



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

ISPA – INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**“*OVER THE RAINBOW: A SAÚDE FÍSICA E  
MENTAL DE MINORIAS SEXUAIS*”**

GONÇALO SOARES RIBEIRO GOMES

**Orientador de Dissertação:**

PROFESSOR DOUTOR PEDRO ALEXANDRE COSTA

**Orientadora de Seminário de Dissertação:**

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor Pedro Alexandre Costa, apresentada no ISPA- Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

## Agradecimentos

Ao Professor Doutor Pedro Alexandre Costa por todo o acompanhamento, disponibilidade e conhecimento transmitido. Por muitas vezes, quando me deixei levar pelo entusiasmo me ter trazido de volta à realidade. Por ter acolhido as minhas ideias e ajudado a que estas se desenvolvessem, para lá do que tinha imaginado. Obrigado Professor!

À Professora Isabel Leal pela disponibilidade em transmitir os seus conhecimentos e dar sempre a sua opinião sincera.

À minha Mãe e ao meus Pai, por terem apoiado este meu sonho e sem os quais a minha vida académica não teria sido possível. Não podia ter tido melhores pais, obrigado por tudo!

À minha irmã, por estar sempre presente! És a melhor irmã do mundo!

Ao meu avô Luís e à minha avó Lourdes pelo apoio constante ao longo do meu percurso académico, especialmente nos momentos mais difíceis! Adoro-vos!

À Cláudia Batista por ser a minha terapeuta não remunerada, pelo apoio constante e incansável, adoro-te milhões!

À Filipa Tirano, à Maria Salgueiro, à Mariana Leite, à Patrícia Fernandes, ao Raul Araújo, à Sara Bradford, à Sara Pereira e à Sofia Estanqueiro pela vossa amizade, pelo constante apoio e por me terem acompanhado, neste meu percurso no ISPA. Gosto muito de vocês!

Ao José pela disponibilidade e à Inês, a minha colega neste projeto.

Às associações e instituições que contribuíram para este projeto e especialmente aos participantes, sem os quais este projeto não teria sido possível.

## Resumo

O presente estudo, pretende avaliar o impacto que o estigma internalizado, o estigma sentido e níveis de *coming out* têm na saúde mental, como o distress e suicidalidade, e nos comportamentos com impacto na saúde física, como o abuso de substâncias e comportamentos sexuais de risco, de pessoas LGBT. Pretendeu ainda explorar se existem diferenças entre géneros e entre pessoas monossexuais (gays e lésbicas) e plurissexuais (bissexuais, pansexuais, *queer* e fluídos). A presente investigação utilizou uma metodologia quantitativa e uma amostragem não probabilística, por conveniência, online e em papel. A amostra é constituída por 313 participantes LGBT, dos quais 153 são mulheres, 149 homens e 11 Transgénero/não binário. Os participantes tinham entre 25 e 59 anos ( $M = 35.94$ ;  $SD = 8.366$ ). O *coming out* e a gestão de autoestigma face ao preconceito contribuíram significativamente para a explicação dos níveis dos *outcomes* de saúde. Nomeadamente, maiores níveis de autoestigma e menores níveis de *coming out* foram associados a maior distress psicológico. Maiores níveis de autoestigma e *coming out* foram associados a maior ideação suicida. Menores níveis de *coming out* e maiores níveis de autoestigma foram associados a maior envolvimento em comportamentos de risco. A prevalência de suicidalidade na amostra e o facto de cerca de 1/3 dos participantes terem apresentado níveis de distress severo evidenciam o quão importante a intervenção psicológica, a nível do estigma internalizado e do *coming out* pode ser para a melhoria da saúde mental e física, e, conseqüentemente da qualidade de vida dos indivíduos LGBT.

**Palavras-chave:** LGBT+; Saúde; Homofobia; Heterossexismo; Adultos

## Abstract

The present study aims to assess the impact that internalized stigma, felt stigma, and coming out levels have on mental health, such as distress and suicide, and behaviours impacting on physical health, such as substance abuse and sexual behaviour risk of LGBT people. As well as exploring if there are differences between genders and between monosexual (gays e lesbians) and plurisexual (bisexuals, pansexual, queer and fluid) people. This research used a quantitative methodology and a non-probabilistic sample. The data being collected in online and in paper format. The sample consisted of 313 LGBT participants, 153 are women, 149 men and 11 Transgender/non-binary. The participants were between 25 and 59 years old ( $M = 35,94$ ;  $SD = 8,366$ ). Coming out and managing self-stigma against prejudice contributed significantly to the explanation of the levels of health outcomes. Namely, higher levels of self-stigma and lower levels of coming out were associated with greater psychological distress. Higher levels of self-stigma and coming out were associated with higher suicidal ideation. Lower levels of coming out and higher levels of self-stigma were associated with greater involvement in risk behaviours. The prevalence of suicidality in the sample and the fact that about 1/3 of the participants had severe distress levels show how important psychological intervention in internalized stigma and coming out can be for improving mental and physical health, and consequently, the quality of life of LGBT individuals.

**Key-words:** LGBT+; Health; Homophobia; Heterosexism; Adults

## Índice

Introdução.....	1
Enquadramento Teórico .....	3
Estigma Internalizado, Estigma Sentido e <i>Coming Out</i> .....	3
Modelo do Stress Minoritário .....	5
Distress Psicológico .....	8
Suicidalidade.....	10
Abuso de Substâncias .....	11
Comportamentos Sexuais de Risco.....	12
O Presente Estudo .....	14
Método.....	16
Participantes.....	16
Material.....	17
Procedimentos.....	20
Plano Estatístico.....	21
Resultados.....	22
Análise Correlacional entre Variáveis .....	25
Modelos Explicativos do Distress Psicológico, da Ideação Suicida e do Não Envolvimento em Comportamentos de Risco .....	30
Análise Comparativa entre Géneros .....	32
Análise Comparativa entre Monossexuais e Plurisexuais.....	33
Discussão.....	35
Limitações .....	42
Estudos Futuros .....	43
Conclusão .....	44
Referências .....	45
ANEXOS.....	51
Anexo A – Análise Fatorial Exploratória – Questionário de Identidade Homossexual .....	52

Anexo B – Análise Fatorial Exploratória – Safe Sex Behaviour Questionnaire .....	55
Anexo C – Consentimento informado .....	58

## Lista de Tabelas

Tabela 1: Dados sociodemográficos

Tabela 2: Descrição das médias, desvio-padrão, assimetria, curtose, mínimo e máximo das diferentes variáveis

Tabela 3: Frequência e percentagem dos níveis de distress, planeamento do suicídio e tentativa de suicídio

Tabela 4: Descrição da frequência e percentagem do Abuso de substâncias

Tabela 5: Coeficientes de correlação Pearson entre as variáveis independentes e distress psicológico

Tabela 6: Coeficientes de correlação Pearson entre as variáveis independentes e suicidalidade

Tabela 7: Coeficientes de correlação Pearson entre as variáveis independentes e comportamentos sexuais de risco

Tabela 8.1: Coeficientes de correlação Pearson entre as variáveis independentes e substâncias – Álcool

Tabela 8.2: Coeficientes de correlação Pearson entre as variáveis independentes e substâncias – Drogas

Tabela 9: Coeficientes de correlação Pearson entre as variáveis dependentes

Tabela 10: Regressão linear múltipla para o distress psicológico a partir das variáveis independentes

Tabela 11: Regressão linear múltipla para a ideação suicida a partir das variáveis independentes

Tabela 12: Regressão linear múltipla para o não envolvimento em comportamentos de risco a partir das variáveis independentes

Tabela 13: Médias, desvio-padrão e resultados de ANOVAs One-way entre géneros

Tabela 14: Médias, desvio-padrão e resultados de ANOVAs One-way entre monossexuais e plurissexuais

## Lista de Figuras

Figura 1: Processos de stress minoritário na população lésbica, gay e bissexual (Meyer, 2003)

Figura 2: Modelo Teórico de preditores de comportamentos sexuais de risco (Rosario, Schrimshaw, & Hunter, 2006)

## Lista de Abreviaturas

AFE – Análise Fatorial Exploratória

DGS – Direção-Geral de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

HSH – Homens que têm relações sexuais com outros homens

LGBT – Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero.

LGBT+ – Lésbicas, Gays, Bissexual, Transgénero e com outras identidades/orientações sexuais.

LGB – Lésbicas, Gays e Bissexuais.

MSM – Modelo de Stress Minoritário.

## Introdução

No panorama político e social da atualidade a população Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero (LGBT) está a tomar uma grande relevância quer pela reivindicação dos seus direitos, quer pela promoção e luta pela igualdade e contra a discriminação (Almeida, 2010). Por consequência, tem havido uma proliferação de estudos quer na área da psicologia, quer da sociologia e antropologia, que se debruçam sobre as especificidades da população LGBT. Nomeadamente, a discriminação de que são alvo tem consequências na saúde dos mesmos, por exemplo, a necessidade de ocultar a sua identidade sexual, por medo de discriminação terá consequências a nível psicológico, bem como na vida relacional dos indivíduos, sendo causador de ansiedade (Meyer, 1995; 2003).

Apesar de nas últimas décadas terem ocorrido mudanças significativas, tanto na conceptualização como no desenvolvimento de intervenções específicas nos serviços de saúde física e saúde mental destinados a pessoas LGBT, em Portugal, muitas áreas, como a da suicidalidade e intervenção psicológica, continuam a ser pouco investigadas (Correia, Frazão, & Santos, 2018; Moleiro & Pinto, 2009). A Direção-Geral de Saúde (DGS; 2013) e Su et al. (2016), acrescentam que estudos acerca da saúde mental LGBT continuam a ser em número limitado, especialmente estudos com a população transgénero. A razão para tal reside, segundo Almeida (2010), no carácter incipiente da área dos estudos LGBT nas ciências sociais, humanas, médicas e psicológicas, em Portugal, sendo que estes não têm tido o relevo que se encontra em outros países, como nos Estados Unidos (e.g., Mayer, Bradford, Makadon, Stall, Goldhammer, & Landers, 2008).

O estigma sexual que consiste no conhecimento social partilhado de que a homossexualidade é inferior à heterossexualidade (Herek, 2009), cria um ambiente social stressante que pode levar ao desenvolvimento de problemas de saúde mental por parte de minorias sexuais (Meyer, 1995; 2003). Sendo isto suportado pela literatura, com inúmeros estudos a evidenciar uma maior prevalência de problemas de saúde mental e física na população LGBT (Fergusson, Horwood, & Beautrais, 1999; Mayer et al., 2008; Cochran, Sullivan, & Mays, 2003).

O presente estudo revela-se pertinente por contribuir para o aumento de literatura e investigação sobre a saúde física e mental da população LGBT, em Portugal. Este estudo pretende, através de uma metodologia quantitativa, avaliar o impacto que o estigma internalizado, o estigma sentido e níveis de *coming out* têm na saúde mental, como o distress

psicológico e suicidalidade, e nos comportamentos com impacto na saúde física, como o abuso de substâncias e comportamentos sexuais de risco, de pessoas LGBT.

## **Enquadramento Teórico**

A homossexualidade continua a ser muito estigmatizada embora haja uma maior aceitação, especialmente em sociedades ocidentais, como é o caso de Portugal (Cochran et al., 2003; Lea, de Wit, & Reynolds, 2014; Pereira & Costa, 2016). No início do século XXI, os investigadores começaram a focar a sua atenção na saúde mental da população LGBT, com múltiplos trabalhos a evidenciar a existência de diferenças comparativamente indivíduos heterossexuais, apresentando menores níveis de saúde mental e física do que estes (Blosnich, Farmer, Lee, Silenzio, & Bowen, 2014; Bontempo & D'Augelli, 2002; Díaz, Ayala, & Bein, 2004; Fergusson et al., 1999; Lea et al., 2014; Meyer, 2003). Surge, assim, um maior reconhecimento das características específicas da população LGBT e das disparidades substanciais em termos de saúde entre esta e a não-LGBT, por investigadores e profissionais da área da saúde. Os indivíduos LGBT apresentam uma maior prevalência não só de certas condições de saúde física, como o abuso de substâncias e comportamentos sexuais de risco, mas também de saúde mental (Fergusson et al., 1999; Mayer et al., 2008). Sendo que, segundo a revisão de Cochran et al. (2003), são os problemas de saúde mental, como a depressão, os distúrbios de ansiedade, suicidalidade e dependência de substâncias, os mais preocupantes constituindo uma das principais causas de morte prematura e de incapacitação no mundo (Su et al., 2016). Estes transtornos de saúde mental não são, contudo, inerentes a uma identidade minoritária sexual, mas podem surgir enquanto resultado de uma vivência marginalizada, suportando o stress de esconder a identidade sexual, ou lidar com abuso verbal, emocional ou físico de membros da família, amigos e/ou comunidades intolerantes (Mayer et al., 2008; Meyer, 2003).

### **Estigma Internalizado, Estigma Sentido e *Coming Out***

Segundo Herek (2009), por estigma sexual entende-se todo o estigma associado a um comportamento, identidade, relação ou comunidade não heterossexual. Consiste, portanto, no conhecimento social partilhado de que a homossexualidade é inferior à heterossexualidade.

Estigma sentido refere-se às expectativas da probabilidade, por parte de um indivíduo, de que o estigma seja agido em diferentes situações e sob várias circunstâncias. Baseia-se, portanto, na tomada de consciência da existência de estigma sexual e crenças relativas, a como e quando a sociedade o condena. Visto que os indivíduos estão motivados para evitar serem alvo de estigma agido, o seu comportamento irá ser afetado. Por exemplo, segundo Herek (1996, cit. por Herek, 2009), em resposta ao estigma sentido, os indivíduos que

integram minorias sexuais são cuidadosos na gestão de informação acerca deles próprios, de forma a prevenir potenciais reações negativas, de terceiros, ao saberem da sua identidade sexual. Apesar deste lado protetor face ao estigma agido, a ocultação da orientação sexual é geradora de stress tendo efeitos adversos no bem-estar psicológico e físico do indivíduo. A antecipação de estigma agido, é também um potencial stressor e, conseqüentemente, gerador de várias respostas emocionais em diferentes indivíduos e situações (Herek, 2009).

Por estigma internalizado, entende-se a aceitação do estigma, bem como a sua integração no sistema de valores e autoconceito do indivíduo minoritário. Isto é, o indivíduo aceita a desvalorização e denegrição do grupo estigmatizado a que pertence (Herek, 2007; 2009). Assim, quando o autoconceito de um indivíduo é congruente com a estigmatização, por parte da sociedade surge o estigma internalizado. Em minorias sexuais este implica a aceitação da avaliação negativa da homossexualidade, por parte da sociedade, e conseqüente adoção de atitudes negativas para com o *self* e desejos homossexuais do próprio. Estas atitudes podem manifestar-se por um desejo de renúncia da sua própria homossexualidade e de se tornar heterossexual (Herek, 2009). O estigma internalizado diferencia-se do estigma sentido, já que este último se refere há tomada de consciência, por parte do indivíduo, das normas sociais e expectativas de que o estigma irá ocorrer, mas não reflete, necessariamente, as próprias atitudes do indivíduo (Herek, 2007; 2009).

O *coming out*, i.e., o assumir da identidade sexual, pode ser indicador de uma identidade LGBT bem integrada e de reduzido estigma internalizado, sugerindo que o indivíduo possui atitudes positivas em relação à sua identidade sexual, ou seja, de que o indivíduo gosta de si e se aceita. Conseqüentemente, terá uma maior probabilidade de se envolver em práticas que cuidem e nutram o próprio (Pereira & Leal, 2005; Rosario, Schrimshaw, & Hunter, 2006). Contudo, a literatura indica que alguns indivíduos se sentem bem com a sua homossexualidade e percecionam a comunidade LGBT como hostil e agressiva, preferindo por isso não assumir a sua sexualidade num ambiente anti homossexual, como é a sociedade em geral (Pereira & Leal, 2005). Pelo que neste contexto, a não revelação da sua homossexualidade pode ser um processo adaptativo e protetor (Pereira & Leal, 2005). A ocultação da identidade sexual pode ser ainda problemática visto que os indivíduos, por preocupações com a confidencialidade, podem adiar recorrer aos cuidados de saúde ou ocultar informação importante para o tratamento eficaz e em tempo útil, comprometendo os cuidados médicos e a saúde do próprio (Mayer et al., 2008; Smalley, Warren, & Barefoot, 2016).

Oliveira, Pereira, Costa e Nogueira, (2010), num estudo feito em Portugal, verificaram que as identidades homossexuais são percecionadas como mais estigmatizadas do que as

bissexuais evidenciando, assim uma maior estigmatização da homossexualidade. Contudo, também encontraram o inverso, expresso na maior dissimulação das identidades bissexuais, o que contribui para a manutenção da sua invisibilidade. Os autores constataram ainda que são os homens quem apresenta níveis de insatisfação maiores com as suas identidades LGBT, sendo também mais sensíveis à estigmatização do que as mulheres.

Abordados os conceitos de estigma internalizado, estigma sentido e *coming out*, é possível então abordar o modelo do stress minoritário que se propõe como modelo explicativo para as diferenças a nível da saúde física e mental de minorias, sejam elas sexuais ou outras.

### **Modelo do Stress Minoritário**

A explicação mais empiricamente validada pelos investigadores para as causas de uma maior prevalência de problemáticas de saúde mental na população LGBT é a de que o estigma, o preconceito e a discriminação criam um ambiente social stressante que pode levar ao desenvolvimento de problemas de saúde mental, por parte de minorias estigmatizadas. Hipótese esta que pode ser descrita em termos de stress minoritário (Meyer, 1995; 2003).

O conceito de stress social sugere que fatores do ambiente social podem ser fontes de stress e, como tal capazes de afetar a saúde física e mental do sujeito que o experimenta. Sendo esperado que o stress social tenha um forte impacto na vida de pessoas que pertençam a categorias sociais estigmatizadas, com base no seu estatuto socioeconómico, raça, etnia, género e sexualidade. Pelo que o preconceito e a discriminação relacionados com as diferentes categorias referidas, podem ser conceptualizados como stressantes (Lea et al., 2014; Mereish, O’Cleirigh, & Bradford, 2014; Meyer, 1995; 2003). Meyer (2003), usa o conceito de stress minoritário para se referir ao stress excessivo, a que estão sujeitos indivíduos de categorias sociais estigmatizadas, como a população LGBT, e que resultam do seu estatuto social, por norma de inferioridade. Propõe assim, um modelo para a explicação da prevalência de problemas na saúde psicológica destes indivíduos, relacionados com stressores sociais decorrentes do estigma e preconceito, o Modelo do Stress Minoritário.

Subjacente ao desenvolvimento do conceito de stress minoritário, por parte dos investigadores estão, segundo Meyer (2003), essencialmente 3 suposições: (i) a de que é único - ou seja, o stress minoritário é aditivo aos stressores gerais, experimentados por todas as pessoas e, portanto, indivíduos estigmatizados precisam de um esforço de adaptação maior do que o exigido a indivíduos não estigmatizados; (ii) é crónico – i.e., o stress minoritário está relacionado com estruturas culturais e sociais subjacentes, relativamente estáveis; e (iii) é socialmente baseado - ou seja, deriva de processos, instituições e estruturas sociais além do

indivíduo, e não de eventos individuais ou condições que caracterizam stressores gerais ou características biológicas, genéticas ou não sociais da pessoa ou do grupo.

Embora não haja um consenso acerca dos processos de stress específicos que afetam as pessoas LGBT, a teoria psicológica, a literatura sobre o stress e investigação da saúde LGBT fornecem dados para a forma como o modelo do stress minoritário se poderá articular. Meyer (2003), concebe o processo de stress minoritário como um contínuo desde os stressores distais, definidos como eventos e condições objetivos, até aos processos pessoais proximais, por definição subjetivos, visto que se baseiam nas perceções e julgamentos individuais. Descreve 3 processos relevantes para o processo de Stress Minoritário em indivíduos LGBT, do distal para o proximal são (i) eventos e condições objetivos e externos, indutores de stress (crónico e agudo), (ii) expectativas de tais eventos e a vigilância que estas requerem e (iii) a internalização de atitudes sociais negativas (Meyer 1995; 2003). De acordo com Meyer (2003), outros trabalhos de investigação psicológica revelam que a ocultação da orientação sexual também é um fator importante no processo de stress. Podendo ser considerado um stressor proximal, dado que se supõe que o efeito do stress tenha origem em processos psicológicos internos.

O estatuto minoritário está associado, não só ao stress, mas também a recursos importantes como a solidariedade e coesão do grupo, que podem proteger os indivíduos dos efeitos adversos do stress minoritário para a saúde mental. Como referem Díaz et al. (2004), o sentimento de isolamento social e baixa autoestima, decorrente da discriminação, podem ser atenuados por fatores de resiliência, e.g., aceitação da orientação sexual por parte da família ou ativismo LGBT. O processo de *coming out* também permite que pessoas LGBT aprendam a lidar com e a ultrapassar efeitos adversos do stress. Pelo que o stress e resiliência interagem na predição de problemas mentais (Meyer, 2003; Morris, Waldo, & Rothblum, 2001).

O modelo (fig. 1) evidencia o impacto do stress e das estratégias de coping nos *outcomes* de saúde física e mental de indivíduos minoritários (quadrado i). O stress minoritário encontra-se em circunstâncias ambientais gerais (quadrado a) podendo incluir vantagens e desvantagens relativas a fatores como o estatuto socioeconómico. Nestas circunstâncias ambientais o estatuto minoritário do indivíduo, por exemplo ser homossexual, é um fator importante (quadrado b) daí que esteja sobreposto ao quadrado a, para indicar o quão interligado está com as circunstâncias ambientais em que o indivíduo se insere. Por sua vez, as circunstâncias ambientais levam à exposição aos stressores, incluído stressores gerais, e.g. a perda de um ente querido, (quadrado c) e stressores minoritários específicos aos membros de um grupo minoritário (quadrado d), e.g. a discriminação no emprego. Também

estes interdependentes. Uma experiência de discriminação (quadrado d) provavelmente incrementará a vigilância e expectativas de rejeição (quadrado f), e frequentemente à identificação pessoal com o estatuto minoritário (quadrado e). Esta identidade minoritária leva a stressores adicionais relacionados à percepção, por parte do indivíduo, do seu *self* como minoria estigmatizada e desvalorizada. Dado o envolvimento de autopercepções e avaliações individuais estes processos de stress minoritário são mais proximais ao indivíduo, incluindo para minorias sexuais, expectativas de rejeição, ocultação e homofobia internalizada (quadrado f). Contudo a identidade minoritária não é apenas uma fonte de stress, mas também um importante fator moderador no processo de stress (quadrado g). Visto que, por exemplo, as características da identidade minoritária terão maior ou menor impacto nos *outcomes* de saúde consoante a identidade LGBT seja mais proeminente ou mais secundária para a definição do *self* do indivíduo. Por outro lado, a identidade LGBT também pode ser fonte de “força” (quadrado h) quando associada a oportunidades de afiliação, suporte social e *coping* que podem amortizar o impacto do stress.

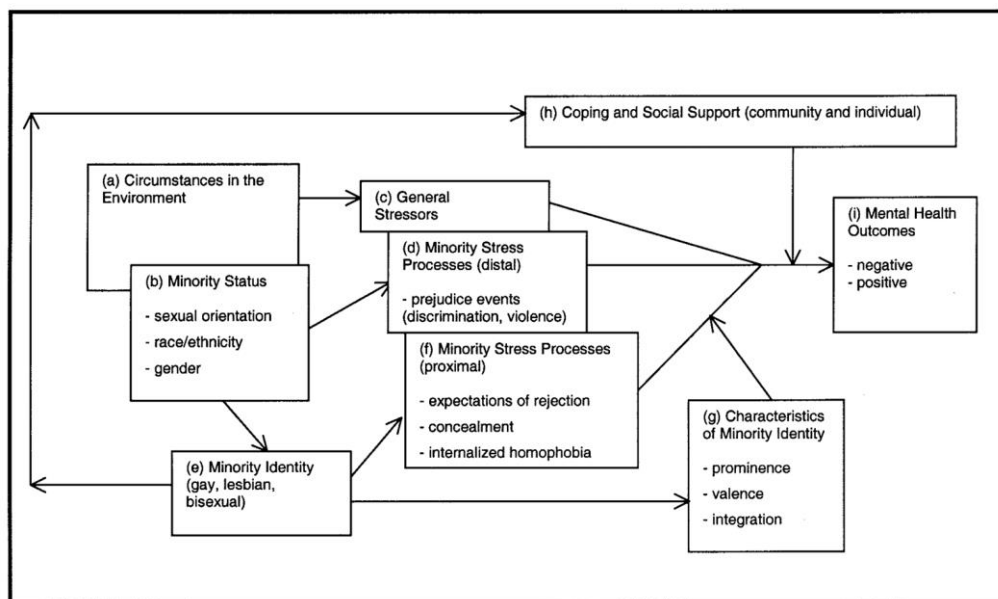


Figura 1. Processos de stress minoritário na população lésbica, gay e bissexual (Meyer, 2003)

Segundo Meyer (2003), diversos estudos identificaram processos de stress minoritário e demonstraram que quanto maior o nível de stress maior o impacto em problemas de saúde mental, por exemplo, estigma leva a experiências de alienação, falta de integração na comunidade e problemas de autoaceitação por parte de indivíduos LGBT. Segundo Meyer e Frost (2013), o stress minoritário está ainda na origem de sofrimento psicológico, sintomas

depressivos, uso de substâncias, ideação suicida e uma diminuição do bem-estar físico e psicológico dos indivíduos.

Jovens adultos e adolescentes atraídos pelo mesmo sexo, no estudo de Lea et al. (2014), tinham sintomas depressivos elevados, o dobro da probabilidade de relatar ideação suicida, mais do triplo de relatarem tentativas de suicídio e uso de substâncias. Sendo que os bissexuais, muitas vezes, apresentam a probabilidade mais elevada de problemas de saúde mental, suicidalidade e uso de substâncias. Os jovens que relataram mais homofobia internalizada e maior percepção de estigma das minorias sexuais, apresentaram maior probabilidade de experimentar distress psicológico e suicidalidade (Lea et al., 2014). Estes resultados são indicadores de que a população LGBT apresenta maiores níveis de distress psicológico, abuso de substâncias e suicidalidade e de que estes podem estar associados a maiores níveis de estigma internalizado e de estigma sentido.

Experiências de estigma também têm sido associadas na literatura a níveis mais elevados de distress psicológico, suicidalidade e uso de substâncias, comparativamente a grupos heterossexuais (Díaz et al, 2004; Kelleher, 2009; Lea et al., 2014). Estudos com homens gay encontraram uma relação entre elevados níveis de estigma sentido e sintomas depressivos, e que experiências de discriminação estavam associadas a maior uso de substâncias. Estudos com jovens atraídos pelo mesmo sexo sugerem que a identidade sexual, o estigma percebido e experiências de preconceito estão independentemente associados ao distress psicológico (Díaz et al, 2004; Kelleher, 2009; Lea et al., 2014).

Abordado o modelo do stress minoritário surge agora como relevante averiguar a literatura no âmbito do distress psicológico das minorias sexuais.

### **Distress Psicológico**

No estudo de Fergusson et al. (1999), na Nova-Zelândia através de dados recolhidos por um estudo com uma metodologia longitudinal, do nascimento até aos 21 anos. Com uma amostra de 1007 jovens, os 28 que se identificaram como LGB apresentaram maior risco de depressão major, perturbação de ansiedade generalizada, dependência ou abuso de substâncias, ideação suicida e tentativa de suicídio do que os indivíduos não-LGB. Também no estudo de Rosario et al. (2006), com jovens gay e bissexuais, 90% dos jovens apresentavam algum grau de distress associado a sintomas ansiosos e foram encontradas relações entre os sintomas de ansiedade e o abuso de substâncias

No estudo de Su et al. (2016), o relato de discriminação e a aceitação ou não da identidade LGBT foram as duas variáveis que apresentaram associações mais significativas

com sintomas depressivos. Sendo a maior percepção de discriminação associada a maior probabilidade de relatar sintomas depressivos e o maior nível de aceitação da identidade a menor probabilidade de apresentar sintomas depressivos.

Segundo Kelleher (2009), experiências de preconceito e de discriminação podem reforçar expectativas de rejeição que o indivíduo pode desenvolver resultantes do heterossexismo. Isto pode levar o indivíduo a sentir necessidade de ocultar a sua identidade sexual ou de género com medo de consequências negativas e permanecer num estado de alerta constante podendo resultar em níveis consideráveis de distress. Os resultados obtidos no estudo de Kelleher (2009), indicam de facto que quanto maior a expectativa de rejeição por parte do individuo minoritário, maior a probabilidade de apresentar sintomas de ansiedade, depressão e ideação suicida.

Os resultados obtidos no estudo de Meyer (1995), acerca do efeito do stress minoritário na saúde mental de homens gay indicam que o estigma internalizado, expectativas de rejeição e discriminação, e eventos de discriminação e violência, consideradas independentemente e em conjunto, predizem distress em homens gay. Este estudo evidencia o impacto adverso do stress minoritário na saúde mental de homens gay sendo, salienta Meyer (1995), aplicável a outras minorias, com a ressalva de que generalizações para mulheres lésbicas e bissexuais devem ser feitas com cuidado dado que estas estão sujeitas a uma dupla estigmatização, i.e., ao stress social e opressão pela sua homossexualidade e género.

No estudo de Pereira e Costa (2016), a antecipação de discriminação e a efetiva experiência de discriminação e violência também foram associados a níveis de distress mais elevados nos indivíduos minoritários. Neste estudo o efeito da discriminação na saúde mental não foi o mesmo para todos os indivíduos minoritários sendo que os bissexuais relataram níveis mais elevados de distress e a bissexualidade constituiu um preditor significativo da saúde mental. Tal pode dever-se, parcialmente, ao estigma de que são alvo, por parte de heterossexuais e homossexuais. Para além disso os bissexuais também apresentam maior probabilidade de ocultar a sua orientação sexual, para proteção contra o estigma. Isto com consequências para o seu bem-estar psicológico apresentando, estes, maior probabilidade de relatar níveis elevados de estigma internalizado. Por outro lado, os resultados sugerem que são os homens gay o grupo que apresenta a maior probabilidade de sofrer de violência e discriminação (Pereira & Costa, 2016). Também de acordo com Su et al. (2016), os bissexuais têm a maior probabilidade de apresentar sintomas depressivos, seguidos dos gays e lésbicas e, finalmente dos heterossexuais. No estudo de Morris et al. (2001), relativamente a mulheres

lésbicas e bissexuais, o nível de *coming out* foi inversamente associado ao distress e maiores níveis de distress associados a maior ideação suicida e tentativas de suicídio.

Dada a presença na população LGBT da ideação suicida e tentativa de suicídio, ao longo da literatura revista, alguma dela já supramencionada, será abordado agora o tema da suicidalidade, para uma melhor compreensão deste fenómeno.

### **Suicidalidade**

No estudo de Fergusson et al. (1999), o risco de comportamentos suicidas foi fortemente associado com a orientação sexual em ambos os géneros e as minorias sexuais apresentam maior risco de suicidalidade do que os heterossexuais (Haas et al., 2011; Mereish et al., 2014; Smalley et al., 2016; Su et al., 2016). Haas, Lane e Working Group for Postmortem Identification of SO/GI (2015), referem que décadas de investigação sugerem que a população LGBT é um grupo de risco de suicídio, com uma elevada taxa de ideação suicida e tentativa de suicídio, sendo a sua taxa de incidência quatro vezes mais frequente em homens gay e bissexuais do que em heterossexuais e duas vezes mais frequente em mulheres lésbicas e bissexuais do que em heterossexuais. Para além disso minorias sexuais têm o dobro da probabilidade de relatar ideação suicida do que os indivíduos heterossexuais (Mereish et al., 2014). Apesar desta disparidade, a investigação referente à suicidalidade dentro das minorias sexuais continua a ser em quantidade limitada (Haas et al., 2011).

No Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, a DGS (2013), reconhece que estudos noutros países indicam que os jovens LGBT têm maior probabilidade de apresentar ideação suicida do que os jovens heterossexuais, até sete vezes maior probabilidade de ter tentado o suicídio e mais fatores de risco, como falta de apoio familiar e escolar, depressão e abuso de substâncias. Não existem muitos estudos relativamente à suicidalidade na população LGBT em Portugal, algo que é reforçado neste plano. Dada a dificuldade, foram identificados apenas dois estudos com jovens LGB a nível nacional: (i) o estudo de Pereira (2009, cit. por DGS, 2013) apresentado numa conferencia, em que os jovens LGB não assumidos que sofreram mais experiências de discriminação, eram mais infelizes com a vida e com maiores índices de homofobia internalizada, apresentando uma maior incidência de ideação suicida; (ii) e o estudo de Rodrigues (2010) na sua dissertação de mestrado não publicada, que incluía jovens LGB e heterossexuais, revelou uma correlação entre a homofobia internalizada nos jovens LGB e a presença de ideação suicida. Em ambos os estudos, a maior incidência de ideação suicida, ocorria nos jovens bissexuais.

O estudo de Correia et al. (2018) foi o único encontrado que abordava o tema da suicidalidade em adultos LGBT. Este procurou averiguar se existia relação entre o suporte familiar percebido e o risco de comportamentos suicidários, em jovens adultos LGBT com idades entre os 18 e os 30 anos. Os resultados obtidos no mesmo sugerem que quanto maior a satisfação do indivíduo com o seu suporte social, menor a recorrência de pensamentos e de ideação suicida. Verificou-se ainda uma correlação fortemente positiva entre depressão e ideação suicida (Correia et al., 2018).

### **Abuso de Substâncias**

De acordo com Mayer et al. (2008), diversos estudos encontraram maiores taxas de consumo excessivo de álcool e uso de substâncias, em minorias sexuais comparativamente aos seus pares heterossexuais. A par disto o uso de drogas recreativas, particularmente de estimulantes, entre os homens gay tem sido associado com maiores taxas de práticas sexuais de risco, de HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Ainda segundo Mayer et al. (2008), diversos estudos demonstram que mulheres lésbicas e bissexuais apresentam maior taxa de consumo de álcool e problemas relacionados com o mesmo. No estudo de Smalley et al. (2016), foi nos indivíduos bissexuais que o abuso de substâncias apresentou maior impacto, tanto no consumo como em relações sexuais sobre a influência dos mesmos, sugerindo que estes podem ser mais vulneráveis devido à sua dupla estigmatização.

O uso de substâncias não injetáveis, e.g. álcool, anfetaminas e cocaína, é prevalente em homens que têm relações sexuais com outros homens (HSH). Com estudos em que 85% dos participantes relatam o consumo de álcool e 51% drogas não injetáveis nos últimos 6 meses (Stall et al., 2001). No estudo de Rosario et al. (2006), com jovens gay e bissexuais entre os 14 e 21 anos, 48% apresentou sintomas de abuso de substâncias. Estudos associaram o uso de substâncias a mais comportamentos sexuais de risco e a maior risco de infecção com VIH (Colfax et al., 2004).

Os estudos de Colfax et al. (2004) e de Strathdee et al. (1998), encontraram uma associação significativa entre o abuso de álcool, o consumo de inalantes, anfetaminas e cocaína - em geral e antes ou durante relações sexuais - e o aumento de risco de ter relações sexuais desprotegidas, com parceiros sem saber se eram ou não positivos para o VIH. Tais resultados contribuem para clarificar o papel do uso de substâncias durante episódios sexuais, embora não determinando os mecanismos através dos quais o uso de substâncias aumenta comportamentos sexuais de risco, Colfax et al. (2004) colocam no entanto como hipóteses que: (i) o estado de intoxicação pode desinibir o indivíduo para incorrer em relações sexuais,

protegidas ou não, com parceiros sem conhecimento do seu estado de VIH; (ii) o uso de substâncias pode diminuir competências nas práticas de sexo seguro, tal como a capacidade do uso adequado do preservativo; (iii) os efeitos farmacológicos podem aumentar comportamentos sexuais de risco, pelo aumento da receptividade.

O heterossexismo e o stress minoritário parecem influenciar o uso de substâncias por parte de indivíduos LGBT, tendo diversos estudos encontrado relações significativas e positivas entre eles (McCabe, Bostwick, Hughes, West, & Boyd, 2010; Mereish et al., 2014). No estudo de Mereish et al. (2014), as experiências de vitimização foram associadas a maior probabilidade de problemas de uso de substâncias ao longo da vida. Sendo que as substâncias podem ser utilizadas para regulação de afetos negativos e tensão, tais resultados indicam que estas podem ser um recurso temporário, mas prejudicial, que os indivíduos LGBT utilizam para lidar com os sentimentos negativos e experiências desencadeadas pela vitimização LGBT. Simultaneamente, o desenvolvimento de problemas com o uso de substâncias leva a um grave risco de suicídio, conforme sugerem os resultados obtidos por Mereish et al. (2014), em que problemas com o uso de substâncias ao longo da vida foram significativamente associados a um maior risco de ideação suicida e tentativa de suicídio. Assim, o uso de substâncias pode ser um fator mediador dos efeitos do stress minoritário na suicidalidade.

Dada a repetida referência na literatura da relação entre o abuso de substâncias e comportamentos sexuais de risco é pertinente abordar a literatura relativa aos mesmos.

### Comportamentos Sexuais de Risco

Segundo Rosario et al. (2006), os comportamentos sexuais de risco de jovens gay e bissexuais para serem compreendidos, devem considerar o contexto das experiências e desafios a que são sujeitos nas suas vidas. Neste sentido propõe um modelo teórico de comportamentos de risco sexual (fig. 2) que incorpora fatores teóricos já conhecidos, como preditores de comportamentos sexuais de risco, mas que também considere a realidade da vida de homens gay e bissexuais.

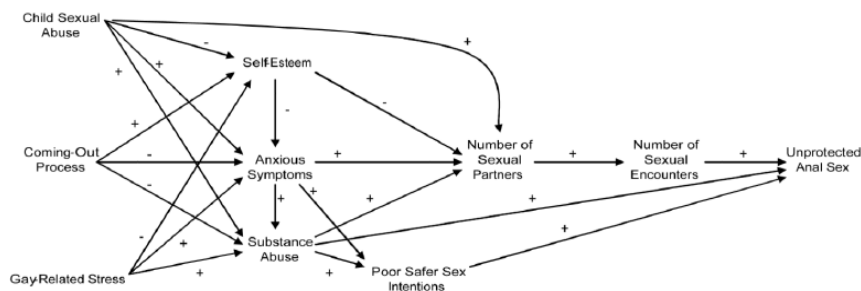


Figura 2 – Modelo Teórico de preditores de comportamentos sexuais de risco (Rosario, Schrimshaw, & Hunter, 2006)

Este modelo para HSH considera diferentes trajetórias segundo as quais, preocupações com a saúde mental (distress, abuso de substâncias), desafios específicos da população (processo de *coming out* e stress relacionado com o estatuto minoritário) e outras experiências (i.e., abuso sexual em criança e intenções de sexo seguro) podem explicar comportamentos sexuais de risco. De forma breve segue-se uma análise dos fatores previstos pelo modelo, mais relevantes para o presente estudo.

Problemas de saúde mental como o distress e o abuso de substâncias podem influenciar, direta ou indiretamente, comportamentos sexuais de risco de jovens gay ou bissexuais (Rosario et al., 2006). Estudos com amostras de HSH encontraram uma associação significativa e positiva entre distress e comportamentos sexuais de risco (Strathdee et al., 1998; Rosario et al., 2006). Para além disso, estudos sugerem que esta relação pode ser mediada por outros fatores de saúde mental, como o uso de substâncias, o que pode explicar a falha de alguns estudos em encontrar esta relação (Dudley, Rostosky, Korfhage, & Zimmerman, 2004; Rosario et al. 2006).

O uso de substâncias é talvez o potencial determinante de comportamentos sexuais de risco, mais estudado na literatura. Os jovens HSH têm maior prevalência do uso de substâncias que os seus pares heterossexuais (Fergusson et al., 1999), estando também associado, em diversos estudos, a uma maior prevalência de comportamentos sexuais de risco entre estes jovens (Strathdee et al., 1998; Rosario et al. 2006; Díaz et al., 2004).

A experiência de stress relacionado com homossexualidade, vitimização ou ridicularização por ser gay também pode contribuir para maior número de comportamentos sexuais de risco (Bontempo & D'Augelli, 2002; Díaz et al., 2004; Rosario et al., 2006). A opressão social e distress de acordo com o estudo de Díaz et al. (2004), são preditores de participação em situações de risco sexual, sendo que os indivíduos com maiores níveis de discriminação e distress tinham maior probabilidade de ter relações sexuais sob a influencia de drogas ou álcool, como forma de aliviar ansiedade e stress, e ainda de ter parceiros que resistem ao uso de preservativo.

Estudos na área dos comportamentos sexuais de risco de jovens gay e bissexuais devem ter em conta as experiências no processo de *coming out*, bem como o stress relacionado com uma identidade minoritária. Estudos demonstram que aspetos deste processo como, por exemplo, menos atitudes positivas relativamente à homossexualidade, i.e., mais estigma internalizado e desconforto com os outros saberem da sua sexualidade, estão relacionados com um maior número de comportamentos sexuais de risco (Rosario et al.,

2006). Contudo, outros estudos não encontraram relações significativas sugerindo que o *coming out* pode ter um efeito indireto através do distress e/ou autoestima.

Os comportamentos sexuais de risco foram associados a menor suporte social, maior probabilidade de depressão e ter tido experiências de relações sexuais não consensuais no estudo de Strathdee et al. (1998). Também no estudo de Millar, Starks, Grov e Parsons (2017), a depressão foi positivamente associada ao sexo anal receptivo sem preservativo.

No estudo de Smalley et al. (2016) os homens gay apresentaram níveis de comportamentos sexuais de risco, significativamente mais baixos que os de lésbicas e bissexuais. Para os autores isto pode ser o resultado de décadas de sensibilização dirigida a homens gay, contudo é necessário chegar a outros segmentos da comunidade LGBT.

No estudo de Rosario et al. (2006) atitudes positivas face à homossexualidade foram diretamente associadas com menos encontros sexuais, menor probabilidade de sexo receptivo desprotegido e menos sintomas de ansiedade. Pelo que atitudes positivas podem diminuir indiretamente a probabilidade de comportamentos sexuais de risco (Rosario et al., 2006). Contudo, os autores encontraram uma relação entre dois aspetos do processo de *coming out* e *outcomes* adversos, nomeadamente o maior conforto com terceiros saberem da sua identidade homossexual foi associado a maior probabilidade de sexo receptivo desprotegido e a revelação da identidade sexual associada a maior sintomatologia ansiosa (Rosario et al., 2006).

Em suma, o modelo indica que atitudes positivas face à homossexualidade são benéficas para a saúde mental e física, visto que estes indivíduos revelam menos sintomas de ansiedade e abuso de substâncias. Tal não é surpreendente do ponto de vista do *self*, já que atitudes positivas em relação à homossexualidade, quando se é homossexual ou bissexual, indica que o indivíduo gosta de si e se aceita. Consequentemente, terá uma maior probabilidade de se envolver em práticas que cuidam e nutrem qualquer aspeto do *self*, e.g. práticas sexuais seguras, do que um indivíduo que não gosta e potencialmente rejeita o *self* (Rosario et al., 2006).

### **O Presente Estudo**

Este estudo revela-se pertinente por abordar o tema da suicidalidade na população LGBT em Portugal algo muito raro na literatura nacional. A par disto a maioria dos estudos sobre a população LGBT ocorrem na população adolescente e jovem adulta e o presente estudo sendo dos 25 aos 59 anos é constituída por adultos. Adultos estes que nasceram entre 1960 a 1994 e inseridos no contexto português passaram por algumas situações sociais interessantes, como a revolução do 25 de abril de 1974, em que houve uma nova liberdade e

abertura da sociedade, embora de acordo com Colling (2014), apenas na década de 90 é que surgiram os primeiros movimentos LGBT, associados ao combate ao VIH/SIDA. Também passaram claro, pelo surgimento do VIH/SIDA na década de 80, algo que contribuiu para uma maior estigmatização da homossexualidade, mas que de certa forma também despertou a sociedade para a existência da homossexualidade (Caldas, 1995; Duro, 2016). Estas faixas etárias assistiram ainda à retirada da homossexualidade do código penal em 1982. Outro fator interessante do presente estudo foi o facto de ter sido possível recolher uma amostra considerável e equilibrada em termos de género, embora não de transgéneros.

O presente estudo, através de uma metodologia quantitativa, pretende avaliar o impacto que o estigma internalizado, o estigma sentido e níveis de *coming out* têm na saúde mental, como o distress e suicidalidade, e nos comportamentos com impacto na saúde física, como o abuso de substâncias e comportamentos sexuais de risco, de pessoas LGBT. Pretendeu ainda explorar se existem diferenças entre género e entre monossexuais (gays e lésbicas) e plurissexuais (bissexuais, pansexuais, *queer* e fluidos).

Foram para o efeito criadas sete questões de investigação: (1) Qual o impacto do estigma internalizado, estigma sentido e *coming out* no distress psicológico; (2) Qual o impacto do estigma internalizado, estigma sentido e *coming out* na suicidalidade; (3) Qual o impacto do estigma internalizado, estigma sentido e *coming out* nos comportamentos sexuais de risco; (4) Qual o impacto do estigma internalizado, estigma sentido e *coming out* no abuso de substâncias; (5) Existem correlações entre o distress psicológico, suicidalidade, comportamentos sexuais de risco e abuso de substâncias; (6) Quais as diferenças entre homens e mulheres ao nível do distress, suicidalidade, comportamentos sexuais de risco e uso de substâncias; (7) Quais as diferenças entre monossexuais e plurissexuais ao nível do distress, suicidalidade, comportamentos sexuais de risco e abuso de substâncias?

## Método

### Participantes

O presente estudo utilizou uma metodologia quantitativa e uma amostragem não probabilística intencional e por conveniência. Os critérios de inclusão neste estudo foram identificar-se como LGBT, e ter entre 25 a 59 anos, visto que se pretendeu estudar minorias sexuais na faixa etária dos adultos, menos frequentemente estudada que a da adolescência e nos últimos anos na população idosa. A amostra é constituída por 313 participantes que se autoidentificaram como sendo LGBT. No que diz respeito ao género, 153 participantes identificaram-se como mulher, 149 como homem e 11 como Transgénero/não binário. Relativamente à identidade sexual, 127 eram homens gay, 116 eram mulheres lésbicas, 44 eram homens e mulheres bissexuais, 11 eram pansexuais, 7 eram transgénero, 2 *queer*, 2 não-binário, 1 fluída e 3 identificaram-se com outra. Os participantes tinham, como já referido, entre 25 e 59 anos ( $M = 35.94$ ;  $SD = 8.366$ ).

**Tabela 1**

Dados sociodemográficos (Participantes N = 313)

	N	%
Identidade sexual/ de género		
Gay	127	40.6
Lésbica	116	37.1
Bissexual	44	14.1
Pansexual	11	3.5
Transgénero	7	2.2
<i>Queer</i>	2	.6
Não binário	2	.6
Fluída	1	.3
Outro	3	1
Sexo		
Feminino	166	53
Masculino	147	47
Género		
Mulher	153	48.9
Homem	149	47.6
Transgénero/ não binário	11	3.5
Filhos		
Não	269	85.9
Sim	44	14.1
Quantos?		
1	25	8,0
2	17	5,4
3	1	,3
5	1	,3

Vive		
Só	105	33.5
Família (Pais e/ou irmãos e/ou filhos)	75	24.0
Parceiro/a ou companheiro/a	61	19.5
Amigos, colegas de casa ou outros familiares	35	11.2
Conjuge	22	7
Conjuge e filhos	6	1.9
Outras	7	2.2
Omisso	2	.6
Estado Civil		
Solteiro	239	76.4
Em união de facto	31	9.9
Casado	21	6.7
Divorciado	21	6.7
Viúvo	1	.3
Local onde reside		
Urbano	229	73.4
Semiurbano	57	18.3
Rural	26	8.3
Habilitações literárias		
Até ao 4º ano (1º ciclo)	2	.6
6º ano (2º ciclo)	3	1
9º ano (3º ciclo)	20	6.4
12º ano (secundário)	103	32.9
Licenciatura ou Bacharelato	92	29.4
Mestrado ou Pós-graduação	81	25.9
Doutoramento	11	3.5
Atividade profissional		
Empregado a tempo inteiro	185	59.1
Empregado a tempo parcial	56	17.9
Desempregado	39	12.5
Reformado	2	.6
Outra	31	9.9

## Material

Foi utilizado para o presente estudo, o protocolo de investigação do projeto “*Over the Rainbow: um olhar sobre a saúde de pessoas LGBT+ em Portugal*”. Nomeadamente foram utilizados os instrumentos que avaliavam as dimensões de estigma sentido e internalizado, *coming out*, distress psicológico, suicidalidade, comportamentos sexuais de risco e abuso de substâncias.

**Dados sociodemográficos.** Idade (contínua), identidade sexual/de género (resposta aberta), com quem vive (resposta aberta), tem filhos (resposta fechada dicotómica), quantos filhos tem (resposta aberta), país que habita (resposta aberta), sexo de nascimento (resposta aberta) e género com que se identifica (resposta aberta). O estado civil, o local onde reside, as

habilitações literárias e a atividade profissional foram todas medidas através de categorias discretas.

**Estigma sentido, estigma internalizado e *coming out*.** O estigma internalizado foi avaliado com base no Questionário de Identidade Homossexual (Pereira, Leal & Marôco, 2010). Possui 13 itens em que o sujeito indica o seu grau de concordância com cada uma das afirmações, numa escala tipo likert de 5 pontos em que 1 corresponde a “discordo completamente” e 5 a “concordo completamente”. Por exemplo, o item 3 “Tendo a isolar-me emocionalmente por causa da minha sexualidade”. Scores elevados indicam maiores níveis de estigma.

Foi realizada uma análise fatorial exploratória estando cumpridos os requisitos do teste de esfericidade de Bartlett ( $p < .001$ ) e de KMO = .872 com rotação varimax sendo identificadas duas dimensões. O item 11 foi excluído por ser ambíguo. Da primeira dimensão encontrada fazem parte os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 12. Da segunda dimensão fazem parte os itens 8, 9 e 10. O item 13 que por diminuir significativamente o alfa de *Cronbach* da dimensão dois foi eliminado da mesma. A primeira dimensão foi apelidada de gestão de auto estigma face ao preconceito e possui um  $\alpha = .868$ , tendo uma boa fiabilidade e a segunda dimensão denominada trajetória de aceitação da identidade sexual com uma fiabilidade fraca, mas aceitável ( $\alpha = .639$ ; Anexo A).

O *coming out* foi avaliado com base no item 12 desta mesma escala: “Neste momento ninguém sabe da minha homossexualidade/bissexualidade”. Sendo que scores elevados nesta escala indicam menor nível de *coming out*.

O estigma sentido foi avaliado com base num item, “Sente que tem sido vítima de discriminação com base na sua orientação sexual/identidade de género?”, a responder numa escala tipo likert de 5 pontos em que 1 corresponde a “sempre” e 5 a “nunca”, pelo que scores elevados indicam menores níveis de estigma sentido.

**Distress psicológico.** Foi utilizada a Escala de Distress Psicológico de Kessler (K10, Kessler et al., 2003; Oliveira, 2014). Esta é uma escala unidimensional e avalia o distress psicológico inespecífico, através de questões sobre sintomatologia ansiosa e depressiva, durante o mês anterior. Possui 10 itens, com uma escala de resposta tipo likert de 5 pontos, em que 1 corresponde a “nenhum dia” e 5 a “todos os dias”. A cotação desta escala é feita pela soma da pontuação total de todos os itens, sendo considerada uma pontuação de 0-19 sem Distress, 20-24 Distress Leve, 25-29 Distress Moderado e 30-50 Distress Severo. Um total superior a 22 é

indicador de que o indivíduo está em elevado risco de vir a sofrer ou de sofrer uma perturbação mental. De referir que estes valores de referência são propostos por Andrews e Slade (2001) para a população australiana e neozelandesa. Por exemplo, item 3 “Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu nervoso ao ponto de nada o conseguir acalmar?”. No presente estudo foi obtida uma fiabilidade muito boa ( $\alpha = .951$ ).

**Suicidalidade.** Para avaliar a ideação suicida foram utilizados os itens da subescala da ideação suicida do Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A, Castilho, Carvalho, Nunes, & Pinto-Gouveia, 2012 cit. por Nunes, 2013). As respostas a esta subescala são dadas em escala de likert de 4 pontos, em que 0 corresponde a “Nunca acontece comigo”, e 3 a “Acontece-me sempre”. Quanto mais alta a pontuação num dado fator, mais alta será a atitude em relação a essa componente. O alfa de *Cronbach* do fator Ideação suicida neste estudo é considerado forte ( $\alpha = .810$ ), permitindo-nos dizer que esta escala, ao nível do fator ideação suicida apresenta os critérios de fiabilidade exigidos. Foram acrescentados 3 itens, relativamente ao planeamento de suicídio sem a tentativa do mesmo, (“Já planeou o suicídio, mas sem o tentar?”; “Se sim, quantas vezes?”; “Com que idade(s)?”) e 3 itens relativos à tentativa de suicídio (“Já tentou o suicídio?”; “Se sim, quantas vezes?”; “Com que idade(s)?”) com o objetivo de avaliar a existência e frequência dos comportamentos suicidários.

**Comportamentos sexuais de risco.** Para avaliar os comportamentos sexuais de risco foi utilizado o Safe Sex Behaviour Questionnaire (SSBQ, DiIorio, Parsons, Lehr, Adame, & Carlone, 1992). A escala foi traduzida para português de Portugal, possui 24 itens. Possui respostas numa escala tipo likert de 5 pontos em que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 a “concordo totalmente”. O item 18 da escala é, por exemplo, “Se o meu parceiro(a) insiste em ter relações sexuais sem preservativo, eu recuso-me a ter relações sexuais”. Scores elevados nas escalas indicam maior frequência de comportamentos sexuais seguros, neste sentido foram invertidos os itens 2, 7, 13, 14, 20, 23 e 24, visto que são itens com carácter negativo/comportamentos sexuais de risco.

No presente estudo foi realizada uma análise fatorial exploratória estando cumpridos os requisitos teste de esfericidade de Bartlett ( $p < .001$ ) e de KMO =.811 com rotação varimax sendo identificadas três dimensões. Os itens 9, 13 e 15 foram excluídos por não serem significativos em nenhuma das dimensões. Da primeira dimensão encontrada fazem parte os itens 1, 3, 5, 10, 12, 17, 18, 19, 21 e 22. Esta dimensão foi denominada “uso de preservativo e

planeamento de relações seguras”, tendo uma boa fiabilidade ( $\alpha=.835$ ). Da segunda dimensão fazem parte os itens 4, 6, 8, 11 e 16 e foi apelidada “comunicação com o/a parceiro/a” apresentando uma fiabilidade razoável ( $\alpha=.777$ ). Finalmente, a terceira dimensão constituída pelos itens 2, 7, 14, 20, 23 e 24 foi apelidada de “não envolvimento em comportamentos de risco” e possui uma fiabilidade razoável ( $\alpha=.743$ ; Anexo B).

**Abuso de substâncias.** Foi avaliado através de 1 pergunta retirada do Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Foi utilizada a versão adaptada do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD; 2013) deste instrumento, originalmente produzido pela OMS. Este foi desenhado para ser aplicado no âmbito dos consumos de substâncias psicoativas. Porém, permite detetar a gravidade do consumo de todas as substâncias.

Foi selecionada a pergunta 2 “Nos últimos 3 meses, com que frequência consumiu cada uma das seguintes substâncias?” para tentar perceber o grau de consumo destas substâncias. As substâncias apresentadas foram também alteradas para melhor se adequarem aos objetivos do presente estudo: a. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.); b. Cocaína (coca, crack, etc.); c. Substâncias para melhorar a performance sexual (viagra, pau de cabina, etc.); d. Opiáceos (heroína, morfina, etc.); e. Outras (anfetaminas, alucinogénios, etc.). Possui respostas numa escala tipo likert de 5 pontos em que 0 corresponde a “nunca” e 4 a “5 a 7 vezes por semana”. Scores mais elevados indicam maior abuso de substâncias.

Para além disto, foi retirada a substâncias álcool, visto que não pareceu ser adequado avaliar o abuso de álcool com base, apenas em quantas vezes a pessoa consome. Sendo importante considerar quanto consome de cada vez. Para o efeito foram criadas 4 perguntas: “Com que frequência consome cerveja?”, “Com que frequência consome vinho?”, “Com que frequência consome bebidas destiladas?”, “Com que frequência consome outras?”. Possui uma escala de resposta tipo likert de 6 pontos em que 0 corresponde a “Nunca” e 6 a “Mais de 1 vez por dia”.

### **Procedimentos**

Primeiramente, foi elaborado o protocolo de investigação, a partir do qual foram obtidos os dados a utilizar na presente dissertação. Após a seleção dos instrumentos a integrar o mesmo, a sua organização e estruturação, foi transposto para o programa *Qualtrics*. Procedendo-se de seguida à divulgação do mesmo através de distribuição do link para o seu preenchimento, por diversas redes sociais e plataformas. Sendo a maioria grupos de

*Facebook, Instagram*, sites oficiais, *mailing lists* e blogs de associações LGBT. Também foram entregues alguns questionários em papel em associações LGBT.

Na primeira página do protocolo era apresentado o consentimento informado (Anexo C), sendo o anonimato e confidencialidade garantidos aos participantes, visto que não seriam recolhidas quaisquer informações que os identificassem e apenas os investigadores do projeto teriam acesso às suas respostas. Estes eram também informados de que alguns dos construtos a avaliar, poderiam ter uma carga emocional ativadora e que para o efeito, no fim do protocolo eram apresentados alguns contactos a que estes poderiam recorrer, caso experimentassem algum tipo de desconforto ou ansiedade, consequente do preenchimento do protocolo.

### **Plano Estatístico**

Foram realizadas correlações bivariadas de Pearson para avaliar qual a relação entre o estigma internalizado, estigma sentido e *coming out* e o distress psicológico, a suicidalidade, os comportamentos sexuais de risco e o abuso de substâncias. Efetuaram-se também correlações bivariadas de Pearson entre as variáveis dependentes distress psicológico, suicidalidade, comportamentos sexuais de risco e/ou abuso de substâncias. E foram de seguida efetuadas algumas regressões lineares múltiplas, para compreender se e de que forma as variáveis independentes explicam a variância ao nível da dependente.

Finalmente, foram efetuadas duas ANOVAs para a comparação entre homens e mulheres e para a comparação entre pessoas monossexuais (gays e lésbicas) e plurissexuais (bissexuais, pansexuais, *queer* e fluídos) ao nível do distress psicológico, ideação suicida, planeamento, tentativa de suicídio, abuso de substâncias e comportamentos sexuais de risco.

## Resultados

A média de distress dos participantes foi de 24.36 ( $SD = 10,179$ ), o limite entre distress leve e moderado (Tabela 2). Isto sugere que em média a população pode estar em distress, segundo os critérios propostos por Andrews e Slade (2001), para a população australiana e neozelandesa. Para além disso apenas 38.9% dos indivíduos não apresentou níveis de distress, sendo que 16% apresentou distress leve, 13.4% distress moderado e 31.7% distress severo (Tabela 3). O mínimo foi 10 e o máximo 50.

A média da escala de ideação suicida foi .859 ( $SD = .686$ ), que por ser próximo de 1 sugere que os participantes apresentam, em média, alguma ideação suicida. O mínimo é de 0 e o máximo de 3 e a Moda 1. Sendo que 50.6% apresentou valores de .67 ou menos e 50.4% apresentaram valores de 1 ou mais. Cerca de 28% dos participantes já planeou suicídio, sem efetivamente o tentar. Sendo que, em média, o planearam 3.310 vezes ( $SD = 3.404$ ). De referir ainda que a moda é 1, o mínimo 1 e o máximo 11 (Tabela 2). De ressaltar que 14.9% dos participantes que planearam o suicídio sem efetivamente o tentar, o fizeram 11 vezes (Tabela 3). Relativamente à tentativa de suicídio, já o tentaram 18.2% dos participantes. Sendo que, em média o tentaram 1.947 vezes ( $SD = 1.042$ ), a moda é 1, o mínimo 1 e o máximo 4 (Tabela 2).

No que diz respeito ao uso de preservativo e planeamento de relações seguras a média foi de 3.596 ( $SD = .728$ ), o mínimo foi 1 e o máximo 5. Relativamente à comunicação com o/a parceiro/a média foi de 3.042 ( $SD = .899$ ), o mínimo foi 1 e o máximo 5. Finalmente, no não envolvimento em comportamentos de risco a média dos participantes foi de 3.510 ( $SD = .851$ ), o mínimo foi de 1.17 e o máximo de 5. Estes resultados sugerem que os indivíduos apresentam, no geral, um nível médio alto de comportamentos sexuais seguros, visto que obtiveram médias próximas de 4 no que diz respeito ao uso de preservativo e planeamento de relações seguras, ao não envolvimento em comportamentos de risco e uma média próxima de 3 relativamente à comunicação com o/a parceiro/a (Tabela 2).

Relativamente ao *coming out* a média é de 1.71 ( $SD = 1.022$ ) sugerindo que em média os participantes têm níveis elevados de *coming out*, com terceiros a saberem da sua orientação sexual. No estigma sentido ter uma média de 3.53 ( $SD = .960$ ) indica que, em média, os participantes sentiram-se estigmatizados devido à sua orientação sexual poucas vezes. Ao nível da gestão de autoestigma face ao preconceito a média de 2.08 ( $SD = .805$ ) e ao nível da trajetória de aceitação da identidade sexual a média de 3.108 ( $SD = .917$ ) sugerem que a amostra apresenta níveis abaixo do ponto intermédio de estigma internalizado (Tabela 2).

Verificou-se que todas as variáveis, com exceção do consumo de cocaína, substâncias para melhorar a performance sexual, opiáceos e outras drogas cumpriram os critérios de normalidade dos dados ( $-3 < Sk < 3$  e  $-7 < Ku < 7$ ; Marôco, 2014; Tabela 2).

**Tabela 2**

Descrição das médias, desvio-padrão, assimetria, curtose, mínimo e máximo das diferentes variáveis

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>	Mínimo	Máximo
<i>Coming out</i>	1.71	1.022	1.371	.907	1	5
Estigma sentido	3.53	.960	-.056	-.750	1	5
Gestão de auto estigma face ao preconceito	2.08	.805	.469	-.742	1	4.25
Trajetória de aceitação da identidade sexual	3.108	.917	-.061	-.469	1	5
Distress	24.36	10.179	.461	-.892	10	50
Ideação suicida	.859	.686	.841	.550	0	3
Quantas vezes planeou suicídio, sem tentativa (excluídos os que não)	3.310	3.404	-	-	1	11
Quantas vezes tentou suicídio (excluídos os que não)	1.947	1.042	-	-	1	4
Uso de preservativo e planeamento de relações seguras	3.596	.728	-.441	.245	1	5
Comunicação com o/a parceiro/a	3.0426	.899	-.229	-.378	1	5
Não envolvimento em comportamentos de risco	3.510	.851	-.498	-.194	1.17	5
Cerveja	1.69	1.249	-.084	-.814	0	5
Vinho	1.81	1.369	-.101	-1.107	0	5
Bebidas destiladas	1.16	1.231	.563	-.619	0	5
Outras bebidas alcoólicas	.83	1.216	1.357	1.310	0	5
Cannabis	.55	1.087	2.145	3.660	0	4
Cocaína	.16	.511	4.006	18.690	0	4
Substâncias para melhorar performance sexual	.13	.487	5.038	30.735	0	4
Opiáceos	.08	.411	6.191	42.781	0	4
Outras drogas	.08	.350	4.891	27.108	0	3

**Tabela 3**

Frequência e percentagem dos níveis de distress psicológico, planeamento do suicídio e tentativa de suicídio

	N	%
Distress psicológico (por níveis)		
Sem Distress	119	38.9
Distress Leve	49	16
Distress Moderado	41	13.4
Distress Severo	97	31.7

Planeamento do suicídio, sem efetivamente o tentar		
Sim	87	27.8
Não	226	72.2
Quantas vezes (excluídos os que não)		
1	34	39.1
2	19	21.8
3	14	16.1
4	5	5.7
5	1	1.1
6	1	1.1
11	13	14.9
Tentativa de suicídio		
Sim	57	18.2
Não	256	81.8
Quantas vezes (excluídos os que não)		
1	26	45.6
2	14	24.6
3	11	19.3
4	6	10.5

Em média os participantes consomem “1 vez por mês ou menos” cerveja e vinho. Nomeadamente cerveja, 39.9% “1 vez por mês ou menos”, 29.3% “nunca” e 23.5% “1 ou 2 vezes por semana (incluindo fim-de-semana)”. Vinho 32% “1 vez por mês ou menos”, 30.4% “nunca” e 26.2% “1 ou 2 vezes por semana (incluindo fim-de-semana)”. Bebidas destiladas 47.9% “nunca”, 34% “1 vez por mês ou menos” e 10.4% “1 ou 2 vezes por semana (incluindo fim-de-semana)”. Outras bebidas alcoólicas 62.4% “nunca”, 22% “1 vez por mês ou menos”, 7% “1 vez por dia”, 6.4% “1 ou 2 vezes por semana (incluindo fim-de-semana)” e 6.4% “Já consumi, mas atualmente não consumo bebidas alcoólicas” (Tabela 4).

Relativamente ao uso de substâncias, a cannabis apresenta a média mais elevada, de .55 ( $SD = 1.087$ ), que por ser próxima de 1 sugere que em média os participantes consumiram esta substância 1 a 2 vezes nos últimos 3 meses. As restantes substâncias obtiveram médias próximas de 0, este facto aliado ao da moda das respostas ser 0 em todas as substâncias, sugere que em média os indivíduos não consomem este tipo de substâncias. Em termos percentuais a cannabis e a cocaína foram as únicas substâncias em que o consumo era superior a 10%, mais concretamente no caso de cannabis 71.8% “nunca” consumiu, 15.4% consumiu “1 a 2 vezes”, 5.4% “5 a 7 vezes por semana”, 4.2% “1 a 3 vezes por mês” e 3.2% “1 a 4 vezes por semana”. No caso da cocaína nos últimos 3 meses 89.1% “nunca” consumiu, 7.4% consumiu “1 a 2 vezes” e 2.6% “1 a 3 vezes por mês” (Tabela 4).

**Tabela 4**

Descrição da frequência e percentagem do Abuso de substâncias

	Cerveja		Vinho		Bebidas Destiladas		Outras bebidas alcoólicas			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Nunca	91	29.3	94	30.4	148	47.9	176	62.4		
Já consumi, mas atualmente não consumo bebidas alcoólicas	12	3.9	8	2.6	16	5.2	18	6.4		
1 vez por mês ou menos	124	39.9	99	32	105	34	62	22		
1 ou 2 vezes por semana (incluindo fim-de-semana)	73	23.5	81	26.2	32	10.4	18	6.4		
1 vez por dia	7	2.3	24	7.8	5	1.6	2	.7		
Mais de 1 vez por dia	4	1.3	3	1	3	1	6	2.1		
	Cannabis		Cocaína		Substâncias para melhorar performance sexual		Opiáceos		Outras drogas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nunca	224	71.8	278	89.1	283	90.7	297	95.8	290	93.5
1 a 2 vezes	48	15.4	23	7.4	22	7.1	5	1.6	15	4.8
1 a 3 vezes por mês	13	4.2	8	2.6	4	1.3	6	1.9	4	1.3
1 a 4 vezes por semana	10	3.2	2	.6	1	.3	1	.3	1	.3
5 a 7 vezes por semana	17	5.4	1	.3	2	.6	1	.3	-	-

### **Análise Correlacional entre Variáveis**

De modo a avaliar as relações entre as diversas variáveis efetuou-se uma análise correlacional bivariada de Pearson com todas as variáveis independentes - *coming out*, estigma sentido, gestão de autoestigma face ao preconceito e trajetória de aceitação da identidade homossexual - e dependentes - distress psicológico, suicidalidade, comportamentos sexuais de risco e abuso de substâncias. Todas as variáveis utilizadas foram contínuas, com exceção das variáveis, planeamento de suicídio e tentativa de suicídio que eram variáveis dicotómicas (0 = não e 1 = sim).

Verificou-se que entre si, as variáveis independentes possuem correlações significativas, com exceção do estigma sentido e a aceitação da identidade homossexual. Verificaram-se apenas duas correlações positivas entre o *coming out* e a gestão de autoestigma, a única correlação moderada, e entre o *coming out* e a aceitação da identidade homossexual. Sendo as outras correlações significativas fracas e negativas (Tabela 5).

Relativamente ao distress psicológico este obteve correlações significativas com todas as variáveis independentes, sendo todas estas correlações fracas e positivas, com exceção do estigma sentido que obteve uma correlação negativa e a gestão de autoestigma face ao preconceito, que obteve uma correlação moderada (Tabela 5).

**Tabela 5**

Coeficientes de correlação Pearson entre as variáveis independentes e distress psicológico

	1	2	3	4	5
<b>1. Coming out</b>	-				
<b>2. Estigma sentido</b>	-.149**	-			
<b>3. Gestão de autoestigma face ao preconceito</b>	.619**	-.322**	-		
<b>4. Trajetória de aceitação da Identidade homossexual</b>	.152**	-.002	.360**	-	
<b>5. Distress psicológico</b>	.451**	-.216**	.540**	.192**	-

\*\* correlação significativa em  $p < 0.01$ 

A ideação suicida obteve correlações significativas fracas com todas as variáveis independentes, exceto com o *coming out* e a correlação com o estigma sentido foi a única negativa. O planeamento do suicídio obteve correlações significativas fracas com as variáveis *coming out*, de carácter negativo, e aceitação da identidade homossexual, de carácter positivo. Obteve uma correlação significativa fraca positiva com a ideação suicida. A tentativa de suicídio obteve correlações significativas fracas negativas com as variáveis independentes *coming out* e estigma sentido. Obteve ainda uma correlação significativa fraca com o planeamento de suicídio e uma correlação significativa moderada com o planeamento de suicídio (Tabela 6).

**Tabela 6**

Coeficientes de correlação Pearson entre as variáveis independentes e suicidalidade

	1	2	3	4	5	6	7
<b>1. Coming out</b>	-						
<b>2. Estigma sentido</b>	-	-					
<b>3. Gestão de autoestigma face ao preconceito</b>	-	-	-				
<b>4. Trajetória de aceitação da Identidade homossexual</b>	-	-	-	-			
<b>5. Ideação suicida</b>	.025	-.147**	.228**	.211**	-		
<b>6. Planeamento do suicídio</b>	-.190**	-.108	-.025	.148*	.443**	-	
<b>7. Tentativa de suicídio</b>	-.165**	-.118*	-.055	.022	.409**	.502**	-

\*\* correlação significativa  $p < 0.01$ \* correlação significativa  $p < 0.05$ 

O uso de preservativo e planeamento de relações seguras obteve, para com as variáveis independentes, apenas uma correlação significativa fraca com a gestão do autoestigma. Obteve ainda correlações significativas fracas com as variáveis comunicação com o parceiro e não envolvimento em comportamentos de risco. A comunicação com o parceiro, obteve correlações significativas fracas com as variáveis independentes *coming out* e gestão do autoestigma. O não envolvimento em comportamentos de risco obteve correlações significativas fracas, negativas com o *coming out* e a gestão de autoestigma, e positiva com o estigma sentido (Tabela 7).

**Tabela 7**

Coefficientes de correlação Pearson entre as variáveis independentes e comportamentos sexuais de risco

	1	2	3	4	5	6	7
1. <i>Coming out</i>	-						
2. Estigma sentido	-	-					
3. Gestão de autoestigma face ao preconceito	-	-	-				
4. Trajetória de Aceitação da Identidade homossexual	-	-	-	-			
5. Uso do preservativo e planeamento de relações seguras	-.008	.104	-.118*	.072	-		
6. Comunicação com o/a parceiro/a	.223**	-.025	.140*	.057	.325**	-	
7. Não envolvimento em comportamentos de risco	-.416**	.227**	-.350**	.028	.138**	.033	-

\*\* correlação significativa  $p < 0.01$

\* correlação significativa  $p < 0.05$

Verificaram-se correlações significativas fracas negativas entre o *coming out* e o consumo de bebidas destiladas e entre o estigma sentido e o consumo de vinho. As bebidas alcoólicas apresentaram, entre si, correlações significativas fracas positivas, com exceção da cerveja e outras bebidas alcoólicas que não apresentaram nenhuma relação significativa entre si (Tabela 8.1).

**Tabela 8.1**

Coefficientes de correlação Pearson entre as variáveis independentes e substâncias - Álcool

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. <i>Coming out</i>	-							
2. Estigma sentido	-	-						
3. Gestão de autoestigma face ao preconceito	-	-	-					
4. Trajetória de aceitação da Identidade homossexual	-	-	-	-				
5. Cerveja	-.057	-.071	-.080	-.062	-			
6. Vinho	-.015	-	-.030	-.037	.495**	-		
7. Bebidas destiladas	-	-.069	-.109	-.090	.346**	.316**	-	
8. Outras bebidas	-.002	-.073	-.003	-.067	.103	.205**	.385**	-

\*\* correlação significativa  $p < 0.01$

\* correlação significativa  $p < 0.05$

A cocaína obteve correlações significativas fracas com o *coming out*, a gestão de autoestigma e cannabis. A variável substâncias para melhorar performance sexual obteve correlações significativas fracas com o *coming out* e a cocaína. A variável “opiáceos” obteve correlações significativas com todas as variáveis, exceto com a aceitação da identidade. Sendo todas as correlações positivas fracas, exceto com o estigma sentido que foi negativa. A

variável “outras drogas” obteve correlações significativas fracas com as restantes drogas e gestão do autoestigma (Tabela 8.2).

**Tabela 8.2**

Coefficientes de correlação Pearson entre as variáveis independentes e substâncias - Drogas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>1. Coming out</b>	-								
<b>2. Estigma sentido</b>	-	-							
<b>3. Gestão de autoestigma face ao preconceito</b>	-	-	-						
<b>4. Trajetória de aceitação da Identidade homossexual</b>	-	-	-	-					
<b>5. Cannabis</b>	-.066	-.095	-.002	.064	-				
<b>6. Cocaína</b>	.170**	-.080	.126*	-.090	.255**	-			
<b>7. Substâncias para melhorar a performance sexual</b>	.123**	.022	.055	-.028	.051	.124*	-		
<b>8. Opiáceos</b>	.155**	-.171**	.193**	.017	.152**	.238**	.226**	-	
<b>9. Outras drogas</b>	.108	-.106	.129*	.044	.245**	.183**	.213**	.319**	-

\*\* correlação significativa  $p < .01$

\* correlação significativa  $p < .05$

A maioria das correlações entre as variáveis dependentes foram não significativas. Verificaram-se apenas duas correlações significativa moderadas entre a ideação suicida e o distress psicológico e entre a tentativa de suicídio e o planeamento de suicídio. Sendo as restantes correlações significativas fracas, na sua maioria positivas (Tabela 9).

**Tabela 9**

Coeficientes de correlação Pearson entre as variáveis dependentes

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>1. Cannabis</b>	-														
<b>2. Cocaína</b>	.255**	-													
<b>3. Substâncias para melhorar a performance sexual</b>	.051	.124*	-												
<b>4. Opiáceos</b>	.152**	.238**	.226**	-											
<b>5. Outras drogas</b>	.245**	.183**	.213**	.319**	-										
<b>6. Cerveja</b>	.236**	.161**	.008	.149**	.119*	-									
<b>7. Vinho</b>	.220**	.190**	.076	.107	.163**	.495**	-								
<b>8. Bebidas destiladas</b>	.249**	.229**	.155**	.222**	.237**	.346**	.316**	-							
<b>9. Outras bebidas</b>	.201**	.291**	.186**	.218**	.220**	.103	.205**	.385**	-						
<b>10. Distress psicológico</b>	.128*	.182**	.067	.298**	.085	.036	-.085	-.002	-.036	-					
<b>11. Uso do preservativo e planejamento de relações seguras</b>	-.096	-.134*	.012	-.064	-.057	-.041	-.091	-.045	-.125*	-.076	-				
<b>12. Comunicação com o/a parceiro/a</b>	-.036	-.022	-.074	.061	-.004	-.012	-.148**	-.103	-.070	.154**	.325**	-			
<b>13. Não envolvimento em comportamentos de risco</b>	-.089	-.312**	-.099	-.223**	-.170**	-.213**	-.154**	-.065	-.059	-.363**	.138**	.033	-		
<b>14. Ideação suicida</b>	.239**	.078	.046	.200**	.104	-.071	-.136*	.033	.068	.531**	-.124*	-.050	.026	-	
<b>15. Planejamento do suicídio</b>	.158**	-.093	-.021	-.029	.014	-.054	-.152**	.020	-.017	.146**	-.007	-.035	.116*	.443**	-
<b>16. Tentativa de suicídio</b>	.155**	-.078	-.092	-.048	.007	.001	-.095	.043	.020	.077	-.074	.028	.113	.409**	.502**

\*\* correlação significativa  $p < .01$ \* correlação significativa  $p < .05$

## **Modelos Explicativos do Distress Psicológico, da Ideação Suicida e do Não Envolvimento em Comportamentos de Risco**

Depois de avaliadas as associações entre variáveis, foram testadas de que forma as variáveis *coming out*, estigma sentido, gestão de autoestigma face ao preconceito e trajetória de aceitação da identidade homossexual contribuíram para a explicação das variâncias ao nível de algumas das variáveis dependentes.

Para decidir quais as variáveis dependentes, foi tomado como critério a significância e força das correlações de Pearson entre as variáveis independentes e dependentes. Em primeiro lugar foi escolhido o distress psicológico, visto que obteve correlações significativas com todas as variáveis independentes (Tabela 5). O próprio distress psicológico também foi utilizado como indicador de sofrimento e de saúde, e utilizado para a tomada de decisão de quais as outras variáveis dependentes a utilizar.

No âmbito da suicidalidade foi selecionada a ideação suicida por ser a única variável contínua, que é necessário para poder ser efetuada uma regressão linear múltipla, mas também por ter sido correlacionada significativa e moderadamente com o distress (Tabela 6). No que diz respeito aos comportamentos sexuais de risco, foi utilizada a variável não envolvimento em comportamentos de risco, por ter sido a que das três apresentou correlações significativas com o maior número de variáveis independentes e com mais força (Tabela 7), mas também por ter sido correlacionada significativamente e com maior força ao distress psicológico (Tabela 9). Dada a ausência de correlações significativas e moderadas entre as variáveis independentes ou com o distress não foi utilizada a variável abuso de substâncias (Tabelas 8.1, 8.2 e 9).

Foram testados então três modelos explicativos, através de regressões lineares múltiplas. Um para o distress psicológico, um para a ideação suicida e outro para o não envolvimento em comportamentos de risco.

**Modelo explicativo do distress psicológico.** O modelo explicativo do distress psicológico foi estatisticamente significativo ( $F(4, 289) = 34.966, p < .001$ ). Sendo que 31.7% da variância do nível de distress é explicada pelas variáveis independentes. Duas destas variáveis contribuíram de forma significativa para a explicação da variância de distress, sendo a gestão de autoestigma face ao preconceito a que evidencia um maior peso explicativo, seguida do *coming out* (Tabela 10).

**Tabela 10**

Regressão linear múltipla para o distress psicológico a partir das variáveis independentes

	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<i>Coming out</i>	2.246	.224	3.618**	.000
<b>Estigma sentido</b>	-.603	-.056	-1.087	.278
<b>Gestão de autoestigma face ao preconceito</b>	4.812	.378	5.476**	.000
<b>Trajetória de aceitação da identidade homossexual</b>	.216	.019	.367	.714

\*\*  $p < .001$ 

**Modelo explicativo da ideação suicida.** O modelo explicativo da ideação suicida foi estatisticamente significativo ( $F(4, 290) = 7.733, p < .001$ ). Sendo que 8.4 % da variância do nível da ideação suicida é explicada pelas variáveis independentes. Três destas variáveis contribuíram de forma significativa para a explicação da variância da ideação suicida, sendo a gestão de autoestigma face ao preconceito a que evidencia um maior peso explicativo, seguida do *coming out* a única que contribuiu negativamente, e da trajetória de aceitação da identidade homossexual (Tabela 11).

**Tabela 11**

Regressão linear múltipla para a ideação suicida a partir das variáveis independentes

	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<i>Coming out</i>	-.110	-.162	-2.267*	.024
<b>Estigma sentido</b>	-.063	-.086	-1.453	.147
<b>Gestão de autoestigma face ao preconceito</b>	.215	.250	3.143*	.002
<b>Trajetória de aceitação da identidade homossexual</b>	.110	.147	2.415*	.016

\*  $p < .05$ 

**Modelo explicativo do não envolvimento em comportamentos de risco.** O modelo explicativo do não envolvimento em comportamentos de risco foi estatisticamente significativo ( $F(4, 279) = 20.676, p < .001$ ). Sendo que 21.8 % da variância ao nível do não envolvimento em comportamentos de risco é explicada pelas variáveis independentes. As quatro variáveis contribuíram de forma significativa para a explicação da variância do não envolvimento em comportamentos de risco. O *coming out* é a variável que evidencia um maior peso explicativo, seguida da gestão de autoestigma face ao preconceito, ambos com um peso negativo (Tabela 12). Seguindo-se a trajetória de aceitação da identidade homossexual e o estigma sentido, com um peso positivo e muito próximo entre elas.

**Tabela 12**

Regressão linear múltipla para o não envolvimento em comportamentos de risco a partir das variáveis independentes

	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
<i>Coming out</i>	-.272	-.329	-4.863**	.000
<b>Estigma sentido</b>	.118	.130	2.320*	.021
<b>Gestão de autoestigma face ao preconceito</b>	-.166	-.156	-2.081*	.038
<b>Trajectoria de aceitação da identidade homossexual</b>	.125	.131	2.300*	.022

\*\*  $p < .001$

\*  $p < .05$

### **Análise Comparativa entre Géneros**

De modo a comparar os scores obtidos entre homens e mulheres ao nível das variáveis dependentes – distress psicológico, suicidalidade, comportamentos sexuais de risco e abuso de substâncias - foram efetuadas ANOVAs one-way. Foi efetuada uma ANOVA para comparar os dois grupos por ser tolerante a violações da normalidade e de homogeneidade de variâncias em amostras grandes em que o  $n$  de cada grupo é próximo como é o caso (mulheres= 153, homens= 149; Blanca, Alarcón, Arnau, Bono, & Bendayan, 2017).

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres apenas no que diz respeito ao distress, uso do preservativo e planeamento de relações seguras, comunicação com o/a parceiro/a, consumo de cannabis, consumo de substâncias para melhorar a performance sexual e consumo de opiáceos (Tabela 13). O grupo das mulheres apresentou níveis superiores ao grupo dos homens a nível do distress, da comunicação com o/a parceiro/a, consumo de cannabis e de opiáceos. O grupo dos homens apresentou níveis superiores ao grupo das mulheres no uso de preservativo e planeamento de relações seguras e no consumo de substâncias para melhorar a performance sexual (Tabela 13).

**Tabela 13**

Médias, desvio-padrão e resultados de ANOVAs one-way entre géneros

	<b>Mulher</b>		<b>Homem</b>		<b>ANOVA One-way</b>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
<b>Distress</b>	26.20	10.675	22.41	9.303	$F(1, 293) = 10.556$ , $p = .001^{**}$
<b>Ideação suicida</b>	.897	.698	.787	.646	$F(1, 297) = 2.000$ , $p = .158$
<b>Planeamento do suicídio</b>	.28	.451	.26	.437	$F(1, 300) = .259$ , $p = .611$
<b>Tentativa de suicídio</b>	.20	.403	.14	.349	$F(1, 300) = 2.015$ , $p = .157$
<b>Uso do preservativo e planeamento de relações seguras</b>	3.486	.690	3.728	.706	$F(1, 284) = 8.619$ , $p = .004^{**}$
<b>Comunicação com o/a parceiro/a</b>	3.280	.804	2.848	.920	$F(1, 282) = 18.381$ ,

					<i>p</i> = <b>.000**</b>
<b>Não envolvimento em comportamentos de risco</b>	3.502	.975	3.487	.724	<i>F</i> (1, 284) = .022, <i>p</i> = .882
<b>Cerveja</b>	1.81	1.217	1.59	1.272	<i>F</i> (1, 298) = 2.374, <i>p</i> = .124
<b>Vinho</b>	1.77	1.381	1.91	1.355	<i>F</i> (1, 296) = .767, <i>p</i> = .382
<b>Bebidas destiladas</b>	1.16	1.308	1.16	1.169	<i>F</i> (1, 296) = .002, <i>p</i> = .964
<b>Outras bebidas alcoólicas</b>	.89	1.299	.79	1.148	<i>F</i> (1, 270) = .386, <i>p</i> = .535
<b>Cannabis</b>	.69	1.232	.43	.926	<b><i>F</i>(1, 299) = 4.499,</b> <b><i>p</i> = .035*</b>
<b>Cocaína</b>	.18	.527	.14	.509	<i>F</i> (1, 299) = .335, <i>p</i> = .563
<b>Substâncias para melhorar a performance sexual</b>	.07	.382	.20	.579	<b><i>F</i>(1, 299) = 4.839,</b> <b><i>p</i> = .029*</b>
<b>Opiáceos</b>	.14	.569	.01	.116	<b><i>F</i>(1, 297) = 7.514,</b> <b><i>p</i> = .006**</b>
<b>Outras drogas</b>	.09	.370	.08	.341	<i>F</i> (1, 297) = .065, <i>p</i> = .800

\*\* correlação significativa  $p < .01$

\* correlação significativa  $p < .05$

### **Análise Comparativa entre Monossexuais e Plurissexuais**

De modo a comparar os scores obtidos entre pessoas monossexuais e pessoas plurissexuais ao nível das variáveis dependentes – distress psicológico, suicidalidade, comportamentos sexuais de risco e abuso de substâncias – foram efetuadas ANOVAs one-way.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre pessoas monossexuais e pessoas plurissexuais, apenas no que diz respeito ao não envolvimento em comportamentos de risco, apresentando os plurissexuais maiores níveis de não envolvimento em comportamentos de risco do que os monossexuais (Tabela 14). Contudo, estes resultados devem ser interpretados cuidadosamente, visto que apesar da ANOVA ser tolerante a violações da normalidade e de homogeneidade de variâncias em amostras grandes, é-o quando o  $n$  de cada grupo é próximo, este não é o caso já que as dimensões são bastante distintas (monossexuais= 243, plurissexuais= 58; Blanca et al., 2017).

**Tabela 14**

Médias, desvio-padrão e resultados de ANOVAs One-way entre monossexuais e plurissexuais

	Monossexuais		Plurissexuais		ANOVA One-way
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
<b>Distress</b>	24.51	10.525	23.83	9.327	<i>F</i> (1, 293) = .205, <i>p</i> = .651

<b>Ideação suicida</b>	.842	.6998	.883	.628	$F(1, 297) = .168,$ $p = .682$
<b>Planeamento suicídio</b>	.26	.437	.31	.467	$F(1, 299) = .728,$ $p = .394$
<b>Tentativa de suicídio</b>	.16	.372	.17	.381	$F(1, 299) = .020,$ $p = .886$
<b>Uso do preservativo e planeamento de relações seguras</b>	3.558	.732	3.682	.710	$F(1, 283) = 1.308,$ $p = .254$
<b>Comunicação com o/a parceiro/a</b>	3.027	.891	3.038	.877	$F(1, 291) = .007,$ $p = .935$
<b>Não envolvimento em comportamentos de risco</b>	3.398	.863	3.879	.692	$F(1, 283) = 14.805,$ $p = .000^{**}$
<b>Cerveja</b>	1.74	1.242	1.59	1.285	$F(1, 297) = .733,$ $p = .393$
<b>Vinho</b>	1.89	1.399	1.60	1.213	$F(1, 295) = 2.014,$ $p = .157$
<b>Bebidas destiladas</b>	1.18	1.280	1.09	1.064	$F(1, 295) = .290,$ $p = .590$
<b>Outras bebidas alcoólicas</b>	.88	1.299	.72	.899	$F(1, 268) = .707,$ $p = .401$
<b>Cannabis</b>	.50	1.007	.69	1.245	$F(1, 298) = 1.573,$ $p = .211$
<b>Cocaína</b>	.19	.556	.07	.317	$F(1, 298) = 2.375,$ $p = .124$
<b>Substâncias para melhorar a performance sexual</b>	.16	.531	.05	.292	$F(1, 298) = 2.121,$ $p = .146$
<b>Opiáceos</b>	.10	.465	.00	.000	$F(1, 296) = 2.680,$ $p = .103$
<b>Outras drogas</b>	.08	.351	.10	.360	$F(1, 296) = .221,$ $p = .639$

\*\* correlação significativa  $p < .01$

## Discussão

O presente estudo pretendeu avaliar o impacto que o estigma internalizado, o estigma sentido e níveis de *coming out* têm na saúde mental, como o distress psicológico e suicidalidade, e, nos comportamentos com impacto na saúde física, como o abuso de substâncias e comportamentos sexuais de risco, de pessoas LGBT.

No geral, os indivíduos apresentaram elevados níveis de *coming out*, visto que em média assumiram a sua identidade sexual perante alguém, e apresentaram níveis abaixo do ponto intermédio de estigma internalizado e pouco estigma sentido. Estes resultados foram de encontro ao esperado, de acordo com a literatura, visto que o *coming out* é considerado, como referem Pereira e Leal (2005), um indicador de uma identidade minoritária satisfatória, com reduzido estigma internalizado e, portanto, seria de esperar que níveis superiores de *coming out* seriam acompanhados de níveis de estigma internalizado e estigma sentido mais reduzidos.

Para além disso, como esperado o *coming out* foi significativamente associado ao estigma internalizado e estigma sentido. A sua relação forte com a gestão do autoestigma face ao preconceito era esperada já que, como referido o *coming out* é indicador de aceitação da identidade homossexual e dos níveis de autoestigma do indivíduo. O *coming out* e a gestão de autoestigma foram relacionados negativamente com o estigma sentido, i.e., níveis baixos de *coming out* e níveis elevados de autoestigma foram associados a maior estigma sentido, tal como esperado uma vez que o indivíduo, tal como defende a literatura, e.g. Herek (2009) e Pereira e Leal (2005), oculta a sua identidade sexual para se proteger de situações de discriminação e que quanto maior o estigma sentido no seu contexto sociocultural, maior será à partida o seu estigma perante a sua própria orientação sexual.

No que diz respeito ao distress psicológico, os resultados foram de encontro aos obtidos por outros estudos como os de Fergusson et al. (1999), Meyer (2003) ou de Rosario et al. (2006), que verificaram níveis de distress psicológico elevados na população LGBT. Na presente amostra, a maioria dos indivíduos apresentaram algum nível de distress psicológico, sendo que, em média apresentaram um nível de distress psicológico no limite entre o leve e o moderado. Sendo especialmente preocupante o facto de quase 1/3 dos indivíduos terem apresentado níveis severos de distress psicológico.

No presente estudo, menores níveis de *coming out* e maiores níveis de estigma internalizado e de estigma sentido foram associados a maiores níveis de distress psicológico, como seria de esperar e no sentido previsto pelo modelo do stress minoritário de Meyer

(1995; 2003). Outro resultado importante deste estudo foi o quão impactante o *coming out*, o estigma sentido e estigma internalizado foram no nível de distress da amostra, explicando quase cerca de 1/3 da variância do mesmo. De destacar que foi a gestão de autoestigma face ao preconceito, a variável que obteve o maior peso explicativo nos níveis de distress psicológico, seguida do *coming out*. No sentido de que maiores níveis de autoestigma face ao preconceito e menores níveis de *coming out* foram associados a maiores níveis de distress psicológico. Isto sugere que é a gestão do autoestigma face ao preconceito que possuiu maior impacto nos níveis de distress psicológico dos indivíduos, o que vai de encontro a estudos como os de Kellher (2009) e Meyer (1995), em que as expectativas de rejeição e o estigma internalizado foram preditores do distress psicológico em indivíduos LGBT. Também não foi surpreendente que o *coming out* se tenha destacado como a variável com o segundo maior peso explicativo dos níveis de distress psicológico, visto que a ocultação da identidade sexual, segundo Pereira e Leal (2005), constitui uma estratégia de proteção por parte das pessoas LGBT contra o preconceito, a discriminação e estigmatização que, por sua vez, podem ser conceptualizados como stressores (Lea et al., 2014; Mereish et al., 2014; Meyer, 1995; 2003). Estes resultados reforçam o papel fulcral que a intervenção psicológica a nível do estigma internalizado e do assumir a sua identidade sexual podem ter na melhoria de problemáticas de saúde mental, como a depressão e a ansiedade e, indiretamente, na saúde física dos indivíduos LGBT.

No que diz respeito à suicidalidade os indivíduos apresentaram, no geral alguma ideação suicida, o que vai no mesmo sentido de outros estudos, como o de Haas et al. (2011) e o de Mereish et al. (2014), que verificaram elevados níveis de ideação suicida em minorias sexuais. De ressaltar que, embora tanto ao nível do planeamento como ao nível da tentativa de suicídio não tenham sido obtidas percentagens elevadas, não deixam de ser valores extremamente preocupantes, dado que são referentes a suicidalidade. E tendo em conta o sofrimento psicológico em que estes indivíduos se devem encontrar, para considerar terminar com a própria vida como forma de por um fim a esse sofrimento e visto que quem planeou o suicídio o fez em média 3 vezes e quem tentou o suicídio o fez em média 2 vezes.

No presente estudo, foi a gestão de autoestigma face ao preconceito que evidenciou o maior peso explicativo ao nível da ideação suicida, no sentido de quanto maior o nível de autoestigma, maior a ideação suicida. A trajetória de aceitação da identidade homossexual, obteve o terceiro maior peso explicativo dos níveis de ideação suicida, sendo que a maior dificuldade de aceitação da identidade homossexual foi associada a uma maior ideação suicida. Estes resultados, vão de encontro aos obtidos no estudo de Rodrigues (2010), em que

o estigma internalizado também foi associado a maiores níveis de ideação suicida e podem ser explicados com base na literatura, já que como refere Herek (2009), o estigma internalizado requer a aceitação da avaliação negativa e de inferioridade da homossexualidade, por parte da sociedade, em geral, bem como a sua integração no autoconceito do indivíduo LGBT. Isto poderá fazer com que este dirija uma série de atitudes negativas para a sua própria identidade sexual, algo que lhe poderá causar grande sofrimento psicológico, podendo o indivíduo contemplar terminar com a própria vida, como forma de terminar com esse sofrimento. Outro resultado que foi no sentido desta mesma hipótese foi o facto de a maior dificuldade de aceitação da identidade homossexual ter sido associada a um maior planeamento do suicídio, visto que o desejo de renúncia da sua própria homossexualidade e o sofrimento decorrente da rejeição da sua identidade, podem levar o indivíduo a planear terminar com a própria vida.

O *coming out* apresentou o segundo maior peso explicativo para os níveis de ideação suicida sendo que contribuiu negativamente, i.e., quanto menor o nível de *coming out* menor o nível de ideação suicida. Este resultado foi surpreendente, visto que o *coming out* não obteve uma relação significativa quando correlacionado com a ideação suicida, sugerindo que na presença de outras variáveis o *coming out* passe a ter um maior impacto. Contudo, pode ser explicado se considerarmos a literatura, nomeadamente como referem Herek (2009) e Pereira e Leal (2005), a não revelação da identidade sexual pode constituir uma forma de proteção contra a discriminação numa sociedade heterossexista. Assim, este resultado faz sentido, visto que o indivíduo, ao ocultar a sua identidade sexual proteger-se-á de situações de discriminação e estigmatização, evitando algum do sofrimento associado ao seu estatuto minoritário e, por isso, à partida terá maior satisfação com a sua vida, não tendo, pensamentos de como seria terminar com a mesma.

De referir ainda que a ideação suicida foi moderadamente associada ao distress psicológico. O que era esperado dada a repetida associação entre estas variáveis ao longo de um grande corpo de literatura (Correia et al., 2018; Meyer, 1995; Morris et al., 2001), bem como se se considerar que na base da ideação suicida estará, irrevogavelmente, algum sofrimento psicológico e o distress psicológico, constitui um indicador desse nível de sofrimento. Também a tentativa de suicídio foi moderadamente associada ao planeamento de suicídio o que era esperado, já que são ambos construtos de suicidalidade. Estes resultados reforçam o quão impactante a intervenção psicológica a nível do estigma internalizado e do assumir a sua identidade sexual podem ser na redução da suicidalidade LGBT.

Ao nível dos comportamentos sexuais de risco, os indivíduos apresentaram, no geral, níveis acima do ponto intermédio de comportamentos sexuais seguros, tanto a nível do uso de

preservativo e planeamento de relações seguras, como a nível do não envolvimento em comportamentos de risco. Tal pode dever-se, como afirmam Smalley et. al (2016), há maior sensibilização da população LGBT para a importância de se protegerem contra as doenças sexualmente transmissíveis, especialmente para os homens gay e bissexuais considerados grupos de risco na contração de VIH. Contudo, a comunicação com o/a parceiro/a obteve uma média ligeiramente mais baixa, sugerindo que esta pode ser uma área, ao nível dos comportamentos sexuais de risco indutora de maior desconforto. Desconforto este, que se pode dever a fatores socioculturais, visto que no contexto português, questionar o parceiro relativamente ao seu historial sexual pode ser visto como invasivo da privacidade, sendo algo taboo e pouco frequente. Pode dar-se o caso também de os indivíduos da amostra, não sentirem a necessidade de questionar o/a parceiro/a, visto que tomam outras precauções como o uso de preservativo.

O *coming out* evidenciou o maior peso explicativo, ao nível do não envolvimento em comportamentos de risco, negativamente, i.e., níveis mais reduzidos de *coming out* foram associados a menor não envolvimento em comportamentos de risco. Tal não vai de encontro ao estudo de Rosario et al. (2006), em que o maior conforto com terceiros saberem da sua homossexualidade foi associado a mais comportamentos sexuais de risco. Contudo, faz sentido que níveis reduzidos de *coming out*, dado o desconforto e/ou receio de revelar a identidade sexual, leve os indivíduos a incorrer em comportamentos de risco, como o consumo de substâncias aquando do envolvimento sexual com alguém, visto que, como refere Colfax et al. (2004), as substâncias podem ser utilizadas com a intenção de reduzir a ansiedade relativa a ter sexo e/ou potencial transmissão de doenças.

A gestão de autoestigma face ao preconceito obteve o segundo maior peso explicativo ao nível do não envolvimento em comportamentos de risco também negativamente, i.e., menores níveis de autoestigma foram associados a maior não envolvimento em comportamentos de risco. Este resultado também pode ser explicado pela hipótese supramencionada, na medida em que indivíduos com baixo nível de autoestigma não sentirão tanta necessidade de se envolver em comportamentos de risco, como o consumo de substâncias para se desinibir e ser capaz de se envolver sexualmente com alguém. Para além disso, à partida, sentir-se-ão mais confortáveis na sua pele e gostarão mais de si, tendendo a adotar atitudes e comportamentos que os protejam e cuidem de si.

A trajetória de aceitação da identidade homossexual evidenciou o terceiro maior peso explicativo, ao nível do não envolvimento em comportamentos de risco, no sentido de quanto menores os níveis de aceitação da identidade homossexual, maior o não envolvimento em

comportamentos de risco. Contudo, a trajetória de aceitação da identidade homossexual, não tinha demonstrado uma correlação significativa com o não envolvimento em comportamentos de risco, o que sugere que na presença de outras variáveis esta passa a ter mais impacto, ao nível do não envolvimento em comportamentos de risco, podendo a sua influência ser indireta, através do *coming out*, gestão do autoestigma e/ou do estigma sentido.

O estigma sentido evidenciou o quarto maior peso explicativo, ao nível do não envolvimento em comportamentos de risco, no sentido de quanto menores os níveis de estigma sentido maior o não envolvimento em comportamentos de risco. Isto vai de encontro ao estudo de Díaz et al. (2004), em que os níveis de estigma sentido também foram preditores de participação em situações de risco sexual, tendo os indivíduos com maiores níveis estigma sentido maior probabilidade de terem tido relações sexuais sob a influencia de drogas ou álcool. Este resultado também vai no mesmo sentido da hipótese já exposta de que, os indivíduos que se sintam menos estigmatizados, não sentirão tanta necessidade de incorrer em comportamentos de risco para se desinibir e ser capazes de se envolver sexualmente com alguém.

A comunicação com o/a parceiro/a foi relacionada positivamente ao *coming out* o que faz sentido se considerarmos que um indivíduo com baixos níveis de *coming out*, sentirá maior necessidade de falar das suas experiências com o/a parceiro/a por sentir maior à vontade e que é seguro ser honesto com o/a mesmo/a. Também o facto de ter sido obtida uma relação positiva entre a comunicação com o/a parceiro/a e a gestão do autoestigma, suportam esta hipótese já que um individuo com maiores níveis de autoestigma comunicará mais com o/a parceiro/a, pelos motivos já referidos e como forma de lidar melhor com o seu autoestigma. Esta hipótese tem ainda suporte na literatura, com estudos como os de Pereira e Costa (2016) e Su et al. (2016), que identificaram o estar numa relação como um fator protetor, contra os efeitos adversos da discriminação. Menores níveis de autoestigma foram associados a maiores níveis de uso do preservativo e planeamento de relações seguras. O que vai no mesmo sentido dos resultados obtidos por de Rosario et al. (2006), em que atitudes positivas face à homossexualidade, i.e., reduzidos níveis de autoestigma, foram associadas a menos parceiros sexuais e menos probabilidade de sexo recetivo desprotegido, i.e., maior uso do preservativo e planeamento de relações seguras. Estes resultados sugerem que a intervenção psicológica com indivíduos LGBT, no sentido de diminuir os níveis de estigma internalizado pode diminuir a probabilidade de envolvimento em comportamentos de risco e aumentar a probabilidade de uso do preservativo e planeamento de relações seguras.

Ao contrário do sugerido pela literatura internacional (Mayer et al., 2008), no presente estudo não se verificou abuso no consumo de bebidas alcoólicas, sendo que a maioria consome cerveja e/ou vinho 1 vez por mês ou menos. Segundo a literatura, e.g. McCabe et al. (2010), o consumo excessivo de bebidas alcoólicas por parte de minorias sexuais pode constituir um mecanismo de *coping* para lidar com o stress minoritário, pelo que o facto de não ter sido verificado um abuso no consumo de bebidas alcoólicas, na presente amostra pode dever-se às suas faixas etárias ou ser indicador de que estes utilizam outros mecanismos de *coping*.

Apenas o *coming out* e estigma sentido foram associadas ao consumo de bebidas alcoólicas. Nomeadamente, maiores níveis de *coming out* foram associados a maior consumo de bebidas destiladas e maiores níveis de estigma sentido a maior consumo de vinho. Considerando a sua história de marginalização e de discriminação em locais frequentados pela população em geral, as minorias sexuais encontraram nos espaços e bares LGBT, como referem Hughes, Wilsnack e Kantor (2016), locais importantes de interação social com os seus pares. Para além disso, de acordo com o estudo de Emslie, Lennox e Ireland (2017), os indivíduos minoritários apresentavam maior consumo de bebidas destiladas em bares e eventos LGBT, dada a expectativa de que todos iriam consumir quantidades elevadas de álcool e a sua associação a um ambiente festivo e de celebração. Considerando que as saídas noturnas, no contexto sociocultural português, também estão associadas ao consumo de bebidas destiladas, como cocktails e shots, não é, portanto, surpreendente que maiores níveis de *coming out* tenham sido associados a maior consumo de bebidas destiladas já que indivíduos que estejam à vontade com outros saberem da sua identidade sexual, i.e., com maiores níveis de *coming out*, terão maior probabilidade de frequentar eventos e espaços de diversão noturna LGBT e de consequentemente consumir mais este tipo de bebidas.

O facto de maiores níveis de estigma sentido terem sido associados a maior consumo de vinho, vai de encontro a estudos como os de Hughes et al. (2016), McCabe et al. (2010) e Mereish et al. (2014) em que experiências de heterossexismo foram associadas ao maior consumo de álcool, podendo por isso constituir uma forma de regulação de afetos negativos e tensão resultantes de situações de estigma, por parte de indivíduos que se sentem mais estigmatizados. É possível que o estigma sentido na presente amostra, apenas tenha sido associado significativamente ao maior consumo de vinho devido ao contexto sociocultural Português, que por ser um país produtor de vinho, este é de fácil acesso, inclusive a nível económico.

Também no consumo de substâncias, os resultados não foram de encontro à literatura (Rosario et. al, 2006; Stall et al., 2001), visto que não foram evidentes consumos excessivos por parte da amostra. Foram encontradas relações entre níveis baixos de *coming out*, e o maior consumo de cocaína, substâncias para melhorar a performance sexual e opiáceos, tal vai de acordo com a hipótese previamente colocada no âmbito da associação negativa entre o *coming out* e o não envolvimento em comportamentos de risco. Ou seja, indivíduos com níveis reduzidos de *coming out*, dado o desconforto e/ou receio de revelar a identidade sexual, podem sentir necessidade de consumir este tipo de substâncias para serem capazes de se desinibir e envolver sexualmente com alguém.

O estigma sentido foi relacionado com o consumo de opiáceos, no sentido de quanto maior o estigma sentido, maior o consumo de opiáceos e a gestão do autoestigma relacionada com a cocaína, os opiáceos e outras drogas também no sentido de quanto maior o autoestigma, maior o seu consumo. Tais resultados também vão de encontro à literatura, em que o consumo de substâncias tem sido associado a experiências de vitimização, heterossexismo e stress minoritário (Mereish et al., 2014).

Foram encontradas diferenças entre homens e mulheres no que diz respeito ao distress psicológico, sendo que as mulheres apresentaram valores mais elevados do que os homens. Isto sugere que as mulheres lésbicas e bissexuais, poderão ter uma maior tendência para desenvolver problemas de saúde mental relacionados com a ansiedade e a depressão. Tal pode ser explicado com base no fenómeno de dupla estigmatização a que estão sujeitas as mulheres LGBT, i.e., tal como explicitou Meyer (1995), sujeitas ao stress social e opressão pela sua identidade sexual e género. Também pode ser explicado com base neste fenómeno, o facto de as mulheres terem apresentado maiores níveis de consumo de cannabis e de opiáceos, visto que podem consumir este tipo de substâncias como forma de lidar com o stress minoritário.

Também foram encontradas diferenças a nível do uso do preservativo e planeamento de relações seguras, sendo que os homens apresentaram maiores níveis destes comportamentos, isto vai de encontro a outros estudos, nomeadamente o de Smalley et al. (2016), em que os homens gay apresentaram níveis significativamente mais baixos de comportamentos sexuais de risco que os de lésbicas e bissexuais, sugerem ainda que este pode ser o resultado de décadas de sensibilização dirigida a homens homossexuais. Tal faz sentido especialmente se considerarmos que, aos olhos do próprio sistema nacional de saúde português, os homens que têm relações com outros homens são considerados um grupo de risco para a contração de VIH, enquanto que as mulheres que têm relações com outras mulheres não o são. As diferenças entre homens e mulheres ao nível da comunicação com o

parceiro, revelam que as mulheres da amostra apresentam maiores níveis, tal fará sentido se pensarmos que no contexto sociocultural português, os papéis de género são muito tradicionais ainda hoje, sendo a mulher considerada mais emocional e com maior competência de verbalização das suas necessidades, ao passo que o homem é visto como mais direcionado para o agir e executar, para a contenção emocional e pouca competência de comunicação verbal das suas necessidades.

Foram encontradas diferenças significativas entre pessoas monossexuais e plurissexuais apenas no que diz respeito ao não envolvimento em comportamentos de risco, sendo que os plurissexuais apresentaram, maior não envolvimento em comportamentos de risco do que os primeiros. Isto foi surpreendente já que, de acordo com a literatura seria esperado que os plurissexuais apresentassem maiores níveis de distress, abuso de substâncias, suicidalidade e comportamentos sexuais de risco do que os monossexuais (Lea et al., 2014; Pereira & Costa, 2016; Rosario et al., 2006; Smalley et al., 2016; Su et al., 2016). Estes resultados podem dever-se a características da amostra, devido a serem adultos e a maioria destes estudos ser relativo a adolescentes e jovens adultos. Contudo, estes resultados devem ser interpretados cuidadosamente visto que, como já referido os grupos de monossexuais e plurissexuais tinham dimensões consideravelmente distintas.

### **Limitações**

O presente estudo evidencia limitações, nomeadamente a amostragem utilizada, sendo não probabilística intencional e por conveniência, dada a dificuldade em alcançar a população LGBT, limita a generalização dos resultados à população. A aplicação online do protocolo, de onde foi recolhida a maioria da amostra, também pode ter enviesado a obtenção de uma amostra com elevada escolaridade e residente em áreas urbanas. A utilização na análise dos resultados de testes paramétricos pode constituir um viés, visto que algumas variáveis, nomeadamente o consumo de cocaína, de substâncias para melhorar a performance sexual, de opiáceos e de outras drogas, não seguiram distribuição normal, contudo foram utilizados na mesma, por serem mais fidedignos e de acordo com a teoria do limite central amostras maiores, como é o caso, terão maior tendência para se aproximar de uma distribuição normal. Finalmente, o foco nos *outcomes* de saúde, não abordando fatores moderadores do modelo do stress minoritário, e.g. suporte social, podem também constituir outra limitação do presente estudo.

## Estudos Futuros

O tema da saúde LGBT continua ainda a ser pouco estudado em Portugal, este estudo pretendeu contribuir para esta lacuna na literatura, especialmente no que se refere ao tema da suicidalidade LGBT em adultos, onde esta lacuna é mais evidente. Este estudo, que se saiba, também constitui um dos primeiros a nível nacional a procurar compreender o impacto do *coming out*, estigma internalizado e estigma sentido em diversos *outcomes* de saúde (distress, suicidalidade, comportamentos sexuais de risco e abuso de substâncias) mental e física, bem como a relação dos *outcomes* de saúde entre si, numa mesma amostra. Constitui ainda, que se saiba, um dos primeiros estudos a nível nacional a abordar a suicidalidade LGBT em plena adultice, nas faixas etárias dos 25 aos 59 anos.

Propõe-se ainda a replicação deste estudo, por estudos futuros com amostras maiores, com mais faixas etárias e amostras de monossexuais e plurissexuais mais equilibradas, de forma a compreender as diferentes necessidades destes grupos. Devem também focar-se nas necessidades da população transgénero, já que é uma população de difícil acesso e a literatura é extremamente reduzida nesta população em Portugal. Além disso, é precisamente a população transgénero que apresenta as maiores taxas de suicídio, maiores níveis de ideação suicida e a mais estigmatizada (Pinto & Moleiro, 2012; Su et al., 2016). Estudos futuros deverão também focar-se noutros aspetos do modelo do stress minoritário não abordados no presente estudo, como por exemplo, os mecanismos de suporte social e *coping*. Também seria interessante a realização de estudos de caráter longitudinal, com o acompanhamento psicológico, por exemplo, como variável moderadora.

## Conclusão

Os resultados do presente estudo foram, no geral, de encontro ao modelo do stress minoritário. Visto que os indivíduos apresentaram, em média, níveis de distress psicológico no limite entre o leve e moderado e alguma ideação suicida, o que pode ser indicador de que esta população está em sofrimento psicológico. Contudo, revelaram níveis de comportamentos sexuais seguros acima do ponto intermédio, o que pode ser indicador de que as ações de sensibilização, no que diz respeito à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis estão a resultar, e não apresentaram, no geral, abuso de substâncias.

O *coming out* e a gestão de autoestigma face ao preconceito destacaram-se, como as variáveis que mais contribuíram para explicação dos níveis de todos os *outcomes* de saúde. Nomeadamente, maiores níveis de autoestigma e menores níveis de *coming out* foram associados a maior distress psicológico. Maiores níveis de autoestigma, de *coming out* e maior dificuldade de aceitação da identidade homossexual foram associados a maior ideação suicida. Menores níveis de *coming out* e maiores níveis de autoestigma foram associados a menor não envolvimento em comportamentos de risco. O estigma sentido, apenas contribuiu significativamente para a explicação dos níveis de não envolvimento em comportamentos de risco, no sentido de quanto menores os níveis de estigma sentido maior o não envolvimento em comportamentos de risco.

Em termos práticos, estes resultados evidenciam, mais uma vez o papel fulcral da promoção de aceitação e da redução do estigma sexual. A prevalência de suicidalidade na amostra e o facto de cerca de 1/3 dos participantes terem apresentado níveis de distress psicológico severo, evidenciam o quão importante a intervenção psicológica, com indivíduos de minorias sexuais, a nível do estigma internalizado e do assumir da identidade sexual, i.e., *coming out* pode ser para a melhoria da saúde mental e dos comportamentos com impacto na saúde física, e, conseqüentemente na qualidade de vida dos indivíduos LGBT.

## Referências

- Almeida, M. V. de (2010). O contexto LGBT em Portugal. In Nogueira, C. & Oliveira, J. (Org.). *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género* (pp. 45-92). Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Andrews, G., & Slade, T (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25, 494-497. doi: 10.1111/j.1467-842X.2001.tb00310.x
- Blanca, M., Alarcón, R., Arnau, J., Bono, R., & Bendayan, R. (2017). Non-normal data: Is ANOVA still a valid option?. *Psicothema*, 29(4), 552-557. doi: 10.7334/psicothema2016.383
- Blosnich, J. R., Farmer, G. W., Lee, J. G., Silenzio, V. M., & Bowen, D. J. (2014). Health inequalities among sexual minority adults: evidence from ten U.S. states, 2010. *American journal of preventive medicine*, 46(4), 337–349. doi: 10.1016/j.amepre.2013.11.010.
- Bontempo, D. E., & d’Augelli, A. R. (2002). Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths’ health risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, 30(5), 364-374. doi: 10.1016/S1054-139X(01)00415-3
- Caldas, J. (1995). SIDA: Representações sociais de uma enfermidade. *Revista Forum Sociológico*, (6), 109-116.
- Cochran, S. D., Sullivan, J. G., & Mays, V. M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(1), 53. doi: 10.1037/0022-006X.71.1.53
- Colfax, G., Vittinghoff, E., Husnik, M. J., McKirnan, D., Buchbinder, S., Koblin, B., ... & Bozeman, S. (2004). Substance use and sexual risk: a participant-and episode-level

analysis among a cohort of men who have sex with men. *American journal of epidemiology*, 159(10), 1002-1012. doi: 10.1093/aje/kwh135

Colling, L. (2014). Panteras e locas dissidentes: o ativismo queer em Portugal e Chile e suas tensões com o movimento LGBT. *Lua Nova*, (93), 233-266. doi: 10.1590/S0102-64452014000300009

Correia, M., Frazão, P. & Santos, J. C. (2018). Risco suicidário em adultos LGBT. In J. C. Santos (Coord.), *Prevenção de comportamentos suicidários: contributos da investigação* (pp. 105-115). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Díaz, R. M., Ayala, G., & Bein, E. (2004). Sexual risk as an outcome of social oppression: data from a probability sample of Latino gay men in three US cities. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 10(3), 255. doi: 10.1037/1099-9809.10.3.255

DiIorio, C., Parsons, M., Lehr, S., Adame, D., & Carlone, J. (1992). Measurement of safe sex behavior in adolescents and young adults. *Nursing Research*, 41, 203-208.

Direção-Geral de Saúde (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017)*. Lisboa: Programa Nacional para a Saúde Mental, 2013.

Dudley, M. G., Rostosky, S. S., Korfhage, B. A., & Zimmerman, R. S. (2004). Correlates of high-risk sexual behavior among young men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 16(4), 328-340. doi: 10.1521/aeap.16.4.328.40397

Duro, M. (2016). VIH/Sida, Breve história de uma nova/velha infeção. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 5(1), 24-35.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of general psychiatry*, 56(10), 876-880. doi: 10.1001/archpsyc.56.10.876

- Emslie, C., Lennox, J., & Ireland, L. (2017). The role of alcohol in identity construction among LGBT people: A qualitative study. *Sociology of health & illness*, 39(8), 1465-1479. doi: 10.1111/1467-9566.12605.
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., ... & Russell, S. T. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of homosexuality*, 58(1), 10-51. doi: 10.1080/00918369.2011.534038
- Haas, A. P., Lane, A., & Working Group for Postmortem Identification of SO/GI (2015). Collecting Sexual Orientation and Gender Identity Data in Suicide and Other Violent Deaths: A Step Towards Identifying and Addressing LGBT Mortality Disparities. *LGBT health*, 2(1), 84–87. doi: 10.1089/lgbt.2014.0083
- Herek, G. M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of Social Issues*, 63(4), 905-925. doi: 10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x
- Herek, G. M. (2009). Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework. In *Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities* (pp. 65-111). Springer, New York, NY. doi: 10.1007/978-0-387-09556-1\_4
- Hughes, T. L., Wilsnack, S. C., & Kantor, L. W. (2016). The influence of gender and sexual orientation on alcohol use and alcohol-related problems: Toward a global perspective. *Alcohol research: current reviews*, 38(1), 121-132.
- Kelleher, C. (2009). Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Counselling psychology quarterly*, 22(4), 373-379. doi: 10.1080/09515070903334995
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., Howes, M.J., Normand, S.T., Manderscheid, R.W., ... Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 184-189. doi: 10.1001/archpsyc.60.2.184

- Lea, T., de Wit, J., & Reynolds, R. (2014). Minority stress in lesbian, gay, and bisexual young adults in Australia: Associations with psychological distress, suicidality, and substance use. *Archives of sexual behavior*, 43(8), 1571-1578. doi: 10.1007/s10508-014-0266-6
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS statistics*. Lisboa: ReportNumber.
- Mayer, K. H., Bradford, J. B., Makadon, H. J., Stall, R., Goldhammer, H., & Landers, S. (2008). Sexual and gender minority health: what we know and what needs to be done. *American journal of public health*, 98(6), 989-995. doi: 10.2105/AJPH.2007.127811
- McCabe, S. E., Bostwick, W. B., Hughes, T. L., West, B. T., & Boyd, C. J. (2010). The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American journal of public health*, 100(10), 1946-1952. doi: 10.2105/AJPH.2009.163147
- Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behaviour*, 36(1), 38-56. doi: 10.2307/2137286
- 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. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Meyer, I. H., & Frost, D. M. (2013). Minority stress and the health of sexual minorities. *Handbook of psychology and sexual orientation*, 252-266. doi: 10.1093/acprof:oso/9780199765218.003.0018
- Mereish, E. H., O'Cleirigh, C., & Bradford, J. B. (2014). Interrelationships between LGBT-based victimization, suicide, and substance use problems in a diverse sample of sexual and gender minorities. *Psychology, health & medicine*, 19(1), 1-13. doi: 10.1080/13548506.2013.780129
- Millar, B. M., Starks, T. J., Grov, C., & Parsons, J. T. (2017). Sexual risk-taking in HIV-negative gay and bisexual men increases with depression: Results from a US national study. *AIDS and Behavior*, 21(6), 1665-1675. doi: 10.1007/s10461-016-1507-6

- Moleiro, C., & Pinto, N. (2009). Diversidade e psicoterapia: expectativas e experiências de pessoas LGBT acerca das competências multiculturais de psicoterapeutas. *Ex aequo*, (20), 159-172.
- Morris, J. F., Waldo, C. R., & Rothblum, E. D. (2001). A model of predictors and outcomes of outness among lesbian and bisexual women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 61-71. doi: 10.1037/0002-9432.71.1.61
- Nunes, C. (2013). *Auto-dano e ideação suicida na população adolescente: Aferição do questionário de impulso, auto-dano e ideação suicida na adolescência (QIAIS-A)* (Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores).
- Oliveira, C. (2014). *Perfeccionismo e distress psicológico: prevenção no ensino superior* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro).
- Oliveira, J., Pereira, M., Costa, C. & Nogueira, C. (2010). Pessoas LGBT – identidades e discriminação. In Nogueira, C. & Oliveira, J. (Org.). *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género* (pp. 149-210). Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Pereira, H., & Costa, P. A. (2016). Modeling the impact of social discrimination on the physical and mental health of Portuguese gay, lesbian and bisexual people. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 29(2), 205-217. doi: 10.1080/13511610.2016.1157683
- Pereira, H., & Leal, I. P. (2005). Medindo a homofobia internalizada: A validação de um instrumento. *Análise Psicológica*, 23(3), 323-328.
- Pereira, H., Leal, I., & Marôco, J. (2010). Questionário de Identidade Homossexual. Em J. Marôco, & I. Leal, *Avaliação em Sexualidade e Parentalidade* (pp. 43-53). Legis Editora.

- Pinto, N. & Moleiro, C. (2012). As experiências dos cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: perspetivas de profissionais de saúde e utentes. *Psicologia*, 26(1), 129-151.
- Rodrigues, P. (2010). *Homofobia Internalizada e Suicidalidade em Jovens LGB e Não LGB*. (Dissertação de Mestrado não publicada. ISPA, Lisboa).
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W., & Hunter, J. (2006). A model of sexual risk behaviors among young gay and bisexual men: Longitudinal associations of mental health, substance abuse, sexual abuse, and the coming-out process. *AIDS Education & Prevention*, 18(5), 444-460. doi: 10.1521/aeap.2006.18.5.444
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD; 2013). (14 de novembro de 2018). *Instrumentos*. Obtido de Web site de SICAD: <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/Instrumentos.aspx>
- Smalley, K. B., Warren, J. C., & Barefoot, K. N. (2016). Differences in health risk behaviors across understudied LGBT subgroups. *Health Psychology*, 35(2), 103-114. doi: 10.1037/hea0000231.
- Stall, R., Paul, J. P., Greenwood, G., Pollack, L. M., Bein, E., Crosby, G. M., ... & Catania, J. A. (2001). Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: the Urban Men's Health Study. *Addiction*, 96(11), 1589-1601. doi: 10.1080/09652140120080723
- Strathdee, S. A., Hogg, R. S., Martindale, S. L., Cornelisse, P. G., Craib, K. J., Montaner, J. S., ... & Schechter, M. T. (1998). Determinants of sexual risk-taking among young HIV-negative gay and bisexual men. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 19(1), 61-66.
- Su, D., Irwin, J. A., Fisher, C., Ramos, A., Kelley, M., Mendoza, D. A. R., & Coleman, J. D. (2016). Mental health disparities within the LGBT population: A comparison between transgender and nontransgender individuals. *Transgender Health*, 1(1), 12-20. doi: 10.1089/trgh.2015.0001

## **ANEXOS**

## Anexo A – Análise Fatorial Exploratória – Questionário de Identidade Homossexual

O Questionário de Identidade Homossexual de 13 itens foi analisado de modo a identificar a estrutura fatorial dos dados. Antes de se realizar a análise fatorial são necessários 2 pré-testes: o teste de esfericidade de Barlett em que o valor de  $p$  deve ser inferior a .05 e o teste de Kaiser-Meyer-Olkin cujo valor deve ser superior a .7. Estando cumpridos os requisitos do teste de esfericidade de Bartlett ( $p < .001$ ) e do teste de KMO ( $=.872$ ), verificou-se que os itens apresentam algum tipo de relação entre si e foi possível proceder à realização da análise fatorial exploratória (Output 1).

Output 1 – Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		.872
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	1521.686
	Gl	78
	Sig.	.000

A análise dos fatores principais produziu três dimensões com *eigenvalues* superiores a 1. Através de uma análise à matriz de componentes foi possível verificar se todos os fatores cumprem os requisitos necessários: cada fator ter pelo menos 3 itens, esses itens serem significativos, i.e., o seu peso fatorial ser superior a .400 e, ainda, não existirem itens ambíguos, i.e., itens pertencentes a mais do que um fator. Como se pode verificar o fator 3, não cumpre estes requisitos, visto que não possui nenhum item com peso fatorial superior a .400, pelo que surge a hipótese de forçar a análise fatorial a 2 fatores (Output 2).

Output 2 – Matriz de componentes

Itens da escala	Componente		
	1	2	3
7. Sinto medo/receio por causa dos meus sentimentos homoeróticos.	<b>.786</b>	-.201	.073
6. Sinto-me envergonhado(a) por causa da minha sexualidade.	<b>.755</b>	-.358	.002
4. Tenho tendência para negar os meus sentimentos homoeróticos (fantasias, desejos, comportamentos).	<b>.748</b>	-.092	.268
5. Dou por mim a evitar situações que me obriguem a confrontar-me com os meus sentimentos homoeróticos (fantasias, desejos, comportamentos).	<b>.744</b>	-.110	.291
3. Tendo a isolar-me emocionalmente por causa da minha sexualidade.	<b>.731</b>	-.095	-.291
2. Sinto-me excluído/a por causa da minha sexualidade.	<b>.692</b>	-.090	-.437
11. Neste momento parece que vivo em dois mundos separados, um mundo homossexual/bissexual (com contactos e explorações na comunidade) e um mundo heterossexual (onde ninguém sabe da existência do primeiro).	<b>.664</b>	.223	.066
12. Neste momento ninguém sabe da minha homossexualidade/bissexualidade.	<b>.601</b>	-.328	.291
8. Estou numa fase em que, pela primeira vez, considero que se calhar sou mesmo gay/lésbica/bissexual.	<b>.556</b>	.407	.337

10. Neste momento sinto-me bem com a minha homossexualidade/bissexualidade, mas dou por mim a ter que arranjar maneiras eficazes para lidar com o preconceito exterior.	.358	<b>.622</b>	-.268
13. Sinto que a minha homossexualidade/bissexualidade é apenas mais uma característica de mim.	-.102	<b>.553</b>	.191
9. Dou por mim a pensar que se calhar tenho mesmo que aceitar a minha homossexualidade/bissexualidade.	.518	<b>.532</b>	.218
1. Sinto-me diferente das pessoas à minha volta por causa da minha sexualidade.	<b>.562</b>	.163	-.650

Prosseguiu-se, assim, para uma análise fatorial forçada a 2 fatores, usando o critério de rotação varimax para a análise à matriz de componentes (output 3). O item 11 foi excluído por ser ambíguo, i.e., ter pesos fatoriais superiores a .400 e próximos em ambas as dimensões.

### Output 3 – Matriz de componentes rotativa com rotação Varimax

Itens da escala	Componente	
	1	2
6. Sinto-me envergonhado(a) por causa da minha sexualidade.	<b>.836</b>	.000
7. Sinto medo/receio por causa dos meus sentimentos homoeróticos.	<b>.796</b>	.155
5. Dou por mim a evitar situações que me obriguem a confrontar-me com os meus sentimentos homoeróticos (fantasias, desejos, comportamentos).	<b>.720</b>	.220
4. Tenho tendência para negar os meus sentimentos homoeróticos (fantasias, desejos, comportamentos).	<b>.716</b>	.237
3. Tendo a isolar-me emocionalmente por causa da minha sexualidade.	<b>.701</b>	.228
12. Neste momento ninguém sabe da minha homossexualidade/bissexualidade.	<b>.683</b>	-.039
2. Sinto-me excluído/a por causa da minha sexualidade.	<b>.664</b>	.215
11. Neste momento parece que vivo em dois mundos separados, um mundo homossexual/bissexual (com contactos e explorações na comunidade) e um mundo heterossexual (onde ninguém sabe da existência do primeiro).	<b>.504</b>	<b>.487</b>
1. Sinto-me diferente das pessoas à minha volta por causa da minha sexualidade.	<b>.438</b>	.389
10. Neste momento sinto-me bem com a minha homossexualidade/bissexualidade, mas dou por mim a ter que arranjar maneiras eficazes para lidar com o preconceito exterior.	.057	<b>.716</b>
9. Dou por mim a pensar que se calhar tenho mesmo que aceitar a minha homossexualidade/bissexualidade.	.240	<b>.703</b>
8. Estou numa fase em que, pela primeira vez, considero que se calhar sou mesmo gay/lésbica/bissexual.	.328	<b>.606</b>
13. Sinto que a minha homossexualidade/bissexualidade é apenas mais uma característica de mim.	-.329	<b>.456</b>

Assim, da 1ª dimensão fazem parte os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 12. Atendendo à fiabilidade desta primeira dimensão, apelidada de “gestão de auto estigma face ao preconceito”, esta apresentou um  $\alpha=.868$ , tendo por isso uma boa fiabilidade. Aquando da análise da fiabilidade da segunda dimensão, constituída pelos itens 8, 9, 10 e 13 verificou-se que o valor do alfa de *Cronbach* era de .551, mas que este aumentava significativamente se o item 13 fosse excluído, pelo que se procedeu à exclusão do mesmo. Assim, da 2ª dimensão,

apelidada de “trajetória de aceitação da identidade sexual”, fazem parte os itens 8, 9, 10, apresentando esta um  $\alpha=.639$ , tendo por isso uma fiabilidade fraca, mas aceitável.

## Anexo B – Análise Fatorial Exploratória – Safe Sex Behaviour Questionnaire

O Safe Sex Behaviour Questionnaire de 24 itens foi analisado de modo a identificar a estrutura fatorial dos dados. Antes de se realizar a análise fatorial são necessários 2 pré-testes: o teste de esfericidade de Barlett em que o valor de  $p$  deve ser inferior a .05 e o teste de Kaiser-Meyer-Olkin cujo valor deve ser superior a .7. Estando cumpridos os requisitos do teste de esfericidade de Bartlett ( $p < .001$ ) e do teste de KMO ( $= .811$ ), verificou-se que os itens apresentam algum tipo de relação entre si e foi possível proceder à realização da análise fatorial exploratória (Output 4).

Output 4 – Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		.811
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	2677.346
	Gl	276
	Sig.	.000

A análise dos fatores principais produziu cinco dimensões com *eigenvalues* superiores a 1. Através de uma análise à matriz de componentes foi possível verificar se todos os fatores cumprem os requisitos necessários: cada fator ter pelo menos 3 itens, esses itens serem significativos, i.e., o seu peso fatorial ser superior a .400 e, ainda, não existirem itens ambíguos, i.e., itens pertencentes a mais do que um fator. Como se pode verificar os fatores 4 e 5, não cumprem estes requisitos, visto que não possuem nenhum item com peso fatorial superior a .400, pelo que surge a hipótese de forçar a análise fatorial a 3 fatores (output 5).

Output 5 – Matriz de componentes

Itens da escala	Componente				
	1	2	3	4	5
17. Se eu sei que um encontro pode levar a relações sexuais eu planeio como ter sexo seguro	<b>.769</b>	.020	-.195	.126	.226
18. Se o meu parceiro(a) insiste em ter relações sexuais sem preservativo, eu recuso-me a ter relações sexuais	<b>.724</b>	-.103	-.020	-.306	.025
21. Eu inicio o tema de sexo seguro com o meu potencial parceiro(a) sexual	<b>.699</b>	-.077	.034	.284	.170
10. Se eu sei que um encontro pode levar a ter relações sexuais levo um preservativo	<b>.694</b>	-.155	-.304	.016	.288
1. Eu insisto no uso do preservativo quando tenho relações sexuais	<b>.676</b>	-.162	-.123	-.485	-.092
3. Eu paro os preliminares tempo suficiente para colocar preservativo (ou para o meu parceiro colocar preservativo)	<b>.647</b>	-.235	-.241	-.278	-.312
12. Se eu discordo com informação que o meu parceiro tem	<b>.526</b>	.274	-.116	.339	-.020

sobre práticas sexuais seguras eu digo qual o meu ponto de vista					
14. Se eu me deixar levar pelo momento, tenho relações sexuais sem usar preservativo	<b>.514</b>	.466	-.147	-.360	.097
11. Eu insisto em examinar o meu parceiro(a) sexual por feridas, cortes ou escoriações na zona genital	<b>.507</b>	-.228	.362	.087	.284
4. Eu pergunto aos meus potenciais parceiros sexuais sobre as suas histórias sexuais	<b>.495</b>	.107	.420	.358	-.431
5. Eu evito contacto direto com as secreções de sémen ou vaginais	<b>.450</b>	-.377	.208	-.402	-.106
19. Eu evito contato direto com o sangue do meu parceiro(a) sexual	<b>.429</b>	-.223	-.280	.090	-.107
9. Eu evito relações sexuais quando tenho feridas ou irritação na minha zona genital	.389	.119	-.127	.352	-.191
2. Eu uso cocaína ou outras drogas antes ou durante relações sexuais	.030	<b>.675</b>	-.407	.015	-.054
23. Eu tenho sexo anal sem usar preservativo	.272	<b>.635</b>	-.059	-.399	-.281
7. Eu tenho relações sexuais num primeiro encontro	.049	<b>.622</b>	.314	-.052	.366
15. Eu pratico sexo anal	.114	-.616	-.384	.248	.142
20. É difícil para mim discutir assuntos sexuais com os meus parceiros sexuais	.130	<b>.580</b>	-.355	.260	.013
24. Eu bebo álcool antes ou durante as relações sexuais	.132	<b>.570</b>	-.223	.121	.166
8. Eu abstenho-me de relações sexuais quando não sei a história sexual do(a) meu(minha) parceiro(a)	.349	.052	<b>.660</b>	.083	.113
16. Eu pergunto aos meus potenciais parceiros(as) sexuais se já usaram drogas intravenosas	.400	.045	<b>.646</b>	.121	.247
6. Eu pergunto aos meus potenciais parceiros sexuais sobre a sua história de práticas bissexuais /homossexuais	.381	.189	<b>.556</b>	.255	-.429
22. Eu tenho relações sexuais com alguém que eu sei que é bissexual ou gay	.331	-.078	-.445	.170	.003
13. Eu pratico sexo oral sem usar barreiras protetivas tais como um preservativo ou uma barreira dental	-.031	.213	.282	-.501	.162

Prosseguiu-se, assim, para uma análise fatorial forçada a 3 fatores, usando o critério de rotação Varimax para a análise à matriz de componentes (output 6). O item 9 e 13 foram excluídos por não apresentarem pesos fatoriais superiores a .400. O item 15 também foi excluído, por ser ambíguo e do ponto de vista semântico a prática de sexo anal, não parece estar muito relacionada com os restantes itens da primeira dimensão, particularmente devido à população alvo do estudo em que é uma prática comum entre homens gay.

Output 6 – Matriz de componentes rotativa com rotação Varimax

	Componente		
	1	2	3
10. Se eu sei que um encontro pode levar a ter relações sexuais levo um preservativo	<b>.772</b>	-.018	.058
17. Se eu sei que um encontro pode levar a relações sexuais eu planeio como ter sexo seguro	<b>.753</b>	.144	.205
3. Eu paro os preliminares tempo suficiente para colocar preservativo (ou para o meu parceiro colocar preservativo)	<b>.728</b>	.003	-.043
1. Eu insisto no uso do preservativo quando tenho relações sexuais	<b>.693</b>	.135	-.003
18. Se o meu parceiro(a) insiste em ter relações sexuais sem preservativo, eu recuso-me a ter relações sexuais	<b>.684</b>	.258	.032

21. Eu inicio o tema de sexo seguro com o meu potencial parceiro(a) sexual	<b>.636</b>	.300	.037
19. Eu evito contato direto com o sangue do meu parceiro(a) sexual	<b>.543</b>	-.119	-.058
22. Eu tenho relações sexuais com alguém que eu sei que é bissexual ou gay	<b>.474</b>	-.278	.109
12. Se eu discordo com informação que o meu parceiro tem sobre práticas sexuais seguras eu digo qual o meu ponto de vista	<b>.440</b>	.165	.380
5. Eu evito contacto direto com as secreções de sémen ou vaginais	<b>.431</b>	.296	-.338
9. Eu evito relações sexuais quando tenho feridas ou irritação na minha zona genital	.361	.069	.215
16. Eu pergunto aos meus potenciais parceiros(as) sexuais se já usaram drogas intravenosas	.120	<b>.748</b>	-.073
8. Eu abstenho-me de relações sexuais quando não sei a história sexual do(a) meu(minha) parceiro(a)	.067	<b>.742</b>	-.079
6. Eu pergunto aos meus potenciais parceiros sexuais sobre a sua história de práticas bissexuais /homossexuais	.096	<b>.688</b>	.085
4. Eu pergunto aos meus potenciais parceiros sexuais sobre as suas histórias sexuais	.268	<b>.597</b>	.066
11. Eu insisto em examinar o meu parceiro(a) sexual por feridas, cortes ou escoriações na zona genital	.388	<b>.485</b>	-.232
13. Eu pratico sexo oral sem usar barreiras protetivas tais como um preservativo ou uma barreira dental	-.184	.280	.115
2. Eu uso cocaína ou outras drogas antes ou durante relações sexuais	-.010	-.219	<b>.758</b>
20. É difícil para mim discutir assuntos sexuais com os meus parceiros sexuais	.087	-.150	<b>.670</b>
23. Eu tenho sexo anal sem usar preservativo	.095	.182	<b>.663</b>
24. Eu bebo álcool antes ou durante as relações sexuais	.045	-.034	<b>.623</b>
14. Se eu me deixar levar pelo momento, tenho relações sexuais sem usar preservativo	.388	.169	<b>.569</b>
7. Eu tenho relações sexuais num primeiro encontro	-.233	.422	<b>.506</b>
15. Eu pratico sexo anal	.402	-.416	-.453

Assim, da 1ª dimensão fazem parte os itens 1, 3, 5, 10, 12, 17, 18, 19, 21 e 22. Atendendo à fiabilidade desta primeira dimensão, apelidada de “uso de preservativo e planeamento de relações seguras”, esta apresentou um  $\alpha = .835$ , tendo por isso uma boa fiabilidade. Da 2ª dimensão fazem parte os itens 4, 6, 8, 11 e 16, esta foi apelidada de “comunicação com o/a parceiro/a” e apresentou um  $\alpha = .777$ , tendo por isso uma fiabilidade razoável. Finalmente, da 3ª dimensão fazem parte os itens 2, 7, 14, 20, 23 e 24, foi apelidada de “não envolvimento em comportamentos de risco” e apresentou um  $\alpha = .743$ , tendo por isso uma fiabilidade razoável.

## Anexo C – Consentimento informado

*Over the Rainbow*: um olhar sobre a saúde de pessoas LGBT+ em Portugal

O objetivo do presente estudo é avaliar dimensões associadas à saúde mental, como o estigma sexual e a ideação suicida, saúde física e comportamento sexual de pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgénero, Intersexo, Assexual, Pansexual, *Queer* ou outra identidade sexual/ de género não maioritária, com idades compreendidas entre os 25 e os 59 anos.

O presente estudo faz parte de uma investigação no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, realizada no ISPA-Instituto Universitário, sob orientação do Prof. Dr.º Pedro Alexandre Costa. Vimos por este meio pedir a sua colaboração no estudo através do preenchimento deste questionário. O preenchimento do questionário terá uma duração de, aproximadamente, 15-20 minutos e consiste numa série de secções, com diferentes tipos de resposta, algumas delas com espaço para que possa responder, por palavras suas, e outras, instrumentos de avaliação psicológica. As suas respostas serão totalmente **anónimas, não sendo solicitados dados que o/a identifiquem**, e os dados tratados de forma **confidencial, visto que ninguém terá acesso aos mesmos se não a equipa de investigação**.

A sua participação é de carácter voluntário, podendo desistir em qualquer momento até submeter o seu questionário. Depois de submeter o seu questionário, não será possível desistir porque não é possível identificar o seu questionário individual. Pedimos que responda com sinceridade e que leia os itens com atenção, não esquecendo de verificar se deixou alguma questão por responder. Poderá não responder a alguma questão que não queira. Salientamos que **não existem respostas certas ou erradas**.

De ressaltar que são estudados diversos construtos, alguns com uma carga emocional potencialmente ativadora como o estigma, distress psicológico e ideação suicida. Caso não se sinta confortável em responder a estas perguntas pode não proceder ao preenchimento do mesmo, sendo livre também de desistir da sua participação a qualquer momento.

Se tiver alguma questão ou comentário, poderá contactar a equipa do estudo:

Aluna Finalista Mestrado Inês Romeu - [inesromeu@hotmail.com](mailto:inesromeu@hotmail.com)

Aluno Finalista Mestrado Gonçalo Gomes - [goncalosrgomes@outlook.pt](mailto:goncalosrgomes@outlook.pt)

Professor Pedro Costa - [pcosta@ispa.pt](mailto:pcosta@ispa.pt)

Agradecemos a sua participação!