

*Dedico a minha Tese de Mestrado a todos aqueles
que me apoiam incondicionalmente e que acreditam no meu trabalho.
Um especial agradecimento a meus pais, a quem devo tudo o que tenho e
tudo o que sou. À minha querida irmã, um sincero obrigada por estar
sempre a meu lado, ainda que à distância.*

ÍNDICE

1. RESUMO.....	2
2. ABSTRACT.....	5
3. INTRODUÇÃO.....	8
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	8
5. DEFINIÇÕES E ESTATÍSTICAS.....	9
6. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA.....	12
7. CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE SEXUAL.....	13
8. DETERMINANTES DA ORIENTAÇÃO SEXUAL.....	13
9. A SAÚDE DO ADOLESCENTE HOMOSSEXUAL.....	14
9.1 PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR.....	14
9.2 ABUSO DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.....	18
9.3 COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO E ISTs.....	24
9.4 VIOLÊNCIA, EXCLUSÃO E ABUSO SEXUAL.....	28
9.5 DISTÚRBIOS MENTAIS E SUICÍDIO.....	37
9.6 INFLUÊNCIA PARENTAL.....	40
10. CONCLUSÃO.....	43
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

1. RESUMO

Contexto: A homossexualidade, em particular durante a adolescência, é um tema ainda difícil de abordar em Portugal, por estigmas e preconceitos que vigoram na sociedade. Assim, existe uma forte carência de informação rigorosa e fidedigna sobre a homossexualidade entre profissionais de saúde, educadores, pais e mesmo entre os adolescentes. Essa lacuna de informação pode ter consequências graves na saúde destes jovens. Neste sentido, surge a necessidade de definir conceitos relacionados com a sexualidade e discutir quais os principais problemas para a saúde dos jovens homo e bissexuais, bem como a sua caracterização e meio de prevenção.

Objetivo: Os objetivos desta revisão bibliográfica foram: 1) definir conceitos relativos à sexualidade; 2) caracterizar a construção da identidade sexual; 3) explorar os possíveis determinantes da orientação sexual; 4) enumerar os riscos biológicos e psicossociais específicos para a saúde do adolescente homo e bissexual, bem como a sua caracterização e meios de prevenção; 5) estabelecer a comparação destes riscos entre os adolescentes homossexuais, bissexuais e heterossexuais; 6) apresentar alguns dados da população adulta não heterossexual relativos a esses riscos.

Métodos: Procedeu-se a uma revisão bibliográfica de artigos originais e revisões sistemáticas, nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola, publicados entre janeiro de 2004 e agosto de 2014. Utilizou-se o método “Pull”, com pesquisa através dos motores de meta-pesquisa: SUMsearch e TRIPdatabase; e com pesquisa direta nas bases de dados da literatura: Embase, PubMed e *Índex online* de Revistas Médicas Portuguesas. Foram utilizadas múltiplas combinações de palavras-chave na língua inglesa. Adicionalmente, foram consultados 2 livros com interesse e conteúdo científico relevantes para o tema.

Resultados: De acordo com a literatura revista, os problemas de saúde que podem estar associados aos adolescentes homo ou bissexuais são os seguintes: perturbações do comportamento alimentar; abuso de álcool e outras substâncias; comportamentos sexuais de risco e infeções sexualmente transmissíveis (ISTs); violência, exclusão e abuso sexual; distúrbios mentais e suicídio. Constatou-se que cada um destes riscos é mais prevalente entre os homo e bissexuais comparativamente aos adolescentes heterossexuais. Os motivos desta discrepância advêm, essencialmente, da discriminação sofrida pelos homo e bissexuais devido à sua orientação sexual, falta de suporte e carência de informação sobre a homossexualidade na sociedade que os rodeia. A rejeição parental está associada a um aumento da prevalência dos problemas de saúde acima mencionados; por outro lado, a aceitação da orientação sexual por parte dos pais demonstrou estar associada a aspetos francamente positivos na vida dos jovens homo e bissexuais. Diferenças na prevalência dos riscos entre os homo e bissexuais, em relação ao género, não foram conclusivas. Ao invés, no que respeita aos subgrupos, os bissexuais parecem ser o grupo de maior risco, a todos os níveis. No entanto, as razões para tal facto não são bem conhecidas. Em relação a população adulta homo e bissexual, os dados revistos mostram muitas semelhanças com os da população adolescente da mesma orientação.

Conclusão: Os jovens homossexuais, bem como os bissexuais, têm maior risco de virem a desenvolver problemas de saúde do que os heterossexuais, fruto da discriminação, falta de suporte e carência de informação devida sobre a homossexualidade. É, então, essencial que toda população seja devidamente esclarecida e que se promova a aceitação e respeito pelos indivíduos que não são heterossexuais. Os profissionais de saúde deverão ter o máximo de conhecimento sobre o tema, tornando-os capazes de reconhecer a orientação sexual do adolescente e orientá-lo devidamente.

Palavras-chave: adolescentes homossexuais, lésbica, *gay*, bissexual, orientação sexual, identidade de gênero, construção da identidade sexual, saúde, distúrbios do comportamento alimentar nos homossexuais, drogas nos homossexuais, álcool nos homossexuais, abuso de substâncias nos homossexuais, gravidez nos homossexuais, comportamentos sexuais nos homossexuais, HIV na homossexualidade, infecções na homossexualidade, *bullying* na homossexualidade, violência na homossexualidade, abuso físico na homossexualidade, homossexualidade e a família.

2. ABSTRACT

Context: Homosexuality, particularly during adolescence, is a topic still difficult to address in Portugal, by stigmas and prejudices that prevail in society. Thus, there is a strong lack of accurate and reliable information about homosexuality among health professionals, educators, parents and even among teenagers. This information gap can have serious consequences on the health of these young people. In this sense, there is a need to define concepts related to sexuality and discuss what the main problems for the health of gay and bisexual young people and their characterization and means of prevention.

Objectives: The aims of this literature review were: 1) define concepts related to sexuality; 2) characterize the construction of sexual identity; 3) explore the possible determinants of sexual orientation; 4) list the biological and psychosocial risks specific to the health of homo and bisexual teenagers as well as their characterization and means of prevention; 5) establish the comparison of these risks among gay teens, bisexual and heterosexual; 6) present some data of non-heterosexual adults relating to this issues.

Methods: There has been a literature review of original articles and systematic reviews in English, Portuguese and Spanish, published between January 2004 and August 2014. We used the "Pull" method with searching through the meta-search engines: SumSearch and TRIPdatabase; and direct research in literature databases: EMBASE, PubMed and online Index of Portuguese Medical Journal. Multiple combinations of keywords were used in the English language. Additionally, we found two books with interest and scientific content relevant to the topic.

Results: According to the literature reviewed, the health problems that can be associated with homo or bisexual adolescents are: eating disorders; abuse of alcohol and other substances; risky sexual behavior and sexually transmitted infections (STIs); violence, exclusion and sexual abuse; mental disorders and suicide. It was found that each of these risks is more prevalent among homosexuals and bisexuals compared to heterosexual adolescents. The reasons for this discrepancy come essentially from the discrimination suffered by homosexuals and bisexuals because of their sexual orientation, lack of support and lack of information about homosexuality in the society around them. Parental rejection is associated with an increased prevalence of the above mentioned health problems; on the other hand, acceptance of sexual orientation of parents demonstrated to be associated with very positive aspects in the lives of gay and bisexual youth. Differences in the prevalence of risk among gay and bisexual men in relation to gender have not been conclusive. Instead, with regard to subgroups, bisexuals seem to be the highest risk group, at all levels. However, for such reasons that are not well known. Regarding homo and bisexual adult population, the revised data show many similarities with those of the adolescent population in the same orientation.

Conclusion: The young homosexuals and bisexuals have an increased risk to develop health problems compared to heterosexual adolescents, as the result of discrimination, lack of support and lack of proper information about homosexuality. Therefore, it is essential that the entire population is adequately informed and to foster the acceptance and respect for individuals who are not heterosexual. Health care providers should have as much knowledge on the subject, making them able to recognize sexual orientation teenager and guide him properly.

Key-words: homosexual adolescents, lesbian, gay, bisexual, sexual orientation, gender identity, sexuality constructs, health, homosexual eating disorders, homosexual drugs,

homosexual alcohol, homosexual substance abuse, homosexual pregnancy, homosexual sex behavior, homosexual HIV, homosexual infections, homosexual bullying, homosexual violence, homosexual physical abuse, homosexuality and family.

3. INTRODUÇÃO

A homossexualidade, em particular durante a adolescência, é um tema ainda difícil de abordar no nosso país, por estigmas e preconceitos que a comunidade científica tem vindo a demonstrar não terem fundamento. A escassa discussão deste tema pelo seu tabu, será, no meu entender, o motivo pelo qual existe uma forte carência de informação rigorosa e fidedigna entre profissionais de saúde, educadores, pais e mesmo entre os adolescentes. Essa lacuna de informação pode ter consequências graves na saúde destes jovens, que estão ainda em processo de desenvolvimento físico e psicológico e, por isso, vulneráveis. Neste sentido, acredito que, estando a população devidamente esclarecida poder-se-á prevenir ou tratar precocemente os problemas de saúde característicos dos adolescentes homossexuais.

Os objetivos desta revisão bibliográfica foram então: 1) definir conceitos relativos à sexualidade; 2) caracterizar a construção da identidade sexual; 3) explorar os possíveis determinantes da orientação sexual; 4) enumerar os riscos biológicos e psicossociais específicos para a saúde do adolescente homo e bissexual, bem como a sua caracterização e meios de prevenção; 5) estabelecer a comparação destes riscos entre os adolescentes homossexuais, bissexuais e heterossexuais; 6) apresentar alguns dados da população adulta não heterossexual relativos a esses riscos.

4. MÉTODOS

Procedeu-se a uma revisão bibliográfica de artigos originais e revisões sistemáticas, nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola, publicados entre janeiro de 2004 e agosto de 2014. Utilizou-se o método “Pull”, com pesquisa através dos motores de meta-pesquisa: SUMsearch

e TRIPdatabase; e com pesquisa direta nas bases de dados da literatura: Embase, PubMed e *Índex online* de Revistas Médicas Portuguesas. Foram utilizadas múltiplas palavras-chave na língua inglesa, utilizando combinações variadas, tais como: “homosexual adolescents”, “lesbian”, “gay”, “bissexual”, “sexual orientation”, “gender identity”, “sexuality constructs”, “health”, “homosexual eating disorders”, “homosexual drugs”, “homosexual alcohol”, “homosexual substance abuse”, “homosexual pregnancy”, “homosexual sex behavior”, “homosexual HIV”, “homosexual infections”, “homosexual bullying”, “homosexual violence”, “homosexual physical abuse”, “homosexuality and family”.

Todas as pesquisas foram realizadas utilizando os filtros “child: birth to 18 years old” (idade pediátrica: nascimento até aos 18 anos) e “publication dates: 10 years” (publicações dos últimos 10 anos).

Das múltiplas combinações das palavras-chave acima mencionadas foram obtidas listas com centenas de artigos, dos quais foram minuciosamente selecionados 38 artigos, 37 em língua inglesa e 1 em língua espanhola, com base na especificidade dos subtemas que se pretendem abordar nesta revisão. Adicionalmente, foram consultados 2 livros que abordam assuntos relacionados com o tema deste trabalho; um foi redigido por autores portugueses, o outro é uma tradução em língua portuguesa de um original americano.

5. DEFINIÇÕES E ESTATÍSTICAS

A identidade sexual ou de género diz respeito ao sentimento de feminilidade ou masculinidade, independentemente do sexo biológico que apresente.¹ A orientação sexual refere-se à atração física e emocional por indivíduos do género oposto ou do mesmo género, sendo os primeiros denominados heterossexuais e os segundos de homossexuais. As mulheres

homossexuais são comumente chamadas de lésbicas, enquanto que *gay* é o termo que designa homens homossexuais, mas pode ser utilizado para referenciar indivíduos homossexuais dos dois géneros. Existem ainda indivíduos que se sentem atraídos por ambos os géneros, sendo por isso chamados de bissexuais.¹⁻³

Homofobia é uma sensação de medo, ódio ou repulsa por indivíduos homossexuais.¹

Heterossexismo é a crença de que a heterossexualidade é a orientação sexual superior, desvalorizando as outras existentes.¹

O momento no qual um indivíduo se declara homossexual é habitualmente designado pela expressão inglesa “*coming out of the closet*” (“sair do armário”). Este momento é habitualmente precedido por um período de duração variável no qual podem ocorrer: fantasias homossexuais (sonhadas mas não vividas), perceção que o indivíduo é diferente dos colegas e/ou uma experiência sexual com alguém do género oposto. O adolescente pode, nesse momento, sentir-se confuso em relação à sua orientação, estando consciente dela, mas, ao mesmo tempo, assustado e sem saber como reagir. Esta situação deve-se, em grande parte, ao estigma e discriminação ligados à homossexualidade, informação incorreta sobre o tema e também ao facto de os adolescentes não terem muitas oportunidades de contactarem com colegas que partilhem da mesma orientação, visto a maioria ser heterossexual. O adolescente pode, por consequência, não reconhecer a sua orientação sexual, evitar pensar sobre o assunto ou tentar encontrar explicações alternativas para os seus sentimentos. O desafio destes jovens será desenvolver uma identidade saudável e integrada no ambiente estereotipado e preconceituoso que os rodeia, tentando, assim, modificá-lo. É importante, no entanto, distinguir quando o jovem efetivamente é homossexual ou quando se trata de um distúrbio de identidade de género.²

Os estudos que tentam averiguar a percentagens de adolescentes homossexuais são normalmente limitados pelas questões que são colocadas, às quais os inquiridos têm dificuldade em responder ou omitem a verdade. De facto, os indivíduos que se identificam como homossexuais, raramente o fazem durante a adolescência. Por outro lado, o facto de um indivíduo ter tido relações sexuais com alguém do mesmo género nem sempre significa que seja homossexual, assim como acontece que indivíduos que efetivamente o são, nunca tiveram essas experiências com alguém do mesmo género.^{1,2}

Segundo Kaufman, um estudo realizado no Canadá em 2003 providenciou dados estatísticos relevantes. Foram inquiridos 289,767 estudantes da província da Colúmbia Britânica, inscritos nas várias escolas públicas da região. Destes, apenas 1,5% de todos os rapazes se identificaram como bissexuais, *quase* homossexuais ou 100% homossexuais; 3,5% dos rapazes sexualmente ativos afirmaram terem tido relações sexuais com alguém do mesmo género no último ano. Somente 3% das raparigas se identificaram como bissexuais, *quase* homossexuais ou 100% homossexuais, ao passo que 6,4% das raparigas sexualmente ativas afirmaram terem tido relações sexuais com alguém do mesmo género no último ano. Os dados relativos aos Estados Unidos da América são semelhantes. Um estudo realizado em Massachusetts (EUA) revelou que 2,5% dos adolescentes se identificaram como *gay*, lésbica ou bissexual.²

John B. Steever e Emma Cooper-Seber afirmam que os dados estatísticos referentes à prevalência das minorias sexuais se encontram dispersos, não se obtendo uma real noção dessa prevalência nos vários países. Segundo o estudo *Youth Risk Behavior Survey*, realizado em Minnesota e Vermont (EUA), 1% dos estudantes do 9º ano identificaram-se como *gay/lésbica*, 10% como “sem certeza” e 89% como heterossexuais. A existência de uma percentagem de jovens que não estão certos da sua orientação sexual poderá ser uma incerteza

que diminui com a idade; à medida que a consciência e maturidade aumentam, a identificação como homo ou heterossexual aumenta igualmente. Dados relativos a estudos realizados em adultos revelam que 3,5% da população de identifica como homossexual. A média de idade na qual o individuo se afirma homossexual é pelos 16 anos. No entanto, muitos adultos confessam que sentiram que eram “diferentes dos outros colegas” pelos 9 ou 10 anos de idade.¹

Constata-se, portanto, que a esmagadora maioria da população é heterossexual, fazendo com que os homo e bissexuais, bem como os que se identificam como *quase* homossexuais ou *quase* heterossexuais pertençam às chamadas minorias sexuais.^{1,3}

6. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

A diversidade da sexualidade humana tem sido, ao longo dos tempos, objeto de investigação e crítica nas várias áreas, como na ciência, literatura, política e religião. Na esmagadora maioria das vezes, estas abordagens denotavam as influências morais, culturais e religiosas da época. Nem os profissionais de saúde escaparam a esta confusão ideológica acerca da diversidade da sexualidade humana. De entre esta, a orientação sexual será, provavelmente, o tema que tem sido mais distorcido. Segundo Bancroft, 1989, a homossexualidade é referida como existente em todas as sociedades humanas e em todas as épocas, ainda que em algumas cuja linguagem não possui uma palavra para a designar. O contacto sexual entre indivíduos do mesmo género também se observa num grande número de outras espécies animais. Pela primeira vez no século XIX, a homossexualidade passou a ser considerada como uma categoria social. O conceito da identidade homossexual só começou a parte da sociedade ocidental desde essa época; porém, vigorava a questão se era doença ou se era pecado. Esta discussão mantém-se

até aos dias de hoje, pois nem mesmo os trabalhos de Freud e dos primeiros sexologistas, como Hirschfeld, foram suficientes para chegar a uma conclusão sólida. A questão que continua a persistir é, de facto, a da causalidade da orientação sexual. Apenas nos últimos 30 anos começaram a ser realizados estudos objetivos para esclarecer esta questão e, atualmente, as investigações continuam. A partir da *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-4), 1994, a homossexualidade deixou de ser considerada uma doença.⁴

7. CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE SEXUAL

Considera-se, à luz do conhecimento atual, existirem vários domínios que influenciam a construção da identidade sexual do indivíduo. Eis os domínios primários: orientação sexual, identidade/expressão de género, atração sexual e sexo biológico. Kinsey foi o primeiro a afirmar, nos anos 40, que a orientação sexual existe segundo uma linha contínua, mas todos estes domínios são variáveis. Um indivíduo pode, por isso, identificar-se como 100% *gay*, 100% heterossexual, ou algures no meio destas duas (bissexual) em várias proporções. A orientação sexual de cada indivíduo pode não ser estática, variando ao longo do tempo e das circunstâncias.¹

8. DETERMINANTES DA ORIENTAÇÃO SEXUAL

Os determinantes da orientação sexual não são conhecidos ao certo. Pensa-se ser uma combinação de fatores genéticos, hormonais e ambientais. É importante perceber que a orientação sexual **não é uma escolha** feita pelo indivíduo e não é influenciada pela orientação

dos pais, antecedentes de abuso sexual ou outros acontecimentos adversos. Estes fatores influenciam o comportamento sexual do indivíduo, mas não a sua orientação. A identidade de género define-se habitualmente pelos 3 ou 4 anos de idade e a orientação sexual pelos 9 ou 10 anos. Ambas constituem processos de desenvolvimento psicosexual que não são guiados pela razão.¹

9. A SAÚDE DO ADOLESCENTE HOMOSSEXUAL

Apesar de a homossexualidade ser uma variante da normalidade no que diz respeito à orientação sexual do indivíduo, esta parece associar-se ao risco aumentado de alguns tipos de patologia. Segue-se a caracterização das principais patologias que são mais problemáticas entre as minorias sexuais, de acordo com a literatura atual.

9.1 – PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Segundo os critérios da *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5), a anorexia nervosa é uma perturbação do comportamento alimentar caracterizada pela restrição do consumo de energia relativamente às necessidades, conduzindo a um peso significativamente baixo para a idade, género, trajetória de desenvolvimento e saúde física. Adicionalmente, surge no indivíduo um medo intenso de engordar podendo, inclusive, levá-lo a ter comportamentos persistentes que interferem com o ganho de peso, mesmo quando tem um peso significativamente baixo. De facto, o indivíduo padece de uma perturbação na própria apreciação do peso ou ausência de reconhecimento persistente da gravidade do baixo peso atual. A bulimia nervosa é uma perturbação do comportamento alimentar diagnosticada atendendo a vários critérios, segundo a DSM-5; sucintamente caracteriza-se por episódios

recorrentes de ingestão alimentar compulsiva e comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal, tal como a indução de vômito, jejum ou uso de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos. Para que seja feito o diagnóstico de bulimia nervosa, estes comportamentos têm de ocorrer, ambos, pelo menos 1 vez por semana durante um período de 3 meses. O *binge eating* caracteriza-se, tal como a bulimia nervosa, por episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva, pelo menos 1 vez por semana durante 3 meses. No entanto, ao contrário da bulimia nervosa, o *binge eating* não se associa ao uso regular de comportamentos compensatórios inapropriados e têm outros sintomas associados, como ingestão muito rápida de alimentos ou comer até se sentir desagradavelmente cheio. O *purging* é caracterizado pela ocorrência de comportamentos purgativos recorrentes para influenciar o peso, como seja a autoindução do vômito; mau uso de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, na ausência de ingestão alimentar compulsiva.⁵

As evidências atuais indicam que as perturbações do comportamento alimentar, nomeadamente as acima descritas, têm uma maior incidência nas minorias sexuais. O uso de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos para obter o peso ou forma corporal pretendidos é uma prática recorrente entre estes jovens, mesmo que não sofram de nenhuma das perturbações acima mencionadas. Fumar é outra estratégia que os adolescentes acreditam ser eficaz no controlo do peso.^{1,6-8}

Os dados estatísticos das últimas décadas permitiram constatar que as perturbações do comportamento alimentar têm características diferentes nos jovens heterossexuais comparativamente com os homo e bissexuais, e ainda entre estes dois últimos. Não obstante, qualquer que seja a orientação, existem igualmente variações de acordo com o género do indivíduo.⁶

De acordo com o *Growing Up Today Study* (GUTS) de 1999, os rapazes *quase* heterossexuais admitiram que o seu peso afeta em larga escala a sua autoestima e mostraram-se mais descontentes com o seu aspeto físico comparativamente aos rapazes heterossexuais. Os participantes *gays* e bissexuais confessaram idolatrar figuras masculinas famosas, tentando parecerem-se com elas.⁶

Morrison *et al.*, em 2004, concluiu igualmente que os homens adultos *gays* e bissexuais parecem viver mais insatisfeitos com a sua aparência física do que os heterossexuais.⁸

No que respeita às adolescentes do género feminino, os dados do GUTS demonstraram que as lésbicas e bissexuais se revelam mais satisfeitas com a sua imagem do que as heterossexuais. Concomitantemente, apresentam, uma menor tendência para se tentarem parecer com mulheres famosas, símbolos de uma beleza padronizada que, parecendo imutável no momento, varia com o passar dos tempos.⁶

Segundo estudos citados por Coker, Austin e Schuster, os adolescentes homossexuais, *quase* heterossexuais e bissexuais demonstraram alta incidência de *binge eating*, e todos os subgrupos à exceção das lésbicas, apresentaram níveis elevados de *purging* comparativamente aos pares heterossexuais. Dentro dos subgrupos, as raparigas bissexuais revelaram maior tendência para *purging* do que as lésbicas e *quase* heterossexuais; nos rapazes *gays* o número de casos de *purging* foi superior comparativamente aos pares *quase* heterossexuais.⁶

Num outro estudo citado pelos mesmos autores e também realizado nos EUA, os jovens que reportaram parceiros sexuais do mesmo género ou de ambos os géneros, revelaram maior incidência de bulimia nervosa e uso de laxantes para controlo do peso quando comparados com os pares heterossexuais.⁶

Dados do *Minnesota Student Survey* de 2004, referentes a adolescentes do género masculino, demonstraram que os que tinham parceiros sexuais do mesmo género ou de ambos tinham maior incidência das 5 perturbações alimentares testadas nesse estudo, do que os que reportaram parceiros sexuais do género oposto.⁶

No que respeita à população adulta, tende a verificar-se igualmente uma maior incidência de perturbações do comportamento alimentar dentro das minorias sexuais comparativamente ao grupo heterossexual. Ainda que a anorexia nervosa e a bulimia nervosa sejam particularmente mais frequentes em mulheres, 5-20% dos várias perturbações do comportamento alimentar ocorrem em homens. Destes, concluiu-se que a grande maioria são homens homo e bissexuais. Dados relativos à população EUA, abrangendo um período de estudos de 1995 a 2005, demonstraram efetivamente que 14 a 42% dos homens que sofriam de perturbações do comportamento alimentar eram homo ou bissexuais. Wichstrom concluiu, no seu trabalho de 2006, que as mulheres adultas lésbicas e bissexuais apresentavam maior número de casos de perturbações do comportamento alimentar do que as heterossexuais. Austin *et al.*, em 2009, reportou que os participantes bissexuais e *quase* heterossexuais tinham maior incidência de *purging* e *binge eating* comparativamente aos heterossexuais presentes no estudo; as lésbicas apresentaram maior tendência apenas para *binge eating*.⁸

Ainda em relação à população adulta, Feldman and Meyer colocaram a hipótese de que os indivíduos pertencentes às minorias sexuais que sofrem de um distúrbio alimentar terão maior prevalência de outros distúrbios psiquiátricos, comparativamente aos que não sofrem de qualquer perturbação do comportamento alimentar. De facto, nos resultados por eles apresentados em 2010, os homens homo e bissexuais com perturbações do comportamento alimentar tinham maiores níveis de ansiedade ou abuso de substâncias do que os que não possuíam qualquer distúrbio alimentar. No género feminino, verificou-se maior prevalência

de distúrbios do humor nas mulheres homo e bissexuais do que nas heterossexuais.⁸ Em adolescentes não há relatos de ter sido testada a mesma hipótese; se existem não foram encontrados utilizando os locais e critérios de pesquisa desta revisão. Assim sendo, creio ser útil averiguar se os mesmos resultados se verificam nos jovens homo e bissexuais; se se provar que desse grupo de jovens, os que sofrem de perturbações do comportamento alimentar têm, concomitantemente, uma maior propensão a desenvolverem outros distúrbios psiquiátricos, os profissionais de saúde poderão antecipar esse desfecho ou, no caso de já existir um distúrbio psiquiátrico associado, orientá-lo devidamente.

Feldman and Meyer desenvolveram um outro estudo, publicado em 2007, no qual examinaram a associação entre perturbações do comportamento alimentar e história prévia de abuso sexual na infância em homens homo e bissexuais, e o modo como o abuso de substâncias e a depressão poderiam influenciar essa relação. Os 193 participantes eram homens homo e bissexuais de várias raças com diagnósticos de anorexia nervosa, bulimia nervosa e *binge eating*. Concluiu-se que os que tinham sofrido abuso sexual na infância tinham uma maior prevalência de bulimia nervosa subclínica, um dos grandes síndromes psiquiátricos ou um distúrbio alimentar subclínico. O abuso de substâncias e depressão não medeiam a relação testada.⁷

9.2 – ABUSO DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

O desenvolvimento psicossocial característico da adolescência permite que o adolescente vá criando, progressivamente, autonomia e personalidade. No entanto, durante este processo, principalmente durante as primeiras fases da adolescência (<17 anos), é característica a vulnerabilidade à influencia dos grupos de pares, que associada ao impulso para experimentar

o “desconhecido”, facilita os comportamentos de risco, nomeadamente os consumos de substâncias (álcool, tabaco e outras drogas). Neste campo, é conhecida a maior tendência dos adolescentes pertencentes às minorias sexuais para o abuso de álcool e outras substâncias.^{1,2,6,9,10} As razões para esta discrepância relativamente aos jovens heterossexuais ainda não foram totalmente esclarecidas. No entanto, pesquisas realizadas até ao momento sugerem que fatores de risco para o abuso de substâncias entre os jovens pertencentes às minorias sexuais poderão ser: discriminação, falta de suporte familiar, *stress* psicológico e problemas de interiorização/exteriorização.¹¹

Numa meta-análise citada por Coker, Austin e Schuster em 2010, o consumo de álcool e drogas foi 3 vezes superior nos adolescentes homo e bissexuais do que nos heterossexuais. Alguns estudos realizados nos EUA concluíram que os jovens bissexuais tinham maior tendência a consumir marijuana e drogas ilícitas e a beber compulsivamente, ficar embriagado ou beber sozinho em casa, quando comparados com os pares heterossexuais. De facto, a generalidade dos estudos postularam que os adolescentes bissexuais têm hábitos diferentes dos outros jovens pertencentes às minorias sexuais; habitualmente são consumidores de maior “calibre”. Por exemplo, no *National Longitudinal Survey on Adolescent Health* os jovens que referiram atração sexual ou contactos sexuais com indivíduos de ambos os géneros apresentaram maior consumo de tabaco do que os jovens homossexuais. Os dados de um dos estudos estatísticos do *Youth Risk Behavior Survey* revelaram que os adolescentes assumidos como bissexuais, mas que nunca tiveram relações sexuais com alguém do mesmo género, não apresentavam diferenças significativas de abuso de substâncias comparativamente aos participantes heterossexuais. Em contraste, os bissexuais que reportaram parceiros sexuais de ambos os géneros, tinham mais tendência a beber compulsivamente e a consumir marijuana e cocaína do que os heterossexuais. Os dados da *Add Health Data* sublinham a tendência

consumista dos bissexuais em relação aos seus pares homossexuais.⁶ Em Inglaterra, um estudo que relacionou o consumo de álcool e tabaco com a orientação sexual de 7600 jovens com 18/19 anos de idade, mostrou resultados ligeiramente diferentes relativamente aos americanos. Comparativamente aos heterossexuais, os jovens homossexuais ingleses apresentaram um consumo superior, tal como verificado nos americanos. No entanto, os bissexuais, apesar de terem uma carga tabágica superior à dos heterossexuais, não consomem mais álcool do que os heterossexuais, segundo este estudo.¹²

Dermody *et al.*, trouxe recentemente a público os resultados do seu estudo que tinha como objetivo analisar as diferenças entre o consumo de álcool entre as minorias sexuais e os adolescentes heterossexuais e qual o seu progresso desde a adolescência até à idade adulta. Foram também analisadas as diferenças dentro das minorias sexuais e diferenças entre géneros. Os dados, consistentes com a literatura, revelaram existir um risco acrescido de consumo descontrolado de álcool nos adolescentes pertencentes às minorias sexuais quando comparados aos heterossexuais, particularmente nos *quase* heterossexuais e nas mulheres. As disparidades observadas vão de encontro à “teoria do *stress* das minorias sexuais” proposta por Meyer que defende existir maior abuso de substâncias entre os indivíduos pertencentes às minorias sexuais e, tal facto, é devido à discriminação e vitimização que sofrem pela sua orientação sexual.^{13,14} Pesquisas neste campo sugerem que a discriminação promove a procura do álcool nestes indivíduos como “refúgio” e pode culminar em problemas de dependência.¹³ De facto, vários autores concluíram que durante a adolescência há um elevado consumo de álcool que depois decresce progressivamente até à idade adulta. A mesma tendência já foi provada por outros autores em relação ao consumo de drogas ilícitas.^{3,13,15}

Contudo, os participantes *gays* e lésbicas apresentaram o crescimento mais rápido de consumo ao longo do tempo, pelo que, na idade adulta jovem são os que mais bebem

compulsivamente e se encontram mais vezes embriagados. Os bissexuais apresentaram a mesma tendência, no entanto a taxa de consumo, comparativamente aos pares heterossexuais, não cresceu a uma velocidade muito superior à destes. As diferenças observadas entre o consumo de álcool na infância e na idade adulta jovem são consistentes com o suposto impacto dos espaços sociais frequentados pelas minorias sexuais. A transição para a idade adulta é muitas vezes caracterizada pelo abandono do lar e dos locais frequentados durante a infância e adolescência. No caso dos adolescentes homo e bissexuais, essa mudança passa por se incluírem em espaços sociais nos quais as pessoas partilham da mesma orientação sexual ou, pelo menos, não discriminam orientações diferentes da sua. Este ambiente pode ser muito protetor e, por isso, benéfico para estes jovens. Por outro lado, se o abuso de álcool e substâncias for prática recorrente do grupo, os jovens podem ser influenciados e tornarem-se igualmente consumidores excessivos. Os indivíduos pertencentes às minorias sexuais parecem frequentar bares (preferencialmente bares *gay*) com maior regularidade que os heterossexuais, onde consomem maior quantidade de bebidas alcoólicas do que estes. O objetivo será a inserção bem sucedida nos grupos pretendidos, algo que também se verifica nos jovens heterossexuais, mas em menor proporção. No que respeita ao género, as raparigas mostraram serem mais problemáticas que os rapazes, verificando-se que o consumo exacerbado de álcool se prolonga para a idade adulta.¹³

Historicamente já fora descrito por diversos autores a maior tendência ao abuso de álcool e substâncias por parte das jovens mulheres pertencentes às minorias sexuais, porém o motivo desta disparidade, relativamente ao género masculino, não está totalmente esclarecido.^{3,13,16} Sabe-se que estas jovens sofrem de maior vitimização do que os seus pares do género masculino homo ou bissexuais, o que as faz recorrerem ao álcool como estratégia de *coping*. Não obstante, as minorias sexuais femininas parecem ter maiores expetativas em relação aos

possíveis efeitos “benéficos” do álcool e usam mais a bebida com o intuito de se integrarem no meio onde estão inseridas, quando comparadas com as minorias sexuais masculinas.¹³ Um estudo recente demonstrou que o uso de tabaco era 6 vezes mais comum entre as raparigas lésbicas e bissexuais do que as heterossexuais e 2,5 vezes mais prevalente nas *quase* heterossexuais comparativamente às heterossexuais. Dentro das minorias sexuais femininas, estudos revelam que as bissexuais são as que apresentam maior taxa de abuso de substâncias.³

A respeito do consumo de tabaco nos adolescentes homo e bissexuais, Newcomb *et al.*, publicou, em 2014, um estudo no qual os rapazes se apresentaram com taxas de consumo mais elevadas do que as raparigas. O *stress* psicológico foi fortemente apontado como mecanismo causal, assim como a vitimização por partes dos pares heterossexuais.¹⁷

Na população adulta homo e bissexual, verifica-se, tal como nos adolescentes, um maior consumo tabágico comparativamente aos heterossexuais. Um estudo realizado por Tang *et al.*, em 2004 foi o primeiro nos EUA a comparar os hábitos tabágicos dos americanos homo e bissexuais aos dos heterossexuais, utilizando amostras de população feminina e masculina adulta. Os resultados revelaram que a carga tabágica nas mulheres lésbicas e bissexuais era 70% maior do que nas heterossexuais. Os *gays* apresentaram uma prevalência de consumo 33,2% superior à dos heterossexuais.¹⁸ Em 2009, Lee *et al.*, publicou uma revisão sistemática sobre a prevalência do tabaco nas minorias sexuais nos EUA abrangendo um período de 1987 a 2007. Os dados relativos a estes 20 anos de estudos demonstraram, igualmente, que o consumo tabágico nas minorias sexuais era significativamente maior que nos heterossexuais.¹⁹ Os mesmos resultados foram obtidos num inquérito realizado em bares e festivais da Virgínia Ocidental (EUA). Os autores desse trabalho sugeriram alguns mecanismos causais, dos quais é importante salientar que parecem existir, pelo menos nos EUA, estratégias de *marketing* por parte das indústrias produtoras de tabaco direcionadas

especificamente aos homossexuais. A discriminação que vitimiza estes indivíduos pode levar a estados de ansiedade e/ou depressão que, por sua vez, são “portas abertas” ao caminho do abuso de álcool, tabaco e outras drogas. Muitos acreditam que fumar pode fazer com que pareçam fortes e confiantes, protegendo-os da violência dos seus pares. Os espaços sociais, nomeadamente os bares *gay* são pontos de conforto para as minorias sexuais, que partilham dos mesmos problemas e incertezas e que, por estes motivos, foram palco dos movimentos pelos direitos dos homossexuais nos anos 60. Entrevistas realizadas a clientes desses estabelecimentos confirmam que neles existe um clima de aceitação muito benéfico. Em contrapartida, são facilmente influenciados pelos hábitos dos pares, a acrescentar ao facto de em muitos desses espaços ser permitido fumar, o que propicia ainda mais este consumo.²⁰

Em relação ao consumo de álcool e drogas ilícitas, verifica-se que a população adulta homo e bissexual apresenta maiores taxas, comparativamente aos heterossexuais. As mulheres lésbicas e bissexuais, tal como as adolescentes com a mesma orientação, consomem mais em relação aos homens pertencentes às minorias sexuais. Os homens e mulheres bissexuais representam, comparativamente aos homossexuais de ambos os géneros, o grupo mais problemático. Esperava-se que a idade fosse um fator protetor mas, contrariamente ao esperado, estudos indicam que a idade parece não ser um fator protetor robusto dentro das minorias sexuais, uma vez que as tendências consumistas dos adolescentes se mantêm na idade adulta, apesar de diminuírem ligeiramente.¹⁴

Os fatores de risco que levam as minorias sexuais adultas a serem mais consumistas são semelhantes aos dos adolescentes. No entanto, na população adulta parece existir uma relação entre o abuso de substâncias e o vírus da imunodeficiência humana (VIH). Comumente, o abuso álcool e substâncias é considerado um fator de risco para comportamentos sexuais que aumentam a probabilidade de aquisição do VIH e outras doenças sexualmente transmissíveis.

No caso específico do álcool, algumas teorias explicativas foram documentadas que, na sua essência, defendem que um indivíduo embriagado é mais suscetível do que um indivíduo sóbrio a enveredar por comportamentos sexuais de risco, possivelmente porque o consumo de álcool leva a uma desinibição física e psicológica que propicia a promiscuidade e relações sexuais desprotegidas. Além disto, existem também expectativas em relação aos efeitos do álcool, isto é, o simples facto de o indivíduo saber que, ao consumir, vai ter atitudes que sóbrio não teria, tais como sexo desprotegido e/ou coagido, leva-o efetivamente a querer beber. Nos homens homossexuais, McKirnan *et al.*, postulou que neles existe uma particular motivação para “escaparem cognitivamente” à consciência dos riscos inerentes ao sexo desprotegido e que o efeito do álcool facilita o “esquecimento” desses riscos durante a prática sexual.²¹

Também uma relação entre o abuso de substâncias e o VIH foi estabelecida, sendo a positividade para o VIH um facilitador dos consumos. De facto, Greenwood *et al.*, reportou que os *gays* VIH positivos apresentaram maiores taxas de consumo de álcool e todo o tipo de drogas, comparativamente aos VIH negativos. É plausível inferir que os indivíduos VIH positivos vivem estados de ansiedade e depressão que poderão levar ao aumento do uso de álcool e substâncias. Stall *et al.*, inferiu, ainda, que os homossexuais que tinham um número significativo de colegas e/ou familiares HIV positivos, bebiam mais álcool do que os que os outros. Talvez o estado psicológico dos indivíduos HIV positivos afete os HIV negativos que os rodeiam e os leve a partilhar dos mesmos hábitos de consumo.¹⁴

9.3 – COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO E ISTs

No contexto do seu desenvolvimento biopsicossocial, o adolescente encontra e reconhece a sua identidade e orientação sexual, e todo um conjunto de valores que irão influenciar a sua

vida de relação daí em diante. Este processo pode ser mais difícil para os jovens homo e bissexuais, uma vez que carecem de “modelos” de relacionamentos *gay* pelo facto de a maioria dos seus pares serem heterossexuais. Concomitantemente, existe uma falta de comunicação entre os jovens pertencentes às minorias sexuais e os seus pares e familiares, com os quais não partilham as suas dúvidas e anseios por dois motivos principais: pelo facto de (ainda) não terem assumido perante eles a sua orientação sexual ou porque já o fizeram e não foram compreendidos, ou até recriminados. Por receio da discriminação, estes jovens dificilmente procuram ajuda médica e, em consultas de rotina, evitam falar de questões relacionadas com a saúde sexual. Por outro lado, muitos profissionais de saúde, ainda que tenham as melhores intenções, não sabem ao certo como ajudar um adolescente homo ou bissexual, por falta de informação ou até porque nem sequer conseguem perceber a orientação sexual do adolescente em causa. Saber se aquilo que sentem faz sentido ou é verdadeiro, saber como abordar e manifestar afeto pelos outros, ou até mesmo saber os cuidados a ter no contexto de um ato sexual, são questões pertinentes, mas difíceis, que cabe também ao profissional de saúde abordar. De notar que a rejeição vinda de alguém por quem se interessam consegue ser particularmente penosa: o motivo da rejeição prende-se, muitas vezes, com o facto de essa pessoa não partilhar da mesma orientação sexual. Em consequência, à repulsa somam-se, habitualmente, o insulto, a humilhação e/ou a agressão.^{2,22}

No que respeita à vida sexual dos adolescentes não heterossexuais, é fundamental não esquecer que a orientação sexual é diferente de comportamento sexual. Um indivíduo pode identificar-se como sendo *gay* e, no entanto, envolver-se sexualmente com alguém do género oposto, nalgum momento da sua vida.²³

Todos os adolescentes cujos comportamentos sexuais são considerados de risco, tais como relações desprotegidas ou com múltiplos parceiros têm uma elevada probabilidade de

contraírem infeções sexualmente transmissíveis (ISTs). Esta probabilidade será superior nos adolescentes comparativamente aos adultos, pois sabe-se que os primeiros se expõem mais a comportamentos de risco, face à impulsividade e necessidade de experimentação típicas desta fase da vida. No entanto, nos jovens pertencentes às minorias sexuais, a probabilidade é ainda superior, pela maior tendência a terem vários parceiros, relações sexuais com maior frequência e, até às vezes, não consentidas. Adicionalmente, o abuso de álcool e outras substâncias podem levar os jovens a cometer atos irrefletidos, entre eles, práticas sexuais de risco. Estudos revelam que mais de 1/3 dos rapazes homossexuais praticam sexo anal sem uso de preservativo; muitos acreditam que o VIH é uma doença de homens mais velhos e que os tratamentos atualmente disponíveis diminuem a gravidade da doença a longo prazo. Remafadi, no seu trabalho, reportou que, apesar dos 239 rapazes homo e bissexuais inseridos no estudo terem conhecimento adequado acerca do VIH, 34% tinham tido relações sexuais desprotegidas com, pelo menos, 1 dos 3 últimos parceiros e 63% encontravam-se em “risco extremo” de terem contraído o VIH por via sexual.^{1,2,6,22,24}

A informação existente sobre os comportamentos de risco e prevalência das ISTs nos adolescentes que se envolvem sexualmente com parceiros do mesmo género ou de ambos é escassa. No entanto, os dados disponíveis até à data indicam que os bissexuais e todos os que assumem outras orientações sexuais, mas têm ou já tiveram relações sexuais com parceiros dos dois géneros, são os que se encontram em maior risco de adquirirem ISTs. Aparentemente, os motivos podem estar relacionados com o facto de estes jovens estarem, muitas vezes, envolvidos em prostituição ou por comportamentos enraizados e culturalmente aceites em determinadas comunidades, como as afro-americana e hispânica, nas quais a bissexualidade parece ser mais comum. A exploração da identidade sexual é, habitualmente, um desejo fincado dos adolescentes pertencentes às minorias sexuais, o que os leva, muitas

vezes, a relacionarem-se sexualmente com indivíduos dos dois géneros. Além dos comportamentos de risco referidos, os indivíduos que praticam sexo com homens e mulheres estão, fisicamente, em maior risco de contraírem ISTs comparativamente aos que têm práticas homossexuais exclusivas. Jovens mulheres lésbicas ou bissexuais que têm contatos esporádicos com homens, apresentam um elevado número de gravidezes não desejadas. Além dos comportamentos de risco anteriormente referidos, no caso particular das mulheres, existe falta de acompanhamento médico na área da ginecologia, pelo que a maioria não faz contraceção ou utiliza-a de forma inadequada. Esta falta de seguimento é, maioritariamente, devida à baixa procura da parte destas raparigas, por timidez e receio da discriminação.^{1,2,6,22}

Dentro dos adolescentes homossexuais sem história de relacionamentos sexuais com parceiros do género oposto, nos rapazes *gays* as ISTs são mais frequentes e mais graves, resultado de sexo anal não protegido. A mucosa retal é particularmente frágil e facilmente lesada durante a penetração anal, facilitando a transmissão de microrganismos patogénicos. Tem sido demonstrado como sendo esta a via de transmissão mais eficiente para a infeção pelo VIH, vírus papiloma humano (HPV), parasitas e vírus das hepatites A, B ou C. Os profissionais de saúde devem, então, alertar estes jovens sobre a importância fulcral do uso de preservativo em qualquer prática sexual, inclusive oral. Como exemplo de ISTs neste grupo populacional temos a gonorreia, que causa lesões na orofaringe e na uretra dos indivíduos contagiados. O HPV invade, igualmente, a orofaringe, podendo surgir, conseqüentemente, cancro na cavidade oral; causa também condiloma anal, neoplasia intraepitelial anal de alto grau e cancro anal de células escamosas.^{1,2,22} Schlecht *et al.*, revelou, no seu estudo, que 47% dos participantes homens VIH positivos tinham neoplasia intraepitelial de alto grau ou cancro anal de células escamosas. De facto, há uma correlação entre a seropositividade para o VIH e o HPV, na

medida em que a seropositividade deprime o sistema imunitário do Homem, tornando-o mais suscetível a contrair outras infeções.^{25,26}

Não esquecer que, em cada tipo de contato sexual deve ser usado um preservativo novo, isto é, o preservativo usado, por exemplo, num contacto anal, não deve ser usado de seguida para um contato oral ou vaginal, por forma a não aumentar o risco de transmissão de ISTs e de infeções urinárias na mulher.

Nas raparigas exclusivamente lésbicas e cujas parceiras também o sejam, o risco de ISTs é o menor de todos os grupos sexuais, incluindo heterossexuais. Admite-se a possibilidade de a vaginose bacteriana, tricomoníase, HPV e herpes *simplex* tipo 2 serem doenças com maior prevalência nas mulheres lésbicas do que nas heterossexuais, contudo, não há dados estatísticos em grande de número que o confirmem e, os que existem, podem não ser confiáveis, uma vez que muitas lésbicas não admitem ter ou terem tido parceiros sexuais do género masculino em algum momento das suas vidas. É importante lembrar que, nestas mulheres, a penetração digital ou com objetos sexuais partilhados, constituem meios particulares de transmissão de ISTs. Assim sendo, deve ser recomendado o uso de preservativo nos dedos e nos objetos. Ainda nas jovens mulheres que praticam sexo oral com outras mulheres, uma vez que o uso de preservativo é inviável, pode aconselhar-se o uso de proteções dentárias, uma vez que as bactérias que invadem a cavidade oral podem alojar-se nos dentes.^{1-3,22}

9.4 – VIOLÊNCIA, EXCLUSÃO E ABUSO SEXUAL

Os jovens *gays*, lésbicas, bissexuais e todos os outros que não se identificam como 100% heterossexuais pertencem às chamadas minorias sexuais. O termo “minoría” não tem, neste contexto, um significado pejorativo querendo apenas traduzir que o número de indivíduos

pertencentes a este grupo é francamente menor comparativamente com a maioria, heterossexual. No entanto, o conceito de minoria na sociedade tem, historicamente, uma conotação negativa. Todas as atitudes, hábitos e crenças que a maioria dos indivíduos tem numa determinada comunidade são considerados como “normais” e esta suposta “normalidade” é melhor aceite. Sempre que determinado comportamento se afasta da “normalidade” é, frequentemente, considerado mau e repulsivo, porque é diferente, estranho ou chocante. Assim sendo, aqueles que o praticam são, muitas vezes, discriminados e pelos outros. Esta é, infelizmente, a realidade vivida pelos adolescentes pertencentes às minorias sexuais, em todo o mundo, ainda que o nível de preconceito varie nas diferentes comunidades.

As formas de discriminação são diversas, podendo surgir por mensagens negativas, ou de desaprovação, em campanhas “anti-gay” encetadas pelas autoridades ou, então, nas várias comunidades religiosas. Adicionalmente, a esmagadora maioria dos países não permite o casamento e a co-adoção entre indivíduos do mesmo género. Também no mundo do trabalho a homo ou bissexualidade são motivos suficientes para o despedimento ou não contratação; obviamente, estes critérios não estão estipulados nos regulamentos das entidades patronais por serem fruto de pura discriminação, mas, lamentavelmente, sabe-se que existem. A consciência de que estas dificuldades se irão manter, provavelmente, ao longo de toda a sua vida, leva o adolescente ao descontentamento e a tendência a ter comportamentos de risco, a vários níveis, sobre exponencialmente.¹⁵

Insultos verbais, agressão física, exclusão ou bullying, são muitas vezes praticados pelos pares e/ou familiares destes jovens. Também se conhecem casos de abuso sexual relacionados com a homofobia. Os dados da literatura confirmam que a violência é, de facto, mais prevalente nos jovens homo e bissexuais do que nos seus pares heterossexuais.^{6,10,27-29}

Em 2003, questões relacionadas com a vitimização dos adolescentes pertencentes às minorias sexuais foram, pela primeira vez, adicionadas ao *Massachusetts Youth Risk Behavior Survey*, cujos resultados demonstraram que 42% dos jovens homo e bissexuais tinham sofrido de *bullying* na escola durante o último ano, contrastando com os 21% dos heterossexuais. Num estudo canadiano, Williams *et al.*, constatou que os jovens *gays*, lésbicas e bissexuais e todos os que não tinham a certeza da sua orientação, reportaram maior número de episódios de *bullying* nos 2 meses [anteriores](#), comparativamente aos pares heterossexuais.²⁸ Na cidade de Nova Iorque, existe uma organização nacional, a *Gay, Lesbian and Straight Education Network* (GLSEN) que trabalha diariamente no sentido de assegurar a segurança nas escolas, tentando combater [situações de bullying](#) fruto da discriminação [face à](#) orientação sexual [ou](#) identidade de género dos alunos. A GLSEN realiza vários estudos *online* que pretendem avaliar o número de casos de *bullying* que [ocorrem](#) por este motivo. [Num desses](#) estudos, 33% dos alunos reportaram terem sido agredidos física e/ou verbalmente na escola devido à orientação sexual que aparentavam ter, [ou](#) que efetivamente tinham, e 52% afirmam terem sido insultados verbalmente com expressões homofóbicas. Num outro inquérito da GLSEN, os investigadores constataram que [no grupo](#) dos adolescentes pertencentes às minorias sexuais, 86% tinham [sofrido](#) agressões verbais durante o período letivo [anterior](#).^{6,28}

Dentro das minorias sexuais, existem [diferenças](#) relativamente à incidência das diversas formas de *bullying*. Nos últimos anos, o propósito de muitos estudos sobre esta temática tem sido, precisamente, avaliar estas diferenças.

Berlan *et al.*, em 2010, levou a termo uma investigação que mostrou que, das raparigas americanas estudadas, as bissexuais e *quase* heterossexuais reportavam terem sofrido maior número de casos de *bullying*, [comparativamente](#) às raparigas heterossexuais, mas também [seriam](#) as que [mais vezes](#) o praticam. As lésbicas, em contraste, negaram qualquer ato de

violência para com os seus pares e reportaram terem sido agredidas mais vezes do que as heterossexuais. Em relação aos participantes do género masculino, verificou-se que os homossexuais e *quase* heterossexuais apresentavam maior historial de vitimização do que os pares heterossexuais; os *gays* tinham menos tendência a praticar qualquer ato de violência comparativamente aos rapazes heterossexuais.²⁸

Russel *et al.*, na sua revisão publicada em 2014, [concluiu](#) que os adolescentes do [género](#) masculino pertencentes às [minorias](#) sexuais reportavam maiores níveis de vitimização do que os do [género](#) feminino. De todos os jovens estudados pertencentes às minorias sexuais, os afro-americanos mostraram ser os mais conflituosos, ao passo que os asiáticos, residentes nos EUA, [parecem](#) ser os que menos praticavam atos de violência. De notar, porém, que pesquisas sobre disciplina nas escolas e justiça juvenil têm demonstrado maior envolvimento de alunos afro-americanos de ambos os géneros em casos de suspensão/expulsão escolares e problemas judiciais, comparativamente aos alunos de outras raças ou etnias. Assim, é provável que esta tendência tenha sido transportada para as minorias sexuais, explicando o maior envolvimento dos afro-americanos em casos de *bullying*.²⁷

Ao longo dos anos surgiram várias explicações plausíveis para a maior incidência de *bullying* nos adolescentes pertencentes às minorias sexuais. Sabe-se, [também](#), que os jovens que diferem dos seus pares em aparência física, competências e outras características são, [mais vezes, sujeitos ao](#) isolamento social, [à](#) rejeição e agressão física [ou](#) verbal por parte dos seus pares. O mesmo se passa relativamente às diferenças de orientação sexual que provocam reações de homofobia nos pares heterossexuais, que representam a maioria, culminando em atos de *bullying* dirigidos a [esses](#) colegas. Muitos adultos pertencentes a estes grupos, recordam, com mágoa, terem vivido estas experiências durante adolescência, mencionando terem sido verbalmente insultados, ridicularizados em frente aos colegas [ou](#) agredidos

fisicamente. Como seria de esperar, as palavras usadas durante os insultos traduzem a repulsa e inconformidade no respeito à orientação sexual da vítima, sendo este também o motivo das agressões físicas.²⁸

A vitimização sofrida por estes jovens, [perpetrada](#) pelos seus pares, pode trazer graves consequências para o percurso escolar e para a saúde. Não é raro que os adolescentes, com receio de serem agredidos pelos pares, faltem regularmente às aulas. Por outro lado, a angústia em que vivem, seja por serem discriminados pelos pares e/ou familiares ou por esconderem a sua verdadeira orientação sexual, faz com que tenham mau aproveitamento escolar. [Ambas causas possíveis pelo abandono escolar](#).^{2,6,27-29}

Na revisão sistemática de Russel *et al.*, de 2014, conclui-se que os jovens pertencentes às minorias sexuais, comparativamente aos heterossexuais, estavam mais frequentemente envolvidos em conflitos entre pares, faltavam mais às aulas por se sentirem inseguros e os seus pertences haviam sido várias vezes roubados ou danificados na escola. Dentro dos jovens não heterossexuais que confessaram faltar à escola porque se sentiam inseguros, a percentagem foi maior nos bissexuais e nas raparigas que não tinham certeza da sua orientação. Daqueles que reportaram terem sido roubados ou que encontraram os seus pertences danificados na escola, os rapazes bissexuais apresentavam maior número de episódios.²⁷

Fridman *et al.*, em 2011, demonstrou que, comparativamente com os heterossexuais, os alunos pertencentes às minorias reportavam em média 2,8 vezes mais faltas às aulas por sentirem medo dos colegas; destes, os bissexuais foram os que apresentaram maior número de ausências nas várias unidades curriculares.²⁹

No *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS) de Massachusetts de 1993, havia sido descrito que os estudantes bissexuais, comparativamente com os heterossexuais, reportavam o dobro de faltas às aulas por insegurança e o dobro de ameaças por colegas armados na escola; adicionalmente, confessaram terem estado envolvidos em 10 ou mais lutas durante o ano letivo [anterior](#). No YRBS de Massachusetts e Vermont, 1995-1997, os alunos bissexuais eram os que mais reportavam serem ameaçados com uma arma na escola, sentirem-se inseguros, terem os seus pertences danificados ou roubados, participarem em lutas e, ainda, possuírem uma arma no bolso para legítima defesa.⁶

De notar que os estudos referidos publicados há cerca de 20 anos atrás apresentam conclusões semelhantes às dos trabalhos mais recentes, o que leva a [crer](#) que não se verificaram alterações significativas no que respeita à vitimização sofrida pelos adolescentes pertencentes às minorias sexuais.

O *bullying* sofrido na escola pode fazer parte de um espectro de experiências adversas que contribuem negativamente para a saúde mental dos jovens homo e bissexuais. Os efeitos prejudiciais do *bullying* têm sido descritos na população em geral. Estudos sugerem que esses efeitos aumentam a probabilidade de o indivíduo vir a desenvolver problemas psicológicos e/ou psiquiátricos que [possam](#) culminar em atos dramáticos. Depressão, ideação/tentativa suicida e tomada de decisões erradas, ou precipitadas, em relação à saúde podem ser [algumas das consequências](#).^{1,9,28}

Bontempo e D’Augelli demonstraram no seu estudo que a vitimização conduzia a um aumento do risco de suicídio nos jovens pertencentes às minorias sexuais; Friedman *et al.*, no seu trabalho, chegou exatamente aos mesmos resultados. Num estudo que incluía outros fatores de risco para além do *bullying*, Huebner *et al.*, encontrou altos níveis de ideação suicida nos rapazes homo e bissexuais que reportaram terem sido agredidos fisicamente nos

últimos 6 meses, comparativamente com os rapazes que não tinham sofrido qualquer tipo de agressão.²⁸

Além dos pares, os membros da família podem, igualmente, vitimizar os jovens pertencentes às minorias sexuais recorrendo a várias formas de violência. Friedman *et al.*, em 2011, concluiu que, comparativamente com os adolescentes heterossexuais, os homo e bissexuais reportavam em média 1,3 vezes mais casos de violência física por parte dos pais; os bissexuais de ambos os géneros apresentaram a percentagem mais alta de ocorrências.²⁹ Saewyc *et al.*, 2006, também constatou que o abuso físico por parte dos familiares era maior nos jovens pertencentes às minorias sexuais do que nos heterossexuais.¹⁰ Ainda que os motivos da agressão não estejam totalmente esclarecidos, facilmente se depreende que o principal será a não aprovação dos pais no que toca à orientação sexual dos filhos, pertencentes às minorias sexuais. Só assim se justifica a maior prevalência de casos de violência nestes jovens comparativamente aos heterossexuais.

São ainda conhecidas situações de abuso sexual afetando os jovens homo e bissexuais de forma particular, em comparação com os heterossexuais. De facto, vários estudos reportaram que tal como a agressão física e verbal é maior nos jovens pertencentes às minorias sexuais do que nos heterossexuais, também o número de casos de abuso sexual é maior nos primeiros comparativamente com os segundos.

Friedman *et al.*, no seu trabalho de 2011, concluiu que os adolescentes pertencentes às minorias sexuais reportavam, em média, 2,9 vezes mais casos de abuso sexual do que os heterossexuais. Dentro das minorias, o grupo que denunciou mais casos foi o dos jovens bissexuais do género feminino. Os autores tinham posto a hipótese de o abuso sexual nos jovens homo e bissexuais ter decrescido ao longo dos últimos 20 anos, uma vez que, existe, aparentemente, uma maior aceitação destes adolescentes e maior suporte para eles nalguns

estados norte-americanos. Ao contrário do esperado, nada mudou desde 1990, até à primeira década de 2000: a prevalência do abuso sexual, bem como vitimização entre pares e agressão física parental, continua a ser mais elevada nos adolescentes pertencentes às minorias sexuais do que aos heterossexuais.³⁰

Na revisão de Brown *et al.*, 2006, sobre a saúde das adolescentes do género feminino pertencentes às minorias sexuais, os autores inferiram que as jovens lésbicas e bissexuais tinham mais historial de abuso físico, abuso sexual ou de prostituição, comparativamente com as heterossexuais. As raparigas bissexuais parecem ser as que mais frequentemente são vítimas de coação sexual.³

Na análise de 1995 do YRBS de Massachusetts já se havia constatado que os adolescentes *gays*, lésbicas e bissexuais reportavam maior percentagem de casos de contactos sexuais coagidos do que os heterossexuais (33% *versus* 9%). Em 1987, no *Minnesota Student Survey*, as raparigas lésbicas e bissexuais reportaram terem sido abusadas sexualmente mais vezes do que as heterossexuais (22% *versus* 15%).⁶

Saewyc *et al.*, levou a termo uma revisão que pretendia determinar, entre outras questões, a prevalência do abuso sexual nos jovens de acordo com a orientação sexual. Foram utilizados 7 estudos efetuados nos anos 90 com amostras de várias regiões dos EUA e Canadá. As minorias sexuais, em todos os estudos, apresentaram maior número de casos de abuso físico e sexual do que os pares heterossexuais da mesma idade. Os bissexuais de ambos os géneros reportaram o dobro dos casos de abuso sexual em comparação com os heterossexuais, com disparidades mais acentuadas entre os rapazes. Entre bissexuais e homossexuais não se registaram diferenças significativas. Um dos problemas levantados neste estudo foi o facto de os adolescentes terem contextos culturais e socioeconómicos diferentes, não avaliados, e que poderão ter influência na prevalência do abuso sexual e noutras formas de violência

estudadas. Alguns dos participantes que não se identificaram como homo ou bissexuais talvez o fizessem *à posteriori*, na universidade ou até numa fase mais avançada da vida adulta. Esta limitação é comum à maioria dos estudos sobre as minorias sexuais e, como se pode deduzir, muito difícil de contornar. Outra [dificuldade](#) neste tipo de investigação, é contextualizar o momento em que ocorre o abuso sexual: antes ou depois da identificação da orientação [sexual](#), [na](#) infância ou durante a adolescência? Em que percentagem de jovens o abuso foi uma consequência direta de terem assumido a sua orientação [sexual](#), ou [como](#) uma resposta aos comportamentos do quotidiano que denunciavam [essa](#) orientação [sexual](#), apesar de não assumida? É realmente difícil [de](#) responder a estas questões no âmbito dos estudos que se realizam sobre o tema. Uma certeza que hoje se tem é a de que, ao contrário do que outrora se supôs, o abuso físico [ou](#) sexual não [é](#), claramente, a causa do desenvolvimento de uma orientação homo ou bissexual.¹⁰

Nenhuma explicação concreta foi encontrada para justificar a maior prevalência nos adolescentes pertencentes às minorias sexuais. Tem sido constatado que estes jovens sofrem de marcada discriminação e são, por isso, vitimizados de várias formas, o que os leva a enveredarem por comportamentos de risco e, muitas vezes, a estados de angústia, depressão e ideação suicida. Concomitantemente, existe uma grande falta de suporte social e familiar. Assim, infere-se que estes adolescentes sejam “alvos mais fáceis de atingir” comparativamente aos pares heterossexuais. Goffman, em 1968, surgiu com a hipótese de o abuso sexual acarretar um [determinado](#) estigma: a sociedade tece mensagens, que claramente transmitem a ideia de que os indivíduos que foram abusados sexualmente estão “estragados”, não [são](#) mais inocentes ou “puros”. Como resultado da perda da sua “inocência”, as vítimas de abuso ou exploração sexual perdem estatuto e valor perante a sociedade que os rodeia.

Apesar de esta hipótese ter sido colocada há mais de 40 anos, é possível que seja [ainda](#) válida, na atualidade, [para](#) algumas sociedades.¹⁰

As crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual encontram-se em maior risco de virem a desenvolver depressão *major*, distímia, personalidade *borderline*, distúrbio de somatização, *stress* pós-traumático, distúrbio de identidade dissociativa, bulimia nervosa e tentativas de suicídio. Apresentam, igualmente, maior tendência a enveredar por comportamentos sexuais de risco, reportar gravidezes mais cedo, ter [pior](#) aproveitamento escolar, [serem](#) presos por crimes sexuais ou [de virem](#) a cometer outras ilegalidades.²⁹

A associação positiva entre o abuso sexual em adolescentes e o risco de aquisição do VIH em homens que se relacionam sexualmente com outros, encontra-se bem estabelecida. Porém, a associação deste risco a outras formas de violência nesta população não é alvo frequente de investigação. Por esta razão, investigadores canadianos realizaram em 2014 um estudo que explorou o impacto da violência física na seroconversão do VIH num grupo de indivíduos do género masculino homo e bissexuais, entre os 15 e 30 anos. 73,5% tinham sofrido agressões físicas antes dos 17 anos e 14,6% confessaram terem tido relações sexuais desprotegidas no último ano. Após uma média de 6,6 anos de follow-up, 5,8% dos participantes eram seropositivos para o VIH. [Através deste estudo](#) concluiu-se que a violência física na infância está fortemente correlacionada com a seroconversão [ao](#) VIH, anos mais tarde.³¹

9.5 – DISTÚRBIOS MENTAIS E SUICÍDIO

Os indivíduos homo e bissexuais parecem estar em maior risco do que os heterossexuais de virem a desenvolver algum tipo de distúrbio mental e a de cometerem tentativas de suicídio. Alguns estudos realizados até aos dias de hoje trouxeram evidências credíveis acerca da saúde

mental das minorias sexuais. Porém, obter resultados conclusivos revela-se uma tarefa árdua para os investigadores que se deparam com sérias limitações. A dificuldade em recrutar amostras, variações na definição de orientação sexual e de doença mental são alguns exemplos. No entanto, estes estudos, maioritariamente realizados com amostras de população adulta, sugerem que é provável que os problemas de saúde mental [surjam](#) durante a adolescência.^{1-3,6,9,11,30,32,33}

Apesar da escassa informação disponível acerca dos motivos da maior prevalência [de](#) doença mental e suicídio nas minorias sexuais, algumas associações pertinentes têm surgido. Tal como documentado anteriormente, os homo e bissexuais sofrem de um [grave](#) preconceito institucionalizado na sociedade, bem como de múltiplas formas de violência e exclusão. Consecutivamente a maioria internaliza um sentimento de vergonha pela sua orientação sexual, ao qual se soma o desamparo pela falta de apoio familiar e/ou social. O abuso de álcool e drogas tornam-se hábitos presentes no estilo de vida de muitos destes indivíduos, funcionando como um “refúgio” dos problemas e, por outro lado, um meio [facilitador do contacto com as](#) comunidades *gay*. Comportamentos sexuais de risco e gravidezes precoces estão também descritos como sendo frequentes nestes jovens, mais do que nos heterossexuais. Crê-se que este contexto seja o ponto de partida para o desenvolvimento de um distúrbio mental que poderá ser tão grave ao ponto de surgir ideação ou tentativa suicida.^{30,32-34}

Marshal *et al.*, na sua revisão de 2013, concluiu precisamente [existirem](#) fortes evidências de que os adolescentes pertencentes às minorias sexuais apresentavam maior número de sintomas de depressão e [de](#) ideação suicida do que os heterossexuais. Uma média de 28% dos jovens homo e bissexuais reportaram ideação suicida, contrastando com os heterossexuais que apresentaram uma taxa de 12%. Tal como havia sido descrito em estudos anteriores, os bissexuais [revelaram](#) maior taxa de ideação suicida do que os heterossexuais. Este grupo

parece apresentar maior risco de consumo de álcool e [outras](#) substâncias comparativamente com as outras orientações sexuais, podendo-se inferir que este será [também](#) o grupo com maior ideação suicida.³⁰

Mustanski *et al.*, em 2010, publicou um estudo que pretendia averiguar a prevalência de doença mental numa amostra de população de jovens homo e bissexuais de várias raças/etnias de Chicago. Um terço dos participantes revelou ter critérios de diagnóstico para, pelo menos, um distúrbio mental; 17% para distúrbios de conduta, 15% para depressão *major* e 9% para *stress* pós-traumático. Perturbações do comportamento alimentar, como bulimia nervosa e anorexia nervosa, foram raramente encontrados. Tal como já havia sido relatado em adultos, as diferenças entre a prevalência de doença mental nas minorias de raças/etnias e a raça branca não foram significativas, exceto no distúrbio de conduta. Assim, concluiu-se que não terá fundamento a hipótese colocada de que das minorias de raças/etnias teriam maior prevalência de distúrbios mentais por sofrerem a discriminação de pertencerem tanto às minorias de raça/etnias e sexuais. Em relação ao género, as raparigas demonstraram maior prevalência de distúrbios afetivos, ideação e tentativas suicida, o que corrobora com os resultados de outros autores que afirmaram que a depressão e tentativas suicidas eram [mais frequentes](#) nas jovens, começando numa fase tardia da adolescência. Dentro das minorias sexuais, os bissexuais apresentavam baixa prevalência de doença mental, comparativamente aos homossexuais, ao contrário do esperado.³³

Numa revisão de 2006 sobre a saúde das adolescentes pertencentes às minorias sexuais, constatou-se que estas serão mais vulneráveis ao desenvolvimento de depressão, baixa autoestima, ansiedade e ideação suicida quando comparadas às raparigas heterossexuais. As bissexuais parecem constituir o grupo mais problemático. Em relação ao género, os dados indicam que a ideação suicida é mais prevalente nos rapazes do que nas raparigas.³

Parte de um estudo longitudinal realizado em Nova Iorque, publicado em 2005, reportou que os jovens que tinham tido uma ou mais tentativas de suicídio [relacionadas com a](#) sua orientação sexual, apresentavam historiais peculiares. Uns assumiram a sua orientação sexual muito cedo; outros foram considerados por parte dos pais como sendo “demasiado feminino” (nos rapazes) ou “demasiado masculino” (nas raparigas) pelos comportamentos que apresentavam e, por isso, recriminados. Inevitavelmente, estas ocorrências levaram a pensar na hipótese de constituírem, por si, fatores de risco para o surgimento da ideação suicida, a primeira pela exposição prolongada à discriminação e suas consequências e a segunda, pela censura parental.⁶

Relativamente à população adulta, numa revisão sistemática londrina [de](#) 2008, concluiu-se que os indivíduos homo e bissexuais, comparativamente aos heterossexuais, se encontravam em maior risco de sofrerem de doença mental, ideação suicida e autoagressão.³²

9.6 – INFLUÊNCIA PARENTAL

Ao longo das últimas duas décadas as pesquisas sobre a saúde e bem-estar dos jovens pertencentes às minorias sexuais foram [aumentando](#) consideravelmente, em parte porque se [compreendeu](#) que estes adolescentes seriam mais vulneráveis do que os heterossexuais e, como tal, merecedores de especial atenção [a nível](#) da saúde pública. No geral, as investigações centram-se muito nos riscos para a saúde destes jovens, nomeadamente no abuso de álcool e [outras](#) substâncias, comportamentos sexuais de risco, *bullying*, distúrbios mentais, entre outros. Contudo, até ao momento, poucos estudos se focaram nos fatores potencialmente protetores para a saúde dos adolescentes homo e bissexuais. Supõe-se que, nalguns casos, [a família](#) poderá constituir um fator protetor, noutros, porém, tal não se verificará. Atualmente

existem investigações em curso que pretendem avaliar, precisamente, qual o papel da influência parental na saúde dos adolescentes não heterossexuais.³⁵⁻³⁷

Os estudos [conhecidos](#) até hoje, incidiram na sua esmagadora maioria sobre os jovens heterossexuais, reconhecendo-se que os pais têm um papel crucial no seu desenvolvimento e, conseqüentemente, na sua saúde. Das diversas teorias científicas estabelecidas acerca do desenvolvimento do indivíduo, surge um consenso: os pais podem influenciar os filhos através de vários mecanismos, incluindo o modelo de educação aplicado e a transmissão de valores. O primeiro engloba a relação emocional entre pais e filhos e é caracterizado pela extensão do afeto que os pais demonstram e pelo tipo de controlo que exercem sobre eles; pode ir desde um modelo extremamente autoritário a um modelo totalmente permissivo. A transmissão de valores refere-se a todas as orientações e ensinamentos que os pais empregam na educação dos seus filhos, que incluem conselhos sobre o percurso escolar, relacionamento com os pares e comportamento sexual. Globalmente, as pesquisas sobre influência parental chegaram à conclusão de que práticas positivas dos pais para com os seus filhos estão inversamente associadas a comportamentos de risco e a estados de saúde deficitários. Vários estudos demonstraram, por exemplo, que o estabelecimento de uma relação pai-filho próxima e afetiva associa-se à baixa prevalência de suicídio juvenil.³⁶

Embora as investigações no seio de famílias com filhos homo ou bissexuais sejam escassas, a rejeição ou aceitação parental parecem ser importantes fatores a considerar na saúde destes jovens. A rejeição traduz-se, essencialmente, pelas reações negativas dos pais quando o filho assume a sua orientação sexual e é considerada uma das grandes adversidades que os adolescentes homo e bissexuais têm de enfrentar.³⁷

Bregman *et al.*, na sua revisão publicada em 2013, constatou uma realidade para a qual vários autores alertavam há décadas: a rejeição parental está associada a um aumento da prevalência

de depressão e outros distúrbios mentais, ideação suicida, abuso de substâncias e comportamentos sexuais de risco nos jovens pertencentes às minorias sexuais.³⁷ Estes problemas de saúde foram minuciosamente explorados numa revisão sistemática em 2010, que pretendia avaliar a influência parental na saúde e bem-estar dos adolescentes homo e bissexuais. Os autores concluíram que, na globalidade, quanto mais grave a rejeição dos pais, maior a prevalência dos problemas de saúde nestes jovens.³⁶

Em 2009, Ryan *et al.*, realizou um estudo cujos resultados demonstraram que altos níveis de rejeição parental nos jovens homo e bissexuais estavam fortemente associados a débeis estados de saúde. Os participantes que relataram casos de marcada rejeição parental reportaram 8,4 vezes mais tentativas de suicídio, 5,9 vezes mais sintomas depressivos, 3,4 vezes mais uso de drogas ilegais e 3,4 vezes mais relações sexuais desprotegidas, comparativamente aos que apresentaram nula ou baixa rejeição parental.³⁵

Por outro lado, a aceitação da orientação sexual por parte dos pais demonstrou estar associada a aspetos francamente positivos na vida dos adolescentes pertencentes às minorias sexuais. A literatura atual tem correlacionado a aceitação e o apoio dos pais em relação à orientação sexual dos filhos com maior consolidação da mesma por parte do jovem, que se sente mais confortável e seguro. De facto, já Savin-Williams em 1989 havia constatado que atitudes positivas dos pais para com os filhos homo ou bissexuais provocavam nestes maior conforto, maior autoestima e menor envolvimento em qualquer comportamento de risco para a saúde. O apoio da família a nível social parece ser, igualmente, de extrema importância na vida destes jovens, uma vez que sistematicamente são recriminados e vitimizados pelos pares.^{36,37}

10. CONCLUSÃO

Os adolescentes homo e bissexuais, bem como os que se identificam como *quase* homossexuais ou *quase* heterossexuais formam uma pequena percentagem comparativamente à maioria, heterossexual, constituindo as chamadas minorias sexuais. A construção da identidade sexual é influenciada pela orientação sexual, identidade/expressão de género, atração sexual e sexo biológico do indivíduo. Os determinantes da orientação sexual não estão, até ao momento, devidamente esclarecidos. No entanto, é de extrema importância perceber que a orientação sexual não é uma escolha feita pelo indivíduo, é, antes, uma característica intrínseca. A interiorização deste conceito poderá, a meu ver, contribuir para uma maior aceitação destes jovens na sociedade.

A falta de informação e a desaprovação da orientação sexual por parte dos pares e/ou familiares constituem os principais fatores preditores de riscos para saúde do adolescente homo e bissexual, podendo acarretar sérias consequências. Na presente revisão foram avaliados os seguintes temas: perturbações do comportamento alimentar; consumo de álcool e [outras](#) substâncias; comportamentos sexuais de risco e [ISTs](#); violência, exclusão e abuso sexual; distúrbios mentais e suicídio. Seguidamente abordou-se a questão da influência parental na saúde destes adolescentes. **[Uma primeira conclusão desta revisão é que todos os riscos são mais prevalentes nos adolescentes pertencentes às minorias sexuais do que nos heterossexuais.](#)** Diferenças em relação ao género não foram conclusivas, uma vez que os resultados dos estudos não são consensuais, não permitindo retirar ilações sólidas sobre esta variável. Ao invés, no que respeita aos subgrupos dentro das minorias sexuais, os bissexuais parecem ser o grupo de maior risco, a todos os níveis. No entanto, as razões para tal facto não são [bem](#) conhecidas. Em relação [à](#) população adulta homo e bissexual, os dados revistos

mostram muitas semelhanças com os da população adolescente da mesma orientação. Por exemplo, nos estudos sobre o uso de álcool e [outras](#) substâncias, os adultos pertencentes às minorias apresentaram maiores taxas de consumo do que os heterossexuais; o mesmo se verificou na população adolescente. No que respeita às perturbações do comportamento alimentar nos adultos, tende a verificar-se igualmente uma maior incidência destes nas minorias sexuais comparativamente ao grupo heterossexual, tal como acontece na população adolescente. Pode, assim, inferir-se que a idade não seja uma variável passível de provocar diferenças significativas em relação aos riscos para a saúde das minorias sexuais. O adulto terá, à partida, maior maturidade física e psicológica do que o adolescente, o que poderá fazer com que se sintam mais seguros e capazes de enfrentar as consequências de ser diferente da maioria. No entanto, a falta de apoio dos pares e/ou familiares e a discriminação pela sociedade podem não desaparecer, justificando assim que a prevalência dos riscos se mantenha na idade adulta.

Sendo a população pertencente às minorias sexuais a que tem maior prevalência de vários riscos para a saúde, poder-se-ia concluir, então, [que](#) ser homo ou bissexual constitui por si só uma condição [de](#) risco. Esta revisão mostra que não existe nenhuma condição patológica associada exclusivamente aos indivíduos pertencentes às minorias sexuais. As sociedades médicas americanas, como a *Society for Adolescent Health and Medicine*, rejeitam a falsa noção de que a homo e bissexualidade sejam doenças mentais e, por isso, opõem-se ao uso de qualquer tipo de terapia para os adolescentes não heterossexuais.³⁸

Os riscos para a saúde destes grupos advêm, essencialmente, da discriminação de que são vítimas, quer seja por familiares, colegas ou outros, e da falta de informação na sociedade que os rodeia. Assim, todos os estudos revistos sobre a saúde dos jovens pertencentes às minorias sexuais deixam recomendações preciosas neste domínio. Os profissionais de saúde que

trabalham com adolescentes devem estar preparados para lidar com orientações sexuais que não a heterossexual, de forma competente e com total abstenção de juízos de valor. Devem ter conhecimento do processo de desenvolvimento sexual do adolescente e estar a par dos riscos para a saúde que, como se sabe, se relacionam diretamente com o estigma e vitimização por eles sofridos. Com estes conhecimentos, os profissionais estarão aptos a ajudar o adolescente, questionando-o no sentido de reconhecer a sua orientação sexual e procurar os problemas que serão de esperar encontrar. É necessário ter em consideração, porém, que o jovem poderá não estar preparado para assumir a sua orientação sexual à família e, no momento em que o fizer, o profissional deverá assistir os familiares promovendo a aceitação e esclarecendo dúvidas. O apoio da família constitui um importante fator protetor contra a depressão, abuso de álcool e [outras](#) substâncias, comportamentos sexuais de risco e outros danos para a saúde. Como tal, é necessário [mostrar](#) aos pais o papel fulcral que [terão](#) na vida destes jovens, [salientando](#) o [quão](#) importante [será](#) para eles o seu [apoio](#) e aprovação.

O *bullying* sofrido pelos adolescentes não heterossexuais nas escolas é um importante fator de risco, principalmente para a sua saúde mental. Os profissionais de saúde devem estar alerta para esta problemática e devem ter um papel ativo na educação das escolas e das comunidades, no sentido de [pôr fim a este tipo de comportamentos persecutórios](#) às minorias sexuais. As sociedades americanas defendem que estes jovens deveriam ter proteção legal contra [as](#) [agressões](#) de que são vítimas. Para além disso, políticas anti-discriminação e anti-*bullying* deveriam ser implementadas em larga escala para proteger os jovens não heterossexuais. Um estudo da Universidade da Columbia, Nova Iorque, publicado em 2013, concluiu que as políticas anti-*bullying* exercem um papel protetivo na saúde mental destes jovens, incluindo uma redução no risco de tentativas de suicídio.^{38–40}

É necessário que as sociedades e, em particular os profissionais de saúde, estejam devidamente informados e sensibilizados para esta temática. **A promoção da aceitação e respeito pelos adolescentes pertencentes às minorias sexuais, nas várias formas, levará, com certeza, a uma redução significativa dos riscos para a saúde que atualmente existem.**

11 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Steever JB, Cooper-Serber E. A review of gay, lesbian, bisexual, and transgender youth issues for the pediatrician. *Pediatr. Ann.* 2013;42(2):34-9. doi:10.3928/00904481-20130128-10.
2. Kaufman M. Adolescent sexual orientation. *Can. Paediatr. Soc.* 2008;13(7):619-23.
3. Brown JD, Melchiono MW. Health concerns of sexual minority adolescent girls. *Curr. Opin. Pediatr.* 2006;18:359-364.
4. Fonseca L, Soares C, Julio Machado Vaz. Homossexualidade. In: Editora Q, ed. *A Sexologia - Perspectiva Multidisciplinar. Volume I.* 1ª edição. Coimbra: Imprensa de Coimbra; 2003:359-379.
5. Psychiatric AA. Perturbações da Alimentação e da Ingestão. In: Dr. João Cabral Fernandes, ed. *Guia de Referência Rápida Para Os Critérios de Diagnóstico - DSM-5.* 5ª edição.; 2015:171-178.
6. Coker TR, Austin SB, Schuster M a. The health and health care of lesbian, gay, and bisexual adolescents. *Annu. Rev. Public Health* 2010;31:457-77. doi:10.1146/annurev.publhealth.012809.103636.
7. Manuscript A, Abuse C, Men B. Childhood Abuse and Eating Disorders in Gay and Bisexual Men. *Int J Eat Disord.* 2007;40(5):418-423.
8. Feldman M, Meyer I. Comorbidity and age of onset of eating disorders in gay men, lesbians and bisexuals. *Psychiatry Res.* 2010;180(0):126-131. doi:10.1016/j.psychres.2009.10.013.Comorbidity.
9. Pérez *et al.*, G. Salud y conductas relacionadas con la salud según la atracción y la conducta sexual. *Gac. Sanit.* 2014;xxx(xx):1-4.
10. Saewyc EM, Skay CL, Sandra L, *et al.*,. Hazards of Stigma: The Sexual and Physical Abuse of Gay, Lesbian, and Bisexual Adolescents in the United States and Canada. *Child Welf. Leag. Am.* 2006;LXXXV(2):195-214.
11. Goldbach J, Tanner-Smith E, Bagwell M, Tal E. Minority stress and substance use in sexual minority adolescents: a meta-analysis. *Prev Sci.* 2014;15(3):350-63.
12. Hagger-Johnson G, Taibjee R, Semlyen J, *et al.*,. Sexual orientation identity in relation to smoking history and alcohol use at age 18/19: cross-sectional associations from the Longitudinal Study of Young People in England (LSYPE). *BMJ Open* 2013;3:1-7. doi:10.1136/bmjopen-2013-002810.

13. Dermody S, Marshal M, Cheong J *et al.*,. Longitudinal Disparities of Hazardous Drinking between Sexual Minority and Heterosexual Individuals from Adolescence to Young Adulthood. *J Youth Adolesc.* 2014;43(1):30-39. doi:10.1016/j.biotechadv.2011.08.021.Secreted.
14. Green K, Feinstein B. Substance Use in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: An Update on Empirical Research and Implications for Treatment. *Psychol Addict Behav.* 2012;26(2):265-278. doi:10.1016/j.biotechadv.2011.08.021.Secreted.
15. Marshal M, Friedman *et al.*, M. Individual trajectories of substance use in lesbian, gay and bisexual youth and heterosexual youth. *Addiction* 2009;104(6):974-981.
16. McCabe SE, Hughes TL, Bostwick W, Boyd CJ. Assessment of difference in dimensions of sexual orientation: implications for substance use research in a college-age population. *J. Stud. Alcohol* 2005;66(6):620-629. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02531.x.Individual.
17. Newcomb M, Heinz A, Birkett M *et al.*,. A longitudinal examination of risk and protective factors for cigarette smoking among lesbian, gay, bisexual and transgender youth. *J Adolesc Heal.* 2014;54(5):558-64.
18. Tang H, Greenwood G, Cowling D, Al E. Cigarette smoking among lesbians, gays and bisexuals: how serious a problem? (United States). *Cancer Causes Control* 2004;15(8):797-803.
19. Lee J, Griffin G, Melvin C. Tobacco use among sexual minorities in the USA, 1987 to May 2007: a systematic review. *Tob. Control* 2009;18(4):275-82.
20. Lee JGL, Goldstein AO, Ranney LM, Crist J, McCullough A. High tobacco use among lesbian, gay, and bisexual populations in West Virginian bars and community festivals. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2011;8:2758-2769. doi:10.3390/ijerph8072758.
21. Wolf SE, Maisto S a. Alcohol use and risk of HIV infection among men who have sex with men. *AIDS Behav.* 2009;13(4):757-82. doi:10.1007/s10461-007-9354-0.
22. Benson PAS, Hergenroeder AC. Bacterial Sexually Transmitted Infections in Gay , Lesbian , and Bisexual Adolescents : Medical and Public Health Perspectives. *Semin. Pediatr. Infect. Dis.* 2005;16:181-191. doi:10.1053/j.spid.2005.04.007.
23. Everett BG. Sexual Orientation Disparities in Sexually Transmitted Infections: Examining the Intersection Between Sexual Identity and Sexual Behavior. *Arch Sex Behav.* 2013;42(2):225-236. doi:10.1007/s10508-012-9902-1.Sexual.
24. Kann L, Olsen EO, McManus T, *et al.*,. Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-risk behaviors among students in grades 9-12--youth risk behavior surveillance, selected sites, United States, 2001-2009. *MMWR. Surveill. Summ. Morb. Mortal. Wkly. report. Surveill. Summ. / CDC* 2011;60:1-133. doi:10.1016/j.ypsy.2011.08.118.

25. Schlecht HP, Fugelso DK, Murphy RK, *et al.*,. Frequency of occult high-grade squamous intraepithelial neoplasia and invasive cancer within anal condylomata in men who have sex with men. *Clin. Infect. Dis.* 2010;51(1):107-10. doi:10.1086/653426.
26. Schwartz L, Castle P, Follansbee S *et al.*,. Risk factors for anal HPV infection and anal precancer in HIV-infected men who have sex with men. *J. Infect. Dis. Adv. access* 2013.
27. Russell ST, Everett BG, Rosario M, Birkett M. Indicators of Victimization and Sexual Orientation Among Adolescents : Analyses From Youth Risk Behavior Surveys. *Am. J. Public Health* 2014;104(2):255-262. doi:10.2105/AJPH.2013.301493.
28. Berlan ED, Corliss HL, Field AE, Austin SB. Sexual orientation and bullying among adolescents in the growing up today study. *J Adolesc Heal.* 2010;46(4):366-371. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.10.015.SEXUAL.
29. Friedman MS, Marshal MP, Guadamuz TE, *et al.*,. A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *Am. J. Public Health* 2011;101(8):1481-94. doi:10.2105/AJPH.2009.190009.
30. Marshal M, Dietz L, Friedman M, Al E. Suicidality and Depression Disparities between Sexual Minority and Heterosexual Youth: A Meta-Analytic Review. *J Adolesc Heal.* 2011;49(2):115-123. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.02.005.Suicidality.
31. Schilder AJ, Anema A, Pai J, *et al.*,. Association between childhood physical abuse, unprotected receptive anal intercourse and HIV infection among young men who have sex with men in Vancouver, Canada. *PLoS One* 2014;9(6):e100501. doi:10.1371/journal.pone.0100501.
32. King M, Semlyen J, Tai SS, *et al.*,. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 2008;8(70):1-17. doi:10.1186/1471-244X-8-70.
33. Mustanski BS, Garofalo R, Emerson EM. Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *Am. J. Public Health* 2010;100(12):2426-32. doi:10.2105/AJPH.2009.178319.
34. Shilo G, Mor Z. The Impact of Minority Stressors on the Mental and Physical Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Youths and Young Adults. *Health Soc. Work* 2014;39(3):161-71. doi:10.1093/hsw/hlu023.
35. Ryan C, Huebner D, Diaz RM, Sanchez J. Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. *Pediatrics* 2009;123(1):346-52. doi:10.1542/peds.2007-3524.
36. Bouris A, Guilamo-Ramos V, Pickard A, *et al.*,. A systematic review of parental influences on the health and well-being of lesbian, gay, and bisexual youth: time for a

- new public health research and practice agenda. *J. Prim. Prev.* 2010;31(5-6):273-309. doi:10.1007/s10935-010-0229-1.
37. Bregman HR, Malik NM, Page MJL, Al E. Identity Profiles in Lesbian, Gay, and Bisexual Youth: The Role of Family Influences. *J Youth Adolesc.* 2013;42(3):417-430. doi:10.1007/s10964-012-9798-z.Identity.
38. Reitman D, Austin B, Belkind U, Al E. Recommendations for promoting the health and well-being of lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents: a position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine. *J. Adolesc. Health* 2013;52:506-10. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.01.015.
39. Hatzenbuehler ML, Keyes KM. Inclusive Anti-Bullying Policies and Reduced Risk of Suicide Attempts in Lesbian and Gay Youth. *J Adolesc Heal.* 2013;53(1 0):1-12. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.08.010.Inclusive.
40. Daniel N, Brian D, Lindahl KM, Malik NM. Sexuality Related Social Support Among Lesbian , Gay , and Bisexual Youth. *J Youth Adolesc.* 2010;39:1134-1147. doi:10.1007/s10964-010-9566-x.