



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Tomé Paulo Meneses de Melo

**O papel da discriminação e da identidade  
positiva na saúde mental de minorias  
sexuais e de género**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica Sistémica e da Saúde,  
orientada pelos Professores Doutores Luciana Sotero e Jorge Gato e apresentada  
à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

julho 2023



## **O papel da discriminação e da identidade positiva na saúde mental de minorias sexuais e de género**

**Resumo:** As minorias sexuais e de género têm vindo a ser foco de cada vez mais investigações. Porém, é fundamental continuar a aprofundar o conhecimento sobre a discriminação em razão da orientação sexual e da identidade de género, bem como sobre eventuais fatores protetores da saúde mental de pessoas pertencentes a minorias sexuais e de género. A presente investigação pretende averiguar o papel da discriminação e da identidade positiva na saúde mental (sintomatologia psicológica) de pessoas LGBTQ+. Uma amostra de 142 indivíduos LGBTQ+, com uma média de idades de 32.11 anos, preencheram um protocolo de investigação *online*. Neste estudo foi utilizada a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS); o instrumento *Lesbian, Gay and Bisexual Positive Identity* (LGB-PIM) e o instrumento *Measure of Gay-Related Stress* (MOGS). Observou-se uma correlação positiva moderada entre a discriminação e a sintomatologia psicológica; no que diz respeito à identidade positiva, verificaram-se correlações negativas entre a sintomatologia psicológica e a autenticidade (correlação moderada) e a comunidade (correlação fraca). Um nível socioeconómico mais baixo, níveis mais elevados de discriminação, e níveis mais baixos de autenticidade foram preditores de níveis mais elevados de sintomatologia psicológica. Além disso, a autenticidade não teve um papel moderador na relação entre a discriminação e a saúde mental. Tal como esperado, quer o nível socioeconómico quer a discriminação estão associados a uma saúde mental mais débil de pessoas LGBTQ+. Ademais, ter uma identidade positiva, sendo-se mais autêntico, parece ser promotor da saúde mental destas pessoas. Relativamente a implicações para a prática clínica, é de realçar que o presente estudo aponta para a importância de intervenção psicológica que promova o desenvolvimento de uma perceção e de sentimentos positivos e de aceitação para com a identidade sexual.

**Palavras chave:** minorias sexuais, saúde mental, discriminação, identidade positiva

## **The role of discrimination and positive identity in sexual and gender minorities' mental health**

**Abstract:** Sexual and gender minorities have increasingly become the focus of scientific research. However, it is essential to continue to deepen knowledge about discrimination based on sexual orientation and gender identity, as well as possible protective factors for the mental health of sexual and gender minorities. This research aims to investigate the role of discrimination and positive identity in the mental health (psychological symptoms) of LGBTQ+ people. A sample of 142 LGBTQ+ individuals, with an average age of 32.11 years, completed an online research protocol. This study used the Anxiety, Depression and Stress Scale (DASS-21), the Lesbian, Gay and Bisexual Positive Identity (LGB-PIM) instrument and the Measure of Gay-Related Stress (MOGS) instrument. There was a moderate positive correlation between discrimination and psychological symptomatology; about positive identity, there were negative correlations between psychological symptomatology and authenticity (moderate correlation) and community (weak correlation). Lower socioeconomic status, higher levels of discrimination and lower levels of authenticity were predictors of higher levels of psychological symptomatology. Moreover, authenticity did not play a moderating role in the relationship between discrimination and mental health. As expected, both socioeconomic status and discrimination are associated with the poorer mental health of LGBTQ+ people. In addition, having a positive identity and being more authentic seems to promote the mental health of these people. Regarding implications for clinical practice, it is noteworthy that the present study points to the importance of psychological intervention that promotes the development of perception and positive feelings and acceptance towards sexual identity.

**Key Words:** sexual minorities, mental health, discrimination, positive identity.



## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Luciana Sotero e ao Professor Doutor Jorge Gato pela orientação, atenção e disponibilidade.

Ao Professor Doutor Marco Pereira pela paciência, disponibilidade e ajuda em todo o processo de realização da dissertação, bem como ao longo da licenciatura.

Ao meu pai, irmã e avós pelo apoio incondicional, pelo abraço que sabe a casa, pelas velas acesas cheias de fé e por não me terem nunca largado a mão. Permitiram-me voar com a certeza de que, independentemente do que for e de onde for, eles estarão do meu lado.

À Maria João, Soraia e familiares pela presença e apoio, e essencialmente por fazerem o meu pai feliz.

Às minhas madrinhas e padrinhos do batismo, crisma, faculdade e tuna por me guiarem e me mostrarem que eu sou capaz. Relembrou-me que tenho mais capacidades do que aquelas que vejo em mim e não me deixaram nunca desistir. Em especial à madrinha Paula, que diariamente me manda mensagem com a vontade de me ver bem e a preocupação de uma mãe.

A todos os meus tios, tias, primos, primas e familiares por me ensinarem a ser pessoa e por me darem momentos tão bonitos de amor e de verdadeiras e bonitas emoções. Por todo o apoio e presença na minha vida.

À Dra. Piedade, Dra. Ana, Dra. Elisa, Dra. Célia e à querida São por me terem dado uma nova casa e um abraço seguro e poderoso numa etapa de transformação intensa. A todos os profissionais que me cruzei no IPOCFG, EPE, obrigado pelos ensinamentos, amizade e paciência. Foi uma bonita caminhada do vosso lado.

Ao Alex por toda ajuda e apoio, por toda a paciência e disponibilidade, por toda a vontade e capacidade de me ajudar a ser mais e melhor. Não teria sido capaz

sem a sua ajuda e presença. Não existem palavras que definam o quão grato lhe estou.

A todos os meus amigos da Terceira, em especial à Daniela, Carolina, André e Matilde Sales, por me mostrarem que a amizade não desaparece, mesmo com um oceano que nos separa. Foram presentes e continuam a ser presentes. A vida fica mais fácil com eles do meu lado.

Aos meus amigos de Coimbra, em especial à Rouxinol, à Marrazes e à Matilde Pratas. Tantas dores, angústias e dissabores se tornaram mais leves por eles existirem. Coimbra é sinónimo de amor por eles existirem.

Aos meus afilhados, por todos os momentos, confiança, amizade e sentido que me deram a Coimbra. À Su, Érica, Dani, Pedro, Jacy e Diogo, obrigado por me trazerem cor à vida.

À Desconcertuna por ter sido uma parte essencial deste percurso, onde conheci pessoas maravilhosas e vivi momentos únicos. A Coimbra por me ter ensinado tanto: sobre a vida e sobre mim. Levo o coração cheio de pessoas e memórias bonitas, independentemente de tudo.

A todos os que fizeram parte da minha vida, tendo-se mantido presentes ou tendo seguido caminhos diferentes. Por fazerem de mim quem eu sou hoje e pela caminhada que fizemos em conjunto, mesmo que tenha acabado.

Por último, à minha mãe. Por me carregar aos ombros todos os dias da minha vida. Por me dar força e sustentar diariamente. Por me amar incondicionalmente e me ter transmitido o amor que até hoje luto para manter vivo. Por, num “cantinho de uma nuvem”, me proteger e aplaudir. Hoje, o abraço dela teria um sabor ainda mais especial. Acredito que um dia o voltarei a ter. Porque o cancro não vale nada, o nosso amor vale tudo.







## Índice

Introdução.....	1
I – Enquadramento conceptual .....	3
1.1. Discriminação e saúde mental .....	3
1.2. Identidade positiva em minorias sexuais e de género.....	6
1.3. Características sociodemográficas: Impacto na saúde mental .....	8
II - Objetivos.....	10
III - Metodologia .....	10
3.1 Descrição da amostra.....	11
3.2 Variáveis e instrumentos .....	12
3.3 Procedimentos de recolha de dados.....	14
3.4 Estratégia analítica.....	15
IV – Resultados .....	17
4.1. Normalidade da amostra e pressupostos da regressão hierárquica múltipla.....	17
4.2. Associação entre a saúde mental, discriminação, identidade positiva e características sociodemográficas.....	18
4.3. Contributo da discriminação, da identidade positiva e das características sociodemográficas para a saúde mental em indivíduos LGBTQ+.....	19
4.4. Efeito da identidade positiva na relação entre a discriminação e a saúde mental em indivíduos LGBTQ+ .....	21
V – Discussão .....	21
5.1. Limitações do estudo, implicações para a prática e sugestões para futuras investigações.....	24
VI – Conclusões .....	25
Bibliografia.....	26



## Introdução

A designação minorias sexuais e de género inclui o grupo de pessoas que se identificam com uma orientação sexual diferente da heterossexual e/ou com uma identidade de género que difere da cisgénero. Ou seja, engloba pessoas com identidades LGBTQ+ (lésbicas, *gays*, bissexuais, transgénero, *queer*/em questionamento, intersexo e outras) habitualmente estigmatizadas devido à sua orientação sexual (pessoas lésbicas, *gays*, bissexuais, entre outras), identidade de género (pessoas trans e diversas em termos de género) e/ou às suas características sexuais (pessoas intersexo). Estes indivíduos são geralmente alvos de preconceito por não pertencerem à norma cisgénero e heterossexual (APA, 2021). Enquanto a orientação sexual diz respeito à atração emocional, romântica e sexual da pessoa, por outra ou outras pessoas, bem como aos seus comportamentos (Saleiro et al., 2022), a identidade de género refere-se à forma como a pessoa se reconhece enquanto mulher, homem, ambos, trans o e/ou pessoa não binária (Saleiro et al., 2022).

A orientação sexual pode ser i) monossexual (atração apenas por um sexo ou género), onde se incluem as pessoas lésbicas (mulheres atraídas por mulheres) e as pessoas *gays* (homens atraídos por homens), ou ii) plurissexual (atração por mais do que um sexo ou género), que engloba as pessoas bissexuais (pessoas atraídas por homens e mulheres), iii) pansexuais (pessoas cuja atração não é definida pelo género), iv) demissexuais (pessoas que só sentem atração sexual se existir conexão emocional ou intelectual) ou *queer* (termo utilizado por algumas pessoas cuja sua orientação sexual, identidade de género ou expressão de género são diferentes das dominantes na sociedade). Por sua vez, as pessoas assexuais não sentem atração sexual por nenhum dos géneros ou sexos (APA, 2021; Saleiro et al., 2022).

Relativamente à identidade de género, as pessoas podem ser i) cisgénero (i.e., há uma correspondência entre o sexo biológico e o género atribuído à nascença), ii) transgénero (i.e., não há uma correspondência entre o sexo biológico e o género atribuído à nascença), ou iii) não binárias (i.e., pessoas em que o género não se enquadra na dicotomia masculino-feminino, englobando quem se encontra em questionamento). Neste sentido, o género com o qual uma pessoa se identifica pode ser masculino, feminino, não binário

ou outro (APA, 2021). No que concerne às pessoas intersexo, o conceito de sexo biológico engloba as características observáveis (órgãos genitais externos) e não observáveis, como os cromossomas sexuais, as gónadas e os órgãos reprodutores internos (Saleiro et al., 2022). No entanto, o género das pessoas, tal como o sexo, é geralmente definido com base na observação dos seus órgãos genitais externos. Segundo o Relatório Global do Orgulho LGBTQ+ de 2023, 6% da população em Portugal identifica-se com não heterossexual e 1% identifica-se com uma identidade de género diferente daquela que lhe foi atribuída à nascença (IPSOS, 2023).

Durante muito tempo, os comportamentos não heterossexuais foram considerados patologias (Alessi & Martin, 2017) e a homossexualidade apenas deixou de fazer parte do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) em 1973 (Drescher, 2015). Contudo, nas últimas quatro décadas, tem havido uma maior aceitação social e um aumento da consagração de direitos legais das pessoas LGBTQ+, tanto a nível internacional como nacional (Alessi & Martin, 2017). Em Portugal, por exemplo, o casamento entre pessoas do mesmo sexo é legal desde 2010. Apesar destas mudanças, a comunidade LGBTQ+ continua a ser alvo de preconceito e discriminação, o que acarreta consequências nefastas para a saúde mental destas pessoas. Por exemplo, os/as adolescentes LGBTQI+ portugueses afirmam ser vítimas de vários tipos de discriminação e *bullying*. A maioria, por medo de revelar a sua orientação sexual à família, não conta que é vítima destes atos (Rodrigues et al., 2016), sofrendo em silêncio as emoções negativas provocadas pelo estigma (Gato et al., 2020). Gato et al. (2020) concluíram ainda que a maior parte da discriminação contra adolescentes LGBTQ+ portugueses ocorre dentro da escola, nomeadamente por professores e colegas do sexo masculino.

Segundo o Modelo do Stresse Minoritário de Meyer (2003), os indivíduos pertencentes a grupos minoritários e estigmatizados, como é o caso da comunidade LGBTQ+, apresentam maiores níveis de stresse, devido ao estigma, discriminação e preconceito. Neste sentido, vários estudos científicos têm evidenciado uma correlação positiva entre discriminação, angústia, stresse, menor bem-estar psicológico, depressão, ansiedade e uso de substâncias psicoativas em pessoas LGBTQ+ (Chang et al., 2021). De acordo com o modelo, há contudo fatores de proteção como o apoio social, a

resiliência e estratégias de *coping* que podem amortecer o stresse minoritário. Segundo Meyer (2015), a resiliência refere-se à capacidade de sobreviver e ultrapassar as adversidades, o apoio social é um dos fatores que permite um maior desenvolvimento da resiliência e o *coping* reporta-se aos esforços desenvolvidos pelo indivíduo para se adaptar ao stresse ou defender-se contra ele.

De acordo com Rostosky et al. (2018), também a identidade positiva LGBTQ+ está associada a um maior bem-estar psicológico, podendo ser considerada um fator protetor da saúde mental destas pessoas. Este conceito diz respeito aos sentimentos e percepções positivas de uma pessoa LGBTQ+ sobre si própria (Rostosky et al., 2018). Apesar da sua influência na saúde mental das minorias sexuais e de género (Rostosky et al., 2018), este construto tem sido alvo de uma atenção insuficiente pela comunidade científica.

Apesar do crescente número de estudos na área das minorias sexuais e de género, considera-se fundamental aprofundar o conhecimento sobre a discriminação em razão da orientação sexual e identidade de género e também sobre eventuais fatores protetores da saúde mental de pessoas LGBTQ+. No contexto nacional, o presente estudo pretende avaliar o papel da discriminação e da identidade positiva na saúde mental de pessoas de minorias sexuais. Espera-se que este trabalho possa contribuir com conclusões, recomendações e pistas para a investigação futura não só acerca da temática da discriminação mas, sobretudo, para o desenvolvimento de uma visão positiva de identidades sexuais minoritárias que permita o reforço de habilidades e atitudes promotoras de resiliência.

## **I – Enquadramento conceptual**

### **1.1. Discriminação e saúde mental**

Em junho de 2019, circulou nos media britânicos uma fotografia de duas jovens lésbicas cobertas de sangue por terem sido agredidas no autocarro por um grupo de rapazes, apenas por se terem beijado (Rohleder et al., 2023). Os jovens assediaram o casal e ordenaram que se envolvessem sexualmente para que eles assistissem. A fotografia foi partilhada publicamente e foi um choque para a população por ser notória a agressividade e ferocidade do ato. Porém, os membros da comunidade LGBTQ+, apesar do stresse e desconforto causado, não ficaram surpreendidos com o ataque, uma vez que são vítimas

recorrentes de crimes de ódio (Rohleder et al., 2023). Efetivamente, a sociedade ainda continua a praticar atos de preconceito, estigma e discriminação contra as minorias sexuais e de género (Mongelli et al., 2019). Dovidio et al. (2010) definiram a discriminação como um comportamento injusto que afeta outras pessoas ou grupos de forma direta. Segundo os autores, o termo inclui ainda ações que favoreçam, de forma injusta, a pessoa que discrimina ou o grupo a que pertence.

No seu modelo de stresse minoritário, Meyer (1995, 2003, 2015) explica de que forma o estigma, do qual as minorias sexuais e de género são vítimas, opera. Para este autor o estigma constitui uma forma de stresse social crónico. O stresse originado por meios exteriores (pessoas ou instituições, por exemplo) denomina-se stresse distal. Pode ser provocado por leis ou políticas discriminatórias (Hatzenbuehler, 2016), como a não-criminalização de crimes de ódio (Ali & Lambie, 2019) e a falta de direitos civis LGBTQ+ (Meyer, 2003). Além disso, quer os eventos de maior dimensão relacionados com preconceito (Frost & LeBlanc, 2014), quer as experiências diárias de discriminação (Nadal et al., 2016), podem levar a stresse distal. Por exemplo, Freitas (2019) concluiu que os/as jovens portugueses que são lésbicas, *gays* e bissexuais afirmavam sofrer *bullying* com mais frequência do que os/as jovens heterossexuais. No mesmo sentido, nos dados recolhidos pelo inquérito de 2020 da Agência Europeia para os Direitos Fundamentais observou-se que 40% dos/as participantes LGBTQ+ portugueses/as reportaram ter sofrido discriminação devido à sua orientação sexual, identidade de género e/ou características sexuais em pelo menos uma dimensão da sua vida no ano anterior (FRA, 2020). Este estigma pode até ocorrer dentro da rede de suporte dos indivíduos, nomeadamente depois de partilharem a sua orientação sexual (Bonet et al., 2007; Harrison, 2003).

O stresse proximal, por sua vez, inclui: estigma antecipado, estigma internalizado e ocultação da sexualidade e/ou identidade de género. Ao anteciparem o estigma (Meyer, 2003, 2015), os sujeitos podem desenvolver fobia social e sofrer com o medo de rejeição por parte dos seus pares e familiares (Silva, 2004; Zamora, 2012). O estigma pode também fazer com que os indivíduos LGBTQ+ aumentem a sua vigilância em relação a possíveis atos de violência contra eles (Pachankis, 2007), mantendo sempre uma perceção de assédio ou até de violência (Stammwitz & Wessler, 2021). Lewis

et al. (2006) consideram que a constante vigilância acarreta mais problemas de saúde física e mental. Alessi e Martin (2017) defendem que, mesmo quando apoiados pela sua rede de suporte, os indivíduos que pertencem às minorias sexuais e de género são vítimas potenciais de opressão. Outro processo de stress proximal corresponde ao estigma internalizado. Perante os comentários e atitudes negativas dos quais são vítimas (Silva, 2004), os indivíduos começam a perceber-se como seres inferiores e a apresentar sentimentos de culpa e de falha por não corresponderem aos ideais da sociedade heteronormativa (Zamora, 2012). Além disso, a ocultação da orientação sexual e/ou identidade de género (Branscombe & Ellemers., 1999; Pachankis, 2007; Zamora, 2012) pode também originar stress proximal. Quando as pessoas LGBTQ+ optam por ocultar uma parte de si, é com o objetivo de se protegerem do stress distal (Pachankis et al., 2020). No entanto, utilizar a ocultação da orientação sexual e/ou da identidade de género como uma estratégia de *coping* pode causar mal-estar e originar perturbações emocionais (Bostwick et al., 2014; DiPlacido, 1998; Larson & Chastain, 1990; Miller & Major, 2000; Ragins, 2008). Segundo Pachankis (2007), esta ocultação tem quatro implicações a nível psicológico: i) cognitivas (vigilância, preocupação, desconfiança); ii) afetiva (vergonha, culpa, ansiedade, depressão); iii) comportamental (evitamento social, necessidade de feedback, relações prejudicadas); e iv) autoavaliação (ambivalência na sua identidade, visão negativa de si próprio, autoeficácia diminuída). Além disso, os indivíduos LGBTQ+ podem também sentir uma maior dificuldade em identificar-se e/ou em criar relação com outros membros da comunidade a que pertencem. Contudo, estas relações podem ser benéficas para a saúde mental (Beals & Peplau, 2005; Cohen & Garcia, 2005; Davids et al., 2015; Frable et al., 1998; Morris et al., 2015; Salfras et al., 2018), visto que o apoio social é um dos mediadores essenciais de stress e facilita o desenvolvimento da identidade positiva (Meyer, 2003).

Algumas investigações (Alessi et al., 2013; Alessi & Martin, 2017) concluíram que os sujeitos LGBTQ+, depois de serem vítimas de preconceito ou discriminação, apresentam perceções e sentimentos sobre si próprios mais negativos, o que por sua vez se associa a problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade, stress, trauma e suicídio, quando comparados com indivíduos heterossexuais (Bostwick et al. 2010; Chang et al., 2021; Marshal



et al., 2011; Marshal et al., 2013; Pachankis, 2007; Pitman et al., 2022; Semlyen et al., 2016). A homofobia, a discriminação social e a rejeição tornam-se, assim, fatores stressantes para as minorias sexuais e de género (Rohleder et al, 2023).

Não obstante, há vários fatores de proteção que podem ajudar a fazer face ao stress provocado pela discriminação e pelo estigma. Para além do apoio social, da resiliência e das estratégias de *coping* destacados por Meyer (2005), Rostosky et al. (2018) descrevem também a identidade positiva como moderadora do impacto da discriminação na saúde mental das pessoas LGBTQ+.

### **1.2. Identidade positiva em minorias sexuais e de género**

A identidade de um indivíduo constrói-se através das suas características pessoais, dos grupos sociais dos quais é membro e das suas relações (Oyserman et al., 2012). Por isso, a identidade é influenciada por diversos fatores, como a orientação sexual, identidade de género, raça, etnia, classe social, cultura, religião e idade (Barrett & Pollack, 2005).

A identidade positiva LGBTQ+ é definida como a vivência positiva de um indivíduo pertencente à comunidade LGBTQ+, isto é, o indivíduo tem um sentimento de bem-estar e aceitação para com a sua identidade sexual e de género (Riggle et al., 2014). Esta identidade é criada através de um processo contínuo, resultante de diversas experiências positivas (Bruce et al., 2015; Pereira & Silva, 2021; Riggle et al., 2014). Riggle e Rostosky (2011) identificaram a autenticidade como um fator primordial para o desenvolvimento de uma identidade LGBTQ+ positiva, levando, por isso, a um maior bem-estar psicológico (Riggle et al., 2008; Riggle & Rostosky, 2011; Rostosky et al., 2010).

Para além da autenticidade, estar integrado no movimento LGBTQ+ também promove a consolidação de uma identidade positiva (Riggle & Rostowsky, 2011; Riggle et al., 2014). Em primeiro lugar, porque permite o sentimento de pertença a uma comunidade (Kwon, 2013; Riggle & Rostosky, 2011). Em segundo lugar, porque lutar pela justiça social, ser ativista e tornar-se um exemplo para outros está associado à existência de um propósito de vida (Riggle & Rostosky, 2011).

A identidade positiva encontra-se ainda associada a uma vivência em liberdade e tolerância. Riggle e Rostowsky (2011) concluíram que explorar novas formas de expressão de sexualidade e permitir-se ser flexível relativamente ao significado que se dá ao conceito de género, bem como à sua vivência, também contribuem para a sensação de bem-estar de um indivíduo em relação à sua sexualidade. No mesmo sentido, construir relações íntimas que não cumpram as normas convencionais (por exemplo, ter uma relação aberta) também poderá, em alguns casos, facilitar o surgimento de uma identidade positiva LGBTQ+ (Varney, 2012). Noutra plano, a compaixão, a empatia pelos outros e o facto de se estar alerta para situações de discriminação são também essenciais para a aceitação da sexualidade pelos indivíduos (Riggle & Rostowsky, 2011; Varney, 2012).

De acordo com a investigação, uma identidade LGBTQ+ positiva está associada com um maior bem-estar psicológico (Riggle et al., 2014), com menores níveis de ansiedade e depressão (Flanders et al., 2017; 2019) e maiores níveis de autoestima (Salvati et al., 2023). No mesmo sentido, Bruce et al. (2015) concluíram que a identidade positiva permite uma vivência mais pacífica da sexualidade, ao estar negativamente correlacionada com a homofobia internalizada. A identidade positiva pode também ser uma ferramenta de resiliência para ajudar a lidar com situações de preconceito e discriminação. É importante realçar que o surgimento da respetiva identidade é um processo que ocorre num contexto de estigma social (Domínguez et al., 2015). Devido a este preconceito, um dos processos de *coping* dos indivíduos de minorias sexuais e de género passa por desenvolver certas forças e recursos (como a espiritualidade e a fé) para conseguirem gerir a sua identidade estigmatizada pela sociedade (Vaughan & Rodriguez, 2014). Uma vez desenvolvidos, estes fatores podem regular elementos stressores relacionados com o estigma e promover a resiliência (Rostovsky et al., 2018).

Para além das diversas facetas da identidade positiva, algumas características sociodemográficas também podem influenciar a saúde mental de pessoas LGBTQ+, tais como a idade, o género, o nível socioeconómico e o estatuto relacional.

### **1.3. Características sociodemográficas: Impacto na saúde mental**

As características sociodemográficas referem-se a aspetos como a idade, o género, os indicadores socioeconómicos e as condições de vida. Vários estudos comprovaram a sua influência no bem-estar e saúde mental (Diener & Ryan, 2009; Khumalo et al., 2011; Temane & Wissing, 2008).

No que diz respeito ao género, Pfluger et al. (2022) concluíram que as mulheres apresentam mais perturbações internalizantes do que os homens, nomeadamente depressão (Canetto, 1991; 1997). Na sua meta-análise e revisão sistemática, Cavanagh et al. (2017) verificaram efetivamente que os homens e as mulheres evidenciam sintomas diferentes quando sofrem de depressão. Enquanto os homens recorrem ao consumo de álcool e de drogas e revelam um pior controlo dos impulsos, as mulheres apresentam sintomas mais relacionados com processos psicológicos e metabólicos, como alteração de apetite, distúrbios de sono, fadiga e perda de libido. Outras investigações concluíram ainda que o género feminino tem uma maior representatividade nas perturbações de humor, quando comparadas com o género masculino (Bromet et al., 1999; Kessler et al., 1996). É importante realçar que, nos estudos referidos, não foram consideradas as pessoas que não se identificam com nenhum dos géneros.

O nível socioeconómico é outra variável sociodemográfica que tem impacto na saúde mental. Adler e Rehkopf (2008) consideram que o dinheiro influencia a saúde por trazer mais condições de vida, mas não a protege diretamente. Na mesma linha de pensamento, outros investigadores defendem que a alimentação e a habitação têm um grande impacto na saúde mental (Geyer & Peter, 2000). Este impacto é mitigado apenas se existir rendimento suficiente para garantir o acesso a estes bens essenciais. Na Alemanha, Hoebel et al. (2017) procuraram associar o nível socioeconómico com a saúde mental. Esta investigação concluiu que, devido ao baixo rendimento, um estatuto social inferior está associado a mais problemas de saúde mental. Numa meta-análise e revisão sistemática sobre o tema, Ribeiro et al. (2017) concluíram que existe uma associação entre a desigualdade de rendimento e vários problemas de saúde mental, nomeadamente depressão. O mesmo estudo sugere ainda a possibilidade de a desigualdade de rendimento estar associada a menor resiliência psicológica.

Segundo Steptoe et al. (2014), o bem-estar psicológico está relacionado

com a idade. Os mesmos autores concluíram que a avaliação feita pelos indivíduos sobre a sua própria qualidade de vida pode tornar-se mais positiva com o avançar da idade, apesar de o seu estado de saúde poder estar mais deteriorado. Como exemplo, Stone et al. (2010) demonstraram que, depois dos 50 anos, as pessoas nos Estados Unidos da América aumentam as suas emoções positivas e diminuem as suas emoções negativas, pelo que, consequentemente, os seus níveis de bem-estar aumentam. Em parte, estes resultados podem ser explicados pelo facto de, em idades mais avançadas, os indivíduos apresentarem uma menor tendência para regular as suas emoções através da supressão (Ullah & Treuer, 2020). No mesmo sentido, alguns investigadores garantem que a depressão é menos prevalente em pessoas mais velhas (Fiske et al., 2009; Hasin et al., 2005).

A rede de suporte (i.e., o conjunto de relações significativas de um sujeito, composto por amigos, família e parceiro) influencia também a saúde mental. Chen e Feeley (2014) e Fredriksen-Goldsen (2014; 2015) concluíram que, se não existirem grandes tensões dentro da rede de suporte, esta promove um aumento da saúde mental em indivíduos LGBTQ+. No mesmo sentido, provou-se que a existência de uma relação de intimidade saudável está associada a maior bem-estar (Seligman, 2011). Mongelli et al. (2019) revelaram que a existência de uma relação íntima é um dos fatores protetores, no que concerne a sintomas de depressão e solidão (Salvatore et al., 2020). Estudos realizados em mais de 20 países corroboram estes resultados e concluíram que os indivíduos comprometidos, quando comparados com sujeitos solteiros, apresentam valores mais elevados de bem-estar psicológico (Vanassche et al., 2012). Estes sujeitos apresentam também um maior suporte emocional, independentemente da sua orientação sexual (Herdt & Kertzner, 2006). Já Braithwaite e Holt-Lunstad (2017) concluíram, numa revisão de literatura, que a maior parte dos estudos sobre este tema indicam que maior qualidade nas relações íntimas leva a uma melhoria na saúde mental. Além disso, o tipo de relação também influencia a saúde mental. A literatura aponta para que relações mais estáveis e com maior compromisso (como o casamento) promovam maior bem-estar psicológico (Braithwaite & Holt-Lunstad, 2017). No mesmo sentido, a instabilidade numa relação íntima e o histórico de separações e reconciliações sucessivas pode levar a problemas de saúde mental (Halpern-Meehin & Turney, 2023)

No que concerne às minorias sexuais e de género, as relações românticas podem trazer ainda mais benefícios, por estarem associadas a efeitos protetores contra a discriminação e o preconceito (Mills et al., 2004; Sandfort et al., 2001). Além disso, o casamento não-heterossexual permite que os indivíduos LGBTQ+ tenham uma perceção mais positiva das suas relações próximas e significativas (Herdt & Kertzner, 2006; Lannutti, 2007; Rostosky & Riggle, 2017).

## **II - Objetivos**

A presente investigação tem como objetivo principal avaliar o papel da discriminação e da identidade positiva na saúde mental de pessoas de minorias sexuais. Tenciona-se assim averiguar em que medida a discriminação e a identidade positiva estão associadas à saúde mental de pessoas LGBTQ+. No presente estudo, a amostra será constituída exclusivamente por pessoas de minorias sexuais com uma identidade cisgénero. Posto isto, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

1. Avaliar a associação entre a discriminação e a saúde mental;
2. Avaliar a associação entre a identidade positiva e a saúde mental;
3. Avaliar o contributo das características sociodemográficas, da discriminação e da identidade positiva na saúde mental.

Deste modo, apresentam-se as seguintes hipóteses:

1. Quanto maiores os níveis de discriminação, menores os níveis de saúde mental.
2. Quanto maiores os níveis de identidade positiva, maiores os níveis de saúde mental.
3. Para além das características sociodemográficas, a discriminação prediz negativamente a saúde mental e a identidade positiva prediz positivamente a saúde mental.
4. A identidade positiva é moderadora do impacto da discriminação na saúde mental.

## **III - Metodologia**

Neste ponto é descrita a amostra recolhida, seguida da descrição dos instrumentos utilizados nesta investigação. São também relatados os

procedimentos que permitiram a recolha de dados e, por último, a estratégia analítica empregue neste estudo.

### 3.1 Descrição da amostra

Este estudo foi realizado com base numa amostra composta por 142 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos ( $M = 32.11$  anos;  $DP = 10.78$ ). Como retratado na tabela 1, 46.5% desta amostra são participantes do género masculino, 42.3% são do género feminino e 11.6% são pessoas não binárias. Quanto à orientação sexual, os *gays* têm uma maior prevalência na amostra, seguidos das pessoas bissexuais. Mais de metade dos/as participantes estão numa relação e, relativamente à religião, a grande maioria afirma não ser religiosa. Também mais de metade da amostra pertence a um nível socioeconómico alto.

**Tabela 1.***Caracterização sociodemográfica da amostra*

		<i>n</i>	Percentagem %
Género	Feminino	60	42.3
	Masculino	66	46.5
	Não binário	16	11.6
Orientação Sexual	<i>Gays</i>	60	42.3
	Lésbicas	22	15.5
	Bissexuais	37	26.1
	Pansexuais	10	7
	Assexual	2	1.4
	Demissexuais	2	1.4
	<i>Queer</i>	7	4.9
	Outra	2	1.4
Classe Etária	18-28	71	50
	29-38	33	23.2
	39-48	27	19
	49-59	11	7.7
Situação Relacional	Solteiro	61	43
	Numa relação	81	57
Religião	Não religiosos	104	73.2
	Católica	25	17.6
	Judaica	1	0.7
	Hindu	1	0.7
	Outra	11	7.7
Nível Socioeconómico	Baixo ou Médio	65	45.8
	Alto	77	54.2

**3.2 Variáveis e instrumentos**

**Saúde mental.** Para avaliar a saúde mental, recorreu-se às Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004). Este instrumento é composto por três subescalas, compostas por sete itens, destinadas a avaliar os níveis de

depressão, ansiedade e stresse do indivíduo. A subescala da depressão permite avaliar sintomas como disforia; falta de interesse e ou envolvimento; inércia; autodepreciação; desvalorização da vida; anedonia e desânimo. A subescala da ansiedade avalia a ansiedade situacional; experiências subjetivas de ansiedade; excitação do sistema nervoso autónomo e efeitos músculo-esqueléticos. Por último, a subescala de stresse avalia a excitação nervosa; dificuldade em relaxar; facilidade de agitação ou perturbação; irritabilidade ou reação exagerada e impaciência.

Nos itens destas três subescalas, avalia-se a correspondência entre o enunciado e os sentimentos do/a participante na semana anterior ao preenchimento do questionário. Existem quatro possibilidades de resposta, numa escala de 0 a 3 (0: *Não se aplica, de todo*; 1: *Aplica-se em algum grau, ou durante algum tempo*; 2: *Aplica-se num grau considerável, ou uma boa parte do tempo*; 3: *Aplica-se muito, ou a maioria do tempo*). Neste trabalho optou-se por utilizar o *score* global do instrumento que apresentou um valor de alfa de Cronbach de  $\alpha = .96$ . *Scores* mais elevados de sintomatologia psicológica indicam, portanto, níveis mais baixos de saúde mental.

**Identidade Positiva.** A escala *Lesbian, Gay and Bisexual Positive Identity* (LGB-PIM) (Riggle et al., 2014) permite avaliar a identidade positiva de pessoas LGBTQ+. É composta por cinco subescalas (autoconsciência, autenticidade, comunidade, intimidade e justiça social) distribuídas por 25 itens. A autoconsciência refere-se à consciência que o indivíduo tem de si e das suas emoções, bem como a forma como estas impactam no seu quotidiano (e.g., “A minha identidade LGBTQ+ motiva-me a ser mais autoconsciente”). A autenticidade relaciona-se com a capacidade de o indivíduo assumir, aceitar e viver de acordo com o que realmente é (e.g., “Eu sou honesto comigo próprio relativamente à minha identidade LGBTQ+”). A comunidade refere-se ao sentimento de pertença à comunidade LGBTQ+ (e.g., “Eu sinto uma conexão com a comunidade LGBTQ+”). A intimidade, por sua vez, relaciona-se com o facto de criar boas relações com os/as parceiros/as (e.g., “A minha identidade LGBTQ+ permite-me entender melhor o/a meu/minha parceiro/a”). Por último, a justiça social avalia a forma como o indivíduo procura envolver-se em movimentos ou situações para que a sociedade se torne mais justa (e.g., “A minha experiência com a minha identidade LGBTQ+ leva-me a lutar pelos direitos dos outros”).



Em todas as questões desta escala, pede-se aos participantes que respondam aos itens consoante a resposta que melhor representa os seus sentimentos relativamente às suas experiências. Os participantes respondem a uma escala de *Likert*, entre 0 e 7. Os itens são pontuados entre 1 (*Discordo Totalmente*) e 7 (*Concordo Totalmente*), com o valor 0 a indicar que a afirmação “Não se aplica”. O resultado final é obtido através da média dos resultados de cada subescala.

A versão portuguesa do instrumento usada neste estudo, que se encontra atualmente em processo de validação, apresenta os seguintes valores de consistência interna (i.e., alfa de Cronbach), nas respetivas subescalas: autoconsciência ( $\alpha = .88$ ); autenticidade ( $\alpha = .78$ ); comunidade ( $\alpha = .91$ ); intimidade ( $\alpha = .84$ ); e justiça social ( $\alpha = .77$ ).

**Discriminação.** O instrumento *Measure of Gay-Related Stress* (MOGS; Lewis et al., 2002), originalmente composto por 70 itens, foi criado com base em relatos de pessoas homossexuais sobre o que as stressou, ao longo da vida, relacionado com a sua orientação sexual. Neste estudo, foram utilizados apenas 13 itens onde é pedido aos/às participantes que escolham a opção que melhor descreve a sua experiência de stresse baseando-se nos últimos seis meses. Os indivíduos respondem numa escala de 0 (*Nenhum stresse*) a 3 (*Stresse severo*) e o resultado final é calculado pela média dos 13 itens. Posto isto, quanto maior pontuação global, maior será o stresse do participante. Os 13 itens abordam vários temas como: i) reação da família à orientação sexual; ii) reação da família ao parceiro; iii) visibilidade com a família e amigos; iv) visibilidade no trabalho e em público; v) incompreensão; vi) discriminação no trabalho; vii) discriminação no geral; viii) conflito com a orientação sexual; e ix) violência e assédio. Esta escala apresentou neste estudo um valor de alfa de Cronbach de  $\alpha = .87$ .

### 3.3 Procedimentos de recolha de dados

A amostra utilizada nesta investigação faz parte do estudo internacional “*Sexual and Gender Minorities and Intimate Relationships*”, cujo objetivo é estudar as dinâmicas relacionais em casais do mesmo sexo, estando envolvidos neste projeto de investigação 18 países. O estudo é coordenado pela Professora Ashley Randall da Universidade do Estado de Arizona, nos Estados Unidos da América, e em Portugal pela Professora

Doutora Ana Paula Relvas (Universidade de Coimbra). A restante equipa portuguesa é composta por vários investigadores, incluindo o Professor Doutor Jorge Gato (Universidade do Porto) e a Professora Doutora Luciana Sotero (Universidade de Coimbra).

A amostra portuguesa foi recolhida *online* e o questionário utilizado foi criado através da plataforma *Qualtrics*. Foram utilizadas 14 escalas diferentes para avaliar o bem-estar individual, bem como o bem-estar relacional nas pessoas LGBTQ+ em Portugal. O protocolo exigia como critérios de inclusão i) ter, no mínimo, 18 anos; ii) identificar-se como pertencente a uma minoria sexual e/ou de género; e iii) ser residente em Portugal.

Foi distribuído um consentimento informado aos/às participantes, onde era explicado o objetivo do estudo e assegurada a confidencialidade dos dados recolhidos. O questionário foi divulgado através das redes sociais, bem como recorrendo a organizações sem fins lucrativos focadas nos direitos de pessoas LGBTQ+. A recolha da amostra decorreu entre junho de 2021 e novembro de 2022.

### **3.4 Estratégia analítica**

Foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 27.0 para *Windows* para analisar estatisticamente e tratar os dados do presente estudo. Para a análise da moderação entre variáveis, foi utilizada a ferramenta macro PROCESS para SPSS (Hayes, 2022).

Inicialmente, a base de dados do presente estudo continha 371 participantes, tendo sido eliminados, num primeiro momento, 133, designadamente: 126 por não terem respondido ao questionário, cinco por serem respostas de teste e os restantes dois por terem respondido de forma inadequada, nomeadamente com insultos.

Ao avaliar as três escalas que foram objeto de estudo no presente trabalho, foram eliminados 47 participantes por não terem respondido a qualquer item da escala LGBPIM e outros cinco por terem respondido a menos de 50% dos itens. Relativamente à escala MOGS, 35 participantes foram eliminados por não terem respondido às perguntas desta escala. Finalmente, oito participantes foram retirados por não terem respondido à EADS. Por fim, apercebemo-nos da existência de um sujeito que afirmava ter

nove anos de idade, tendo que ser eliminado por não cumprir os requisitos de inclusão da amostra. Posto isto, a amostra final deste estudo contém 142 participantes.

Com o decorrer do estudo, foram criadas quatro novas variáveis na base de dados, denominadas por ID, Estatuto Relacional, Nível Socioeconómico e Género. A primeira foi criada com o intuito de identificar os sujeitos mais facilmente, tendo sido atribuído um número a cada participante. A segunda variável foi baseada num item que questionava se o/a participante estava numa relação, em mais do que uma relação ou se era solteiro/a. Foi criada com o objetivo de distinguir os sujeitos solteiros dos indivíduos comprometidos de uma forma mais clara (0 = sujeitos que não estão comprometidos; 1 = sujeitos que estão comprometidos).

Para avaliar o nível socioeconómico, criou-se uma variável com base num item que questionava o quão stressante era para o/a participante ter dinheiro suficiente para pagar todas as suas despesas mensais. Os indivíduos que responderam ser *Extremamente difícil* (1), *Bastante difícil* (2) ou *Um pouco difícil* (3) foram agrupados no valor 0 (indivíduos de classe baixa ou média) e os indivíduos que responderam *Não muito difícil* (4) ou *Nada difícil* (5) foram agrupados no valor 1 (indivíduos de classe alta), de modo a que pertencessem a uma variável dicotómica.

Outra variável foi criada para agrupar pessoas consoante o seu género (1 = masculino; 2 = feminino; 3 = não binário). Esta variável foi baseada num item que questionava qual a identidade de género com que os sujeitos se identificavam atualmente. Recodificou-se esta variável para a criação de duas novas variáveis *dummy* para a execução de um modelo de regressão múltipla.

As estatísticas descritivas da amostra foram reportadas, nomeadamente as médias, os desvios-padrão, valores mínimos e máximos e também as frequências das variáveis analisadas. Analisou-se ainda a normalidade da amostra, através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Foram calculadas correlações de *Pearson* para todas as variáveis estudadas: saúde mental, discriminação, identidade positiva (através das subescalas da autoconsciência, autenticidade, comunidade, intimidade e justiça social) e variáveis sociodemográficas (idade, género, nível socioeconómico e estatuto relacional) e realizado um modelo de regressão múltipla para avaliar o efeito das variáveis sociodemográficas, da

discriminação e da identidade positiva na saúde mental. Foram analisados os seguintes pressupostos: a independência dos resíduos, através do teste de *Durbin-Watson*; e a multicolinearidade, através dos valores de Tolerância e de VIF. Para a execução do modelo de regressão hierárquica múltipla, realizou-se o teste de independência dos resíduos, através do teste de *Durbin-Watson*, e o diagnóstico da colinearidade com o auxílio dos valores da Tolerância e do VIF (Pallant, 2011). Caso o valor da Tolerância for inferior a .10 e o valor de VIF foi superior a 10, poderá existir multicolinearidade (Pallant, 2011). Por último, realizou-se uma análise de moderação com o objetivo de analisar o possível papel moderador da identidade positiva na relação entre a discriminação e a saúde mental.

## IV – Resultados

### 4.1. Normalidade da amostra e pressupostos da regressão hierárquica múltipla

O teste da normalidade obteve um resultado significativo (K-S,  $p < 0.05$ ) para todas as variáveis. Este valor indica que esta amostra não tem uma distribuição normal para as variáveis saúde mental, discriminação, identidade positiva (autoconsciência, autenticidade, comunidade, intimidade e justiça social) e para as variáveis sociodemográficas (idade, género, nível socioeconómico e estatuto relacional). Na tabela 2 são apresentadas as estatísticas descritivas e os valores de normalidade das variáveis em estudo.

**Tabela 2.**

*Estatísticas descritivas e normalidade da amostra*

	Valor Mínimo	Valor Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>K-S (p)</i>	<i>Sk</i>	<i>K</i>
Saúde Mental	0	21.0	5.98	4.59	.003*	0.92	1.08
Discriminação	0	2.38	0.06	0.51	<.001**	1.11	1.01
Autoconsciência	1.40	7.00	5.75	1.09	<.001**	-1.27	2.15
Autenticidade	2.60	7.00	6.05	0.89	<.001**	-1.53	2.62
Comunidade	1.00	7.00	4.99	1.45	.004*	-0.85	0.41
Intimidade	1.20	7.00	5.49	1.13	.006*	-0.63	0.50
Justiça Social	2.40	7.00	6.01	0.97	<.001**	-1.19	1.04

*Nota.*  $p < .001$  \*\*  $p < .05$ \*; *M* – média; *DP* – desvio-padrão; *K-S* – *Komolgorov-Smirnov*; *Sk* – assimetria; *K* – curtose.

#### 4.2. Associação entre a saúde mental, discriminação, identidade positiva e características sociodemográficas

Como se pode observar na tabela 3, a discriminação correlacionou-se de forma positiva e moderada com a saúde mental, isto é, quanto mais elevados os níveis de discriminação mais elevados os níveis de sintomatologia. Relativamente à identidade positiva, a saúde mental apresentou correlações apenas com a autenticidade e a comunidade, nomeadamente: a saúde mental apresentou uma correlação negativa moderada com a autenticidade e uma correlação negativa fraca com a comunidade. No que concerne às variáveis sociodemográficas, verificou-se uma correlação negativa fraca entre saúde mental e a idade e negativa moderada com o nível socioeconómico.

**Tabela 3.**

*Correlações entre a discriminação, a identidade positiva, as características sociodemográficas e a saúde mental*

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 Saúde mental (sintomatologia)	-										
2 Discriminação	.34**	-									
3 Autoconsciência	-.16	.05	-								
4 Autenticidade	-.46**	-.41**	.35**	-							
5 Comunidade	-.19*	-.03	.55**	.40**	-						
6 Intimidade	-.15	-.14	.46*	.33**	.50**	-					
7 Justiça Social	-.03	.20*	.59**	.18*	.59**	.42**	-				
8 Idade	-.18*	-.20*	.10	.14	.13	.14	-.01	-			
9 Género	.11	.15	-.10	-.09	-.23	.02	-.09	-.27**	-		
11 Nível socioeconómico	-.33**	-.08	-.09	.10	.06	-.00	-.27**	.09	-.02	-	
12 Estatuto Relacional	.00	-.02	-.05	-.01	-.08	.16	-.04	.15	.14	.00	-

Nota. \* $p \leq .05$  \*\* $p \leq .001$

### **4.3. Contributo da discriminação, da identidade positiva e das características sociodemográficas para a saúde mental em indivíduos LGBTQ+**

Antes de se realizar o modelo de regressão foram verificados os propostos para esta análise. Foi observado um valor de 1.944 no teste de *Durbin-Watson*, indicando existir independência dos resíduos. Os valores de Tolerância, por sua vez, foram todos maiores ou iguais a 0.33 e os de VIF foram todos menores ou iguais a 3.05. Estes valores mostram que não existe um problema multicolinearidade.

Para analisar qual o contributo da discriminação e da identidade positiva na saúde mental dos/as participantes, controlando as suas características sociodemográficas, foi realizado, então, um modelo de regressão hierárquico múltiplo, onde foram utilizadas as variáveis que apresentaram correlações com a saúde mental (discriminação, autenticidade, comunidade) e as variáveis sociodemográficas. Este modelo mostrou-se significativo e explicou 28.2% da variância da variável dependente. Posto isto, verificou-se que, mesmo controlando as características sociodemográficas, o estatuto socioeconómico permaneceu um preditor importante. Além disso, verificou-se que a discriminação e a autenticidade foram as únicas variáveis que contribuíram de forma significativa para a saúde mental, como se pode observar na tabela 4.

**Tabela 4.**

*Modelo de regressão hierárquico múltiplo para variáveis que contribuem para a saúde mental*

Variáveis Predictoras da Saúde Mental	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	<i>B</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>β</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Idade	-.12	-1.40	.164	-.07	-0.77	.445	-.05	-0.67	.507
Género (Masculino)	-.07	-0.53	.598	-.00	-0.02	.981	-.02	-0.14	.887
Género (Feminino)	.01	0.09	.931	.08	0.63	.533	.03	0.27	.789
Estatuto Relacional	.01	0.16	.875	.01	0.17	.865	.01	0.07	.948
Nível socioeconómico	-.32	-3.98	<.001**	-.30	-3.96	<.001**	-.28	-3.84	<.001**
Discriminação				.30	3.88	<.001**	.17	2.03	.044*
Autenticidade							-.34	-3.87	<.001**
Comunidade							-.02	-0.26	.798

*Nota.* \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .001$ ; A variável Género: 1 = Masculino, 0 = Feminino e Não Binário; a variável Género Feminino está codificada como 1 = Feminino, 0 = Masculino e Não Binário; a variável Nível Socioeconómico está codificada como 0 = Nível Baixo ou Médio, 1 = Nível Alto

#### 4.4. Efeito da identidade positiva na relação entre a discriminação e a saúde mental em indivíduos LGBTQ+

Para avaliar o efeito da identidade positiva na relação entre a discriminação e a saúde mental em indivíduos LGBTQ+, foi testado o papel moderador da autenticidade. Porém, os resultados não foram estatisticamente significativos, como observado na tabela 5.

**Tabela 5.**

*Efeitos do modelo de moderação*

	<i>Coefficiente (b)</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	11.96	4.28	2.79	.006*
Discriminação	7.16	3.73	1.92	.057
Autenticidade	-1.17	0.67	-1.74	.083
Discriminação*Autenticidade	-0.92	0.65	-1.50	.135

*Nota.* \* $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .001$ ; DP – desvio-padrão.

#### V – Discussão

Globalmente e como esperado, os resultados mostraram que quanto mais elevada a discriminação, pior a saúde mental de pessoas de minorias sexuais. Por oposição, níveis mais elevados de identidade positiva (autenticidade e comunidade) mostraram-se associados a uma melhor saúde mental. O nível socioeconómico, a discriminação e a autenticidade relevaram-se preditores da saúde mental. Porém, a autenticidade não teve um papel moderador na relação da discriminação com a saúde mental.

A primeira hipótese apresentada, que defendia que quanto maiores os valores de discriminação, menores os valores de saúde mental, foi corroborada pelos resultados obtidos. Além disso, os resultados mostram também como a discriminação é um fator preditor da saúde mental. Assim, os resultados estão de acordo com o Modelo do Stresse Minoritário de Meyer (2003), que aponta a estigmatização social como uma das grandes causas para maiores níveis de mal-estar psicológico nas minorias sexuais e/ou de género. Os resultados sugerem que a discriminação promove stresse distal (Meyer, 2003) nos indivíduos de minorias sexuais e está associada a maiores níveis de ansiedade



nestes sujeitos (Pitman et al., 2022). De facto, a existência de legislação anti-LGBTQ+, como a criminalização de práticas LGBTQ+ e a proibição do casamento não-heterossexual, pode provocar nos sujeitos ansiedade, medo de expressar a sua identidade sexual e/ou de género e levá-los a antecipar sofrimento provocado pelo estigma. A influência da discriminação na saúde mental pode também ser explicada ao nível da rede de suporte dos indivíduos. O estigma e a não-aceitação da sexualidade pelo núcleo íntimo dos sujeitos pode promover o desenvolvimento de quadros depressivos pelos membros da comunidade LGBTQ+ (Pitman et al., 2022), nomeadamente por se sentirem sozinhos e incompreendidos.

No que diz respeito à segunda hipótese, os resultados corroboram-na parcialmente, uma vez que se verificou que quanto maiores os valores de autenticidade e de comunidade, menores os valores de sintomatologia psicológica e, por isso, maiores os níveis de saúde mental. No entanto, as restantes variáveis que permitem avaliar a identidade positiva (autoconsciência, intimidade e justiça social) não apresentaram correlações com a saúde mental. Os resultados sugerem, assim, que maiores níveis de identidade positiva poderão estar associados a menores níveis de homofobia internalizada e de stresse proximal (Meyer, 2003), bem como a níveis mais baixos de ansiedade e depressão (Flanders et al., 2019). De facto, ao aceitarem e estarem orgulhosos da sua identidade LGBTQ+, os indivíduos têm uma vivência da sua sexualidade mais autêntica e tranquila (Riggle & Rostosky, 2011). No mesmo sentido, ao promover maiores níveis de saúde mental, a identidade positiva pode também levar a maiores níveis de autoestima. De facto, as pessoas com uma identidade mais positiva deixam de duvidar das suas capacidades e competências apenas por serem LGBTQ+ (Salvati et al., 2023). É de realçar que a corroboração parcial da hipótese 2, ao indicar uma correlação positiva entre identidade positiva e saúde mental, sugere ainda que a identidade positiva pode aumentar a resiliência dos indivíduos, ajudando-os a lidar com situações de preconceito e ser uma ferramenta para mitigar a sintomatologia psicológica provocada pelo estigma (Bruce et al., 2015).

De forma semelhante, os resultados mostraram que o sentimento de pertença à comunidade está positivamente associado à saúde mental. Este resultado encontra suporte no Modelo do Stresse Minoritário de Meyer (2003), que afirma que o apoio social é um dos amortecedores mais

importantes do impacto da discriminação na saúde mental e um facilitador do desenvolvimento da identidade positiva. O apoio social tanto pode vir da rede de suporte do indivíduo, como da integração no movimento LGBTQ+. As nossas conclusões reforçam, deste modo, os estudos que concluíram que quem integrava o movimento LGBTQ+ apresentava sensações e sentimentos positivos em relação à sua identidade sexual (Riggle et al., 2014). Designadamente, devido à exploração de formas livres e tolerantes de viver a sexualidade, à criação de um sentimento de pertença e ao surgimento de um propósito de vida (Riggle & Rostovsky, 2011).

Além disso, os resultados obtidos indicam também que a autenticidade é o fator que faz a identidade positiva tornar-se um fator preditor da saúde mental. Efetivamente, o presente estudo sugere que a autenticidade promove o desenvolvimento de uma identidade LGBTQ+ positiva e maiores sensações de bem-estar psicológico (Rostovsky et al., 2010). Adotando o raciocínio inverso, as nossas conclusões parecem indicar que não ser autêntico - e ocultar a orientação sexual e/ou identidade de género - pode estar associado a um maior mal-estar psicológico, o que também está em linha com a literatura existente (Bostwick et al., 2014; Freitas, 2019).

No que toca à subescala da comunidade, os nossos resultados contrariam, de alguma forma, a literatura sobre o tema (Kwon, 2013; Riggle & Rostovsky, 2011; Riggle et al., 2014). Apresentando uma correlação fraca com a saúde mental, esta variável não se revelou um fator primordial para tornar a identidade positiva um preditor da saúde mental.

Não obstante o impacto que a autenticidade tem na saúde mental, o nosso estudo revelou que esta não é um fator mediador entre a discriminação e a saúde mental. As nossas conclusões contrariam, assim, a literatura sobre o tema, que tem apontado a autenticidade como um aspeto moderador da relação entre a discriminação e a saúde mental (Blomgren & Strååht, 2019; Petrocchi et al., 2020).

Verificou-se ainda que, mesmo controlando o contributo das características sociodemográficas na saúde mental, o nível socioeconómico continua a influenciar significativamente a saúde mental. As nossas conclusões ampliam a investigação de Hoebel et al. (2017), mostrando que um estatuto social inferior em indivíduos de minorias sexuais está também associado a maiores problemas de saúde mental. Estes resultados podem ser

explicados pelo facto de mais capacidade financeira permitir melhores condições de vida, nomeadamente na alimentação e habitação (Adler & Rehkopf, 2008; Geyer & Peter, 2000). Para além disso, o nosso estudo pode também sugerir que um rendimento menor significa um acesso mais limitado a cuidados de saúde psicológica, resultando em pior saúde mental (Yager & Kay, 2022). No mesmo sentido, um estatuto socioeconómico inferior pode significar menor capacidade para desmistificar preconceitos dentro do agregado familiar e levar a consequências negativas na saúde mental dos indivíduos (Jadva et al., 2021).

### **5.1. Limitações do estudo, implicações para a prática e sugestões para futuras investigações**

Em termos de limitações do estudo, é de salientar o facto de as pessoas participarem voluntariamente no estudo, o que implica, necessariamente, uma amostra menos representativa da população em questão. Além disso, o questionário foi construído por itens de autosseleção, resultando num menor controlo da veracidade das respostas. Ainda no que toca à amostra, importa referir que a sua dimensão também não é a ideal, fixando-se nos 142 participantes. Em relação a pistas para investigações futuras, seria interessante recolher uma amostra de maior dimensão e estudar o impacto das relações íntimas e do sentido de comunidade na autenticidade dos indivíduos LGBTQ+. Para além disto, poderia também investigar-se o impacto da educação sexual, nomeadamente na mediação entre a discriminação e a saúde mental dos indivíduos. No que toca a implicações para a prática, os/as profissionais de saúde mental devem estar alertas e conscientes do preconceito para com a comunidade LGBTQ+ e como este estigma têm implicações nocivas para os indivíduos que se identificam como minorias sexuais e de género. Apesar de, nos últimos anos, as minorias sexuais terem vindo a conquistar mais direitos, a verdade é que a comunidade LGBTQ+ continua a experienciar preconceito, o que afeta preponderantemente o seu bem-estar psicológico, como demonstrado pelos nossos resultados. Nesse sentido, é importante perceber e trabalhar junto dos indivíduos os fatores que influenciam o impacto do estigma na vida das pessoas, nomeadamente a orientação sexual e a identidade de género (OPP, 2020). Importa também trabalhar com as pessoas o preconceito que possa existir dentro da sua rede de

suporte e colmatar situações de stresse proximal, que possam resultar em homofobia internalizada e/ou ocultação da identidade sexual. A intervenção psicológica deve, assim, passar por métodos apropriados de desenvolvimento e formação pessoais (Moleiro et al., 2016; Pereira et al., 2014). É importante que os/as terapeutas trabalhem um espaço tolerante e que potencie a afirmação das orientações LGBTQ+, nomeadamente ajudando as pessoas a tornarem-se mais autênticas e a construírem sentimentos positivos e de aceitação para com a sua identidade sexual (OPP, 2020). O desenvolvimento desta identidade positiva permitirá aos indivíduos a consolidação da sua autoestima e o aumento do seu bem-estar psicológico (Petrocchi et al., 2020). Devido ao estigma, à desinformação sobre as questões de orientação sexual e identidade de género e ao facto de estes processos serem relativamente recentes na sociedade, é importante promover a formação junto de profissionais de diversas áreas, mas essencialmente da área da saúde mental. Entre os principais pontos a esclarecer, os/as terapeutas e/ou psicólogos/as devem conseguir distinguir as nomenclaturas associadas à comunidade LGBTQ+, identificar os desafios com que estas têm de lidar (como o *coming-out* ou a homofobia internalizada) e distinguir orientação sexual de identidade de género. Tendo em conta o impacto do nível socioeconómico na saúde mental, é ainda importante garantir o acesso a cuidados de saúde psicológica às pessoas com menos rendimentos. Para além disso, nas comunidades com menor nível socioeconómico, poderá ser importante promover sessões de literacia, de forma a desmistificar os preconceitos relacionados com minorias sexuais e de género.

## **VI – Conclusões**

Esta investigação pretende enriquecer o conhecimento científico sobre a temática da saúde mental nas minorias sexuais e de género, bem como fornecer pistas para a promoção da saúde mental e para a prática clínica. Com base nos principais resultados obtidos neste estudo, conclui-se que a saúde mental dos indivíduos LGBTQ+ piora quando enfrentam mais situações de discriminação e têm um menor nível socioeconómico. Em contrapartida, ser autêntico e ter uma identidade positiva são fatores que predizem uma melhoria na saúde mental destas pessoas.

## Bibliografia

- Adler, N. E., & Rehkopf, D. H. (2008). U.S. disparities in health: Descriptions, causes, and mechanisms. *Annual Review of Public Health, 29*(1), 235-252. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090852>
- Alessi, E. J., Meyer, I. H., & Martin, J. I. (2013). Supplemental Material for PTSD and Sexual Orientation: An Examination of Criterion A1 and Non-Criterion A1 Events. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/a0026642.supp>
- Alessi, E. J., & Martin, J. I. (2017). Intersection of trauma and identity. *Trauma, Resilience, and Health Promotion in LGBT Patients, 3-14*. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-54509-7\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-54509-7_1)
- Ali, S., & Lambie, G. W. (2019). The impact of strengths-based group counseling on LGBTQ + young adults in the coming out process. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health, 23*(1), 45–62. <https://doi.org/10.1080/19359705.2018.1530159>
- American Psychological Association, APA Task Force on Psychological Practice with Sexual Minority Persons. (2021). *Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minority Persons*. Recuperado de <https://www.apa.org/about/policy/psychological-sexual-minority-persons.pdf>
- Barrett, D. C., & Pollack, L. M. (2005). Whose gay community? Social class, sexual self-expression, and gay community involvement. *Sociological Quarterly, 46*(3), 437–456. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.2005.00021.x>

- Beals, K. P., & Peplau, L. A. (2005). Identity Support and Devaluation Among Lesbians. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 140–148.
- Blomgren, L. & Strååht, J. (2018). *The role of Authenticity in Anxiety, Depression and Quality of Life: An exploratory Cross-sectional study* [Master's thesis]. <https://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOId=8968604&fileOId=8968605>
- Bonet, L., Wells, B. E., & Parsons, J. T. (2007). A positive look at a difficult time: A strength based examination of coming out for lesbian and bisexual women. *Journal of LGBT Health Research*, 3(1), 7–14. [https://doi.org/10.1300/J463v03n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J463v03n01_02)
- Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., West, B. T., & McCabe, S. E. (2014). Discrimination and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(1), 35–45. <https://doi.org/10.1037/h0098851>
- Braithwaite, S., & Holt-Lunstad, J. (2017). Romantic relationships and mental health. *Current Opinion in Psychology*, 13, 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.001>
- Branscombe, N. R., Ellemers, N., Spears, R., & Doosje, B. (1999). The context and content of social identity threat. In N. Ellemers, R. Spears, & B. Doosje (Eds.), *Social identity: Context, commitment, content* (pp. 35–58). Blackwell Science.
- Bromet, E. J., Gluzman, S. F., Paaniotto, V. I., Webb, C. P., Tintle, N. L., Zakhosha, V., Havenaar, J. M., Gutkovich, Z., Kostyuchenko, S., & Schwartz, J. E. (1999). Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40 (10), 808-816.

- Bruce, D., Harper, G. W., & Bauermeister, J. A. (2015). Minority stress, positive identity development, and depressive symptoms: Implications for resilience among sexual minority male youth. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 287–296. doi:10.1037/sgd0000128
- Canetto, S. (1991). Gender roles, suicide attempts, and substance abuse. *The Journal of Psychology*, 125 (6), 605-620.
- Canetto, S. (1997). Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27 (4), 339-351.
- Cavanagh, A., Wilson, C. J., Kavanagh, D. J., & Caputi, P. (2017). Differences in the expression of symptoms in men versus women with depression: A systematic review and meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(1), 29-38. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000128>
- Chang, C. J., Kellerman, J. K., Fehling, K. B., Feinstein, B. A., & Selby, E. A. (2021). The roles of discrimination and social support in the associations between outness and mental health outcomes among sexual minorities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 91(5), 607–616. <https://doi.org/10.1037/ort0000562>
- Chen, Y., & Feeley, T. H. (2014). Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(2), 141-161. <https://doi.org/10.1177/0265407513488728>
- Cohen, G. L., & Garcia, J. (2005). “I am us”: Negative stereotypes as collective threats. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 566–582. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.4.566>

- Dauids C. M., Watson L. B., Nilsson J. E., Marszalek J. M. (2015). Body dissatisfaction among gay men: The roles of sexual objectification, gay community involvement, and psychological sense of community. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(4), 376–385.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-40
- Diplacido, J. (1998). Minority Stress among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals: A Consequence of Heterosexism, Homophobia, and Stigmatization. In *Stigma and Sexual Orientation: Understanding Prejudice against Lesbians, Gay Men, and Bisexuals* (pp. 138–159). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452243818.n7>
- Domínguez, D. G., Bobele, M., Coppock, J., & Peña, E. (2015). LGBTQ relationally based positive psychology: An inclusive and systemic framework. *Psychological Services*, 12(2), 177–185. <https://doi.org/10.1037/a0038824>
- Dovidio, J. F., Hewstone, M., Glick, P. & Esses, V. M. (2010). Prejudice, stereotyping and discrimination: Theoretical and empirical overview. *The SAGE Handbook of Prejudice Stereotyping and Discrimination*, 3-28.
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565-575. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389.
- Flanders, C. E., Tarasoff, L. A., Legge, M. M., Robinson, M., & Gos, G. (2017). Positive identity experiences of young bisexual and other



- nonmonosexual people: A qualitative inquiry. *Journal of Homosexuality*, 64(8), 1014–1032. doi:10.1080/00918369.2016.1236592
- Flanders, C. E., Shuler, S. A., Desnoyers, S. A., & VanKim, N. A. (2019). Relationships between social support, identity, anxiety, and depression among young bisexual people of color. *Journal of Bisexuality*, 19(2), 253-275. <https://doi.org/10.1080/15299716.2019.1617543>
- FRA - European Union Agency for Fundamental Rights (2020). European Union Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Survey. Recuperado de <https://fra.europa.eu/en/publication/2020/eu-lgbti-survey-results>.
- Frable, D. E. S., Platt, L., & Hoey, S. (1998). Concealable stigmas and positive self-perceptions: Feeling better around similar others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 909–922. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.4.909>
- Fredriksen-Goldsen, K. I. (2014-15). Promoting health equity among lgbt mid-life and older adults. *Generations*, 38(4), 86-9
- Freitas, D. (2019). Discriminação e proteção em jovens de minorias étnicas e sexuais em Portugal In C., Andrade, J. Gato, L. Faria, M. Matias, S. Coimbra (Orgs.), *Olhares sobre a Psicologia Diferencial* (pp. 71-86). Mais Leitura.
- Frost, D. M., & LeBlanc, A. J. (2014). Nonevent stress contributes to mental health disparities based on sexual orientation: Evidence from a personal projects analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 557–566. <https://doi.org/10.1037/ort0000024>
- Gato, J., Leal, D., Moleiro, C., Fernandes, T., Nunes, D., Marinho, I., Pizmony-Levy, O., & Freeman, C. (2020). “The worst part was coming back home and feeling like crying”: Experiences of lesbian, gay, bisexual and trans

- students in Portuguese schools. *Frontiers in Psychology*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02936>
- Geyer, S., & Peter, R. (2000). Income, occupational position, qualification and health inequalities--competing risks? (comparing indicators of social status). *Journal of epidemiology and community health*, *54*(4), 299–305. <https://doi.org/10.1136/jech.54.4.299>
- Halpern-Meekin, S., & Turney, K. (2022). Romantic unions and mental health: The role of relationship churning. *Journal of Health and Social Behavior*, *64*(2), 243-260. <https://doi.org/10.1177/00221465221126091>
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, *62*(10), 1097. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.10.1097>
- Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *American Psychologist*, *71*(8), 742–751. <https://doi.org/10.1037/amp0000068>
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (3rd edition). New York: The Guilford Press.
- Herd, G., & Kertzner, R. M. (2006). I do, but I can't: The impact of marriage denial on the mental health and sexual citizenship of lesbians and gay men in the United States. *Sexuality Research & Social Policy*, *3*, 33–49. <https://doi.org/10.1525/srsp.2006.3.1.33>
- Hoebel, J., Maske, U. E., Zeeb, H., & Lampert, T. (2017). Social Inequalities and Depressive Symptoms in Adults: The Role of Objective and Subjective Socioeconomic Status. *PloS one*, *12*(1), e0169764. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169764>

- IPSOS. (2023). (rep.). LGBT+ Pride Study 2023 Global Survey (pp. 1–47). Paris.
- Jadva, V., Guasp, A., Bradlow, J. H., Bower-Brown, S., & Foley, S. (2021). Predictors of self-harm and suicide in LGBT youth: The role of gender, socio-economic status, bullying and school experience. *Journal of Public Health, 45*(1), 102-108. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab383>
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br. J. Psychiatry, Suppl 30*, 8-21
- Kwon, P. (2013). Resilience in lesbian, gay, and bisexual individuals. *Personality and Social Psychology Review, 17*(4), 371-383. <https://doi.org/10.1177/1088868313490248>
- Lannutti, P. J. (2007). The influence of same-sex marriage on the understanding of same-sex relationships. *Journal of Homosexuality, 53*(3), 135-151. [https://doi.org/10.1300/j082v53n03\\_08](https://doi.org/10.1300/j082v53n03_08)
- Larson, D. G., & Chastain, R. L. (1990). Self-Concealment: Conceptualization, Measurement, and Health Implications. *Journal of Social and Clinical Psychology, 9*(4), 439–455. <https://doi.org/10.1521/jscp.1990.9.4.439>
- Lehman, D. W., O'Connor, K., Kovács, B., & Newman, G. E. (2019). Authenticity. *Academy of Management Annals, 13*(1), 1-42. <https://doi.org/10.5465/annals.2017.0047>
- Lewis, R. J., Derlega, V. J., Clarke, E. G., & Kuang, J. C. (2006). Stigma consciousness, social constraints, and lesbian well-being. *Journal of Counseling Psychology, 53*(1), 48–56. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.48>

- Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F., Manual for the Depression, Anxiety, Stress Scales Australia. 1995. Disponível em: <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass>.
- Marshal, M. P., Dermody, S. S., Cheong, J. W., Burton, C. M., Friedman, M. S., Aranda, F., & Hughes, T. L. (2013). Trajectories of Depressive Symptoms and Suicidality Among Heterosexual and Sexual Minority Youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1243–1256. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9970-0>
- Marshal, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., McGinley, J., Thoma, B. C., Murray, P. J., D’Augelli, A. R., & Brent, D. A. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health*, 49(2), 115–123. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.02.005>
- Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull*, 129(5), 674–697.
- Meyer, I. H. (2013). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(S), 3–26. <https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.s.3>
- Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209–213. <https://doi.org/10.1037/sgd0000132>

- Miller, C. T., & Major, B. (2000). Coping with stigma and prejudice. In *The social psychology of stigma*. (pp. 243–272). The Guilford Press.
- Mills, T. C., Paul, J., Stall, R., Pollack, L., Canchola, J., Chang, Y. J., Moskowitz, J. T., & Catania, J. A. (2004). Distress and depression in men who have sex with men: The urban men's health study. *American Journal of Psychiatry*, *161*(2), 278-285. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.278>
- Moleiro, C., Pinto, N., Oliveira, J. M. & Santo, M. H. (2016). *Violência doméstica: boas práticas no apoio a vítimas LGBT: guia de boas práticas para profissionais de estruturas de apoio a vítimas*. Lisboa. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Morris S., McLaren S., McLachlan A. J., Jenkins M. (2015). Sense of belonging to specific communities and depressive symptoms among Australian gay men. *Journal of Homosexuality*, *62*(6), 804–820. [Crossref](#)
- Nadal, K. L., Whitman, C. N., Davis, L. S., Erazo, T., & Davidoff, K. C. (2016). Microaggressions toward lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and Genderqueer people: A review of the literature. *The Journal of Sex Research*, *53*(4-5), 488-508. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1142495>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). *Linhas de orientação para a prática profissional no âmbito da intervenção psicológica com pessoas LGBTQ*. Recuperado de [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/linhasorientacao\\_lgbtq.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/linhasorientacao_lgbtq.pdf)

- Oyserman D., Elmore K., Smith G. (2012). Self, self-concept, and identity. In Leary M. R., Tangney J. P. (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 69–104). Guilford.
- Pachankis, J. E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*, *133*(2), 328–345. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.328>
- Pachankis, J. E., Mahon, C. P., Jackson, S. D., Fetzner, B. K., & Bränström, R. (2020). Sexual orientation concealment and mental health: A conceptual and meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *146*(10), 831–871. <https://doi.org/10.1037/bul0000271>
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *5* (2), 229-239
- Pallant, J. (2011). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (4th ed.). Routledge.
- Pereira, H., & Silva, P. (2021). The Importance of Social Support, Positive Identity, and Resilience in the Successful Aging of Older Sexual Minority Men. *Geriatrics* (Basel, Switzerland), *6*(4), 98. <https://doi.org/10.3390/geriatrics6040098>
- Pereira, A., Ferreira, L., & Paulos, R. (2014). *Diagnóstico de experiências, competências e respostas na intervenção institucional com jovens LGBT em situação de violência familiar e/ou expulsão de casa*. Casa Qui. [http://www.casa-qui.pt/images/docs/relatorio\\_casa\\_qui\\_primeiros passos.pdf](http://www.casa-qui.pt/images/docs/relatorio_casa_qui_primeiros passos.pdf)

- Petrocchi, N., Pistella, J., Salvati, M., Carone, N., Laghi, F., & Baiocco, R. (2019). I embrace my LGB identity: Self-reassurance, social safeness, and the distinctive relevance of authenticity to well-being in Italian lesbians, gay men, and bisexual people. *Sexuality Research and Social Policy, 17*(1), 75-86. <https://doi.org/10.1007/s13178-018-0373-6>
- Pflugger, V., Rohner, S. L., Eising, C. M., Maercker, A., & Thoma, M. V. (2022). Internalizing mental health disorders and emotion regulation: A comparative and Mediation study of older adults with and without a history of complex trauma exposure. *Frontiers in Psychology, 13*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.820345>
- Pitman, A., Marston, L., Lewis, G., Semlyen, J., McManus, S., & King, M. (2022). The mental health of lesbian, gay, and bisexual adults compared with heterosexual adults: Results of two nationally representative English household probability samples. *Psychological Medicine, 52*(15), 3402–3411
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Género E saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica, 25*(3), 439-454. <https://doi.org/10.14417/ap.456>
- Ragins, B. R. (2008). Disclosure disconnects: Antecedents and consequences of disclosing invisible stigmas across life domains. *Academy of Management Review, 33*(1), 194–215. <https://doi.org/10.5465/AMR.2008.27752724>
- Ribeiro, W. S., Bauer, A., Andrade, M. C., York-Smith, M., Pan, P. M., Pingani, L., Knapp, M., Coutinho, E. S., & Evans-Lacko, S. (2017). Income inequality and mental illness-related morbidity and resilience: A

- systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(7), 554-562. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30159-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30159-1)
- Riggle, E. D. B., Rostosky, S. S., Mohr, J. J., Fingerhut, A. W., & Balsam, K. F. (2014). A multifactor lesbian, gay, and bisexual positive identity measure (LGB-PIM). *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 398–411. <https://doi.org/10.1037/sgd0000057>
- Riggle, E. D. B., Whitman, J. S., Olson, A., Rostosky, S. S., & Strong, S. (2008). The positive aspects of being a lesbian or gay man. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 210–217. doi:10.1037/0735-7028.39.2.210
- Riggle, E. D., and Rostosky, S. S. (2011). Introduction. In Riggle, E. D., and Rostosky, S. S. (Ed.), *A positive view of LGBTQ: Embracing Identity and Cultivating Well-being* (pp. 1-17). Lanham, ML: Rowman and Littlefield Publishers.
- Rodrigues, L., Grave, R., Oliveira, J. & Nogueira, C. (2016). Study on homophobic bullying in Portugal using Multiple Correspondence Analysis (MCA). *Revista Latinoamericana De Psicología*, 48(3), 191-200. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.04.001>
- Rostosky, S. S., Cardom, R. D., Hammer, J. H., & Riggle, E. D. B. (2018). LGB positive identity and psychological well-being. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(4), 482–489. <https://doi.org/10.1037/sgd0000298>
- Rostosky, S. S., Riggle, E. D. B., Pascale-Hague, D., & McCants, L. E. (2010). The positive aspects of a bisexual self-identification. *Psychology & Sexuality*, 1, 131–144. doi:10.1080/19419899.2010.484595



- Rostosky, S. S., & Riggle, E. D. (2017). Same-sex couple relationship strengths: A review and synthesis of the empirical literature (2000–2016). *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(1), 1-13. <https://doi.org/10.1037/sgd0000216>
- Rostosky, S. S., Cardom, R. D., Hammer, J. H., & Riggle, E. D. (2018). LGB positive identity and psychological well-being. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(4), 482-489. <https://doi.org/10.1037/sgd0000298>
- Saleiro, S. P., Ramalho, N., Menezes, M. S. de, & Gato, J. (2022). *Estudo Nacional sobre as necessidades das pessoas LGBTI e sobre a discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de gênero e características sexuais*. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Salfras, B., Rendina H. J., Parsons J. T. (2018). What is the role of the community? Examining minority stress processes among gay and bisexual men. *Stigma and Health*, 4(3), 300–309.
- Salvati, M., Sari, T., Pellegrini, V., & De Cristofaro, V. (2023). Gay, lesbian, and bisexual (LGB) peoples' leadership self-effectiveness: The roles of internalized sexual stigma, LGB positive identity, and traditional masculinity. *Frontiers in Sociology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2023.1108085>
- Salvatore, C. M., Han, J. Y., Acker, K. P., Tiwari, P., Jin, J., Brandler, M., Cangemi, C., Gordon, L., Parow, A., DiPace, J. & DeLaMora, P. (2020): Neonatal management and outcomes during the COVID-19 pandemic: an observation cohort study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(10), 721-727.

- Sandfort, T. G. M., de Graaf, R., Bijl, R. V., & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry*, 58, 85–91. doi:10.1001/archpsyc.58.1.85
- Seligman, M. E. (2011). Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. *Choice Reviews Online*, 48(12), 48-7217-48-7217. <https://doi.org/10.5860/choice.48-7217>
- Semlyen, J., King, M., Varney, J., & Hagger-Johnson, G. (2016). Sexual orientation and symptoms of common mental disorder or low wellbeing: Combined meta-analysis of 12 UK population health surveys. *BMC Psychiatry*, 16(1), 67.
- Silva, M. L. (2004). Racismo e os efeitos na saúde mental. *Seminário Saúde da População Negra*, 129- 132.
- Stammwitz, M., & Wessler, J. (2021). A public context with higher minority stress for LGBTQ\* couples decreases the enjoyment of public displays of affection. *PLoS One*, 16(11), e0259102
- Stephoe A., Deaton A., Stone A.A. (2014). Mental health and psychological wellbeing. *Ageing, health and care*, 93-118. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1t89bvg.8>
- Stone, A. A., Schwartz, J. E., Broderick, J. E., & Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(22), 9985-9990. <https://doi.org/10.1073/pnas.1003744107>
- Temane, Q. M., & Wissing, M. P. (2008). The role of personality factors in the dynamics of context and psychological well-being. *Journal of Psychology in Africa*, 18(1), 105-114.

- Ullah, N., & Treur, J. (2020). The older the better: A fourth-order adaptive network model for reward-driven choices of emotion regulation strategies over time. *Applied Network Science*, 5(1). <https://doi.org/10.1007/s41109-020-00267-1>
- Vanassche, S., Swicegood, G., & Matthijs, K. (2012). Marriage and children as a key to happiness? cross-national differences in the effects of marital status and children on well-being. *Journal of Happiness Studies*, 14(2), 501-524. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9340-8>
- Varney, J. (2012). A positive view of LGBTQ – embracing identity and cultivating wellbeing, by E.D.B. Riggle. *Psychology & Sexuality*, 5(3), 283-284. <https://doi.org/10.1080/19419899.2012.724594>
- Vaughan, M. D., & Rodriguez, E. M. (2014). LGBT strengths: Incorporating positive psychology into theory, research, training, and practice. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1, 325–334. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000053>
- Yager, J., & Kay, J. (2022). Money matters in psychiatric assessment, case formulation, treatment planning, and ongoing psychotherapy. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 210(11), 811-817. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001552>
- Zamora, M. H. R. N. (2012). Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. *Revista Psicologia*, 24(3), 563-578. <https://doi.org/10.1590/s1984-02922012000300009>