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical psychology review, 30*(8), 1019-1029;
- Nichols, M. (2004). Lesbian sexuality=female sexuality: Rethinking “lesbian bed death.” *Sexual and Relationship Therapy, 19*, 363-371;
- Pacheco, J. (2000). *O Sexo por Cá*. Lisboa: Livros do Horizonte;
- Park, M., Katon, W. J. & Wolf, F. M. (2013). Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. *General Hospital Psychiatry, 35*, 217-225;
- Patra, B. N., Khandelwal, S. K., Chadda, R. K. & Ramakrishnan, L. (2014). A Controlled Study of Serum Lipid Profiles in Indian Patients with Depressive Episode. *Indian Journal of Psychological Medicine, 36*(2), 129-133;
- Patrick, F. & Clarkin, P. F. (2005). Methodological issues in the anthropometric assessment of Hmong children in the United States. *American Journal of Human Biology, 17*(6), 787-795;
- Peplau, L., & Garnets, L. (2000). A new paradigm for understanding women's sexuality and sexual orientation. *Journal of Social Issues, 56*(2), 330-350;
- Pérez-Sancho, B. (2005). *Homosexualidad: Secreto de Família. El manejo del secreto en familias com algún membro homossexual*. Madrid: Egales;
- Pereira, H. (2017). The Importance of Cholesterol in Psychopathology: A Review of Recent Contributions. *Indian Journal of Psychological Medicine, 39*(2), 109-113;

- Pereira, H., & Costa, P. A. (2016). Modeling the impact of social discrimination on the physical and mental health of Portuguese gay, lesbian and bisexual people. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 1-13;
- Pereira, H. & Leal, I. P. (2005). Medindo a homofobia internalizada: A validação de um instrumento. *Análise Psicológica*, 3(XXIII), 323-328;
- Pereira, H. & Monteiro, S. (2016). The Role of Political and Legislative Changes in the Everyday Lives of LGB Individuals: The Case of Portugal. *Sexuality Research and Social Policy*, 1-10;
- Pereira, H., & Rodrigues, P. (2015). Internalized homophobia and suicidal ideation among LGB youth. *Journal of Psychiatry*, 18(2), 229. <http://dx.doi.org/10.4172/Psychiatry.1000229>;
- Perrin, E. C., Cohen, K. M., Gold, M. Ryan, C., Savin-Williams, R. C. & Schorzman, C. M. (2004). Gay and Lesbian Issues in Pediatric Health Care. *Current Problems of Pediatric Adolescent Health Care*, 34, 355-398;
- Peterson, Z., Janssen, E., & Laan, E. (2010). Women's sexual responses to heterosexual and lesbian erotica: The role of stimulus intensity, affective reaction, and sexual history. *Archives of Sexual Behavior*, 39(4), 880-897;
- Pjrek, E., Winkler, D., Abramson, D. W., Konstantinidis, A., J. Stastny, Willeit, M., Raschak-Rieder, N. & Kasper, S. (2007). Serum lipid levels in seasonal affective disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257, 197-202;
- Plana, T., Gracia, R., Méndez, I., Pintor, L., Lazaro, L. & Castro-Fornieles, J. (2010). Total serum cholesterol levels and suicide attempts in child and adolescent psychiatric inpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19, 615-619. DOI 10.1007/s00787-009-0084-x;
- Proujansky, R. A., & Pachankis, J. E. (2014). Toward formulating evidence-based principles of LGB-affirmative psychotherapy. *Pragmatic case studies in psychotherapy: PCSP*, 10(2), 117;
- Ranjan, N. (2009). Management of hyperlipidemias: an update. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 75(5), 452-462;
- Rivers, I. (2001). The bullying of sexual minorities at school: Its nature and long-term correlates. *Educational and Child Psychology*, 18(1), 33-46;
- Russell, S.T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91, 1276-1981;
- Rutter, P. & Soucar, E. (2002). Youth suicide risk and sexual orientation. *Adolescence*, 37(146), 289-299;

- Schwartz, J. A., Rowland, M. W. & Beaver, K. M. (2014). A genetically informed test of cholesterol levels and self-control, depressive Symptoms, antisocial behavior, and neuroticism. *Journal of Affective Disorders*, 164, 139-147;
- Seil, K. S., Desai, M. M., & Smith, M. V. (2014). Sexual orientation, adult connectedness, substance use, and mental health outcomes among adolescents: findings from the 2009 New York City Youth Risk Behavior Survey. *Journal Information*, 104(10);
- Semlyen, J., King, M., Varney, J., & Hagger-Johnson, G. (2016). Sexual orientation and symptoms of common mental disorder or low wellbeing: combined meta-analysis of 12 UK population health surveys. *BMC psychiatry*, 16(1), 1;
- Shilo, G. & Savaya, R. (2012). Mental Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth and Young Adults: Differential Effects of Age, Gender, Religiosity, and Sexual Orientation. *Journal of Research on Adolescence*, 22(2), 310-325;
- Shim, U., Oh, J., Lee, H., Sung, Y. Kim, H. & Kim, H. (2014). Association between extraversion personality and abnormal glucose regulation in young Korean women. *Acta Diabetol*, 51, 421-427. DOI: 10.1007/s00592-013-0529-z;
- Shin J. Y., Suls, J. & Martin, R. (2008). Are Cholesterol and Depression Inversely Related? A Meta-analysis of the Association Between Two Cardiac Risk Factors. *Ann. Behav. Med.*, 36, 33-43;
- Smith, K. J., Béland, M., Clyde, M., Gariépy, G., Pagé, V., Badawi, G., Rabasa-Lhoret, R. & Schmitz, N. (2013). Association of diabetes with anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 89-99;
- Spencer, C. (1999). *Homossexualidade: uma história*. Rio de Janeiro: Record;
- Sutin, A. R., Terracciano, A., Deiana, B., Uda, M., Schlessinger, D., Lakatta, E. G. & Costa, P. T. (2010). Cholesterol, triglycerides, and the Five-Factor Model of personality. *Biological Psychology*, 84, 186-191;
- Swann, S. K. & Spivey, C. A (2004). The relationship between self-esteem and lesbian identity during adolescence. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(6), 629-646;
- Tan, H. M., Tong, S. F., & Ho, C. C. (2012). Men's health: sexual dysfunction, physical, and psychological health—is there a link?. *The journal of sexual medicine*, 9(3), 663-671;
- Terto Jr, V. (2002). Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *Horizontes antropológicos*, 8(17), 147-158;
- Thomeer, M. B., & Reczek, C. (2016). Happiness and Sexual Minority Status. *Archives of sexual behavior*, 1-14;

- Tiefer, L. (2002). Beyond the medical model of women`s sexual problems: A campaign to resist the promotion of `female sexual dysfunction. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(2), 127-135;
- Tracy, J. & Junginger, J. (2007). Correlates of lesbian sexual functioning. *Journal of Women's Health*, 16(4), 499-509;
- Troisi, A. (2011). Low cholesterol is a risk factor for attentional impulsivity in patients with mood symptoms. *Psychiatry Research*, 188, 83-87;
- Tuller, D. (2001). For gay men, health care concerns move beyond the threat of AIDS. *The New York Times*, 14;
- Turek, S. J., Hastings, S. M., Sun, J. K., King, G. L., & Keenan, H. A. (2013). Sexual dysfunction as a marker of cardiovascular disease in males with 50 or more years of type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 36(10), 3222-3226;
- Valera-Mora, M. E., Simeoni, B., Gagliardi, L., Scarfone, A., Nanni, G., Castagneto, M. & Ferrannini, E. (2005). Predictors of weight loss and reversal of comorbidities in malabsorptive bariatric surgery. *The American journal of clinical nutrition*, 81(6), 1292-1297;
- Weidner, G., Connor, S. L., Gerhard, G. T., Duell, P. B. & Connor, W. E. (2009). The effects of dietary cholesterol-lowering on psychological symptoms: A randomised controlled study. *Psychology, Health & Medicine*, 14(3), 255-261;
- Wichstrom, L. & Hegna, K (2003). Sexual orientation and suicide attempt: A longitudinal study of the general norwegian adolescent population. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 144-151;
- Williamson, I. R. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research - Theory & Practice*, 15(1), 97-107;
- Zamboni, B., & Crawford, I. (2007). Minority stress and sexual problems among african-american gay and bisexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 569-578.