

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



SUPORTE SOCIAL COMO CONTRIBUTO PARA UM
DESENVOLVIMENTO HARMONIOSO DA IDENTIDADE SEXUAL LGB

Marta Alexandra Nunes Fernandes

13118

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2009

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

SUPORTE SOCIAL COMO CONTRIBUTO PARA UM
DESENVOLVIMENTO HARMONIOSO DA IDENTIDADE SEXUAL LGB

Marta Alexandra Nunes Fernandes

Dissertação orientada por Prof. Doutora Maria Gouveia Pereira

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutora Maria Gouveia Pereira, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade em Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

Quero começar por agradecer à Professora Maria Gouveia Pereira pela sua atenção e pelo seu esforço em inculcar nos seus alunos exigência e perfeccionismo, no sentido de serem realizadas boas investigações.

Quero agradecer igualmente a Joana Amaral, representante da direcção da Associação ILGA - Portugal, e a Bárbara Pires, representante da direcção da Rede EX-AEQUO, na medida em que tornaram possível a recolha de dados deste estudo.

Queria agradecer ainda à minha Família, nomeadamente aos meus pais e à Teresa, pois foram sempre uma fonte repleta de segurança, tranquilidade e motivação.

Por fim, mas não menos importante, quero deixar um grande beijinho e um grande obrigada ao Pedro, pela sua partilha constante de conhecimentos e sabedoria relativamente a este tema. Foi uma inspiração para mim e, principalmente, para a realização deste estudo.

Obrigada.

Resumo

A literatura tem demonstrado que adolescentes e jovens com suporte social apresentam maior aceitação e uma atitude positiva acerca da sua orientação sexual homossexual, na medida em que manifestam baixos níveis de homofobia internalizada (Elizur & Ziv, 2001; Willoughby, Malik & Lindahl, 2006). Além disso, Savin-Williams (2001) sugere que a resiliência tem um papel relevante junto da população Lésbica, Gay e Bissexual, porém, são escassos os estudos que têm em conta o seu papel. Por outro lado, existem diversos estudos que reforçam os sintomas relativos a uma reduzida saúde mental no âmbito desta população (D'Augelli, Pilkington & Hershberger, 2002).

Este estudo tem como objectivo analisar se a percepção de suporte social contribui para a redução da homofobia internalizada, proporcionando níveis mais elevados de resiliência e de saúde mental nos jovens LGB. A amostra foi constituída por 155 participantes, de ambos os sexos, com idades entre os 16 e os 22 anos que se auto-identificaram como LGB. Aplicou-se um instrumento constituído pelas seguintes medidas: a) Percepção do Suporte Social, b) Resiliência, c) Saúde Mental e d) Homofobia Internalizada.

Os resultados mostram que a percepção de suporte social contribui para uma redução da homofobia internalizada, bem como para a promoção de comportamentos resilientes e bons níveis de saúde mental. Observaram-se igualmente diferenças significativas nos níveis de homofobia internalizada em função do género, sendo que os rapazes evidenciam maiores índices da mesma.

Palavras-chave: *Identidade Sexual, Suporte Social, Homofobia Internalizada, Resiliência, Saúde Mental.*

Abstract

Studies have shown that adolescents and young adults with social support show more acceptance and hold a positive attitude regarding their homosexual sexual orientation, as they manifest low levels of internalized homophobia (Elizur & Ziv, 2001; Willoughby, Malik & Lindahl, 2006). Furthermore, Savin-Williams (2001) suggests that resilience plays an

important role within Lesbian, Gay and Bisexual youth, although studies that consider this variable are scarce. On the other hand, there are several studies that focus on the symptoms of low mental health within this population (D'Augelli, Pilkington & Hershberger, 2002).

This study aims to explore if the perception of social support accounts for a decrease in levels of internalized homophobia and promotes higher levels of resilience and of mental health in LGB youth. A sample of 155 participants was collected, from both genders, aged between 16 and 22 years old, and self-identified LGB. A questionnaire booklet was designed for this study consisting of the following measures: a) Perception of Social Support, b) Resilience, c) Mental Health and d) Internalized Homophobia.

Results showed that the perception of social support contributed for a decrease of internalized homophobia, as well as for high levels of resilience and mental health. It was also shown that there were gender differences in levels of internalized homophobia, in which the higher levels were revealed by male adolescents.

Key-words: *Sexual Identity, Social Support, Internalized Homophobia, Resilience, Mental Health.*

Índice

Enquadramento Teórico	1
1. Identidade Sexual	1
2. Suporte Social na Adolescência	2
2.1. Suporte Familiar	2
2.2. Suporte de Pares	3
3. Homofobia Internalizada	4
4. Resiliência	5
5. Saúde Mental	6
6. Presente Estudo	7
 Método	8
Participantes	8
Instrumentos	9
Procedimento	10
 Análise de Resultados	11
Análise de Componentes Principais	11
Análise de Regressão Múltipla	17
Primeira Hipótese	17
Segunda Hipótese	18
Análise de Variância	19
 Discussão	21
 Conclusão	25
 Referências Bibliográficas	26
 Anexos	30
Anexo 1 – Revisão de Literatura completa	30
Anexo 2 – Questionário	54

Revisão de Literatura

1. Identidade Sexual

É na adolescência que a sexualidade ganha maior importância, uma vez que é neste período que os jovens constroem a sua identidade sexual (Relvas, 1996). Neste sentido, e segundo Strecht (2005), a identidade sexual culmina no fim da adolescência com uma escolha de objecto heterossexual ou homossexual (numa percentagem que ronda os 10%), sendo uma das principais tarefas do crescimento psíquico para raparigas e rapazes. Vários modelos acerca do desenvolvimento da identidade sexual foram formulados ao longo das últimas décadas. Porém apenas três se destacam, por serem os mais compreensivos e empiricamente sólidos, considerando a importância da *orientação sexual* na construção da identidade sexual.

O Modelo Integracionista proposto por Bem (1996) integra as variáveis biológicas (papel hormonal e importância do desenvolvimento fetal) com as componentes culturais do sócio-construtivismo (importância dos papéis e comportamentos de género) na construção da orientação sexual. Propõe seis sequências temporais: (A) variáveis biológicas e hormonais; (B) organização neuronal e temperamento; (C) actividades e preferências de pares típicas ou atípicas de género; (D) sentimento de diferença com os pares do mesmo ou do sexo oposto; (E) excitação pelos pares do mesmo ou do sexo oposto e (F) atracção romântica e erótica por pessoas do mesmo ou do sexo oposto. O modelo especifica os antecedentes causais da atracção erótica/sexual de um sujeito relativamente a pessoas do mesmo ou do sexo oposto.

O Modelo Interaccionista, proposto Cass (1984), caracteriza-se por uma interacção entre o *self* da pessoa, o seu comportamento e o ambiente social. O objectivo é que estas três condições estejam em harmonia, permitindo ao sujeito alcançar o equilíbrio. Define seis etapas desenvolvimentais: *confusão de identidade*; *comparação de identidade*; *tolerância da identidade*; *aceitação da identidade*; *orgulho na identidade* e *síntese da identidade*, nas quais o sujeito terá de resolver a contradição entre a percepção de si e dos outros ao nível cognitivo, comportamental e afectivo. Se conseguir progride para a etapa seguinte, alcançando a última na qual a sua identidade está formada. Porém, o sujeito poderá ficar retido numa das etapas ou até mesmo retroceder, por ser vítima de pressão ou de homofobia internalizada e institucional.

No Modelo Social-Construtivista, proposto por Pereira (2005), a dinâmica sócio-cultural desempenha um papel importante no desenvolvimento da identidade homossexual, ou seja, a construção desta identidade realiza-se através das interacções adaptadas pelo contexto social. Assim, a sexualidade humana e a identidade sexual sofrerão mudanças ao longo do

tempo, uma vez que as questões culturais que determinam as interacções e a forma como se constrói a identidade, estão em constante mutação. A identidade homossexual é, então, o resultado da assimilação da orientação sexual” (p. 296), isto é, a atracção, o comportamento e as fantasias homo-eróticas levam algum tempo a ser acomodadas pelo sujeito a um nível identitário. Neste sentido, a construção da identidade homossexual depende de quatro factores: *gestão da homofobia; discriminação; suporte social e trajetória da aceitação*.

Bem (1996) propõe um modelo universal do desenvolvimento da orientação sexual, descurando, porém, a importância das tarefas específicas de adolescentes LGB. Por outro lado, os modelos propostos por Cass (1984) e Pereira (2005) são desenvolvidos com base nas experiências de sujeitos com orientação homo/bissexual, evidenciando que a identidade LGB é construída em etapas de desenvolvimento com características muito específicas.

2. Suporte Social na Adolescência

2.1. Suporte Familiar

Segundo Fleming (1993), as interacções no seio da família têm grande influência no desenvolvimento psicológico do adolescente. Estas revestem-se de uma importância ainda maior aquando da divulgação da homossexualidade (*coming out*) do filho/a adolescente. Assim, a literatura indica que uma relação prévia positiva entre o adolescente e os seus pais é um bom indicador para uma resolução saudável do *coming out* (Tharinger & Wells, 2000). Willoughby, Malik & Lindahl (2006) verificaram este facto ao concluíram que as famílias coesas, adaptadas e sólidas apresentam reacções menos negativas ao *coming out* dos seus filhos adolescentes, ao contrário de famílias despreocupadas, rígidas e autoritárias.

Em suma, no que diz respeito ao processo de *coming out* D’Augelli, Hershberger & Pilkington (1998), concluíram no seu estudo que a idade do *coming-out* para a família reduziu dos 20 para os 16 anos durante a última década. Verificaram igualmente que apenas 9% dos adolescentes se assumiu primeiro à família e que todos escolheram a mãe. Por último, os que se assumiram eram, no geral, mais “abertos” acerca da sua orientação sexual, do que aqueles que não o fizeram. Complementarmente, no estudo efectuado por Bos, Standfort, Bruyn & Hakvoort (2008), verificaram-se diferenças de sexo, sendo que os rapazes se assumem menos perante os seus pais, comparativamente às raparigas. Harrison (2003) acrescenta ainda que os factores que favorecem a partilha da orientação sexual dos jovens com a sua família são: elevado nível de auto-estima, resiliência, coesão familiar e suporte pelos membros da família.

Kubler-Ross (1969, cit. por Harrison, 2003) elaborou um modelo sobre a reacção da família face ao *coming out* do adolescente, caracterizado por cinco etapas: negação da

homossexualidade; raiva de si e de outros; negociação com Deus; depressão e aceitação da homossexualidade. Todavia, a família poderá não alcançar a última etapa, ficando retida numa das anteriores.

Ainda no estudo de Elizur & Ziv (2001) constatou-se que é possível em sociedades como a de Israel, com uma cultura mais fechada, encontrar famílias cujo suporte social está presente e é fundamental para o desenvolvimento e auto-aceitação do adolescente gay. Deste modo, e segundo Beaty (1999), o forte suporte familiar ajuda a reduzir os conflitos pessoais e sociais que estão presentes em muitos jovens homossexuais durante o período do *coming out*.

2.2. Suporte de Pares

O adolescente começa a construir a sua identidade e a elaborar escolhas relativas aos investimentos amorosos e interesses pessoais (Matos, 2002). Neste sentido, as relações com os pares começam a ser percebidas na adolescência como um contexto genuíno de conforto e apoio psicológico, na medida em que se baseia numa partilha de emoções e de problemas, pelo que o jovem as tende a desejar e a valorizar (Ferreira & Ferreira, 2000). Swann & Spivey (2004), revelaram no seu estudo que quanto mais o adolescente ou jovem for aceite e estiver integrado num grupo, mais elevados serão os seus níveis de auto-estima e saúde mental. Deste modo, Birren (1981, cit. por Relvas, 1996) defende que uma das principais funções do grupo de pares é possibilitar aprender a pensar e a experimentar com segurança valores não obrigatoriamente presentes ou aceitáveis na família. Desta forma, o grupo de pares influencia o adolescente, podendo exercer um papel positivo, fomentando uma auto-imagem mais favorável e um desenvolvimento equilibrado; ou um papel negativo, promovendo uma autodesvalorização e o surgimento de comportamentos de risco: vitimização, consumo de substâncias, ideação suicida (Wichstrom & Hegna, 2003).

Assim, Bos, Standfort, Bruyn & Hakvoort (2008), no seu estudo recente concluíram que os adolescentes homossexuais reportaram significativamente níveis mais elevados de depressão e níveis de auto-estima e performance escolar mais reduzidos, comparativamente aos outros adolescentes. Estes resultados devem-se ao facto de os adolescentes lésbicas e gays apresentarem uma qualidade mais baixa nas relações sociais, nomeadamente com os seus pares. A falta de suporte social também poderá levar a outros problemas no âmbito da saúde mental, como é reportado no estudo de Hospers & Jansen (2005), onde se demonstra que as variáveis orientação sexual, pressão de pares e insatisfação corporal estão altamente correlacionadas com sintomas de perturbações alimentares, numa amostra de homossexuais.

Desta forma, Savin-Williams (1995) afirma que os jovens gays, lésbicas e bissexuais são semelhantes aos outros adolescentes na experiência da puberdade, das amizades, dos conflitos familiares e das preocupações acerca do futuro. Contudo, uma diferença está presente na violência, abuso e rejeição da família e dos pares devido à sua orientação sexual. Em suma, de acordo com Anderson (1998), as investigações patentearam que os jovens gay têm menos suporte social formal e informal, comparativamente aos pares heterossexuais. Contudo, Boxer, Cook & Herdt (1991, cit. por Anderson, 1998) referem que as mudanças recentes no contexto histórico-social, conduzindo a uma maior visibilidade da população LGB, poderão influenciar positivamente as atitudes dos pais e dos pares heterossexuais.

3. Homofobia Internalizada

A homofobia internalizada é descrita na literatura como uma das principais causas no desenvolvimento de sintomas na saúde entre a população LGB (Williamson, 2000). Esta poderá definir-se como “o medo da própria homossexualidade, é um fenómeno cultural, que não é universal nem toma as mesmas formas ou o mesmo significado em diferentes grupos sociais” (Pereira & Leal, 2002, p. 107). É definida ainda pelo medo do LGB acreditar que ao expressar a sua orientação sexual, poderá perder os seus amigos heterossexuais (Iborra, 2007).

Complementarmente, Cabaj (1988, cit. por Ross & Rosser, 1996) distingue *homofobia externa*, ou seja, estigma associado ao facto de ser homossexual de *homofobia internalizada*, isto é, a reacção a esse homonegativismo. Contudo, o termo *homofobia* é em muitas formas inútil e impreciso por uma variedade de razões. Estas incluem a ênfase na componente afectiva (medo) do preconceito, as cognições anti-gay e lésbica e a contextualização do preconceito no âmbito do individual em vez de se colocar a ênfase no âmbito da sociedade. Neste sentido, foram sugeridas alternativas, como *homonegativismo* (atitudes negativas contra homossexuais) e *heterossexismo* (crença de que a heterossexualidade é normal e superior) (Williamson, 2000). Segundo Herek (2007) o *heterossexismo* é um sistema ideológico que denegrir e estigmatiza qualquer forma de comportamento, relação ou comunidade não-heterossexual. Não se limita ainda a um nível individual, mas manifesta-se a nível cultural (religião, media e ciências sociais) e a nível institucional (legislação, emprego, medicina).

Wichstrom & Hegna (2003) concluíram no seu estudo longitudinal que os adolescentes LGB reportaram tentativas de suicídio aquando perceberam que não eram exclusivamente heterossexuais. Outro estudo recente (Weber, 2008) provou que existem diferenças na forma como os gays, lésbicas e bissexuais experienciam a homofobia internalizada. Assim, os gays e

as lésbicas reportaram experienciar mais heterossexismo que os bissexuais, e os gays e os bissexuais reportaram experienciar mais homofobia internalizada que as lésbicas. Mais, os participantes que demonstraram ter pelo menos um distúrbio de álcool ou de abuso de substâncias, eram significativamente mais prováveis a terem experienciado heterossexismo e homofobia internalizada. Em suma, Beaty (1999) afirma que os adolescentes com um elevado suporte familiar, tendem a fazer um *coming out* mais novos, devido a uma elevada auto-estima, a um elevado sentimento de segurança e a uma atitude mais positiva acerca da sua orientação sexual, ou seja, a um sentimento de homofobia internalizada mais reduzido.

4. Resiliência

O significado de *resiliência* varia entre os estudos, ao longo do tempo e de acordo com o contexto teórico ou população sob investigação (Harvey & Delfabbro, 2004). Na literatura é sugerido que a resiliência se regista nos adolescentes pelo facto de conseguirem produzir resultados positivos perante condições significativamente adversas (Wyman, Sanddler, Wolchik & Nelson, 2000). Os adolescentes resilientes exibem ainda maior capacidade de resolução de problemas, de percepcionar as experiências de forma construtiva e de observar a vida numa perspectiva mais positiva (Kitano, Margie, Lewis & Rena, 2004).

Segundo Fergus & Zimmerman (2005); DeLongis & Holtzman (2005); Kidd & Shahar (2008) existem factores promotores da resiliência. Os factores individuais prendem-se com a utilização de *coping*, bom funcionamento intelectual e auto-eficácia. Já os factores interindividuais incluem suporte parental, qualidade das relações e organizações da comunidade promotoras do desenvolvimento positivo no jovem. Assim, Armstrong, Birnie-Lefcovitch & Ungar (2005), acrescentam que a resiliência se coloca num contexto ecológico, pois o ambiente social influencia o desenvolvimento e a saúde mental do adolescente.

Contudo, nenhum destes autores se refere especificamente a adolescentes LGB e, pelo facto de constituírem uma minoria sexual, enfrentam discriminação e violência, vivenciando elevados níveis de stress e ansiedade (Pereira, 2001). Assim, Savin-Williams (2002) defende que os investigadores deverão focar-se na resiliência que caracteriza estes jovens, uma vez que muitos estudos com a população LGB não têm em conta esta variável. Mais, uma questão essencial é a de que muitos destes jovens em adultos aparecem com uma óptima saúde mental e um nível de ajustamento psicológico semelhante a heterossexuais (Elizur & Ziv, 2001).

Neste sentido, Riggle, Whitman, Olson, Rostosky & Strong (2008), realizaram um estudo à luz da Psicoterapia Afirmativa e da resiliência, contrariando a maioria da literatura que relaciona a população LGB com psicopatologia e stress. Desta forma, à questão “Diz-nos

que coisas positivas há num homem que ama outro homem/ mulher que ama outra mulher?” (p. 211) recolheram, entre outras, as respostas: pertencer a uma comunidade, criar famílias de escolha, servir como um modelo positivo, desfrutar de igualdade nas relações, envolvimento em activismo e justiça social e liberdade dos papéis específicos de género. Portanto, o foco nos estudos “positivos” mostra que há variáveis específicas que promovem comportamentos saudáveis e, por essa razão, deve começar-se a contemplar os jovens LGB como pessoas resilientes e com a capacidade de elaborar os seus próprios destinos (Rives & Noret, 2008).

5. Saúde Mental

Os problemas de saúde mental afectam significativamente o desenvolvimento social e educacional do adolescente, podendo ter ímpetus negativos na vida adulta (Pereira, Motta, Pinto, Bernardino, Melo, Ferreira & Rodrigues, 2008). Neste sentido, a saúde mental é definida como um estado de bem-estar no qual o jovem compreende o seu potencial, sabe lidar com o stress do dia-a-dia, trabalha produtivamente e contribui para a comunidade. Porém, relativamente aos adolescentes LGB, são relatados na literatura vários sintomas de saúde mental: tentativa de suicídio, depressão, distúrbios alimentares, insatisfação com a imagem corporal, problemas de conduta, elevado número de parceiros sexuais, auto-conceito reduzido, abuso de álcool e drogas, stress pós-traumático, ansiedade e isolamento social (D’Augelli, Pilkington & Hershberger, 2002; Harrison, 2003; Wichstrom & Hegna, 2003).

São vários os factores que potenciam o surgimento destes sintomas na população LGB, como se verifica no estudo de D’Augelli & Hershberger (1995), onde é confirmado que o abuso verbal, as ameaças e os ataques físicos têm impacto na saúde mental destes adolescentes. No entanto, verificou-se que o suporte familiar está associado a auto-aceitação e a menos dificuldades no âmbito da saúde mental. Mais recentemente D’Augelli, Pilkington & Hershberger (2002) obtiveram resultados idênticos, evidenciando que adolescentes LGB, cuja escolaridade se baseou em ataques físicos e verbais, apresentam sintomas na saúde mental.

Meyer (2003) refere que muitos estudos concluem que o suicídio é mais prevalente na população LGB comparativamente à população heterossexual, sobretudo em adolescentes. Safren & Heimberg (1999) compararam 56 LGB com 48 heterossexuais, entre os 16 e os 21 anos, e aferiram que os adolescentes LGB reportam maiores níveis de depressão, falta de esperança e ideação suicida. Contudo, quando controladas variáveis psicossociais (e.g. stress, suporte social e *coping*), as diferenças entre as duas amostras desapareceram. Por sua vez, Savin-Williams (2001) realizou alguns estudos onde constatou que muitas das tentativas de suicídio eram falsas e as verdadeiras tinham como objectivo comunicar as dificuldades da

vida ou identificar-se com a comunidade gay. Todavia, em determinados estudos não se registam sequer diferenças na ideação suicida entre LGB e heterossexuais. Como no estudo de Rutter & Soucar (2002), onde concluíram que os jovens LGB com suporte social demonstram menos risco de suicídio e níveis reduzidos de hostilidade, desespero e ideação suicida.

Concluindo, e como defende Priel & Besser (2002), o suporte social tem sido apontado como desempenhando um papel importante na predição de resiliência, de bem-estar e de saúde física e psicológica e, por conseguinte, de reduzidos níveis de homofobia internalizada.

6. Presente Estudo:

O presente estudo tem como objectivo verificar se a Percepção de Suporte Social contribui para a redução da Homofobia Internalizada, proporcionando assim níveis mais elevados de Resiliência e melhores índices de Saúde Mental no desenvolvimento da Identidade Sexual LGB.

Vários estudos (Beaty, 1999; Tharinger & Wells, 2000; Elizur & Ziv, 2001; Willoughby, Malik & Lindahl, 2006) reportam que a percepção de suporte social e uma relação positiva com os pais são indicadores positivos para uma resolução saudável do *coming out*, devido a uma atitude positiva acerca da sua orientação sexual e a um baixo nível de homofobia internalizada. Assim, coloca-se a seguinte hipótese: a percepção de suporte social contribui para uma redução da homofobia internalizada de adolescentes e jovens LGB.

Simultaneamente diversos estudos (D'Augelli & Hershberger, 1995; Safren & Heimberg, 1999; Rutter & Soucar, 2002; Priel & Besser, 2002) referem a existência de factores promotores de resiliência, como o suporte parental e a qualidade das relações. Evidenciam ainda que o suporte familiar está associado a uma elevada auto-aceitação, relacionando-se a menos dificuldades no âmbito da saúde mental. Neste sentido, a segunda hipótese formulada é: a percepção de suporte social promove comportamentos resilientes e um bom nível de saúde mental em adolescentes e jovens LGB.

Por fim, outros estudos (D'Augelli, Hershberger & Pilkington, 1998; Beaty, 1999; Bos, Standfort, Bruyn & Hakvoort, 2008; Weber, 2008) demonstram que os gays e os bissexuais experienciam mais homofobia internalizada comparativamente com as lésbicas e que estas se assumem mais perante a sua família. Evidenciam ainda que os jovens com menos homofobia internalizada fazem um *coming out* mais novos. Deste modo, coloca-se como última hipótese: existem diferenças significativas nos níveis de homofobia internalizada em função do género e da idade dos adolescentes e jovens LGB (ver revisão de literatura completa em Anexo 1).

Método

Participantes:

A amostra é constituída por 155 adolescentes e jovens gays, lésbicas e bissexuais, com idades compreendidas entre os 16 e os 22 anos. A amostra foi recolhida aleatoriamente através de associações de defesa dos direitos LGBT. Foi pedido aos participantes que preenchessem uma folha com os seus dados sócio-demográficos, como sexo, idade, orientação sexual, nível de escolaridade, origem étnica, e região (Tabela 1). De assinalar que relativamente à origem étnica a maioria dos participantes são caucasianos (93,4%) e o distrito com maior incidência é o de Lisboa (39%).

Tabela 1 – Distribuição da amostra por sexo, idade, orientação sexual e nível de escolaridade.

		%
Sexo	Masculino	51%
	Feminino	49%
Idade (X = 18.98; DP = 2.03)	16 anos	14,8%
	17 anos	14,8%
	18 anos	14,2%
	19 anos	12,3%
	20 anos	16,1%
	21 anos	12,9%
	22 anos	14,8%
Orientação Sexual	Gay	42,6%
	Lésbica	31,6%
	Bissexual	25,8%
Nível de Escolaridade	Médio	7,1%
	Secundário	54,2%
	Superior ou mais	38,7%

Instrumentos:

Para este estudo foi aplicado um instrumento composto por quatro escalas e um breve questionário de dados sócio-demográficos (ver Anexo 2).

Para medir a Percepção de Suporte Social, foi escolhida a **ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social**, de Pais-Ribeiro (1999). Esta é constituída por 15 itens integrados numa escala de Likert com cinco posições de «concordo totalmente» a «discordo totalmente». Os itens distribuem-se por quatro dimensões: *satisfação com família* (e.g. “estou satisfeito com a família que tenho”); *satisfação com amigos* (e.g. “estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho”); *intimidade* (e.g. “por vezes sinto-me só no mundo sem apoio”) e *actividades sociais* (e.g. “sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam”). Contudo, de forma a ir de encontro à problemática do estudo, foram acrescentados dois itens nas dimensões *satisfação com família* (“estou satisfeito com a qualidade da relação que tenho com a minha família”) e *satisfação com amigos* (“estou satisfeito com a qualidade da relação que tenho com os meus amigos”).

Para medir a Resiliência, foi aplicada a **CD-RISC – Connor-Davidson Resilience Scale**, de Connor & Davidson (2003), constituída por 25 itens integrados numa escala de Likert com cinco posições de «nunca» a «sempre». Estes itens representam cinco dimensões: *noção de competência pessoal, auto-eficácia e tenacidade* (e.g. “geralmente mesmo quando as coisas parecem sem solução, eu não desisto”); *confiança nos seus instintos, tolerância dos efeitos negativos e reforço nos efeitos de stress* (e.g. “geralmente gosto de desafios”); *aceitação positiva da mudança e relações seguras* (e.g. “geralmente tenho relações próximas e seguras”); *controlo* (e.g. “geralmente tenho orgulho naquilo que alcancei”); e *influência espiritual* (e.g. “geralmente sou capaz de lidar com qualquer situação”). Porém, pelo facto de não estar ainda aferida para a população portuguesa, efectuou-se um processo de tradução dos itens.

Para medir a Saúde Mental, foi utilizado o **MHI-5 – Versão reduzida do Inventário de Saúde Mental** (Ware & Sherbourne, 1992) adaptado à população Portuguesa por Pais-Ribeiro (2001), constituído por 5 itens integrados numa escala de Likert com seis posições de «sempre» a «nunca» referentes ao último mês. Estes itens representam quatro dimensões de saúde mental: *ansiedade* (e.g. “durante quanto tempo te sentiste muito nervoso?”), *depressão* (e.g. “durante quanto tempo te sentiste triste e em baixo?”), *perda de controlo emocional-comportamental* (e.g. “durante quanto tempo te sentiste triste e em baixo, de tal modo que

ninguém te conseguia animar?") e *bem-estar psicológico* (e.g. "durante quanto tempo te sentiste calmo e em paz?").

Para medir a Homofobia Internalizada, foi escolhido o **Questionário de Avaliação da Homofobia Internalizada** (Ross & Rosser, 1996) adaptada à população Portuguesa por Pereira (2001), constituído por 26 itens integrados numa escala de Likert com cinco posições de «concordo totalmente» a «discordo totalmente». O questionário distribui-se por duas dimensões: *percepção interna do estigma associado à homossexualidade* (e.g. "a homossexualidade é tão natural como a heterossexualidade") e *percepção externa do estigma associado à homossexualidade* (e.g. "a maioria das pessoas tem reacções negativas à homossexualidade").

No entanto, esta escala sofreu algumas alterações, uma vez que foi adaptada para Portugal com uma amostra de gays do sexo masculino sendo que no presente estudo a amostra é constituída por indivíduos de ambos os sexos. Neste sentido, foi acrescentado aos itens 4, 6, 7, 9, 10, 15, 16, 20, 23 e 24, onde se referia apenas a "gays", o termo "lésbicas". Por fim, foi também acrescentado o seguinte item: "mulheres lésbicas obviamente masculinas fazem-me sentir desconfortável", em contraposto ao item já existente: "homens gays obviamente efeminados fazem-me sentir desconfortável".

Procedimento:

Os dados do presente estudo foram obtidos através da aplicação de 4 questionários de auto-preenchimento aplicados a uma amostra de adolescentes e jovens lésbicas, gays e bissexuais. Em primeiro lugar, efectuou-se uma reunião com uma representante da direcção da Associação de defesa dos direitos de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgéneros - ILGA, a fim de apresentar os objectivos do estudo e decidir sobre a sua aprovação. Posteriormente os questionários foram distribuídos pelos frequentadores do centro comunitário. Os questionários foram expostos neste centro, juntamente com uma caixa onde os participantes os poderiam entregar de forma anónima.

Simultaneamente na rede EX-AEQUO, foi também realizada uma reunião com uma representante da associação, com o objectivo de dar a conhecer o estudo. Seguidamente o estudo foi divulgado através da rede de contactos e de associados desta associação, e seguido o mesmo procedimento.

Análise de Resultados

Os dados recolhidos através dos questionários foram introduzidos no SPSS, versão 17. Foi averiguada a existência de erros de introdução e de dados omissos, e nenhuma outra manipulação dos dados foi realizada.

Análise de Componentes Principais

Cada uma das escalas foi submetida a Análise de Componentes Principais utilizando o Método de Rotação Varimax.

Escala de Satisfação com o Suporte Social

A solução final produziu quatro factores com eigenvalues maiores que 1.00, tendo como variância explicada aproximadamente 67%. A análise do Scree Plot e da Matriz de Componentes revelou que apenas 3 factores deveriam ser retidos, sendo assim submetidos ao Método de Rotação Varimax.

Dos 18 itens originais, apenas 1 item foi eliminado devido à sua ambiguidade, uma vez que obteve pesos semelhantes em dois factores. Os itens com maior peso no factor 1, à semelhança da escala original, referem-se ao Suporte Social de Amigos, pelo que foi chamado a este factor **Suporte de Amigos**. No factor 2, e também à semelhança da escala original, os itens referem-se ao Suporte Social da Família, pelo que foi chamado a este factor **Suporte Familiar**. Finalmente, no factor 3 os itens que o constituem referem-se à falta de suporte social ou de participação em actividades sociais, pelo que foi chamado **Isolamento/Integração** (ver Tabela 2).

Por fim, na escala original de Satisfação com o Suporte Social foram identificados 4 factores. No presente estudo, os itens que diziam respeito aos factores originais “Intimidade” e “Actividades Sociais” fundiram-se num só (Isolamento/Integração) com alguma troca de itens com o factor Suporte de Amigos. A forma como os itens do terceiro factor se agruparam parece dizer respeito a uma dimensão específica que é o Isolamento versus a Integração em redes de suporte social.

Tabela 2 – Análise de Componentes Principais para a Escala de Satisfação com o Suporte Social

Satisfação com o Suporte Social		Factor 1 Suporte Amigos	Factor 2 Suporte Familiar	Factor 3 Isolamento /Integração
Eigenvalues:		4,318	3,664	2,763
% variância explicada: (Total: 60%)		23,988	20,353	15,348
Item nº				
1	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	0,794		
2	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	0,828		
3	Estou satisfeito com a qualidade da relação que tenho com os meus amigos	0,799		
4	Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	0,783		
5	Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria			0,421
6	Estou satisfeito com a família que tenho		0,749	
7	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família		0,857	
8	Estou satisfeito com a qualidade da relação que tenho com a minha família		0,878	
9	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família		0,614	
10	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família		0,819	
11	Por vezes sinto-me só no mundo sem apoio			0,469
12	Quando preciso de desabafar encontro facilmente alguém com quem o fazer	0,705		
13	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	0,769		
14	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas			0,503
15	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria			0,715
16	Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam			0,808
17	Gostava de participar mais em actividades de organizações (p. ex. associações, clubes, partidos políticos, etc.)			0,666

Média	2.21	2.72	3.17
Desvio-Padrão	1.01	1.03	.88
Coeficiente α (Total = .87)	.90	.83	.72

Escala de Resiliência

A solução produziu quatro factores com eigenvalues maiores que 1.00, tendo como variância explicada aproximadamente 63%. A análise do Scree Plot e da Matriz de Componentes revelou que apenas 1 factor deveria ser retido, após eliminar 3 itens devido à sua ambiguidade. Assim, a solução final produziu apenas 1 factor com 19 itens (ver Tabela 3).

A escala original de Resiliência é constituída por 5 factores e apresentou uma consistência interna global de .89. Porém, no presente estudo, a análise de componentes principais produziu apenas 1 factor, mas com uma consistência interna superior à original (.94). É de salientar que o desenvolvimento da escala original foi feito com amostras retiradas da população geral com uma média de idades de 44 anos, contrastando com a média de idades de 19 anos desta amostra.

Tabela 3 – Análise de Componentes Principais para a Escala de Resiliência

Resiliência		Factor 1
Eigenvalues:		9,859
% variância explicada:		44,814
Item nº		
1	Geralmente sou capaz de me adaptar a mudanças	0,739
2	Geralmente tenho relações próximas e seguras	0,594
3	Geralmente sou capaz de lidar com qualquer situação	0,712
4	Os meus sucessos do passado dão-me confiança para enfrentar novos desafios	0,670
5	Geralmente sou capaz de ver o lado positivo das coisas	0,714
6	Geralmente sou capaz de me erguer depois de dificuldades	0,795
7	Geralmente dou sempre o meu melhor em todas as situações	0,689

8	Geralmente sou capaz de atingir os meus objectivos	0,766
9	Geralmente mesmo quando as coisas parecem sem solução, eu não desisto	0,758
10	Quando estou sob pressão, eu consigo concentrar-me e pensar claramente	0,583
11	Prefiro tomar eu as decisões na resolução de problemas	0,677
12	Não desencorajo facilmente com o fracasso	0,642
13	Geralmente penso em mim como uma pessoa forte	0,703
14	Geralmente sou capaz de tomar decisões difíceis	0,713
15	Geralmente sou capaz de lidar com sentimentos desagradáveis	0,636
16	Geralmente tenho controlo sobre a minha vida	0,737
17	Geralmente gosto de desafios	0,631
18	Geralmente trabalho para alcançar os meus objectivos	0,805
19	Geralmente tenho orgulho naquilo que alcancei	0,775
Média		2.47
Desvio-Padrão		.74
Coefficiente α		.94

Escala de Saúde Mental

A solução final produziu apenas 1 factor com eigenvalues maiores que 1.00, constituído por cinco itens (ver Tabela 4). Contudo, obteve-se no presente estudo uma consistência interna ligeiramente inferior à obtida na escala original, ainda que os altos níveis de correlação inter-itens se mantenham.

Tabela 4 – Análise de Componentes Principais para a Escala de Saúde Mental

Saúde Mental		Factor 1
Eigenvalues:		3,480
% variância explicada:		69,610

Item nº	
1	Durante quanto tempo te sentiste muito nervoso
2	Durante quanto tempo te sentiste calmo e em paz
3	Durante quanto tempo te sentiste triste e em baixo
4	Durante quanto tempo te sentiste triste e em baixo, de tal modo que ninguém te conseguia animar
5	Durante quanto tempo te sentiste uma pessoa feliz
Média	3.08
Desvio-Padrão	.99
Coefficiente α	.89

Escala de Homofobia Internalizada

A solução produziu 9 factores com eigenvalues maiores que 1.00, tendo como variância explicada aproximadamente 66%. A análise do Scree Plot e da Matriz de Componentes revelou que apenas 2 factores deveriam ser retidos, tendo sido submetidos ao Método de Rotação Varimax.

A solução final de 2 factores conta com 25 itens, após a eliminação de 2 itens devido à sua ambiguidade. Os itens com maior peso no factor 1, à semelhança da escala original, referem-se a uma auto-percepção de homonegatividade, pelo que foi nomeado **Percepção interna do estigma associado à homossexualidade**. Os itens com maior peso no factor 2, também à semelhança da escala original, referem-se à percepção da homonegatividade exterior, pelo que foi nomeado **Percepção externa do estigma associado à homossexualidade**. Dado os resultados serem tão semelhantes aos encontrados na adaptação desta escala a Portugal, foram nomeados da mesma forma (ver Tabela 5). De salientar, contudo, que apenas 1 item da escala original transitou do factor Percepção interna do estigma para o factor Percepção externa do estigma (item 12 – “é importante para mim controlar quem sabe da minha homossexualidade”).

Tabela 5 – Análise de Componentes Principais para a Escala de Homofobia Internalizada

Homofobia Internalizada		Factor 1 Percepção interna do estigma	Factor 2 Percepção externa do estigma
Eigenvalues:		5,209	2,876
% variância explicada: (Total: 30%)		19,294	10,652
Item nº			
1	Homens gays obviamente efeminados fazem-me sentir desconfortável	0,419	
2	Prefiro ter parceiros sexuais anónimos	0,227	
3	A vida seria mais fácil se eu fosse heterossexual		0,518
4	A maioria dos meus amigos são gays, lésbicas ou bissexuais	0,293	
5	Não me sinto confiante para me “atirar” a uma pessoa do mesmo sexo que eu	0,377	
6	Sinto-me confortável em bares gays/lésbicos	0,464	
7	Situações sociais com homens gays ou mulheres lésbicas fazem-se sentir desconfortável	0,609	
8	Não gosto de pensar na minha homossexualidade/bissexualidade	0,514	
9	Quando penso em homens gays, mulheres lésbicas ou bissexuais penso em situações negativas	0,514	
10	Sinto-me confortável ao ser visto em publico com um homem explicitamente gay ou uma mulher explicitamente lésbica	0,402	
11	Sinto-me confortável ao falar sobre homossexualidade num local público	0,305	
12	É importante para mim controlar quem sabe da minha homossexualidade		0,430
13	A maioria das pessoas tem reacções negativas à homossexualidade		0,719
14	A homossexualidade não é contra a vontade de Deus	0,288	
15	A sociedade ainda pune as pessoas por serem gays, lésbicas ou bissexuais		0,809
16	Eu protesto se contarem alguma piada contra gays ou lésbicas na minha presença	0,311	
17	Preocupo-me com o meu envelhecimento sendo homossexual/ bissexual		0,403
18	Preferia ser mais heterossexual	0,653	
19	A maioria das pessoas não discrimina os gays e as lésbicas		0,666

20	Sinto-me confortável com a minha homossexualidade/ bissexualidade	0,568	
21	Não estou preocupado com que descubram que sou gay/lésbica/bissexual	0,657	
22	A discriminação de gays e lésbicas ainda é comum		0,729
23	Mulheres lésbicas obviamente masculinas fazem-me sentir desconfortável	0,478	
24	Mesmo que pudesse mudar a minha orientação sexual, não mudava	0,688	
25	A homossexualidade é tão natural como a heterossexualidade	0,509	
	Média	2.06	3.62
	Desvio-Padrão	.55	.73
	Coeficiente α	.80	.71

Análise de Regressão Múltipla

Primeira Hipótese:

Por forma a analisar a primeira hipótese deste estudo, ou seja, a influência da Percepção de Suporte Social nos níveis de Homofobia Internalizada, foram obtidas as Correlações de Pearson para as variáveis em estudo (ver Tabela 6) e foram conduzidas duas Análises de Regressão Múltipla, método stepwise. Na primeira Análise de Regressão Múltipla foi introduzida a Percepção Interna do Estigma como variável critério e as variáveis Suporte de Amigos, Suporte Familiar e Isolamento/Integração como variáveis preditivas. Na segunda Análise de Regressão Múltipla foi introduzida a Percepção Externa do Estigma como variável critério e Suporte de Amigos, Suporte Familiar e Isolamento/Integração novamente como variáveis preditivas. Os resultados obtidos são expostos conjuntamente na Tabela 7.

Tabela 6 – Matriz Correlacional de Pearson para a Percepção Interna e Percepção Externa do Estigma associado à Homossexualidade

	Variáveis Independentes		
	Suporte de Amigos	Suporte Familiar	Isolamento/Integração
Percepção Interna Estigma	.13	-.03	.26*
Percepção Externa Estigma	.28*	.03	.34*
Suporte de Amigos	--	.37*	.50*

Suporte Familiar	.37*	--	.20**
Isolamento/Integração	.50*	.20**	--

* $\alpha \leq .001$

** < .01

Tabela 7 – Regressão Múltipla para a influência da Percepção de Suporte Social nos níveis de Homofobia Internalizada

	Percepção Interna do Estigma			Percepção Externa do Estigma		
	Beta	Sig	R2	Beta	Sig	R2
Isolamento/Integração	.26	.001	.07	.34	< .001	.11
Suporte Familiar	n.s.	n.s.	--	n.s.	n.s.	--
Suporte Amigos	n.s.	n.s.	--	n.s.	n.s.	--

De entre os factores de Suporte Social, apenas o Isolamento/Integração contribuiu significativamente para a redução da Homofobia Internalizada, tanto ao nível da Percepção Interna do Estigma associado à Homossexualidade, como ao nível da Percepção Externa do Estigma associado à Homossexualidade.

Segunda Hipótese:

Por forma a testar a segunda hipótese deste estudo, isto é, a influência da Percepção de Suporte Social nos níveis de Resiliência e de Saúde Mental, foram obtidas as Correlações de Pearson para as variáveis em estudo (Tabela 8) e foram conduzidas duas Análises de Regressão Múltipla, método stepwise. Na primeira Análise de Regressão Múltipla foi introduzida a Resiliência como variável critério e as variáveis Suporte de Amigos, Suporte Familiar e Isolamento/Integração como variáveis preditivas. Na segunda Análise de Regressão Múltipla foi introduzida a Saúde Mental como variável critério e Suporte de Amigos, Suporte Familiar e Isolamento/Integração igualmente como variáveis preditivas. Os resultados obtidos são expostos conjuntamente na Tabela 9.

Tabela 8 – Matriz Correlacional de Pearson para a Resiliência e para a Saúde Mental

	Variáveis Independentes		
	Suporte de Amigos	Suporte Familiar	Isolamento/Integração
Resiliência	.22**	.22**	.26*
Saúde Mental	.37*	.20**	.58*

Suporte de Amigos	--	.370*	.50*
Suporte Familiar	.22**	--	.20**
Isolamento/Integração	.50*	.20**	--

* $\alpha \leq .001$

** < .01

Tabela 9 – Regressão Múltipla para a influência da Percepção de Suporte Social nos níveis de Resiliência e de Saúde Mental

	Resiliência				Saúde Mental		
	Beta	Sig	R2		Beta	Sig	R2
Isolamento/Integração	.26	.001	.07		.58	< .001	.34
Suporte Familiar	.17	.005	.10		n.s.	n.s.	--
Suporte Amigos	n.s.	n.s.	--		n.s.	n.s.	--

De entre os diversos factores da Percepção de Suporte Social, o Isolamento/Integração e o Suporte Familiar contribuíram significativamente para a Resiliência. No caso da Saúde Mental, apenas o Isolamento/Integração contribuiu significativamente.

É de salientar o valor elevado de R2 e o peso explicativo ($B = .58$) do Isolamento/Integração na Saúde Mental, o que demonstra um muito maior contributo do Suporte Social ao nível da integração numa rede de suporte para a Saúde Mental do que para os níveis de Resiliência.

Análise de Variância

Terceira Hipótese:

Por forma a testar a terceira hipótese deste estudo, ou seja, averiguar se os níveis de Homofobia Internalizada diferem em função da Idade e do Género dos participantes, foram conduzidas duas ANOVA factoriais a dois factores. Para testar as diferenças em função da idade os participantes foram divididos em dois grupos etários, em que o primeiro grupo continha as idades compreendidas entre os 16 e os 18 anos e o segundo grupo continha as idades entre os 19 e os 22. Esta divisão foi feita com base na maioridade, separando desta

forma adolescentes de jovens adultos. Neste sentido, grupo etário e gênero foram introduzidos simultaneamente em cada análise, sendo que os resultados são apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 – Média e Desvio-Padrão para os níveis de Homofobia Internalizada em função da Idade e do Gênero

	Percepção Interna do Estigma		Percepção Externa do Estigma	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
16 – 18 anos	X = 1.97 DP = .55	X = 2.25 DP = .59	X = 3.54 DP = .78	X = 3.81 DP = .70
19 – 22 anos	X = 1.86 DP = .45	X = 2.19 DP = .56	X = 3.45 DP = .59	X = 3.67 DP = .82

A análise de variância revelou que existem diferenças significativas de gênero nos níveis de Homofobia Internalizada, tanto na Percepção Interna do Estigma (**F (1,155) = 12,711, p < .001**), como na Percepção Externa do Estigma (**F (1, 155) = 4,282, p < .05**), em que o sexo masculino apresenta maiores níveis de Homofobia Internalizada. Porém, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos etários para nenhum dos níveis de Homofobia Internalizada.

Discussão

A primeira hipótese colocada neste estudo confirmou-se parcialmente. A Percepção de Suporte Social contribuiu para uma redução dos níveis de Homofobia Internalizada, mas apenas a dimensão Isolamento/Integração surgiu como significativamente contribuindo para esta redução, de onde se esperava que o Suporte de Amigos e o Suporte Familiar também contribuíssem. Os itens que constituem o factor Isolamento/Integração dão conta da falta de apoio, da falta de actividades sociais e de isolamento. Foram no entanto recodificados, de acordo com os restantes itens da escala, de forma a darem conta de uma atitude positiva, ou seja, de integração. O que se observou no presente estudo foi que estes jovens obtiveram valores médios mais elevados neste factor do que nos restantes factores de suporte, revelando assim, não só uma maior importância do factor Integração do que do Suporte de Amigos ou do Suporte Familiar, mas principalmente que a integração em actividades sociais (e.g. Associações) combate sentimentos de isolamento e fornece uma boa rede de suporte social.

De facto, esta amostra foi totalmente recolhida em Associações de defesa de direitos LGBT, que é em si uma rede de suporte social onde estão integrados todos os jovens desta amostra. Assim, parece que a Integração com estes pares fornece também uma rede de Suporte de Amigos (Anderson, 1998) onde os jovens encontram uma maior aceitação e onde se pode desenvolver o processo de coming-out de uma forma positiva (Elizur & Ziv, 2001).

Neste sentido, à luz do modelo de desenvolvimento da identidade sexual LGB de Cass (1984), poderá assumir-se ainda que a maioria dos jovens desta amostra estarão a completar tarefas das etapas *tolerância da identidade* e/ou *aceitação da identidade*, tendo em conta o facto de estarem integrados em Associações LGBT. A procura de pares e de associações que partilhem da mesma orientação sexual demonstra que os jovens se encontram a questionar a sua identidade e numa procura de auto-aceitação da mesma, o que parece justificar esta dimensão do suporte social como a que mais influencia a diminuição dos níveis de Homofobia Internalizada.

No que diz respeito à segunda hipótese, acerca da influência da Percepção do Suporte Social nos níveis de Resiliência e de Saúde mental, foram encontrados resultados semelhantes. O Isolamento/Integração foi novamente o factor da Percepção de Suporte Social com maior influência nos níveis de Resiliência e de Saúde Mental. Contudo, a percepção de Suporte Familiar foi também significativa nos níveis de Resiliência.

Este resultado vai no sentido daquilo que é descrito na literatura, ou seja, que o Suporte Familiar é fundamental para que o adolescente ou jovem desenvolva os recursos internos necessários de auto-aceitação e auto-confiança, no sentido de procurarem outras fontes de ajuda, partilha e compreensão (e.g. Associações LGB) para o trajecto complexo que é a integração da identidade sexual (Kitano, Margie, Lewis & Rena, 2004; Frost & Meyer, 2009).

Esta procura revela assim a presença de competências de Resiliência uma vez que os adolescentes e jovens, ao procurarem estar envolvidos na comunidade, deixam de ficar isolados e passam a estar integrados numa rede de suporte social alternativa. Estas redes servem de defesa contra a discriminação e sentimentos de negatividade em relação à sua orientação sexual noutros contextos em que se inserem (como a escola), visto que a percepção de heterossexismo está associada a níveis elevados de raiva e de ansiedade (Swim, Johnston & Pearson, 2009). Deste modo, estas associações e respectivos grupos de suporte social fomentam também sentimentos de pertença e de comunidade.

No que diz respeito à Saúde Mental, é referido na literatura que a família representa um papel importante no processo de auto-aceitação do adolescente, amortecendo os efeitos adversos do processo de revelação da orientação sexual (Beaty, 1999; Willoughby, Malik & Lindahl, 2006). Porém, no presente estudo, o Suporte Familiar não contribuiu significativamente para os níveis de Saúde Mental. Isto pode ser explicado pelo facto de relações de suporte com outras pessoas da mesma orientação sexual, da experiência de aceitação por outros significativos e do nível de tolerância e segurança com o contexto sócio-cultural (e.g. Associações LGBT) influenciarem o desenvolvimento, a estratégia e os objectivos da trajectória de integração da identidade sexual homossexual (Elizur & Ziv, 2001). Tendo em conta que esta amostra foi recolhida em associações onde os jovens terão encontrado e estabelecido relações de suporte, bem como modelos positivos, a família poderá desempenhar um papel secundário e menos significativo.

Por sua vez, a dimensão Isolamento/Integração contribuiu significativamente para os níveis de Saúde Mental. De facto, o isolamento social e as relações pobres com os pares estão entre os factores mais comuns encontrados em adolescentes e jovens que apresentam sintomas de reduzida saúde mental (e.g. sentimentos de marginalização, inaceitação, depressão, ideação suicida) (D'Augelli, Pilkington & Hershberger, 2002; Hall-Lande, Eisenberg, Christenson & Neumark-Sztainer, 2007). Mesmo quando estes perigos não parecem ser eminentes para um jovem que experiencia alguma forma de isolamento, existem efeitos a longo prazo (problemas com a saúde física e mental adulta, perturbação nas relações sociais) (Hazler & Denham, 2002). Pelo contrário, o adolescente ou jovem que se envolva e se integre socialmente de

forma positiva, consegue encontrar bons modelos de referência e inspirar-se a empenhar-se ainda mais em acções positivas. Esta cadeia positiva de auto-reforço reclama poder para os jovens LGB e reforça bons estereótipos ao mesmo tempo que desmistifica os negativos (Riggle, Whitman, Olson, Rostosky & Strong, 2008).

Quanto à terceira hipótese do presente estudo, esta confirmou-se apenas em parte. Foram encontradas diferenças de género nos níveis de Homofobia Internalizada, mas não diferenças entre adolescentes e jovens adultos. Desta forma, verificou-se que os níveis de Homofobia Internalizada variam em função do género, sendo que o género masculino apresenta maiores níveis da mesma. Estes resultados vão no sentido do que tem sido reportado na literatura, em que as tarefas associadas ao revelar a orientação sexual provocam mais sentimentos de perigo nos homens do que nas mulheres, tendo em conta que as sanções sociais contra a homossexualidade são mais extremas para os homens do que para as mulheres (Mohr & Fassinger, 2003). Mais, de acordo com a construção social dos papéis de género, o início da formação da identidade LGB para as mulheres muitas vezes tem lugar no contexto de relações e comunidades, enquanto que para os homens o processo de formação de identidade muitas vezes começa num contexto de atracção sexual e de experimentação. Para além disso, os jovens gay tendem consistentemente a ser mais vitimizados do que as lésbicas, e simultaneamente, a crença de que as pessoas LGB são incapazes de relações íntimas duradouras é um estereótipo fundamental que recai principalmente nos homens gay (D'Augelli, Pilkington & Hershberger, 2002).

Por outro lado, o não terem sido encontradas diferenças de idade nos níveis de Homofobia Internalizada entende-se à luz das características desta amostra. Pelo facto de se tratar de jovens integrados em Associações LGBT, e sendo esta integração a mais importante fonte de suporte social encontrada, pode-se esperar que independentemente da idade eles estejam em níveis semelhantes de auto-aceitação no que diz respeito à sua orientação sexual (Cass, 1984).

Encontram-se na literatura vários tipos de Isolamento no âmbito da população LGB, como o Isolamento Cognitivo (em que os adolescentes ou jovens poderão ter um grande limite de acesso a informação sobre os assuntos relativos à orientação sexual); o Isolamento Emocional (como resultado das mensagens negativas constantes da família, pares e funcionários da escola acerca da homossexualidade, que provocam sentimentos de vergonha e de culpabilidade); e o Isolamento Social (não apenas dos seus pares e família a quem não

podem falar da sua orientação sexual, mas também dos poucos amigos a quem contaram). Assim, as mensagens negativas e a falta de informação nas escolas acerca da homossexualidade, contribuem para o conflito interno que muitos adolescentes e jovens experienciam como resultado dos sentimentos acerca da sua orientação sexual (Plaza, Corrine, Crouse, Rounds & Kathleen, 2002). De facto, os adolescentes e jovens lutam por se tornarem indivíduos únicos e sociais e, simultaneamente, têm uma necessidade particular das várias formas de suporte. Quando este suporte falha, surge o isolamento que poderá fomentar a progressão de uma dissonância característica da adolescência para consequências mais perigosas, que poderão incluir perturbações emocionais e sociais ao longo da vida (Hazler & Denham, 2002). Pois, a formação da identidade lésbica ou gay envolve um período de negociação consigo mesmo, com a família e com a sociedade. Sendo que ao longo deste processo, os LGB tornam-se conscientes do heterossexismo e da homofobia nos seus ambientes, e ficam predispostos a sentirem revolta como resultado de serem ostracizados pela população maioritariamente heterossexual (Weber, 2008).

Assim, só quando a homossexualidade deixar de ser um critério de classificação e passar a ser vista como mais uma característica das pessoas, é que o conceito de Homofobia Internalizada deixará de fazer sentido, pois a preocupação com o facto de se ser homossexual desaparecerá (Pereira & Leal, 2002). Desta forma, a homossexualidade será vista, sem excepção, como uma variante normal da expressão sexual humana, tal como a heterossexualidade (Herek, 2007).

Direcções futuras:

Perante os resultados do presente estudo, considera-se pertinente examinar em estudos futuros a importância, a influência e o papel dos diferentes tipos de suporte (cognitivo, emocional, social, etc.). Parece ser igualmente interessante e importante explorar a diferença entre percepção de suporte de pares igualmente LGB e de suporte de pares heterossexuais, no sentido de verificar se existem diferenças nos níveis de auto-aceitação e de auto-confiança. Por fim, é necessário ainda ter em conta que a Homofobia Internalizada pode ser considerada como causa ou como efeito, isto é, pode ser efeito de falta de Suporte Social, menores níveis de Resiliência e de Saúde Mental; como pode ser também uma causa para que o adolescente ou jovem não procure suporte e demonstre menos competências de resiliência e baixos níveis de saúde mental. Neste sentido, torna-se relevante mais investigação sobre esta associação.

Limitações:

Este estudo utilizou uma amostra por conveniência de apenas adolescentes e jovens integrados em Associações, o que não permite generalizar os resultados à população LGB. De facto, os resultados obtidos apontam no sentido de que a integração em associações foi mais importante que outras fontes de suporte social medidas neste estudo.

Conclusão

Os resultados obtidos no presente estudo, apesar de não poderem ser generalizados a toda a população LGB, desafiam a maioria da literatura existente que defende que estes adolescentes e jovens seguem um caminho de desenvolvimento que leva a um comportamento disfuncional, não tendo em conta que as suas competências, o seu suporte social e a sua resiliência são fundamentais para potenciar as suas competências desenvolvimentais.

Neste sentido, as escolas não podem continuar a ignorar a presença de adolescentes e jovens que se auto-identificam como gay, lésbica e bissexual ou que começam a questionar a sua orientação sexual (Munoz-Plaza, Corrine, Crouse, Rounds & Kathleen, 2002). De facto, tal como demonstrado por Murdock & Bolch (2005), os jovens que apresentam maior suporte por parte dos professores e estão integrados numa escola que não exclui os LGB apresentam um maior sentimento de pertença. Desta forma, era essencial estabelecer na escola grupos de suporte para estudantes LGB e seus amigos, incluir na biblioteca da escola informação acerca desta temática e desenvolver no programa curricular temas acerca da homossexualidade, deixando de ser um tema tabu (Tharinger & Wells, 2000). Simultaneamente, conceber iniciativas que ajudem os estudantes a desenvolver uma identidade LGB positiva, poderão contribuir para ganharem a motivação e a confiança necessária no sentido de procurarem maiores níveis de aceitação e de integração entre os amigos e a família (Sheets & Mohr, 2009). É importante ainda que no âmbito dos alunos LGB seja formada uma *Gay-Straight Alliance*, onde se discuta abertamente temáticas relativas à homo ou bissexualidade e que simultaneamente represente uma força de justiça social dentro das instituições de ensino (Friedman-Nimz, Altman, Cain, Korn, Karger, Witsch, Muffly & Weiss, 2006).

Por fim, integrados ou não em escolas, os Psicólogos precisam de examinar as suas crenças e valores acerca dos adolescentes LGB, de estar confortáveis com a sua orientação sexual e de reconhecer e compreender a diversidade entre estes jovens e seu desenvolvimento, tal como os jovens heterossexuais cuja individualidade é única (Anderson, 1998).

Referências Bibliográficas

- Armstrong, M., Birnie-Lefcovitch, S. & Ungar, M. (2005). Pathways between social support, family well being, quality of parenting, and child resilience: What we know. *Journal of Child and Family Studies*, 12(2), 269-281.
- Anderson, A. L. (1998). Strengths of gay male youth: An untold story. *Child and Adolescent Social Work Journal* 15(1), 55-71.
- Beaty, L. A. (1999). Identity development of homosexual youth and parental and familial influences on the coming out process. *Adolescence*, 135(34), 597-602.
- Bem, D. J. (1996). Exotic becomes erotic: A development theory of sexual orientation. *Psychological Review*, 103(2), 320-335.
- 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.
- Cass, V. (1984). Homosexual identity formation: Testing a theoretical model. *The Journal of Sex Research*, (20)2, 143-167.
- Connor, K. & Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- D'Augelli, A. R. & Hershberger, S. L. (1995). The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Developmental Psychology*, 31(1), 65-74.
- D'Augelli, A. R., Hershberger, S. L. & Pilkington, N. W. (1998). Lesbian, gay and bisexual youth and their families: Disclosure of sexual orientation and its consequences. *American Journal of Orthopsychiary*, 68(3), 361-371.

- D'Augelli, A. R., Hershberger, S. L. & Pilkington, N. W. (2002). Incidence and mental health impact of sexual orientation victimization of lesbian, gay, and bisexual youths in High School. *School Psychology Quarterly*, 17(2), 148-167.
- DeLongis, A. & Holtzman, S. (2005). Coping in context: The role of stress, social support, and personality in coping. *Journal of Personality*, 73(6), 1-24.
- Elizur, Y. & Ziv, M. (2001). Family support and acceptance, gay male identity formations, and psychological adjustment: A path model. *Family Process*, 40(2), 125-144.
- Fergus, S. & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
- Ferreira, J. & Ferreira, A. (2000). A Adolescência e o grupo de pares. M. T. Medeiros (Ed.). *Adolescência: Abordagens, Investigações e Contextos de Desenvolvimento*.
- Fleming, M. (1993). *Adolescência e Autonomia – O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Afrontamento.
- Friedman-Nimz, R., Altman, J., Cain, S., Korn, S., Karger, M., Witsch, M., Muffly, S. & Weiss, M. (2006). Blending support and social action: the power of a Gay-Straight Alliance and PrideWorks Conference. *The Journal of Secondary Gifted Education*, 17(4), 258-264.
- Frost, D. & Meyer, I. (2009). Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men and bisexuals. *Journal of Counselling Psychology*, 56(1), 97-109.
- Harrison, T. W. (2003). Adolescent homosexuality and concerns regarding disclosure. *Journal of School Health*, 73(3), 107-113.
- Harvey, J. & Delfabbro, P. (2004). Psychological resilience in disadvantage youth: A critical overview. *Australian Psychologist*, 39(1), 3-13.

- Hazler, R. & Denham, S. (2002). Social isolation of youth at risk: Conceptualizations and practical implications. *Journal of Counselling and Development*, 80, 403-409.
- Herek, G. M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of Social Issues*, 63(4), 905-925.
- Hospers, H. J. & Jansen, A. (2005). Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(8), 1188-1201.
- Iborra, A. (2007). Dealing with homosexuality in a homophobic culture: A self-organization approach. *Integrated Psychology Behaviour*, 41, 285-295.
- Kidd, S. & Shahar, G. (2008). Resilience in homeless youth: The key role of self-esteem. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 163-172.
- Kitano, L., Margie, K., Lewis, R. & Rena, B. (2004). Resilience and coping: Implications for gifted children and youth at risk. *Roeper Review*, 27(4), 1-14.
- Matos, A. C. (2002). *A Adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- 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.
- Mohr, J. & Fassinger, R. (2003). Self-acceptance and self-disclosure of sexual orientation in lesbian, gay and bisexuals adults: An attachment perspective. *Journal of Counselling and Psychology*, 50(4), 482-495.
- Murdock, T. & Bolch, M. (2005). Risk and protective factors for poor school adjustment in lesbian, gay and bisexuals (LGB) high school youth: Variable and person-centred analyses. *Psychology in the Schools*, 42(2), 159-172.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(XVII), 547-558.

- Pais-Ribeiro, J. L. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1(2), 77-99.
- Pereira, A., Motta, E., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A., Ferreira, J. & Rodrigues, M. J. (2008). *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.). Porto. Intervenção em Psicologia e Saúde.
- Pereira, H. (2001). *A homofobia internalizada e os comportamentos para a saúde numa amostra de homens homossexuais*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Pereira, H. (2005). *A identidade (homo)sexual: a construção de um modelo empírico*. Dissertação de Doutoramento apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Plaza, M., Corrine, F., Quinn, L., Crouse, S., Rounds, M., Kathleen, A. (2002). Lesbian, Gay, Bisexual and transgender students: Perceived social support in the high school environment. *High School Journal*, 85(4), 1-12.
- Priel, B. & Besser, A. (2002). Perceptions of early relationships during the transition to motherhood: The mediating role of social support. *Infant Mental Health Journal*, 23, 343-360.
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo vital da família – Perspectiva Sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Riggle, E., Whitman, J., Olson, A., Rostosky, S. & Strong, S. (2008). The positive aspects of being a lesbian or gay man. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(2), 210-217.
- Rivers, I. & Noret, N. (2008). Well-being among same-sex and opposite-sex attracted youth at school. *School Psychology Review*, (37)2, 174-187.
- Ross, M. W. & Rosser, B. R. (1996). Measurement and correlates of internalized homophobia: A factor analytic study. *Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 15-21.

- Rutter, P. & Soucar, E. (2002). Youth suicide risk and sexual orientation. *Adolescence*, 37(146), 289-299.
- Safren, S. & Heimberg, R. (1999). Depression, hopelessness, suicidality, and related factors in sexual minority and heterosexual adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 859-866.
- Savin-Williams, R. C. (1995). An exploratory study of pubertal maturation timing and self-esteem among gay and bisexual male youths. *Developmental Psychology*, (31)1, 56-64.
- Savin-Williams, R. C. (2001). Suicide attempts among sexual-minority youths: Population and measurement issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 983-991.
- Savin-Williams, R. C. (2002). A critique of research on sexual-minority youths. *Journal of Adolescence*, 24, 5-13.
- Sheets, R. & Mohr, J. (2009). Perceived social support from friends and family and psychosocial functioning in bisexual young adult college students. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 152-163.
- Strecht, P. (2005). *Vontade de Ser – Textos sobre adolescência*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- 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.
- Swim, J. Johnston, K. & Pearson, N. (2009). Daily experiences with heterosexism: Relations between heterosexist hassles and psychological well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(5), 597-629.
- Tharinger, D. & Wells, G. (2000). An attachment perspective on the developmental challenges of gay and lesbian adolescents: The need for continuity of caregiving from family and schools. *School Psychology Review*, 29(2), 158-172.

- Ware, J. & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Weber, G. N. (2008). Using to numb the pain: Substance use and abuse among lesbian, gay, and bisexual individuals. *Journal of Mental Health Counselling*, 30(1), 31-48.
- 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.
- Willoughby, B., Malik, N. & Lindahl, K. (2006). Parental reactions to their sons 'sexual orientation disclosures: The roles of family cohesion, adaptability, and parenting style. *Psychology of Men & Masculinity*, (7)1, 14-26.
- Wyman, P. A., Sandler, I., Wochik, S. & Nelson, K. (2000). Resilience as cumulative competence promotion and stress protection: Theory and intervention. In D. Cichemi, J. Rappapart, I. Sandler, R. Weissberg (Eds.). *The Promotion of Wellness in Children and Adolescents* (pp.133-184).Washington, D.C.: CWLA Press.

Anexo 1

Revisão de Literatura Completa

1. Identidade Sexual

“Nunca amamos ninguém. Amamos, tão-somente, a ideia que fazemos de alguém. É a um conceito nosso – em suma, é a nós mesmos – que amamos. Isso é verdade em toda a escala do amor. No amor sexual buscamos um prazer nosso dado por intermédio de um corpo estranho. No amor diferente do sexual, buscamos um prazer nosso dado por intermédio de uma ideia nossa.”

(Pessoa, 1982, [online]).

É na adolescência que a sexualidade ganha maior importância, uma vez que é neste período que os jovens constroem a sua identidade sexual (Relvas, 1996). Neste sentido, e segundo Strecht (2005), a identidade sexual culmina no fim da adolescência com uma escolha de objecto heterossexual ou homossexual (numa percentagem que ronda os 10%), sendo uma das principais tarefas do crescimento psíquico para raparigas e rapazes. Vários modelos acerca do desenvolvimento da identidade sexual foi formulada ao longo dos anos. Porém, foram escolhidos apenas três modelos para serem expostos em maior profundidade nesta investigação: o de Cass (1979), o de Bem (1996) e o de Pereira (2005). As razões pelas quais foram escolhidos prendem-se com o facto de serem os modelos mais compreensivos e empiricamente sólidos que têm em consideração a importância da variável *orientação sexual* na construção da identidade sexual dos adolescentes. Para além disto, é de salientar ainda que o último modelo é bastante recente e tem validação empírica na população portuguesa.

O Modelo Integracionista:

A teoria do desenvolvimento da identidade sexual proposta por Daryl Bem (1996) integra as variáveis biológicas, como o papel hormonal e a importância do desenvolvimento fetal com as componentes culturais do sócio-construtivismo, como a importância dos papéis e comportamentos de género, na construção da orientação sexual.

Deste modo, o seu modelo especifica os antecedentes causais da atracção erótica ou sexual de um sujeito relativamente a pessoas do mesmo ou do sexo oposto. O seu modelo não

é o da construção da orientação sexual homossexual, mas sustenta um modelo mais ou menos universal do desenvolvimento da orientação sexual. Este autor propõe seis sequências temporais no desenvolvimento da orientação sexual: (A) variáveis biológicas e hormonais; (B) organização neuronal e temperamento; (C) actividades e preferências de pares típicas ou atípicas de género; (D) sentimento de diferença com os pares do mesmo ou do sexo oposto; (E) excitação autónoma pelos pares do mesmo ou do sexo oposto e (F) atracção romântica e erótica por pessoas do mesmo ou do sexo oposto.

(A) → (B), as variáveis biológicas (e.g. genes, hormonas pré-natais e neuroanatomia do cérebro) influenciam o temperamento da criança (e.g. agressividade e nível de actividade).

(B) → (C), o temperamento predispõe a criança a desfrutar de algumas actividades mais do que outras. Uma criança irá gostar mais de jogos e desportos competitivos (actividades típicas de macho), enquanto que outra irá preferir socializar ou brincar às bonecas (actividades típicas de fêmea), dependendo em grande parte mais do seu temperamento e nível de actividade do que do seu sexo anatómico. As crianças escolhem então brincar com os pares que partilharem o mesmo gostos pelas actividades, assim as que preferem actividades típicas e pares do seu sexo estão em conformidade com o seu género, as que preferirem actividades atípicas e pares do sexo oposto não estão em conformidade com o seu género.

(C) → (D), as crianças em conformidade com o género identificar-se-ão com os pares com quem partilham actividades e jogos e sentir-se-ão diferentes dos pares do sexo oposto, percebendo-os como diferentes, estranhos e exóticos. De forma idêntica, as crianças que não estão em conformidade com o género, sentir-se-ão diferentes dos pares do mesmo sexo, percebendo-os como diferentes, estranhos e exóticos.

(D) → (E), estes sentimentos de diferença e estranheza produzem uma excitação autónoma acrescida. Para as crianças *típicas-macho* poderão sentir antipatia e desprezo pelas raparigas; para as crianças *típicas-fêmea*, poderão sentir-se tímidas ou apreensivas na presença de rapazes. Pelo contrário, os rapazes chamados “mariquinhas” que são alvo de troça pelos seus pares masculinos, são prováveis de experienciar a forte excitação autónoma de medo e raiva na sua presença. Já as raparigas, não são tão punidas como os rapazes, mas não deixam de ser conhecidas como “maria-rapaz” e poderão ser desprezadas pelos seus pares femininos, sentindo uma tendência afectiva na sua presença.

Finalmente, **(E) → (F)**, independentemente do sexo da fonte específica da tendência afectiva da infância, esta é transformada nos anos seguintes numa atracção erótica / romântica. Esta teoria do “exótico torna-se erótico” assenta na base de que a atracção erótica e

romântica, que posteriormente se constituirá como orientação sexual, depende em grande parte do grupo de pares que é percebido como diferente e exótico (Bem, 1996, 323).

O Modelo Interaccionista:

A teoria desenvolvida por Vivienne Cass (1984), relativamente à construção da identidade sexual, caracteriza-se por uma interacção entre o *self* da pessoa, o seu comportamento e o ambiente social. O grande objectivo é que estas três condições estejam em harmonia, permitindo ao sujeito alcançar o equilíbrio.

O seu modelo consiste em seis etapas desenvolvimentais, nas quais o sujeito terá de resolver a contradição entre a percepção de si e dos outros ao nível cognitivo, comportamental e afectivo. Se o sujeito conseguir resolver esta contradição em cada uma das etapas, progride para a seguinte, alcançando a última etapa na qual a sua identidade está formada.

Na primeira etapa **confusão de identidade**, os sujeitos dão conta que as suas acções, pensamentos e sentimentos poderão ser definidos como homossexuais. Este facto provoca confusão, uma vez que a orientação sexual começa a ser questionada (e.g. “quem sou eu?”, “serei homossexual?”). Assim, o sujeito poderá considerar a possibilidade de uma identidade homossexual (aceitando-a como positiva, desejável e correcta ou como negativa, indesejável e errada), ou rejeitar por completo essa possibilidade encerrando o seu desenvolvimento e não progredindo para a fase seguinte (*identity foreclosure*).

Na etapa seguinte, **comparação de identidade**, tendo aceite a possibilidade de uma identidade homossexual, contudo não estando ainda seguro (e.g. “eu provavelmente sou homossexual”), o sujeito está perante sentimentos de alienação no momento em que diferenças entre o seu *self* e os outros não-homossexuais começam a surgir. Deste modo, o sujeito sente-se sozinho e diferente dos outros que o rodeiam. Começa também a sentir a necessidade de conhecer e falar com outros homossexuais, mas sente muito receio nesse acto, acabando por evitá-lo. Na verdade, não quer que ninguém saiba que poderá ser homossexual.

Posteriormente na **tolerância da identidade**, face a um crescimento no compromisso com uma auto-imagem homossexual, o sujeito procura a companhia de homossexuais a fim de preencher as suas necessidades sociais, sexuais e emocionais. No entanto, há ainda uma selecção nestes contactos, sendo percebidos como “necessários” em vez de “desejáveis”. No fundo, há uma *tolerância* relativamente à auto-imagem homossexual, em vez de uma *aceitação* da mesma. Nesta etapa o acto de se assumir como homossexual a heterossexuais é ainda muito difícil, o que leva à criação de duas imagens: uma pública (apresentando-se como

heterossexual) e uma privada (sendo homossexual), sendo que esta só é exibida na companhia de outros homossexuais.

Na **aceitação da identidade**, o aumento de contacto com a cultura gay e/ou lésbica leva a uma perspectiva mais positiva da homossexualidade e a um desenvolvimento gradual de amizades gays e lésbicas. Apesar de poder começar a adoptar um certo estilo de vida homossexual, a filosofia de que tem de estar acordo com a sociedade mantém-se e, como tal, faz-se passar por heterossexual em certas ocasiões (evitando reacções negativas contra a sua orientação sexual). Desta forma, assume-se apenas a alguns amigos e familiares. Esta etapa é caracterizada por um sentimento de paz, uma vez que o sujeito já se aceita como homossexual

Seguidamente, na etapa **orgulho na identidade**, o sujeito sente-se orgulhoso e satisfeito por ser e viver como homossexual. O seu grupo é agora constituído por homossexuais, percepcionando-o como importante e credível, enquanto que os heterossexuais se tornaram desacreditados e desvalorizados (e.g. “como se atreve a presumir que eu sou heterossexual?”). As suas actividades passam pela leitura de livros e revistas sobre a homossexualidade, sobretudo se são informativas e transmitem uma imagem positiva da população LGB. A raiva contra a estigmatização de homossexuais por parte da sociedade leva a uma confrontação assumida e propositada com heterossexuais, a fim de promover a validade e igualdade dos homossexuais.

Por último, a **síntese da identidade** define-se por contactos positivos com não-homossexuais, que ajudam a criar uma sensibilização relativamente à divisão rígida e incorrecta de bons homossexuais e maus heterossexuais. O orgulho e a raiva associados à etapa anterior são retidos em termos menos emocionais. As pessoas passam a ser percepcionadas pelo sujeito pelo seu carácter e características e não pela sua orientação sexual. Está assim formada uma identidade que une os aspectos privado e publico do *self*, conduzindo a sentimentos de paz e estabilidade.

É importante ainda referir que as etapas são sequenciais, havendo espaço para avanços e retrocessos. Mais, nem todos os gays e lésbicas passam por todas as fases, podendo ficar retidos entre uma e outra, por se recusarem a fazer o *coming out*, ou por não atingirem o orgulho, uma vez que foram vítimas de pressão ou de homofobia internalizada e institucional.

O Modelo Social-Construtivista:

Neste modelo, proposto por Henrique Pereira (2005), a dinâmica sócio-cultural desempenha um papel muito importante no desenvolvimento da identidade homossexual, ou

seja, a construção desta identidade realiza-se através das interacções adaptadas pelo contexto social. Assim, segundo o autor, a sexualidade humana e a identidade sexual é algo que irá sofrer mudanças ao longo do tempo, uma vez que as questões culturais que determinam as interacções e a forma como se constrói a identidade, estão em constante mutação. A identidade homossexual é, então, “o resultado da assimilação da orientação sexual” (Pereira, 2005, p. 296), isto é, a atracção, o comportamento e as fantasias homo-eróticas levam algum tempo a ser acomodadas pelo sujeito a um nível identitário.

Assim, a construção da identidade homossexual depende de quatro factores: **gestão da homofobia**, quanto mais eficazmente o sujeito gerir a homofobia, melhor se identificará como homossexual; **discriminação**, quanto menos discriminado o sujeito se sentir, mais facilmente se identificará como homossexual; **suporte social**, quanto mais suporte social o sujeito tiver, melhor se identificará como homossexual e, por fim, **trajectória da aceitação**, quanto melhor o sujeito souber lidar com o preconceito e, simultaneamente, quanto mais aceitação tiver mais fácil se identificará como homossexual (Pereira, 2005).

O Modelo proposto por Bem é um modelo de desenvolvimento da orientação sexual que o autor defende ser universal, enquanto que tanto o Modelo proposto por Cass como o proposto por Pereira são modelos desenvolvidos com base nas experiências de indivíduos com uma orientação sexual homossexual/bissexual. O primeiro Modelo compreende a importância das variáveis genéticas e biológicas, não descurando simultaneamente a importância da aprendizagem e do reforço social no desenvolvimento da orientação sexual. No entanto, por ser um modelo universal, descarta a importância das tarefas específicas de adolescentes LGB.

Por outro lado, o Modelo Interaccionista, bem como o Social-Construtivista atribuem uma maior ênfase ao ambiente social e à integração do *self* enquanto diferente da maioria (heterossexualidade) por motivo da orientação sexual. Deste modo, o que vêm acrescentar é que a identidade LGB é inevitavelmente construída em etapas de desenvolvimento que, apesar das linhas genéricas do mesmo terem características comuns com os restantes adolescentes, o desenvolvimento da identidade LGB tem características muito específicas com base no sentimento de diferença.

Swann & Spivey (2004) concluíram que as jovens mulheres que integram a sua identidade sexual numa idade mais precoce, aparecem como tendo uma especial elevada auto-

estima. Uma vez que o acto de não se assumirem fomenta o isolamento, a vergonha, o auto-declínio e, consequentemente, a negação do seu *self* verdadeiro.

Segundo Harrison (2003), a pressão de se passar como “normal”, pode criar sentimentos de solidão, conduzindo ao isolamento e ao medo de ser “descoberto”. Este facto tem como consequência que o adolescente se torne hipervigilante no que diz respeito ao seu comportamento, roupas e imagem corporal. A tentativa excessiva de se esconder impede o normal desenvolvimento da sua identidade sexual, bem como dificulta e distorce o envolvimento não-sexual com outros pares e as competências de amizade com o mesmo sexo. O acto de esconder a sua identidade tem igualmente como consequência a impossibilidade de se verem, e aos outros, como modelos positivos a seguir. A verdade é que os adolescentes homossexuais têm muito pouco acesso a modelos positivos e afirmativos que os ajudem no desenvolvimento de uma identidade psico-sócio-sexual saudável (Pereira, 2001).

2. Suporte Social na Adolescência

2.1. Suporte Familiar

“Depois daquele momento em que ele me contou, eu chorei durante semanas – talvez alguns meses. Foi como se tudo me lembrasse que o meu filho não era igual aos outros jovens – foi uma tristeza terrível... Eu pensava sobre a mulher, casa, filhos – todas as coisas que se pensa sobre o nosso filho agora desapareceram. Sim, perdi o sonho que tenho vindo a sonhar...”

(Saltzburg, 2007, p. 63).

Segundo Relvas (1996), a *família* é caracterizada por um sistema auto-organizado que evolui ao longo do tempo. Desta forma, enquanto grupo, possui “forças” internas, que dependem da sua história e da sua dinâmica e que são independentes do contexto exterior. Apresenta características funcionais que articulam os diferentes papéis, funções, tarefas e posições de poder relativamente aos seus membros. Desenvolve-se, evolui e diferencia-se ao longo do tempo, construindo e reconstruindo a sua história. Possui competências e recursos próprios, cuja utilização permite ultrapassar o stress intrínseco ao seu próprio desenvolvimento ou relacionado a situações e dificuldades exteriores. Por estar integrada numa cultura, é influenciada pelos contextos em que se insere e nos quais participa, sem

contudo perder a sua auto-organização. Neste sentido, e em forma de síntese, a família é um sistema auto-poietico, informacionalmente aberto e organizacionalmente fechado.

A evolução da família ao longo do tempo é caracterizada pela passagem por algumas etapas, sendo que cada uma destas determina um momento de crise – transformação – na família. No que diz respeito à etapa da família com filhos adolescentes, o subsistema parental deixa de ter como função o controlo e a educação das gerações mais novas, passando a desempenhar uma função de suporte relacional e afectivo.

Na opinião de Fleming (1993), as interacções no seio da família são factores declaradamente muito influentes no desenvolvimento psicológico do adolescente, existindo actualmente uma enorme evidência empírica dessa mesma influência. Estas interacções revestem-se de uma importância ainda maior aquando da divulgação da homossexualidade (ou *coming out*) por parte do filho ou da filha adolescente.

Assim, a literatura indica que uma relação prévia positiva entre o adolescente e os seus pais é um bom indicador para uma resolução saudável do *coming out*, isto é, de se assumir perante si e aos outros de que é gay, lésbica ou bissexual (Tharinger & Wells, 2000).

Willoughby, Malik & Lindahl (2006) verificaram este facto ao investigarem se a dinâmica familiar antes da descoberta da homossexualidade está associada com as reacções parentais aos episódios de *coming out* dos seus filhos. Assim, concluíram que as famílias coesas, adaptadas e sólidas apresentam reacções menos negativas ao *coming out* dos seus filhos adolescentes, ao contrário de famílias despreocupadas, rígidas e autoritárias.

Por sua vez, Newman & Muzzonigro (1993, cit. por Beaty, 1999) descobriram no seu estudo que para os adolescentes gays com famílias cujos valores eram muito tradicionais (importância da religião, ênfase no casamento e na família), era menos provável fazerem um *coming out* para os seus pais, do que para aqueles cujas famílias têm menos valores tradicionais. Deste modo, o forte suporte familiar ajuda a reduzir os conflitos pessoais e sociais que estão presentes em muitos jovens homossexuais durante este período.

Em suma, no que diz respeito ao processo de *coming out* D'Augelli, Hershberger & Pilkington (1998), concluíram no seu estudo que a idade do *coming out* para a família reduziu em média dos 20 para os 16 anos, durante a última década. Neste estudo os autores verificaram igualmente que 77% dos adolescentes reportaram que a primeira pessoa com quem partilharam a sua orientação sexual foi a um amigo e dos 9% que partilhou primeiro à família, todos escolheram a mãe. Assim, concluíram que metade das reacções por parte das mães foi de aceitação, enquanto que as reacções por parte do pai foram mais negativas. Relativamente aos irmãos 57% aceitaram. Por último, aqueles que se assumiram à sua família

eram, no geral, mais “abertos” acerca da sua orientação sexual, do que aqueles que não o fizeram e poucos dos que não se assumiram esperam uma aceitação por parte dos pais.

No estudo efectuado por Bos, Standfort, Bruyn & Hakvoort (2008), verificaram-se diferenças de sexo, sendo que os rapazes se assumem menos perante os seus pais, comparativamente às raparigas.

Verificamos então que os factores que favorecem a partilha da orientação sexual dos jovens com a sua família são: elevado nível de auto-estima e resiliência, relações familiares positivas, elevado nível de coesão familiar e suporte pelos membros da família (Harrison, 2003).

Kubler-Ross (1969, cit. por Harrison, 2003) elaborou um modelo acerca da reacção da família face à homossexualidade do adolescente. Assim, segundo a autora, a família passa por cinco etapas: *negação da homossexualidade*, onde os sentimentos predominantes são o medo, a culpa e a negação. A família ignora o assunto ou pressiona o adolescente a esconder a sua orientação sexual e encara a homossexualidade como um acto experimental da adolescência.

Raiva de si e de outros, em que se culpa a si ou aos outros pela homossexualidade do filho. Poderá ainda ameaçar ou ser hostil com o adolescente, coage o adolescente a mudar para heterossexual, ao mesmo tempo que sente raiva pela sociedade pelo facto de não a aceitar como uma família “normal”.

Negociação com Deus e com o adolescente, onde reza a Deus para converter o seu adolescente. Pede também ao adolescente para se continuar a esconder ou até mesmo para renunciar à homossexualidade, ou poderá ainda pedir ao adolescente para não contar a outras pessoas, a fim de permanecer apenas na família.

Depressão, caracterizada por sentimentos de culpa e vergonha, nesta etapa a família não consegue ver para além das suas próprias necessidades e, como tal, em vez de proporcionar algum suporte ao adolescente, pede-lhe que este apoie a família. Chora ainda a perda de um membro familiar heterossexual, bem como a perda de ser avô/ó, tio/a, etc.

E, finalmente, *aceitação da homossexualidade do adolescente*, onde começa a surgir uma sensibilização relativamente às questões da homossexualidade. Nesta o adolescente e a família aprendem a lidar e a integrar a homossexualidade na identidade da família.

Também Tharinger & Wells (2000) consideram que quando o adolescente assume a sua orientação sexual, os seus pais frequentemente passam por estágios de aceitação semelhantes aos vivenciados perante a morte ou perda de alguém. Aqueles que se assumiram reportaram abuso verbal e físico por parte de membros da família e evidenciaram mais ideação suicida que aqueles que não se assumiram com as suas famílias (D’Augelli, Hershberger &

Pilkington, 1998). Todavia este stress, associado a outros “nomativos” da adolescência, tornam os adolescentes LGB mais propensos a vivenciarem abusos físicos e verbais em casa. Tal ruptura na continuidade de cuidado e afecto pode ter sérias consequências para o desenvolvimento de qualquer adolescente.

Deste modo, o não reconhecimento e a não-aceitação pelas famílias poderá ter como consequência o assédio, a rejeição, a violência e a fuga de casa. Os adolescentes poderão antecipar estes medos e promover um comportamento não assumido.

Contudo, vivemos numa sociedade em que as atitudes face à sexualidade – homossexual, bissexual, heterossexual – estão a sofrer grandes alterações, havendo uma abertura e receptividade cada vez maior relativamente à orientação sexual homossexual (Mair, 2003). Até em sociedades com uma cultura mais fechada acerca desta temática, é possível encontrar famílias cujo suporte social está presente e é fundamental para o desenvolvimento do adolescente. Como é reportado no estudo de Elizur & Ziv (2001), em que o objectivo era examinar como a formação da identidade gay juntamente com o suporte, conhecimento e aceitação da família acerca da orientação homossexual estão interrelacionados e contribuem para a predição da saúde mental e da auto-estima em homens gay israelitas. Concluíram então o seguinte: as famílias que oferecem um bom suporte têm uma maior probabilidade de aceitarem a orientação sexual homossexual e o suporte familiar tem um efeito no ajustamento psicológico em homens gay. Os resultados sugerem que as famílias podem desempenhar um papel positivo e determinante na vida de um homem gay, mesmo em sociedades com valores familiares tradicionais como é o caso de Israel.

Concluindo, de acordo com Sampaio (1994), a presença dos pais e o seu suporte emocional é tão ou mais importante nesta etapa do que na infância, na medida em que agora desempenham um papel de mobilizar sem dirigir, de apoiar nos fracassos e incentivar nos êxitos, respeitando sempre a sua individuação e capacidade de assumir valores, juízos e decisões próprios.

Desta forma, os pais desempenham um papel muito importante ao longo da adolescência. Através do incentivo à expressão das opiniões, ideias e valores adoptados pelo jovem e do seu envolvimento em discussões construtivas, mostram-lhes, de uma forma concreta e positiva, o valor da diferença e do respeito mútuo (Relvas, 1996).

2.2. Suporte de Pares

“Cuspiram sobre mim, empurraram-me e ridicularizaram-me. A minha vida na escola foi um inferno. Decidi, por isso, deixar a escola porque não aguentava.”

(Tharinger & Wells, 2000, p. 159).

O adolescente começa a construir a sua identidade e a elaborar escolhas relativas aos investimentos amorosos e interesses pessoais (Matos, 2002). Neste sentido, Relvas (1996), considera que é face à separação da família que o grupo de pares se reveste com um papel de reforço positivo, por ser mais neutro e mais aberto e pelo facto do adolescente necessitar de um suporte securizante no exterior da família. Assim, é por opção ou por selecção que qualquer jovem entra e se mantém num determinado grupo. Swann & Spivey (2004), demonstram no seu estudo que quanto mais o adolescente for aceite e estiver integrado num determinado grupo, mais elevados serão os seus níveis de auto-estima. A quantidade e qualidade das interações entre iguais favorecem o desenvolvimento de competências afectivas, sociais, cognitivas e intelectuais, bem como a aquisição de papéis, normas e valores sociais.

Relvas (1996), acrescenta ainda que a teoria da aprendizagem social sustenta que os iguais funcionam como modelos na aquisição de novas formas de comportamento e que se defrontam com necessidades e dificuldades semelhantes. Assim, o grupo de pares permite o desenvolvimento de um auto-conceito e de uma auto-estima positiva, reassegurando o adolescente de que a sua aceitação foi merecida e não oferecida.

Deste modo, as relações com os pares começam a ser percebidas como um contexto genuíno de conforto e apoio psicológico, uma vez que se baseia numa partilha de emoções e de problemas, pelo que o jovem nessa idade as tende a desejar e valorizar (Ferreira & Ferreira, 2000).

De acordo com Birren (1981, cit. por Relvas, 1996), uma das principais funções do grupo de pares prende-se com a facilitação da separação relativamente à família, possibilitando aprender a pensar e experimentar com segurança valores não obrigatoriamente presentes ou aceitáveis na família.

Os aspectos que poderão determinar ou condicionar a escolha dos pares são a idade, o sexo, a cultura e os interesses. Ou seja, os elementos de um grupo apresentam padrões comportamentais semelhantes. Na medida em que o facto de viverem experiências

semelhantes ganha um valor especial, funcionando como um contexto de suporte e apoio. Neste sentido, para benefício de todos, a escola deveria aceitar e integrar grupos de iguais, os “clubes” em que as escolhas dos adolescentes se alargam (e.g. grupos referentes à sexualidade onde se abordassem dúvidas e questões relativas à sexualidade e à orientação sexual).

Pelo facto de na fase da adolescência se formar o conceito de si próprio, aquilo que os outros pensam e a forma como tratam e interagem com o adolescente (ou a percepção que o adolescente tem), constitui uma mensagem significativa para o processo de construção de uma identidade pessoal, nomeadamente no desenvolvimento da auto-estima e saúde mental. Assim, torna-se óbvio que o grupo de pares influencia o adolescente e exerce sobre ele uma certa pressão, podendo fomentar uma auto-imagem mais favorável ou, pelo contrário, uma autodesvalorização. Neste sentido, o grupo pode exercer no adolescente um papel positivo, através da contribuição para um desenvolvimento equilibrado; ou negativo, promovendo o surgimento de comportamentos de risco, como: agressão, vitimização, consumo de substâncias, ideação suicida (Wichstrom & Hegna, 2003).

É igualmente na fase da adolescência que as amizades de natureza mais íntima ganham maior relevância. A amizade, traduzida em sentimentos de sinceridade, lealdade e confiança, bem como na partilha de interesses e experiências comuns, adopta uma importância decisiva no desenvolvimento psicológico do adolescente (Relvas, 1996).

Bos, Standfort, Bruyn & Hakvoort (2008), no seu estudo recente concluíram que os adolescentes homossexuais reportaram significativamente níveis mais elevados de depressão e níveis de auto-estima e performance escolar mais reduzidos, comparativamente aos outros adolescentes. Estes resultados devem-se ao facto de os adolescentes gays e lésbicas apresentarem uma qualidade mais baixa nas relações sociais, nomeadamente com os seus pares (estando presente um nível reduzido de aceitação social) e ao facto de o funcionamento psicossocial e a performance escolar serem mediados pela qualidade das relações sociais do adolescente com os seus pares.

Neste sentido, os estudantes percepcionados como rapazes femininos ou como raparigas masculinas são muitas vezes sujeitos a um abuso físico e verbal constante na escola, o que os predispõe a adoptar um evitamento da mesma (Harrison, 2003).

Os adolescentes passam mais tempo nas escolas do que em qualquer outro *setting* para além de casa. Enquanto que um ambiente escolar hostil aumenta a dificuldade de aprender para qualquer estudante, o estudante gay ou lésbica com uma total ausência de suporte por parte dos colegas, tem um risco acrescentado de dificuldades académicas e de abandono escolar (Tharinger & Wells, 2000).

A falta de suporte social também poderá levar a outros problemas no âmbito da saúde mental, como é reportado no estudo de Hospers & Jansen (2005), onde os autores relacionaram o papel da orientação sexual, a pressão de pares, a auto-estima e a insatisfação corporal com sintomas de perturbações alimentares, numa amostra de homossexuais. Os resultados demonstraram que a maioria das variáveis estão altamente interrelacionadas, sendo que a insatisfação corporal toma um papel central.

Por fim, os jovens que não recebem de uma forma natural suporte social, poderão procurá-lo. Tal como é reportado no estudo de Rives & Noret (2008) em que os autores encontraram diferenças significativas na procura de suporte social entre jovens homossexuais e jovens heterossexuais. Assim, na procura de suporte de pares ou da família não se obtiveram diferenças, enquanto que na procura de suporte de um elemento da escola foram registadas diferenças, nomeadamente na procura da enfermeira pelos jovens atraídos pelo mesmo sexo, sendo esta encarada como uma confidente.

Concluindo, de acordo com Anderson (1998), as investigações demonstraram que os jovens gay têm menos suporte social formal e informal, comparativamente aos seus pares heterossexuais. Contudo, Boxer, Cook & Herdt (1991, cit. por Anderson, 1998) referem que as mudanças recentes no âmbito do contexto histórico-social, conduzindo a uma maior visibilidade da população LGB, poderão ter uma influência positiva nas atitudes dos pais e dos pares heterossexuais.

O adolescente vivencia experiências em vários níveis do seu desenvolvimento (biológico, físico, cognitivo, afectivo, sexual, vocacional e social), que se constituem verdadeiros desafios à auto-estima, à autonomia e à aquisição de uma identidade pessoal. Neste trajecto o grupo de pares reveste-se de um valor especial, pelo facto de viverem ao mesmo tempo experiências com contornos semelhantes (Relvas, 1996). Desta forma, Savin-Williams (1995) afirma que os jovens gays, lésbicas e bissexuais são semelhantes aos outros adolescentes na experiência da puberdade, das amizades, dos conflitos familiares e das preocupações acerca do futuro. Contudo, uma diferença está presente na violência, abuso e rejeição da família e dos pares devido à sua orientação sexual.

3. Homofobia Internalizada

“O meu maior medo era ficar assim...gay. Não tinha a ver comigo, mas estava com tantas dúvidas! Hoje, não tenho medo porque percebi que gosto é de raparigas...” Vasco, 17 anos.

(Strecht, 2005, p. 116).

Segundo Harrison (2003), até 1970 a homossexualidade era considerada como uma doença. Apesar da sua remoção do Diagnostic and Statistical Manual (DSM), em 1973, a verdade é que ainda é considerada por alguns como uma Perturbação da Identidade de Género. Esta classificação poderá reflectir a necessidade de certos prestadores de cuidados de saúde, bem como de algumas sociedades no geral, continuarem a patologizar a homossexualidade ou a estigmatizar e marginalizar os homossexuais até quase perto da invisibilidade. Assim, com a ameaça presente de ser categorizado como “anormal” ou de sofrer rejeição por parte das suas famílias, os adolescentes homossexuais são pressionados a esconder a sua orientação sexual.

A homofobia internalizada tem sido descrita na literatura como uma das principais causas no desenvolvimento de vários sintomas na saúde entre a população LGB (Williamson, 2000; Pereira & Leal, 2002). Esta poderá definir-se como “o medo da própria homossexualidade, é um fenómeno cultural, que não é universal nem toma as mesmas formas ou o mesmo significado em diferentes grupos sociais” (Pereira & Leal, 2002, p. 107). Assim, os homossexuais internalizam uma série de mensagens correspondentes aos valores negativos face à homossexualidade, que conduzem a danos psicológicos.

Gonsiorek & Rudolph (1991, cit. por Pereira, 2001) afirma que a homofobia internalizada se caracteriza por sentimentos negativos acerca da orientação sexual de uma pessoa que podem limitar todo o seu *self*. Os efeitos deste processo podem variar desde uma leve tendência para a auto-dúvida face ao preconceito, até uma grande carga de ódio pessoal e comportamentos auto-destrutivos”. Wichstrom & Hegna (2003), concluíram no seu estudo longitudinal que os adolescentes LGB reportaram um nível elevado de tentativas de suicídio, sendo que estas aconteceram na maioria aquando o jovem percebeu que não era exclusivamente heterossexual.

A homofobia internalizada é definida igualmente pelo medo de acreditar que o LGB ao expressar a sua verdadeira orientação sexual, poderá perder os seus amigos heterossexuais (Iborra, 2007).

Um dos estereótipos mais habituais entre os LGB prende-se ainda com o facto de não terem a capacidade de estabelecer relações íntimas, não tendo assim família nem filhos e acabando por cometerem suicídio ou por morrerem sozinhos e desesperados. A internalização de tais ideias erróneas leva a que o adolescente LGB se sinta inferior e com menos valor comparativamente aos seus pares heterossexuais (Pereira, 2001).

Cabaj (1988, cit. por Ross & Rosser, 1996) distingue homofobia externa, ou seja, estigma associado ao facto de ser homossexual e homofobia internalizada, isto é, a reacção a esse homonegativismo. As características psicológicas da homofobia internalizada têm sido descritas através de uma baixa auto-aceitação, baixa competência para se assumir a pessoas homo e heterossexuais, baixa auto-estima, distúrbios alimentares, ódio de si mesmo, ambivalência sobre ser ou não homossexual, uso de substâncias, crença de que é inferior, aceitação dos mitos populares acerca da homossexualidade, crença de que se é rejeitado pela sua orientação sexual e imposição de auto-limites acerca das suas aspirações. Este autor refere ainda que as crenças específicas que caracterizam a homofobia internalizada são: os homens gays e as mulheres lésbicas idosas estão sozinhas e infelizes, que dada a escolha decidem ser heterossexuais, que os homossexuais não conseguem ter vidas preenchidas como os seus pares heterossexuais e que há fobias sociais em interagir em ambientes gays e lésbicos.

A homofobia internalizada poderá ainda afectar a saúde indirectamente – especialmente quando decorre de uma forma inconscientes. Assim, afecta o funcionamento intrapsíquico gerando vários mecanismos de defesa. Estes poderão projectar-se em dificuldades com a intimidade, compromisso e outros aspectos das relações (Margolies, Becker & Jackson-Brewer, 1987, cit. por Williamson, 2000).

Segundo Mondimore (1998, cit. por Pereira & Leal, 2002) o facto de uma pessoa se sentir envergonhada por ser gay, lésbica ou bissexual, é a demonstração mais habitual da internalização da estigmatização por parte de uma sociedade heterossexista.

Assim, verificamos que a homofobia internalizada representa os pensamentos e sentimentos negativos e angustiantes vividos pela população LGB acerca da sua sexualidade, e à qual são atribuídos experiências de heterossexismo cultural e vitimização. Contudo, o termo *homofobia* é em muitas formas inútil e impreciso por uma variedade de razões. Estas incluem a ênfase na componente afectiva (medo) do preconceito, as cognições anti-gay e lésbica e a contextualização do preconceito no âmbito do individual em vez de se colocar a ênfase no âmbito da sociedade e das suas estruturas. Neste sentido, foram sugeridas algumas alternativas, como *homonegativismo* (atitudes negativas contra homossexuais) e

heterossexismo (crença de que a heterossexualidade é a forma de sexualidade natural, normal, aceitável e superior) (Williamson, 2000).

Segundo Herek (2007) o *heterossexismo* é um sistema ideológico que nega, denegrir e estigmatiza qualquer forma de comportamento, identidade, relação ou comunidade não-heterossexual. Mais, o heterossexismo não se limita a um nível individual, mas manifesta-se a nível cultural (na religião, nos media e nas ciências sociais) e a nível institucional (na legislação, no emprego, na medicina etc.), mesmo na ausência directa de preconceito e discriminação individual. Afirma ainda que o heterossexismo continua a perpetuar diferenças poderosas entre heterossexuais e indivíduos de minorias sexuais através de dois processos gerais. O primeiro promove a máxima heterossexual de que se presume que todas as pessoas sejam heterossexuais. Segundo, quando uma pessoa com uma orientação não-heterossexual se torna visível os heterossexismo prejudica-a. Por sua vez, na opinião de Tharinger & Wells (2002), o *heterossexismo* engloba ainda as crenças que a heterossexualidade, bem como as pessoas heterossexuais, são de alguma forma superiores ou mais valiosas respectivamente a outras orientações sexuais, principalmente a homossexualidade.

O objectivo do recente estudo de Weber (2008), era examinar a relação entre acontecimentos heterossexistas, homofobia internalizada e uso e abuso de substâncias. Neste sentido, os seus resultados reportaram que existem diferenças na forma como os gays, lésbicas e bissexuais experienciam a homofobia internalizada. Assim, os gays e as lésbicas reportaram experienciar mais heterossexismo que os bissexuais, e os gays e os bissexuais reportaram experienciar mais homofobia internalizada que as lésbicas. Mais, os participantes que demonstraram ter pelo menos um distúrbio de álcool ou de abuso de substâncias, eram significativamente mais prováveis a terem experienciado heterossexismo e homofobia internalizada.

Outro estudo igualmente interessante é o de Nicholson & Long (1990), uma vez que verificaram que os níveis de homofobia internalizada em homens gay estão significativamente associados com a utilização de *coping* (e.g. procura de suporte social e planeamento da resolução do problema). Assim, uma maior homofobia internalizada e uma menor auto-estima são preditores da evitação de estratégias de *coping*.

Devido a profundas limitações por parte de profissionais em saúde mental de trabalhar com as questões referentes à homossexualidade, nomeadamente *homofobia internalizada*, *heterossexismo*, *homonegativismo*, etc. começa a ganhar cada vez mais importância a Psicoterapia Afirmativa. Esta tem como objectivo fornecer ao cliente os instrumentos necessários à construção de uma auto-estima aceitante e englobante da sua identidade de

género, e contém os seguintes princípios: respeito pela orientação sexual do cliente, respeito pelas suas atitudes e crenças, respeito pela sua integridade pessoal e, por último, respeito pela sua cultura e estilo de vida. Deste modo, apesar de não ter um quadro de referência teórico, por oposição a outras abordagens teóricas, a psicoterapia afirmativa encara a homofobia internalizada como a maior variável patológica no desenvolvimento de situações sintomáticas e como o principal problema no trabalho com gays, lésbicas e bissexuais. É de salientar ainda que os psicoterapeutas que trabalham com este tipo de abordagem defendem que os problemas de saúde mental da população LGB não resultam do facto de serem homossexuais, mas sim da reactividade à pressão heterossexista da sociedade (Pereira, 2004).

Concluindo, a homofobia internalizada é considerada na literatura em geral como um resultado inevitável, uma vez que todos os LGB em criança são expostos a princípios *heterossexistas*, ate mesmo pelas pessoas homossexuais (Davies, 1996 cit. por Pereira, 2001). Porém, Beaty (1999) afirma que a investigação empírica indica que os adolescentes homossexuais cujo relacionamento com os pais é próximo, tendem a fazer um *coming out* numa idade mais nova e a experienciar identificações mais positivas, do que aqueles que têm um relacionamento pobre. Assim, os adolescentes com um elevado suporte familiar, tendem a fazer um *coming out* mais novos, devido a uma elevada auto-estima, a um elevado sentimento de segurança a uma atitude mais positiva acerca da sua orientação sexual, ou seja, a um sentimento de homofobia internalizada mais reduzido.

4. Resiliência

“Um pessimista vê uma dificuldade em cada oportunidade; um optimista vê uma oportunidade em cada dificuldade.”
(Churchill, s.d., [online]).

O significado do conceito *resiliência* varia consideravelmente não apenas entre os diversos estudos, mas também ao longo do tempo e de acordo com o contexto teórico ou tipo de população sob investigação (Harvey & Delfabbro, 2004). A resiliência regista-se nos adolescentes através do facto de conseguirem produzir resultados positivos, perante condições significativamente adversas (Wyman, Sanddler, Wolchik & Nelson, 2000).

Na literatura é também sugerido que os adolescentes resilientes exibem uma maior capacidade de resolução de problemas, uma tendência para percepcionarem as experiências de forma construtiva, uma capacidade de observarem a vida de uma perspectiva mais positiva e maiores níveis de auto-eficácia. O desenvolvimento da resiliência envolve características da personalidade, estratégias de *coping* (e.g. a procura de suporte social de pares é cada vez mais usada pelos adolescentes) e factores do meio ambiente (Kitano, Margie, Lewis & Rena, 2004).

Fergus & Zimmerman (2005) referem-se ainda ao processo de ultrapassar os efeitos negativos que a exposição ao risco provoca e a utilização bem sucedida do *coping* em experiências traumáticas.

Segundo estes autores existem factores promotores da resiliência, que ajudam o adolescente a evitar os efeitos negativos de uma situação. Estes poderão ser activos ou recursos. Os factores activos estão presentes a nível individual, através das estratégias de *coping* e da auto-eficácia. Por sua vez, os recursos são factores exteriores ao adolescente, estando presentes a nível interindividual, incluindo o suporte parental, a qualidade das relações e organizações da comunidade que promovem um desenvolvimento positivo no jovem. Estes factores são ainda desenvolvidos em três modelos¹ referentes à resiliência formulados por estes autores. Ainda na opinião de DeLongis & Holtzman (2005), a personalidade e as relações sociais desempenham um importante papel influenciando a forma como se vivencia o stress e as estratégias de *coping* utilizadas.

Armstrong, Birnie-Lefcovitch & Ungar (2005), elaboraram um modelo conceptual onde os caminhos entre stressores pessoais/ambientais, as características do suporte social (e.g. bem-estar familiar e qualidade da parentalidade) e a resiliência da criança são descritos. Este modelo é congruente com a perspectiva ecológica, cuja ênfase está presente na força, saúde, competência e empoderamento. Deste modo, a teoria da resiliência é colocada num contexto ecológico, evidenciando que o ambiente social influencia o desenvolvimento e a saúde mental do adolescente, servindo como uma ajuda na ultrapassagem do risco e como uma prevenção a resultados negativos (Fergus & Zimmerman, 2005).

Apesar disto, todas as investigações no âmbito da resiliência partilham a assumpção básica que a maioria das pessoas estão sujeitas a stressores e a adversidades e que há muitos factores potenciais que contribuem na forma como lidam com essas experiências (Harvey & Delfabbro, 2004).

¹ Em cada um dos modelos – Compensatório, Protector e Desafiador – os factores activos e de recurso relacionam-se de forma diferente preparando o adolescente para lidar com as adversidades do futuro.

De acordo com Tharinger & Wells (2000), existem alguns factores (e.g. risco e protectores) relativamente à forma como se vivencia o stress e à capacidade de utilizar estratégias de *coping* tendo, consequentemente, comportamentos resilientes. Os factores de risco e os factores protectores não são necessariamente únicos, ou seja, o que é um factor de risco num contexto poderá ser um factor protector noutro. Deste modo, existem factores protectores a nível pessoal: vinculação segura, bom funcionamento intelectual, auto-eficácia, auto-confiança, elevada auto-estima (Kidd & Shahar, 2008). Outros como o temperamento, género, nível de sensibilização interpessoal, empatia, sociabilidade e competências verbais foram também referidos na literatura. A nível interpessoal uma relação positiva e baseada no suporte com uma figura parental cuidadora é um dos principais factores protectores. É também uma relação positiva e de suporte na escola, com pares e professores. E, para além da família e da escola, uma ligação a nível prosocial com adultos e outras organizações são ainda factores protectores.

Contudo, nenhum destes autores se refere especificamente a adolescentes gays, lésbicas e bissexuais. E, na medida em que a população LGB constitui uma minoria sexual, enfrenta discriminação, estigmatização e violência. Este facto, leva a que vivencie elevados níveis de stress e ansiedade (Pereira, 2001).

Assim, de acordo com Savin-Williams (2001) os investigadores, bem como os clínicos, deverão focar-se na resiliência que caracteriza tantas vezes os jovens das minorias sexuais, uma vez que muitos estudos com a população LGB, não têm em conta diferenças individuais na resiliência, havendo assim uma lacuna a preencher.

Mais, uma questão essencial é a de que apesar de muitos jovens viverem uma adolescência particularmente stressante devido à sua orientação sexual, em adultos aparecem como tendo feito uma retoma rumo a uma óptima saúde mental e ao alcance de um nível de ajustamento psicológico semelhante a heterossexuais (Elizur & Ziv, 2001).

Iwasaki & Ristock (2007) estudaram recentemente o significado que o stress tinha na vida de gays e lésbicas, concluindo que o stress é considerado por esta população como uma parte natural da vida. É também percebido como tendo uma parte negativa (e.g. efeitos lesivos na saúde em geral) e uma parte positiva (e.g. motivador e facilitador do crescimento). Os resultados reportaram ainda que as fontes/causas do stress na população LGB prendem-se com o processo de *coming out*, relações familiares e íntimas e com a sociedade no geral, cuja homofobia e heterossexismo fomentam atitudes contra os LGB.

Por sua vez Riggle, Whitman, Olson, Rostosky & Strong (2008), realizaram o seu estudo à luz da Psicoterapia Afirmativa e da resiliência, tendo como objectivo contrariar a

maioria da literatura que relaciona a população LGB com psicopatologia, acontecimentos negativos e stress. Neste sentido, à questão “Por favor, diz-nos quais as coisas que tu pensas serem positivas em ser-se gay/lésbica ou homem que ama outro homem/mulher que ama outra mulher?” (p. 211) recolheram as seguintes respostas: pertencer a uma comunidade, criar famílias de escolha, formar fortes ligações com outros, servir como um modelo positivo, desenvolver empatia e compaixão, viver de forma autêntica e honesta, ganhar um *insight* pessoal, bem como uma introspecção do seu *eu*, explorar a sexualidade e as relações, desfrutar de igualitarismo nas relações e ainda envolvimento em activismo e justiça social, e liberdade de papéis específicos do género. Ou seja, o foco nos estudos “positivos” mostra que há variáveis específicas que promovem comportamentos resilientes e saudáveis. Portanto, o facto de se ser alvo de preconceito pode conduzir à aquisição de comportamentos resilientes e de competências pessoais e sociais.

Meyer (2003) refere que a literatura no geral concorda que o *coping* positivo é comum e benéfico para membros de grupos minoritários. Portanto, o status minoritário é associado não só ao stress, mas também a importantes recursos, como a solidariedade de grupo e coesão que protege os membros minoritários dos efeitos adversos para a saúde mental do stress minoritário. Assim, o stress e a resiliência interagem na predição de distúrbios mentais na população LGB.

Concluindo, não devemos continuar a contemplar os jovens LGB como exclusivamente vulneráveis, sendo que dispondo de recursos sociais e pessoais adequados poderão ser indivíduos resilientes e com a capacidade de elaborar os seus próprios destinos. Neste sentido, se as investigações empíricas continuarem a focar-se apenas nos resultados negativos, poderão reforçar comportamentos auto-destrutivos, em vez de comportamentos positivos e saudáveis (Rives & Noret, 2008).

5. Saúde Mental

“Em geral, nove décimos da nossa felicidade baseiam-se exclusivamente na saúde. Com ela, tudo se transforma em fonte de prazer.”

(Schopenhauer, 1851, [online]).

O conceito de saúde mental no seio da psicologia sofreu uma grande evolução nos últimos anos, nomeadamente nas suas definições que incluem agora características de bem-estar psicológico (Pais-Ribeiro, 2001).

Os problemas de saúde mental afectam significativamente o desenvolvimento social e educacional do adolescente, podendo ter ímpetos negativos na vida adulta (Pereira, Motta, Pinto, Bernardino, Melo, Ferreira & Rodrigues, 2008). Neste sentido, a saúde mental, numa perspectiva holística da saúde, é definida como um estado de bem-estar no qual cada jovem compreende o seu potencial, sabe lidar com o stress normal do dia-a-dia, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para a sua comunidade. A saúde mental pode ser entendida através de duas dimensões, como saúde mental positiva ou como ausência de sintomas. Assim, uma saúde mental positiva consiste no recurso essencial para o bem-estar subjectivo e na capacidade para compreender e interpretar os contextos com o objectivo de modificá-los ou de se adaptar a eles, bem como de comunicar com os outros e de estabelecer de forma bem sucedida as interacções sociais. Por outro lado, a ausência de doença baseia-se na protecção dos sujeitos com predisposição ou com factores de risco relacionados com sintomas ou problemas de saúde mental.

De acordo com Teixeira (2005), o conceito de saúde mental é extremamente vago e pode ser definido segundo vários critérios. Assim, na perspectiva do critério biomédico, a saúde é identificada como a ausência de sintomas. Já no critério sociológico, a saúde é entendida como a adaptação social, ou seja, a adaptação do sujeito ao normativo social. Relativamente ao critério subjectivo, a saúde é identificada com o bem-estar psicológico. Respectivamente ao critério psicodinâmico, a saúde é definida como o equilíbrio harmónico entre as forças intra-psíquicas conscientes e inconscientes. Assim, de acordo com Coimbra (2002), é patológico – ou doença – o que exprime desacordo com a textura da pessoa, o que pressagia a ruptura do equilíbrio até então conseguido. Mais, todo aquele que *sofre* está na iminência de vir a ser doente. Finalmente, segundo o critério psicológico, o conceito de saúde é entendido simultaneamente por atributos psicológicos e por um certo desenvolvimento pessoal. Relativamente aos atributos psicológicos encontram-se, entre outros, um equilíbrio psicológico interno (e.g. percepção coerente de si-mesmo, sentimento de bem-estar e capacidade de identificar-se com os outros), resistência ao stress e à frustração (e.g. resiliência), competência para realizações concretas (e.g. escolares, sociais) e percepção adequada da realidade (e.g. interagindo de forma adaptada com os outros e com o mundo). No que diz respeito ao desenvolvimento pessoal, está inerente a capacidade de promoção do seu

próprio enriquecimento existencial, através de projectos significativos, que são o resultado de escolhas livres e genuínas.

Os sintomas de saúde mental mais relatados na literatura, no âmbito dos adolescentes gays, lésbicas e bissexuais, são: tentativa de suicídio, depressão, distúrbios alimentares, insatisfação com a imagem corporal, problemas de conduta, elevado número de parceiros sexuais, auto-conceito reduzido, sentimentos de inferioridade, abuso de álcool e drogas, stress pós-traumático, ansiedade, solidão e isolamento social (D'Augelli, Pilkington & Hershberger, 2002; Harrison, 2003; Wichstrom & Hegna, 2003).

Deste modo, no estudo de D'Augelli & Hershberger (1995), verificou-se o impacto do abuso verbal, de ameaças e de ataques físicos na saúde mental de adolescentes gays, lésbicas e bissexuais. O suporte familiar e a auto-aceitação foram hipotizados como sendo mediadores da vitimização e de problemas de saúde mental, como o suicídio. Assim, obtiveram os seguintes resultados, alta vitimização estava associada a um nível elevado de suporte familiar; por sua vez o suporte familiar estava associado a uma elevada auto-aceitação, relacionando-se a menos dificuldades no âmbito da saúde mental.

Um estudo mais recente de D'Augelli, Pilkington & Hershberger (2002), obteve resultados semelhantes no que diz respeito à vitimização e seus impactos na saúde mental, demonstrando que adolescentes LGB, cuja escolaridade se baseou em ataques físicos e verbais, apresentam sintomas na saúde mental, como stress pós-traumático.

Meyer (2003), refere que a literatura evidencia que aquando comparados com os seus pares heterossexuais, gays e lésbicas sofrem de mais problemas no âmbito da saúde mental, entre os quais, distúrbios resultantes da utilização de substâncias, distúrbios afectivos e índices de suicídio.

Este autor propôs um *modelo de stress minoritário* que explica a prevalência elevada de distúrbios mentais causados por excessivos stressores sociais relacionados com o estigma e com o preconceito. A partir deste modelo, desenvolve o processo do stress minoritário na população LGB, retratando o stress e o *coping*, bem como o impacto de ambos no desenlace da saúde mental. Neste sentido, o stress minoritário é integrado em circunstâncias gerais do ambiente, cujas vantagens e desvantagens estão relacionadas com determinados factores (e.g. estatuto socioeconómico). Um aspecto importante destas circunstâncias é o estatuto minoritário da pessoa, por exemplo ser gay ou lésbica. Assim, as circunstâncias no ambiente levam tanto à exposição de stressores gerais (e.g. morte de alguém próximo), como à exposição de stressores únicos para o grupo minoritário (e.g. discriminação). Há ainda stressores minoritários individuais (e.g. receio de rejeição e homofobia internalizada).

Contudo, a identidade minoritária não é apenas uma fonte de stress, podendo igualmente servir como um efeito modificador no processo de stress. Primeiro, as características da identidade minoritária (e.g. auto-eficácia) podem aumentar ou enfraquecer o impacto do stress. Segundo, a identidade LGB poderá ser também uma fonte de força quando é associada a oportunidades de afiliação, suporte social e *coping*, sendo estes factores que moderam o impacto do stress.

Ainda Meyer (2003), refere que muitos estudos concluem que o suicídio é mais prevalente entre a população LGB comparativamente à população heterossexual, sobretudo nos adolescentes. Safren & Heimberg (1999) compararam no seu estudo 56 LGB com 48 heterossexuais entre os 16 e os 21 anos. Concluíram então que os adolescentes LGB reportaram maiores níveis de depressão, falta de esperança e ideação suicida passada e presente. Contudo, quando controladas outras variáveis psicossociais (e.g. stress, suporte social e coping), as diferenças significativas entre as duas amostras desapareceram.

No entanto uma grande quantidade destes estudos foi já criticada pelas suas limitações metodológicas, como enviesamentos e questões de medição. Savin-Williams (2001), de forma a ultrapassar alguns erros mais comuns, realizou dois estudos diferentes na forma como reuniu a amostra. No primeiro utilizou uma amostra já reunida num estudo anterior identificada como minoria sexual, no segundo recolheu através de escolas uma amostra diversa. Os seus resultados foram no mesmo sentido que estudos anteriores na medida em que os jovens pertencentes à minoria sexual reportaram taxas mais elevadas de tentativas de suicídio que os jovens heterossexuais. Contudo, através de uma medida detalhada e profunda verificou-se que muitas destas tentativas eram falsas e as verdadeiras tinham como objectivo comunicar as dificuldades da vida ou de se identificar com a comunidade gay. Posto isto, o autor conclui que a afirmação de que os jovens LGB são uma classe de indivíduos com um elevado risco de suicídio não se justifica.

Todavia, esta questão continua sem estar esclarecida, uma vez que em determinados estudo não se registam diferenças na ideação suicida entre LGB e heterossexuais. Como no caso do estudo de Rutter & Soucar (2002), em que afirmam que as suas descobertas contrariam a literatura quando defende que os jovens homossexuais estão predispostos a um maior comportamento suicida simplesmente pela sua orientação sexual. Estes autores concluíram que os jovens que reportaram mais suporte social demonstraram menos risco de suicídio no geral e, especificamente, níveis reduzidos de hostilidade, desespero e ideação suicida. Neste sentido, pode afirmar-se que a orientação sexual não é uma consequência essencial por si só para a saúde mental (Gonsiorek, 1977, cit. por Savin-Williams, 1995).

Concluindo, a percepção de disponibilidade de suporte social (familiar e de pares) tem sido apontada como desempenhando um papel importante na predição de resiliência, de bem-estar e de saúde física e psicológica e, por conseguinte, de reduzidos níveis de homofobia internalizada (Priel & Besser, 2002).

6. Presente Estudo:

O presente estudo tem como objectivo verificar se a Percepção de Suporte Social contribui para a redução da Homofobia Internalizada, proporcionando assim níveis mais elevados de Resiliência e melhores índices de Saúde Mental no desenvolvimento da Identidade Sexual LGB.

Vários estudos (Beaty, 1999; Tharinger & Wells, 2000; Elizur & Ziv, 2001; Willoughby, Malik & Lindahl, 2006) reportam que a percepção de suporte social e uma boa relação com os pais são indicadores positivos para uma resolução saudável do *coming out*, devido a uma atitude positiva acerca da sua orientação sexual e a um baixo nível de homofobia internalizada. Assim, coloca-se a seguinte hipótese: a percepção de suporte social contribui para uma redução da homofobia internalizada de adolescentes e jovens LGB.

Simultaneamente diversos estudos (D'Augelli & Hershberger, 1995; Safren & Heimberg, 1999; Rutter & Soucar, 2002; Priel & Besser, 2002) referem a existência de factores promotores de resiliência, como o suporte parental e a qualidade das relações. Evidenciam ainda que o suporte familiar está associado a uma elevada auto-aceitação, relacionando-se a menos dificuldades no âmbito da saúde mental. Neste sentido, a segunda hipótese formulada é: a percepção de suporte social promove comportamentos resilientes e um bom nível de saúde mental em adolescentes e jovens LGB.

Por fim, outros estudos (D'Augelli, Hershberger & Pilkington, 1998; Beaty, 1999; Bos, Standfort, Bruyn & Hakvoort, 2008; Weber, 2008) demonstram que gays e bissexuais experienciam mais homofobia internalizada do que lésbicas e que estas se assumem mais perante a sua família. Evidenciam ainda que os jovens com menos homofobia internalizada fazem um *coming out* mais novos. Deste modo, coloca-se como última hipótese: existem diferenças significativas nos níveis de homofobia internalizada em função do género e da idade dos adolescentes e jovens LGB.

Referências Bibliográficas:

- Churchill, W. (s.d.) [online]. Disponível em <http://www.citador.pt/search.php> [17 de Dezembro de 2008].
- Iwasaki, Y. & Ristock, J. (2007). The nature of stress experienced by lesbians and gay men. *Anxiety, Stress & Coping*, 20(3), 299-319.
- Mair, D. (2003). Gay men's experiences of therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 3(1), 33-41.
- Nicholson, W. D. & Long, B. C. (1990). Self-esteem, social support, internalized homophobia and coping strategies of HIV+ gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 873-876.
- Pereira, H. (2004). A Psicoterapia Afirmativa. In A. F. Cascais (Ed.). *Indisciplinar a teoria: Estudos gays, lésbicos e queer*, 261-267. Portugal: Fenda.
- Pereira, H. & Leal, I. (2002). A homofobia internalizada e os comportamentos para a saúde numa amostra de homens homossexuais. *Análise Psicológica*, 1(XX), 107-113.
- Saltzburg, S. (2007). Narrative therapy for re-authoring with parents of adolescents coming-out as lesbian, gay and bisexual. *Contemp Fam Ther* 29, 57-69.
- Schopenhauer, A. (1851). Aforismos para a Sabedoria da Vida. Disponível em <http://www.citador.pt/search.php> [17 de Dezembro de 2008].
- Teixeira, J. C. (2005). *Psicopatologia geral – Introdução, métodos e modelos, psicopatologia descritiva*. Lisboa: ISPA.

Anexo2

Questionário

O meu nome é Marta Fernandes e estou a realizar um estudo no âmbito do Mestrado pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada, sob a orientação da Prof. Doutora Maria Gouveia Pereira. Este estudo pretende analisar diferentes temáticas acerca da vida dos jovens LGB (lésbicas, gays e bissexuais).

A confidencialidade será mantida ao longo do estudo e não te será pedido nenhum dado pessoal. A tua participação é totalmente voluntária, pelo que poderás recusar ou mesmo desistir até ao momento da entrega do questionário. Após a devolução do questionário já não será possível desistir porque não haverá forma de identificar os participantes. Os dados recolhidos serão transformados em números e utilizados com a finalidade de tratamento estatístico.

Desde já, obrigada pela tua contribuição!

Questionário

Por favor responde aos seguintes itens com a maior **sinceridade**. Para cada item deverás escolher o número que melhor identifica aquilo que sentes, entre:

1	2	3	4	5
Concordo Totalmente	Concordo Moderadamente	Não Concordo nem Discordo	Discordo Moderadamente	Discordo Totalmente

Não existem respostas certas nem erradas.

Gostaria de saber qual a tua opinião **relativamente aos teus amigos**:

	1	2	3	4	5
1. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho					
2. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho					
3. Estou satisfeito com a qualidade da relação que tenho com os meus amigos					
4. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu					

grupo de amigos					
5. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.					
6. Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria					

Gostaria agora de saber qual a tua opinião **relativamente à tua família**:

	1	2	3	4	5
1. Estou satisfeito com a família que tenho					
2. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família					
3. Estou satisfeito com a qualidade da relação que tenho com a minha família					
4. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família					
5. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família					

E por fim gostaria de saber qual a tua opinião **relativamente a ti**:

	1	2	3	4	5
1. Por vezes sinto-me só no mundo sem apoio					
2. Quando preciso de desabafar encontro facilmente alguém com quem o fazer					
3. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer					
4. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas					
5. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria					
6. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam					
7. Gostava de participar mais em actividades de organizações (p. ex. associações, clubes, partidos políticos, etc.)					

As seguintes afirmações **dizem respeito a diferentes formas de encarar a vida**. Para cada uma delas, selecciona o número que **melhor te identifica** entre:

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Por vezes	Quase sempre	Sempre

	1	2	3	4	5
1. Geralmente sou capaz de me adaptar a mudanças					

2. Geralmente tenho relações próximas e seguras					
3. Geralmente sou capaz de lidar com qualquer situação					
4. Os meus sucessos do passado dão-me confiança para enfrentar novos desafios					
5. Geralmente sou capaz de ver o lado positivo das coisas					
6. Geralmente lidar com o stress dá-me mais força					
7. Geralmente sou capaz de me erguer depois de dificuldades					
8. Geralmente penso que as coisas não acontecem por acaso					
9. Geralmente dou sempre o meu melhor em todas as situações					
10. Geralmente sou capaz de atingir os meus objectivos					
11. Geralmente mesmo quando as coisas parecem sem solução, eu não desisto					
12. Geralmente eu sei onde procurar ajuda					
13. Quando estou sob pressão, eu consigo concentrar-me e pensar claramente					
14. Prefiro tomar eu as decisões na resolução de problemas					
15. Não desencorajo facilmente com o fracasso					
16. Geralmente penso em mim como uma pessoa forte					
17. Geralmente sou capaz de tomar decisões difíceis					
18. Geralmente sou capaz de lidar com sentimentos desagradáveis					
19. Geralmente tenho controlo sobre a minha vida					
20. Geralmente gosto de desafios					
21. Geralmente trabalho para alcançar os meus objectivos					
22. Geralmente tenho orgulho naquilo que alcancei					

Relativamente à forma como te sentiste no último mês, responde entre:

1 Sempre	2 Quase Sempre	3 A maior parte do tempo	4 Durante algum tempo	5 Quase nunca	6 Nunca
--------------------	--------------------------	------------------------------------	---------------------------------	-------------------------	-------------------

	1	2	3	4	5	6
1. Durante quanto tempo te sentiste muito nervoso?						
2. Durante quanto tempo te sentiste calmo e em paz?						
3. Durante quanto tempo te sentiste triste e em baixo?						
4. Durante quanto tempo te sentiste triste e em baixo, de tal modo que ninguém te conseguia animar?						

5. Durante quanto tempo te sentiste uma pessoa feliz?						
---	--	--	--	--	--	--

No que respeita à tua vida sexual, gostaria que respondesses a algumas questões, que são muito importantes para o nosso estudo, entre:

1 Concordo Totalmente	2 Concordo Moderadamente	3 Não Concordo nem Discordo	4 Discordo Moderadamente	5 Discordo Totalmente
------------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------	------------------------------------

	1	2	3	4	5
1. Homens gays obviamente efeminados fazem-me sentir desconfortável					
2. Prefiro ter parceiros sexuais anónimos					
3. A vida seria mais fácil se eu fosse heterossexual					
4. A maioria dos meus amigos são gays, lésbicas ou bissexuais					
5. Não me sinto confiante para me “atirar” a uma pessoa do mesmo sexo que eu					
6. Sinto-me confortável em bares gays/lésbicos					
7. Situações sociais com homens gays ou mulheres lésbicas fazem-se sentir desconfortável					
8. Não gosto de pensar na minha homossexualidade/bissexualidade					
9. Quando penso em homens gays, mulheres lésbicas ou bissexuais penso em situações negativas					
10. Sinto-me confortável ao ser visto em publico com um homem explicitamente gay ou uma mulher explicitamente lésbica					
11. Sinto-me confortável ao falar sobre homossexualidade num local público					
12. É importante para mim controlar quem sabe da minha homossexualidade					
13. A maioria das pessoas tem reacções negativas à homossexualidade					
14. A homossexualidade não é contra a vontade de Deus					
15. A sociedade ainda pune as pessoas por serem gays, lésbicas ou bissexuais					
16. Eu protesto se contarem alguma piada contra gays ou lésbicas na minha presença					
17. Preocupo-me com o meu envelhecimento sendo homossexual / bissexual					
18. Preocupo-me com o deixar de ficar atraente					
19. Preferia ser mais heterossexual					
20. A maioria das pessoas não discrimina os gays e as lésbicas					
21. Sinto-me confortável com a minha homossexualidade / bissexualidade					

22. A homossexualidade é moralmente aceitável					
23. Não estou preocupado com que descubram que sou gay/lésbica/bissexual					
24. A discriminação de gays e lésbicas ainda é comum					
25. Mulheres lésbicas obviamente masculinas fazem-me sentir desconfortável					
26. Mesmo que pudesse mudar a minha orientação sexual, não mudava					
27. A homossexualidade é tão natural como a heterossexualidade					

Dados Sócio-Demográficos

1) Sexo: F ____ M ____

2) Idade: ____ anos

3) Orientação Sexual: Gay ____ Lésbica ____ Bissexual ____ Heterossexual ____

4) Habilitações Literárias:

Ensino básico ou menos ____

Ensino médio ____

Ensino Secundário ____

Ensino Superior ou mais ____

5) Origem étnica: _____

6) Região / Distrito: _____

Chegaste ao fim do questionário.

Obrigada pela tua participação!

Poderás contactar alguns dos seguintes serviços **para mais informação ou apoio ou ainda por alguma questão** que tenha surgido durante o preenchimento deste questionário.

Estes serviços são todos confidenciais:

- **Linha Jovem** - 800 20 80 20

Este serviço presta apoio e informação sobre vários temas específicos para jovens.

- **Associação para o Planeamento da Família**

www.apf.pt

linha de apoio: 800 22 20 02/3

Este serviço presta apoio e informação sobre saúde sexual.

- **ILGA** (Associação Gay e Lésbica)

www.ilga-portugal.pt

linha de apoio: 21 887 18 41

Este serviço presta apoio e informação sobre assuntos relacionados com a homossexualidade e com a sexualidade em geral.