



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

O papel da ocultação da orientação sexual, da aceitação parental, e da ligação à comunidade na saúde mental entre membros da população jovem LGBTQIA+

João Pedro Ribeiro Caetano

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientador(a):

Professora Doutora Carla Moleiro, Professora Associada,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro de 2024

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

O papel da ocultação da orientação sexual, da aceitação parental, e da ligação à comunidade na saúde mental entre membros da população jovem LGBTQIA+

João Pedro Ribeiro Caetano

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientador(a):
Professora Doutora Carla Moleiro, Professora Associada,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro de 2024

Agradecimentos

Esta dissertação é o trabalho e a reta final de um caminho com altos e baixos, mas que terminou de forma gratificante.

Desta forma, dirijo o meu primeiro agradecimento à minha orientadora, a **professora Carla Moleiro**, por toda a disponibilidade e suporte fornecidos ao longo deste último ano da minha formação académica. Professora, foi um enorme privilégio ter trabalhado consigo, e muito obrigado por toda a partilha de sabedoria, por ter sempre acreditado neste meu projeto, e por ter sempre acalmado todas as minhas inseguranças.

Ao **professor Diniz Lopes**, pelo suporte e ajuda demonstrados ao me ter facultado uma das escalas que foi utilizada neste estudo, e também pela disponibilidade demonstrada.

A **todo o corpo docente deste mestrado**, por todo o dinamismo, profissionalismo, e proatividade demonstrados em todas as atividades letivas. Não poderia ter escolhido melhor percurso que este.

À **Sofia Frade**, por toda a disponibilidade e suporte prestados na fase da recolha de dados. Ao **Gustavo**, pela disponibilidade e ajuda prestada na fase da análise estatística. Ao **Gui**, pela amizade e pela ajuda com a formatação do word. Ao **Rodrigo**, pela preciosa ajuda com a difusão do questionário.

A **todas as pessoas da comunidade LGBTQIA+** que abdicaram de um tempo das suas vidas para participar neste estudo. É graças a vocês que foi possível levar esta dissertação a bom porto. E é também graças a pessoas como vocês que é possível continuar, diariamente, a dar voz a esta comunidade e a contribuir para o bem-estar e qualidade de vida de todas as pessoas que a integram.

Ao **GAT**, pela disponibilidade e ajuda prestadas através da partilha e difusão deste estudo nos seus canais.

No seguimento, e porque a nossa família constitui-se como o nosso primeiro contexto de socialização e aprendizagem, deixar o meu enorme agradecimento à **minha mãe**, por todo o amor incondicional, por me teres dado sempre todas as ferramentas e palavras de coragem para que me pudesse tornar num adulto capaz de alcançar todos os meus objetivos, e por me aceites como eu sou. Ao **meu pai**, por, apesar de nunca teres estado presente da forma que eu desejei que estivesses, por todas as tuas palavras de incentivo e de coragem. À **minha irmã**, por seres a primeira pessoa a tomar a iniciativa, de livre e espontânea vontade, de estar sempre presente nos momentos mais importantes da minha vida, sejam eles quais forem.

Não posso ainda deixar de agradecer a uma pessoa muito especial que, embora já não estando cá, infelizmente, fez toda a diferença na minha vida, particularmente na minha infância.

Ao **meu avô materno**. Por todas as vezes que jogámos juntos ao dominó, por todas as tardes bem passadas na quinta, e pela tua presença constante. Continuas comigo diariamente. À **Luísa**, por ter sido a avó que eu não tive, e por ter cuidado de mim como se fosse, efetivamente, seu neto. Quero que saiba que apesar de, atualmente (e com muita pena minha), já não termos qualquer tipo de ligação/ contacto, irei sempre relembrar com muito carinho e nostalgia os tempos que passei com vocês.

À **Rafa**, ao **Tomaz**, à **Vânia** e ao **Pedro**, por todas as palavras de coragem e incentivo, e também por toda a cumplicidade e presença constante.

Ao **Cavaco**, ao **Camolas**, à **Guida**, à **Inês**, e ao **Tiago**, os meus amigos de longa data, por ainda continuarem presentes, e também por podermos continuar a partilhar momentos de diversão uns com os outros.

A **todas as pessoas que passaram pela minha vida** e que, a bem ou a mal, da melhor ou da pior forma, contribuíram para o meu amadurecimento e crescimento pessoal. Uma das coisas mais importantes que já tive oportunidade de reter é que retiramos uma aprendizagem importante de todas as nossas experiências, mesmo daquelas que nos fazem sofrer.

Dizem que a escrita também é uma boa forma de “deitarmos” cá para fora tudo o que estamos a sentir, e depois de ter escrito este texto, sinto uma paz de espírito enorme dentro de mim. A todos vós, o meu muito obrigado.

Resumo

Apesar de o atual contexto político ser mais inclusivo dos direitos LGBTQIA+, o sofrimento psicológico ainda é muito expressivo nesta população. A título de exemplo, verifica-se uma alta prevalência, a nível mundial, de perturbações depressivas e de ansiedade entre as minorias sexuais. O objetivo do presente estudo consistiu em verificar o papel de três preditores (motivação para ocultar a orientação sexual; aceitação parental; e ligação à comunidade LGBTQIA+), localizados em diferentes níveis (intraindividual; familiar; e comunitário) na relação entre as experiências de stress minoritário e a saúde mental numa amostra de jovens adultos LGBTQIA+ (N = 174), em termos do sofrimento psicológico e do bem-estar. Efetuaram-se quatro regressões lineares. Não se verificou uma associação significativa entre ocultar a orientação sexual e o sofrimento psicológico e o bem-estar. Evidenciou-se uma associação negativa e significativa entre a aceitação parental e o sofrimento psicológico, bem como uma associação positiva e significativa entre a aceitação parental e o bem-estar. Em seguida, foi testado o papel moderador da ligação à comunidade nestas quatro associações. Verificou-se que um elevado nível de ligação à comunidade afetou significativamente a associação entre ocultar a orientação sexual e o sofrimento psicológico, e que um baixo nível de ligação à comunidade afetou significativamente a associação entre ocultar a orientação sexual e o bem-estar. Contudo, a ligação à comunidade não moderou a associação entre a aceitação e suporte parental e o sofrimento psicológico e o bem-estar. Finalmente, são apontadas algumas limitações e implicações do presente estudo, bem como direções para estudos futuros.

Palavras-Chave: Jovens adultos LGBTQIA+, ocultação da orientação sexual, aceitação parental, ligação à comunidade, saúde mental, psicopatologia

Códigos e Categorias de Classificação da APA PsycInfo

2980 Sexual Behavior & Sexual Orientation

3210 Psychological Disorders

Abstract

Despite the current political context being more inclusive of LGBTQIA+ rights, psychological suffering is still very significant in this population. As an example, there is a high prevalence, worldwide, of depressive and anxiety disorders among sexual minorities. The aim of the present study was to verify the role of three predictors (sexual orientation concealment; parental acceptance; and community connectedness), located at different levels (intraindividual; family; and community) in the relationship between experiences of minority stress and mental health in a sample of LGBTQIA+ young adults ($N = 174$), in terms of psychological distress and well-being. Four linear regressions were performed. There was no significant association between sexual orientation concealment and psychological distress and well-being. A negative and significant association was evidenced between parental acceptance and psychological distress, as well as a positive and significant association between parental acceptance and well-being. Next, the moderating role of community connectedness in these four associations was tested. It was found that a high level of community connectedness significantly affected the association between sexual orientation concealment and psychological distress, and that a low level of community connectedness significantly affected the association between sexual orientation concealment and well-being. However, community connectedness did not moderate the association between parental acceptance and psychological distress and well-being. Finally, some limitations and implications of the present study are highlighted, as well as directions for future studies.

Keywords: LGBTQIA+ young adults, sexual orientation concealment, parental acceptance, community connectedness, mental health, psychopathology.

APA PsycInfo Classification Categories and Codes

2980 Sexual Behavior & Sexual Orientation

3210 Psychological Disorders

Índice Geral

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Introdução.....	1
Capítulo 1 - Revisão de Literatura	5
1.1. Saúde mental na população LGBTQIA+	5
1.2. Teoria do Stress Minoritário	8
1.3. Definição de conceitos e sua relação com os problemas de saúde mental na população LGBTQIA+	11
1.3.1. Motivação para ocultar a orientação sexual	11
1.3.2. Aceitação e suporte parental	15
1.3.3. Ligação à comunidade	17
1.4. Objetivos e hipóteses deste estudo	20
Capítulo 2 - Método	27
2.1. Participantes	27
2.2. Instrumentos	28
a) MHI-5 – <i>Mental Health Inventory-5</i>	29
b) BSI – <i>Brief Symptom Inventory</i>	30
c) LGBIS – <i>Lesbian, Gay, and Bisexual Identity Scale</i>	30
d) <i>Parental support</i>	32
e) <i>Connectedness to the LGBT Community Scale</i>	32
2.3. Procedimentos	33
Capítulo 3 - Resultados	35
3.1. Análises descritivas.....	35
3.2. Teste das hipóteses	37

3.2.1. Modelo 1 – O papel moderador da variável de ligação à comunidade na associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o sofrimento psicológico	37
3.2.2. Modelo 2 – O papel moderador da variável de ligação à comunidade na associação entre a aceitação e o suporte parental e o sofrimento psicológico	38
3.2.3. Modelo 3 – O papel moderador da variável da ligação à comunidade na associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o bem-estar.....	39
3.2.4. Modelo 4 – O papel moderador da variável da ligação à comunidade na associação entre a aceitação e o suporte parental e o bem-estar psicológico	41
Capítulo 4 - Discussão.....	43
Limitações e direções futuras.....	50
Conclusão	51
Referências Bibliográficas.....	53
Anexos.....	73
Anexo A. O papel moderador da ligação à comunidade na associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o sofrimento psicológico	73
Anexo B. O papel moderador da ligação à comunidade na associação entre a aceitação e suporte parental e o sofrimento psicológico	74
Anexo C. O papel moderador da ligação à comunidade na associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o bem-estar	75
Anexo D. O papel moderador da ligação à comunidade na associação entre a aceitação e suporte parental e o bem-estar	76

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de Moderação 1 – O papel moderador da ligação à comunidade na associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o sofrimento psicológico	24
Figura 2. Modelo de Moderação 2 – O papel moderador da ligação à comunidade na associação entre a aceitação parental e o sofrimento psicológico	24
Figura 3. Modelo de Moderação 3 – O papel moderador da ligação à comunidade na associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o bem-estar	25
Figura 4. Modelo de Moderação 4 – O papel moderador da ligação à comunidade na associação entre a aceitação parental e o bem-estar	25

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra	28
Tabela 2. Análises descritivas da saúde mental de cada subgrupo da amostra de participantes	35
Tabela 3. Análise descritiva das variáveis da motivação para ocultar a orientação sexual, aceitação e suporte parental e ligação à comunidade (mínimo, máximo, média e desvio-padrão)	36
Tabela 4. Correlações entre instrumentos e variáveis	37

Índice de Gráficos

Gráfico 1. O efeito moderador da ligação à comunidade na associação entre a ocultação da orientação sexual e o sofrimento psicológico	38
Gráfico 2. O efeito moderador da ligação à comunidade na associação entre a aceitação e suporte parental e o sofrimento psicológico	39
Gráfico 3. O efeito moderador da ligação à comunidade na associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o bem-estar psicológico	40
Gráfico 4. O efeito moderador da ligação à comunidade na associação entre a aceitação e suporte parental e o bem-estar psicológico	42

Introdução

O estudo da saúde mental da população LGBTQIA+ (de pessoas lésbicas, *gays*, bissexuais, transexuais, queer, intersexuais, assexuais, bem como todas as demais orientações sexuais e identidades de género não especificadas) foi desafiante e constituiu-se como um assunto tabu na década de 60 e no início da década de 70, atendendo ao debate relativo à classificação da homossexualidade como uma perturbação mental durante este período de tempo (Meyer, 2013). Embora a homossexualidade tenha sido desclassificada enquanto perturbação mental, no ano de 1973, este debate perdurou durante os anos que se seguiram. Este debate originou também o consenso de que existe uma maior prevalência de perturbações psicopatológicas entre as minorias sexuais, por comparação com a população heterossexual e cisgénero, em consequência do stress social que esta população enfrenta. Face ao exposto, torna-se necessário compreender quais os fatores de proteção que contribuem para a saúde mental da população, de forma a que os profissionais de saúde pública possam conceber e implementar programas de prevenção e de intervenção, e para que sejam elaboradas políticas públicas mais ajustadas às necessidades manifestadas por este grupo de pessoas (Meyer, 2013).

A investigação empírica tem apontado que as desigualdades que se verificam entre as pessoas da comunidade LGBTQIA+ e as pessoas cisgénero e heterossexuais, em termos de sofrimento psicológico e bem-estar, são atribuíveis às consequências decorrentes da discriminação a que as pessoas LGBTQIA+ são expostas (Feinstein, 2020; Hsieh & Ruther, 2016; Katz-Wise et al., 2017; Meyer, 2003; Moleiro & Pinto, 2015; Pachankis & Bränström, 2018). As minorias sexuais também se encontram sujeitas a várias formas de exclusão social (Moleiro & Pinto, 2015). Alguns exemplos são o *bullying* homofóbico; maus tratos físicos e psicológicos, perseguição, ou ainda alienação económica (United Nations, 2011; Bostwick et al., 2014; European Union Agency for Fundamental Rights, 2014). Estas experiências de discriminação podem ocorrer em vários contextos da vida das pessoas, nomeadamente em termos profissionais (no trabalho), em termos dos cuidados de saúde e de educação, mas também em termos de relações interpessoais significativas que as pessoas estabelecem, como por exemplo, as relações familiares (Milburn et al., 2006; Feinstein et al., 2014; António & Moleiro, 2015). Desta forma, são estas experiências de discriminação e o preconceito que predizem os problemas de saúde mental na comunidade LGBTQIA+ (Cochran & Mays, 2000; Dean et al., 2000; Cochran et al., 2003; Meyer, 2003; Shilo & Mor, 2014).

Assim, é importante reter que as identidades sexuais e de género LGBTQIA+ correspondem a manifestações da variabilidade da orientação sexual, características sexuais, e também da identidade de género humanas (APA, 2021; OPP, 2020). Estas identidades

caracterizam-se pela sua multidimensionalidade, e também pela forma não linear pela qual se combinam em cada pessoa, e compreendem as noções de sexo, expressão e identidade de género e orientação sexual (Saleiro et al., 2022).

No que diz respeito ao contexto político, a legislação portuguesa referente às pessoas LGBTQIA+ tem sido progressista. Deste modo, os homens *gays*, as mulheres lésbicas, bem como todas as pessoas bissexuais podem integrar as forças armadas desde o ano de 1999, a orientação sexual foi introduzida no artigo 13º da constituição, no ano civil de 2004, e foi também reconhecida a união civil para os casais do mesmo sexo, em 2001. Da mesma forma, a discriminação relativa à orientação sexual é crime desde o ano de 2007 e, mais tarde, no ano de 2010, foi legalizado o casamento entre pessoas do mesmo sexo. Posteriormente, em 2016, foi aprovada a adoção conjunta e a reprodução assistida aos casais de pessoas do mesmo sexo. Finalmente, em 2018, foi aprovada a autodeterminação de género das pessoas trans, e também a alteração do seu nome próprio (European Commission against Racism and Intolerance, 2018).

No entanto, e apesar do atual contexto político ser mais inclusivo dos direitos LGBTQIA+, as pessoas continuam a apresentar níveis elevados de sofrimento psicológico, bem como dificuldades associadas à afirmação da sua identidade. A título de exemplo, o processo de *coming out* (saída do armário) emerge como uma fase particularmente desafiante para os indivíduos e, em particular, para adolescentes LGBTQIA+, na medida em que, para além de todas as mudanças físicas, cognitivas e emocionais que caracterizam este processo, necessitam de gerir e lidar com o preconceito interno e externo respeitante à sua orientação sexual e/ou identidade de género. Desta forma, os indivíduos da comunidade encontram-se sujeitos a riscos psicossociais adicionais, entre os quais se destacam a rejeição parental e familiar; o isolamento social; entre outros, encontrando-se em situação de maior risco para desenvolverem problemas de saúde mental (OPP, 2020).

Embora o casamento entre pessoas do mesmo sexo já tenha sido legalizado em vários países, ainda existem muitas pessoas que se encontram em relacionamentos amorosos e que continuam a enfrentar estigma (Cao et al., 2017; Frost et al., 2017; LeBlanc et al., 2018). Neste sentido, e de acordo com os resultados do inquérito da FRA (2020), em Portugal, 42% das pessoas da comunidade LGBTQIA+ nunca ou raramente estão de mãos dadas com o(a) seu(a) parceiro(a), em público, devido ao receio de se sujeitarem a experiências discriminatórias, como ameaças, agressões, e assédio.

Neste seguimento, e no que diz respeito às populações LGBTQIA+, de acordo com o estudo de Frost e colaboradores (2022), as gerações mais jovens tendem a reportar níveis mais elevados de sofrimento psicológico, por comparação com as gerações mais antigas. Da mesma

forma, os resultados do estudo destes autores também evidenciaram que os membros da geração mais jovem tendem a envolver-se mais no processo interno de ocultação da orientação sexual perante os membros da sua família, a presenciarem mais atos de discriminação, e a apresentarem níveis mais elevados de estigma internalizado, por comparação com as gerações mais antigas. Deste modo, e apesar de vivermos numa sociedade cujas políticas são mais igualitárias e inclusivas para as pessoas da comunidade LGBTQIA+, o sofrimento psicológico persiste nas gerações mais jovens (Meyer, 2016; Roberts, 2019). Uma vez que, atualmente, vivemos num contexto mais igualitário, defende-se que as gerações mais jovens se encontram inseridas num contexto menos discriminatório e estigmatizante, por comparação com as gerações mais antigas (Frost et al., 2022). Contudo, e apesar da mudança do contexto social para um contexto mais igualitário e inclusivo, ainda continuam a existir diferenças, em termos dos níveis de sofrimento psicológico e de bem-estar reportados, entre as minorias sexuais e a população heterossexual e cisgénero, e também entre as minorias sexuais que compõem a geração mais jovem e as minorias sexuais que compõem a geração mais antiga. Estas diferenças na saúde mental continuam a estar relacionadas com as questões da orientação sexual e da identidade de género, sendo que os membros da população jovem LGBTQIA+ ainda continuam a enfrentar o estigma e o preconceito (Meyer, 2016; Russell & Fish, 2019).

Face ao exposto, é necessário compreender os fatores que continuam a estar associados a uma qualidade de vida e a uma saúde mental mais pobres entre os membros da população jovem LGBTQIA+, apesar de o atual contexto legal poder ser caracterizado como menos preconceituoso e estigmatizante.

Deste modo, a presente dissertação encontra-se dividida da seguinte forma: no primeiro capítulo, encontra-se a revisão de literatura relativa à saúde mental na população LGBTQIA+, bem como a explicação dos objetivos e hipóteses da presente investigação. Em seguida, será apresentado o método e os resultados obtidos. Finalmente, será elaborada uma reflexão acerca dos resultados obtidos, e apresentadas as limitações da dissertação, bem como direções para estudos futuros.

Capítulo 1 - Revisão de Literatura

1.1. Saúde mental na população LGBTQIA+

As minorias sexuais são caracterizadas com base em dois conceitos distintos: a orientação sexual e a identidade de género (Marchi et al., 2022). Geralmente, o primeiro conceito engloba três dimensões: autoidentificação sexual; comportamento sexual, e atração ou fantasia sexual (Saewyc et al., 2004). Considera-se, deste modo, que a orientação sexual é referente à atração sexual, romântica e emocional de uma pessoa relativamente a outra, englobando ainda os comportamentos e a afiliação social que podem resultar desta atração. Ou seja, corresponde a um envolvimento emocional, amoroso, e/ ou sexual por homens, mulheres, ou ainda por ambos os sexos, ou por nenhum dos sexos. O conceito de identidade de género, por outro lado, envolve uma dimensão psicológica que corresponde ao auto-reconhecimento pessoal e profundo de cada pessoa como pertencente ao género feminino, masculino, ambos, ou ainda enquanto trans, ou como não pertencendo a nenhum género (OPP, 2020).

Jovens adultos que se identificam como pertencendo à comunidade LGBTQIA+ encontram-se expostos a stressores emocionais e psicológicos adicionais, comparativamente aos indivíduos heterossexuais e cisgénero (Higgins et al., 2021). Estes stressores psicológicos que os jovens LGBTQIA+ experienciam na sua vida diária devem-se ao facto de necessitarem de gerir e lidar com uma identidade que é estigmatizada, de se depararem com normas heteronormativas e cisnormativas, e ainda devido a sofrerem formas variadas de vitimização, *bullying* e discriminação (Acevedo-Polakovich et al., 2013; Price-Feeney et al., 2020; Rodgers, 2017). Todos estes fatores emergem como fatores de risco para o desenvolvimento de uma baixa autoestima e para uma pior qualidade de vida entre os indivíduos da comunidade LGBTQIA+ (Bosse, 2019; Sefolosha et al., 2021). Estes stressores, no seguimento, surgem também associados a diferenças significativas nos níveis de sofrimento psicológico e de bem-estar reportados, entre jovens da comunidade LGBTQIA+ e jovens heterossexuais e cisgénero (Higgins et al., 2021). Desta forma, por estes motivos, a população LGBTQIA+ encontra-se exposta a um maior risco de desenvolver sintomatologia e perturbações psicopatológicas, nomeadamente perturbações depressivas e de ansiedade, comportamentos auto-mutilatórios, perturbação de stress pós-traumático, comportamentos suicidas, perturbações do comportamento alimentar, e perturbações relacionadas aos consumos excessivos e ao abuso de substâncias (Bosse, 2019; Marshal et al., 2011; Rodgers, 2017; Sefolosha et al., 2021).

Neste seguimento, no que diz respeito à depressão e à ansiedade, concretamente, os dados apontam que as pessoas que integram a comunidade LGBTQIA+ apresentam maior risco, por

comparação com as pessoas heterossexuais, para desenvolver perturbações depressivas e de ansiedade (Kaniuka et al., 2019). Neste sentido, os dados apontam que 53.9% de pessoas transgénero, e 33.4% das pessoas LGB reportam níveis clinicamente significativos de sintomas depressivos (Su et al., 2016). De acordo com King e colaboradores (2008), os indivíduos que se inserem na população LGBTQIA+ têm 1.5 vezes maior probabilidade de manifestar sintomas depressivos, comparativamente à população geral. No que diz respeito às perturbações de ansiedade, a investigação empírica comprova que os homens *gays* têm 4.7 vezes mais probabilidade de manifestarem perturbação de pânico, e que as mulheres lésbicas e bissexuais encontram-se três vezes mais em risco para reunir todos os critérios de diagnóstico da perturbação de ansiedade generalizada, comparativamente às mulheres heterossexuais (Cochran et al., 2003). De acordo com a investigação empírica, o fator explicativo da elevada prevalência de perturbações psicológicas entre a população LGBTQIA+ é o de que o estigma, o preconceito, bem como a discriminação, são eventos que geram um ambiente social stressante, o que, por sua vez, pode levar ao desenvolvimento de perturbações psicológicas em indivíduos que pertencem ao grupo das minorias sexuais (Friedman, 1999). Esta hipótese vai de encontro ao principal pressuposto defendido no âmbito da teoria do stress minoritário (Meyer, 1995, 2003).

A literatura sobre a temática da saúde mental nesta comunidade também evidencia uma grande disparidade nos índices de saúde mental entre as pessoas trans e de género diverso, por comparação com as pessoas cisgénero. Deste modo, verifica-se uma maior prevalência de perturbações depressivas, perturbações do comportamento alimentar, e de perturbações relacionadas com os consumos excessivos e o abuso de substâncias entre os jovens trans e de género diverso. Da mesma forma, também se regista uma maior prevalência de sintomatologia relativa a comportamentos automutilatórios e de ideação suicida entre os jovens trans, encontrando-se também mais expostos a experiências de *bullying* homofóbico, por comparação com os jovens cisgénero e com orientação heterossexual (Dowshen et al., 2016; Eisenberg et al., 2020; Price-Feeney et al., 2020).

Especificamente, no que diz respeito ao suicídio, existem estudos empíricos que sugerem que a população LGBTQIA+ encontra-se exposta a um maior risco de desenvolver tentativas de suicídio, e também comportamentos automutilatórios (Mereish & Poteat, 2015; Mongelli et al., 2019; Plöderl & Tremblay, 2015). O suicídio emerge, desta forma, como uma ameaça clínica e social significativa, na medida em que indivíduos que se assumem como *gays*, lésbicas ou bissexuais encontram-se duas vezes em maior risco a cometer o suicídio, por comparação

com os indivíduos que se assumem como heterossexuais (Klonsky et al., 2021; Rivers et al., 2018).

Ainda, a investigação empírica aponta que a prevalência de tentativas de suicídio ao longo da vida varia entre 12.8% e 28.4% para mulheres lésbicas e bissexuais, ao passo que, no caso de mulheres heterossexuais, a prevalência é de 4.3%. (Ventriglio et al., 2022). Verifica-se a mesma tendência no caso dos homens *gays* e bissexuais, cuja prevalência de tentativas de suicídio varia entre 9% e 14.2%, enquanto que, no caso dos homens que se identificam como heterossexuais, a prevalência destes comportamentos é de 4% (Ventriglio et al., 2022). Por outro lado, os dados apontam também que a prevalência de comportamentos automutilatórios não suicidas varia de forma ampla para homens *gays*, mulheres lésbicas e pessoas bissexuais (entre 5% e 47%), bem como para indivíduos transgênero e intersexo (entre 17% e 42%), comparativamente aos indivíduos que se identificam como heterossexuais, cuja prevalência de comportamentos automutilatórios de tipo não suicida varia entre 3 a 15% (Blosnich et al., 2016; Jackman et al., 2016).

Existe também evidência empírica em como jovens que se identificam como bissexuais são quem apresenta maior risco de apresentarem problemas de saúde mental, dentro da população LGB (Reyes et al., 2023). Desta forma, vários trabalhos de investigação científica apontam que a prevalência de depressão, ansiedade e de comportamentos de ideação suicida é mais expressiva entre o grupo de jovens bissexuais, comparativamente ao grupo de jovens composto por rapazes *gays* e raparigas lésbicas (Chan et al., 2020; Feinstein & Dyar, 2017; Pompili et al., 2014; Ross et al., 2018; Salway et al., 2019). A partir do contexto do ciclo de vida, e de acordo com Hottes e colaboradores (2016), as pessoas bissexuais também apresentam tentativas de suicídio significativamente mais severas, por comparação com os homens *gays* e com as mulheres lésbicas.

Ainda, os estudos empíricos evidenciam que as pessoas que se identificam como bissexuais têm maior probabilidade para ocultar a sua orientação sexual, e a apresentar mais dúvidas quanto à sua identidade, por comparação com os que se identificam como *gays* e lésbicas, razão pela qual tendem a apresentar níveis mais baixos de bem-estar psicológico (Chan et al., 2020; Dyar et al., 2015; Kuyper & Fokkema, 2011).

No que diz respeito às pessoas transgênero, a investigação empírica comprova que este subgrupo também se encontra exposto a um grande risco de efetuar tentativas de suicídio ao longo da vida, sendo que 41% das pessoas transgênero já reportou ter levado a cabo tentativas de suicídio ao longo de toda a sua vida (Haas et al., 2014). No estudo de Maguen e Shiperd (2010), o qual teve como objetivo verificar a frequência de tentativas de suicídio numa amostra

composta por pessoas transgênero, os resultados indicaram que, do total de 153 participantes transgênero, 18% dos participantes relataram já ter tentado cometer suicídio. Da mesma forma, 6% do total de participantes reportaram uma tentativa de suicídio, 6% duas tentativas, 3% três tentativas, e 1% dos participantes reportaram de quatro a seis tentativas de suicídio. Os dados deste estudo também evidenciaram que a prevalência de ideação suicida foi mais elevada para o subgrupo de homens trans, por comparação com as mulheres trans. Assim, do total de homens trans que compuseram esta amostra ($n = 22$), 41% reportaram já ter levado a cabo uma tentativa de suicídio na sua vida e, do total de mulheres trans ($n = 60$), 20% também reportaram já ter tentado cometer o suicídio, em algum momento das suas vidas.

1.2. Teoria do Stress Minoritário

No seguimento do que foi dito anteriormente, a literatura indica também que as diferenças existentes na qualidade da saúde mental entre a população LGBTQIA+ e a população de orientação heterossexual e cisgênero resultam, da mesma forma, do facto de as minorias sexuais se encontrarem expostas a atos de discriminação e de preconceito que são exclusivos desta população, os quais levam ao maior sofrimento desta população (Mongelli et al., 2019). Um dos quadros teóricos que explora a relação entre a discriminação e o preconceito e a qualidade da saúde mental na população LGBTQIA+ é a Teoria do Stress Minoritário (Meyer, 1995, 2003). Esta teoria tem como base a hipótese de que as discrepâncias que se verificam na saúde mental das minorias sexuais são causadas pela exposição excessiva ao stress social que é frequentemente sentido pelas pessoas pertencentes ao grupo das minorias sexuais, devido à estigmatização do seu estatuto social, por comparação com o estatuto social das pessoas heterossexuais (Frost & Meyer, 2023). Neste sentido, é importante distinguir, no contexto desta teoria, o stress minoritário do stress geral. Ou seja, o stress minoritário é originado pelo preconceito e pelo estigma, ao passo que, no caso do stress geral, este pode ser experienciado por qualquer pessoa, independentemente da sua orientação sexual, ou identidade de género (Frost & Meyer, 2023). Desta forma, e tendo como exemplo o stressor de perder um emprego, este stressor pode ser um stressor geral, ou um stressor minoritário, dependendo se tiver sido motivado pelo preconceito e discriminação contra as pessoas da população LGBTQIA+ (stressor minoritário), ou em contrapartida, por crises económicas suscetíveis de afetar qualquer pessoa, independentemente da sua identidade de género ou orientação sexual (Frost & Meyer, 2023).

De acordo com esta teoria, existem quatro tipos de stressores que estão relacionados com uma saúde mental mais pobre, nomeadamente: condições e eventos stressantes objetivos e

externos; as expectativas relativamente a estes mesmos eventos, bem como a vigilância que essas mesmas expectativas implicam; estigma internalizado; e a ocultação da orientação sexual (*sexual orientation concealment*) (Meyer, 1995, 2003). Relativamente a este último stressor, a ocultação da orientação sexual pode ser conceptualizada, à luz desta teoria, como um stressor proximal, atendendo a que o stress que é gerado pelo processo da ocultação da identidade e da orientação sexual que é percebida como estigmatizante ocorre através de processos psicológicos internos, correspondendo a uma experiência interna e subjetiva (Meyer, 2003). Ou seja, a pressão que as pessoas com o estatuto de minoria sexual sentem para ocultar a sua orientação sexual causa elevado sofrimento, sendo que esta ocultação da orientação sexual é potencializada por stressores sociais negativos e também pelo estigma social. Ocultar a orientação sexual é uma forma pela qual as pessoas se conseguem proteger dos stressores distais, como a discriminação e a violência, emergindo como um fator protetor em alguns contextos diários. Contudo, este processo de ocultação da orientação sexual e de uma identidade limita a obtenção de suporte social, impedindo também que as pessoas se consigam afirmar e “sair do armário”. Por este motivo, não é claro o estatuto que esta variável assume na teoria do stress minoritário, uma vez que pode emergir, tanto como fator protetor, como fator de risco para uma saúde mental mais pobre entre as minorias sexuais (Pachankis et al., 2020). Contudo, e de acordo com Finkelstein (2023), o autor defende que o processo de “saída do armário”, ou a não ocultação da orientação sexual, emerge como um fator protetor da saúde mental na população LGBTQIA+.

Meyer (2003) defende que os stressores sociais negativos que são experienciados pela comunidade LGBTQIA+ podem ser classificados como stressores distais (como por exemplo, experiências discriminatórias), e stressores proximais (como por exemplo, o estigma internalizado). Como já referido, os quatro processos de stress minoritário referidos anteriormente e que integram a Teoria do Stress Minoritário variam num *continuum* de stressores distais a stressores proximais. Os distais podem ser definidos como stressores objetivos, atendendo a que não dependem das avaliações subjetivas nem das percepções das pessoas (Meyer, 2003). Podemos considerar que os stressores distais consistem em fontes externas de stress, como as experiências de preconceito e de violência (Meyer, 2003). Constituem ainda stressores distais as políticas e as leis discriminatórias (Hatzenbuehler, 2016), e os stressores crónicos, como por exemplo, a pobreza (Frost et al., 2019). No que diz respeito a este último stressor, a pobreza, este decorre de um conjunto de leis e políticas que definem um estatuto socialmente desfavorecido e estigmatizado para as minorias sexuais, por comparação com as pessoas heterossexuais e cisgénero (Hatzenbuehler, 2014; Hugtho et al.,

2015; Meyer et al., 2008). Estas políticas colocam as minorias sexuais numa situação de precariedade económica, e que se reflete em instabilidade financeira, bem como dificuldades no acesso a uma habitação digna e a cuidados de saúde de qualidade (Fine et al., 2016).

Já no que diz respeito aos stressores proximais, estes são referentes, não às vivências discriminatórias e preconceituosas, mas antes às experiências internas e subjetivas que são vivenciadas pelas pessoas. Estas experiências são relativas, para além da ocultação da orientação sexual, ao estigma internalizado, isto é, o grau pelo qual o indivíduo mantém atitudes negativas relativamente à sua orientação sexual; e também às expectativas internas de rejeição, ou seja, o facto de as pessoas anteciparem e preverem que vão ser rejeitadas, discriminadas e violentadas pela sociedade, devido à sua orientação sexual (Finkelstein, 2023). Ou seja, e para Meyer (2003), os stressores proximais, em contraste com os distais, são subjetivos. Desta forma, a gestão da identidade minoritária envolve uma grande variedade de processos internos de stress, na medida em que algumas pessoas podem tornar-se extremamente vigilantes e alerta nas relações e nas interações com os outros, devido às suas expectativas de poderem vir a ser rejeitadas; ocultar a sua identidade por receio de serem vítimas de violência, ou ainda internalizar o estigma e o preconceito (Meyer, 2003).

Defende-se, desta forma, que o estigma que é sentido de forma subjetiva impacta os indivíduos pertencentes ao grupo das minorias sexuais, mesmo perante a ausência, no momento atual da sua vida, de experiências de discriminação e de violência, atendendo a que as minorias sexuais podem interagir socialmente condicionadas pela expectativa de serem tratadas de forma negativa pela sociedade (Frost et al., 2022). O estigma percebido pode, desta forma, ocorrer devido à hipervigilância por parte das pessoas decorrente da sua consciência do seu estatuto social estigmatizado pela sociedade e da existência de preconceitos e estereótipos relativos às minorias sexuais, os quais estabelecidos socialmente (Meyer, 2003). O estigma percebido de forma subjetiva pelas minorias sexuais constitui um stress minoritário, devido à carga cognitiva e ao stress antecipatório decorrentes da expectativa que estas pessoas possuem de serem rejeitadas e desaprovadas pela sociedade (Frost et al., 2022).

Finalmente, e também de acordo com esta teoria, defende-se que as minorias gerem o preconceito com a adoção de estratégias de *coping* eficientes (Meyer, 2003). Neste sentido, e em conformidade com as premissas da teoria, existem os chamados fatores de proteção do stress, que permitem atenuar os efeitos negativos da discriminação e da internalização do estigma e do preconceito social (Finkelstein, 2023). A título de exemplo, o apoio e o suporte por parte da comunidade emerge como fator protetor dos efeitos negativos do stress minoritário, atendendo a que promove a adoção de estratégias de *coping* eficazes, melhorando a resiliência

dos grupos minoritários, entre os quais se inclui a comunidade LGBTQIA+ (e.g. Branscombe et al., 1999; Goldbach & Gibbs, 2017; Pinto et al., 2008; Postmes & Branscombe, 2002; Witherspoon & Theodore, 2021; Zimmerman et al., 2015).

Do mesmo modo, no seu processo de *coming out*, as pessoas desenvolvem estratégias que as auxiliam no seu processo de gestão e de superação dos efeitos negativos do stress social (Morris et al., 2001). Face ao exposto, é importante distinguir entre as estratégias que operam ao nível individual e as estratégias que operam ao nível grupal. As primeiras dependem da personalidade de cada pessoa, e nas quais as pessoas variam entre si. Ou seja, e dependendo da personalidade de cada pessoa, cada um(a) adota as estratégias de *coping* que considera que são mais adequadas a si (Meyer, 2003). Já no que diz respeito às estratégias que operam ao nível grupal, estas encontram-se disponíveis para todos os membros da comunidade, e um exemplo de estratégia que opera ao nível grupal é o *coping* minoritário. Deste modo, o *coping* minoritário é referente à capacidade de todos os membros do grupo para adotarem estratégias eficazes e transversais a todos os elementos do grupo para lidar com o stress social, decorrente da discriminação e do estigma, independentemente das estratégias individuais que são adotadas por cada membro do grupo (Meyer, 2003).

1.3. Definição de conceitos e sua relação com os problemas de saúde mental na população LGBTQIA+

1.3.1. Motivação para ocultar a orientação sexual

A população LGBTQIA+ enfrenta frequentemente decisões sobre se, como e quando assumir a sua identidade e orientação sexual perante a sociedade (Kase & Mohr, 2023). Primeiramente abordada na Teoria do Stress Minoritário, a ocultação da orientação sexual (*concealment*) é uma experiência comum entre as pessoas pertencentes ao grupo de minorias sexuais (Huang & Chan, 2022). A literatura conceptualiza a ocultação da orientação sexual como o evitamento ativo em revelar informação pessoal que é percebida pelo(a) próprio(a) como sendo desfavorável, desagradável, negativa e angustiante (Larson & Chastain, 1990). A ocultação refere-se, desta forma, a um esforço ativo por parte da pessoa para esconder a sua orientação e identidade sexual minoritária, e que envolve comportamentos diversos, como a reivindicação da orientação e de uma identidade heterossexual, negar na presença das outras pessoas que se pertence à comunidade LGBTQIA+, e evitar conversas sobre sexo e relacionamentos amorosos (Jackson & Mohr, 2016). O processo interno de ocultar a orientação sexual emerge como uma resposta estratégica ao heterossexismo que é antecipado por parte de pessoas pertencentes ao

grupo das minorias sexuais, protegendo-as de atos preconceituosos e discriminatórios (Legate et al., 2012; Riggle et al., 2017).

O processo interno de ocultação da orientação sexual também permite que as pessoas LGBTQIA+ com elevado estigma internalizado possam evitar chamar a atenção dos outros para a sua orientação sexual e identidade de gênero, percebidas como estigmatizadas (Lyons & Pepping, 2017). Ou seja, a ocultação da orientação sexual também tem sido definida como sendo uma forma de gestão da identidade por parte das pessoas pertencentes ao grupo das minorias sexuais, e que envolve múltiplas estratégias comportamentais, múltiplos processos de tomada de decisão, bem como implicações complexas (King et al., 2014; Mohr et al., 2019). Por um lado, as minorias sexuais podem perceber a ocultação da sua orientação sexual como um mecanismo autoprotetor para evitar experiências de discriminação, assédio, rejeição e preconceito (Goh et al., 2019; Pachankis, 2007). Porém, e por outro lado, este processo interno de ocultação da orientação sexual e da identidade estigmatizada exige um esforço contínuo por parte das pessoas, o que, por sua vez, tende a causar problemas do foro psicológico e emocional (Pachankis et al., 2020).

Embora o presente estudo se foque no processo da motivação para ocultar a orientação sexual, em concreto, é importante ressaltar que este processo é distinto, em termos conceptuais, de outros processos. Deste modo, os processos da revelação da identidade (*Identity disclosure*), e da ocultação da identidade e da orientação sexual, tal como os nomes indicam, são termos distintos, embora se encontrem associados em termos de conceitos, práticas e consequências (Larson et al., 2015; Meidlinger & Hope, 2014). Isto é, o mecanismo de revelação da identidade consiste na expressão ativa e explícita da identidade do indivíduo, ao passo que, no caso das pessoas que se envolvem no processo interno de ocultação da sua identidade/ orientação sexual, tendem a esforçar-se no sentido de não exprimirem, de todo, a sua orientação sexual e/ ou identidade de gênero, evitando assumirem-se (Meidlinger & Hope, 2014). É importante ainda ressaltar que os processos da não revelação da orientação sexual e da identidade (*nondisclosure*) e de ocultação da orientação sexual e da identidade são também conceptualizados como distintos entre si (Huang & Chan, 2022). Neste sentido, o processo de não revelação da orientação sexual e da identidade consiste numa falta de motivação, por parte do próprio, para divulgar e assumir a sua identidade e orientação sexual, ao passo que, no caso do processo de ocultação da orientação sexual, este é referente às atitudes que a pessoa toma no sentido de impedir a divulgação da sua orientação sexual (Jackson & Mohr, 2016; Schrimshaw et al., 2013).

A investigação empírica demonstra que as minorias sexuais, geralmente, tomam consciência da sua identidade de gênero e orientação sexual no decorrer da fase da adolescência, e tendem, na maior parte dos casos, a assumirem-se anos mais tarde, no início da vida adulta (Calzo et al., 2011). Contudo, por outro lado, também existe literatura que demonstra que há pessoas pertencentes ao grupo das minorias sexuais que revelam a sua identidade ainda antes de iniciarem a vida adulta (Russel & Fish, 2019). Porém, e mesmo após o primeiro momento em que as pessoas revelam a sua orientação sexual e/ ou identidade, várias pessoas pertencentes a este grupo continuam, posteriormente, a ocultar a sua identidade e orientação sexual (Pachankis et al., 2020). Esta ocultação continua a ocorrer por necessidade, e em função dos contextos e das situações em que as pessoas se encontram (Beals et al., 2009; Pachankis et al., 2011). Ou seja, é importante ressaltar que o processo da revelação da identidade e da orientação sexual não deve ser encarado apenas como um evento único, na medida em que pode representar uma resposta contínua às exigências provenientes dos contextos, bem como às tomadas de decisões de cada pessoa (Chaudoir & Fisher, 2010).

No que diz respeito à associação entre o processo de ocultação da orientação sexual e a saúde mental na população jovem LGBTQIA+, não existe consenso na literatura relativamente a este assunto. Isto é, não é claro se este processo interno está associado a bem-estar ou, por outro lado, a uma saúde mental mais pobre na população (Pachankis et al., 2015). A literatura demonstra que, por um lado, o ato de ocultar uma orientação sexual socialmente estigmatizada permite que as pessoas possam evitar sujeitarem-se a experiências de discriminação, de preconceito e de violência (D'Augelli et al., 1998; Ragins et al., 2007), prevenindo, desta forma, os problemas de saúde mental decorrentes destas experiências (Huebner & Davis, 2005; Mays & Cochran, 2001; Rosario et al., 2009). Porém, por outro lado, existe também evidência empírica que estabelece que o processo de ocultação da orientação sexual gera sentimentos de stress, estando positivamente associado com sentimentos de vergonha, de culpa, e com a construção de relações disruptivas (Pachankis, 2007).

Já no que respeita à associação entre a ocultação da orientação sexual e as dificuldades do foro psicológico na população, a literatura evidencia uma associação positiva entre ocultar a identidade e a orientação sexual e o desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiosos, levando também à redução do bem-estar psicológico (Pachankis et al., 2020; Riggle et al., 2017). Contudo, a investigação empírica sobre os efeitos do processo de ocultação da orientação sexual na saúde mental tem apresentado resultados mistos, dificultando a obtenção de conclusões concretas acerca da natureza e da direção da associação entre a ocultação da orientação sexual e a saúde mental das minorias sexuais. Ou seja, sabe-se que ocultar a

orientação sexual causa dificuldades do foro psicológico e emocional, contudo, estas dificuldades de saúde mental também podem fazer com que as pessoas se envolvam ainda mais no processo de ocultação da sua identidade e orientação sexual (Kase & Mohr, 2023).

Contudo, e apesar da falta de consenso na literatura quanto à natureza desta associação, é inegável a existência de inúmeros autores que defendem que o processo de ocultar a orientação sexual está associado a dificuldades do foro psicológico entre as pessoas LGBTQIA+ (Brennan et al., 2021; Lehavot & Simoni, 2011; Meyer, 2003). Segundo Pachankis (2007), o mecanismo de ocultação da orientação sexual desencadeia uma cascata de dificuldades cognitivas, afetivas e comportamentais na pessoa. Deste modo, uma pessoa que oculta a sua identidade e orientação sexual pode ser mais suscetível a experienciar sentimentos de culpa e a manifestar um funcionamento social desadaptativo, impactando negativamente a sua saúde mental (Kase & Mohr, 2023). De acordo com os resultados de um estudo longitudinal efetuado por Huang e Chan (2022), o qual examinou o impacto do processo interno da ocultação da orientação sexual na saúde mental ao longo do tempo, verificou-se que, ao fim de um ano, o facto de as pessoas ocultarem a sua orientação sexual esteve positivamente associado com níveis mais baixos de bem-estar subjetivo.

Por fim, é importante registar que também existe investigação empírica que se debruça sobre os efeitos do processo da revelação da identidade minoritária na saúde psicológica. Neste sentido, existe literatura que comprova que o processo de revelação da identidade pode ter efeitos negativos na saúde mental da população LGBTQIA+, em determinadas circunstâncias e contextos diários (Kase & Mohr, 2023). A título de exemplo, existem estudos empíricos que comprovam que as pessoas da comunidade LGBTQIA+ que optam por revelar a sua identidade/orientação sexual ficam expostas a um maior risco de sofrer vitimização e atos de discriminação, o que faz com que as pessoas tenham menos qualidade de vida, piores resultados académicos, e uma saúde mental mais pobre ao longo do tempo (Chang et al., 2021; D’Augelli & Grossman, 2001; Kosciw et al., 2015; Meyer et al., 2021; Suppes et al., 2021; van der Star et al., 2021).

Por exemplo, de acordo com Feinstein e colaboradores (2019), a revelação da identidade minoritária surge associada à manifestação de sintomas depressivos em pessoas bissexuais, mas não em homens *gays* e mulheres lésbicas. Os mesmos autores argumentam que o processo de revelação da identidade minoritária e da orientação sexual está positivamente associado ao aumento da sintomatologia depressiva em pessoas bissexuais, devido a sofrerem atos de discriminação, tanto por parte das pessoas heterossexuais, como dos homens *gays* e das mulheres lésbicas. Ainda, o estudo de Shepherd e colaboradores (2024) evidenciou que o

aumento da discriminação associado ao processo de revelação da identidade minoritária está fortemente correlacionado com o desenvolvimento de comportamentos automutilatórios não suicidas entre a comunidade LGBTQIA+.

Desta forma, e atendendo à falta de consenso, na investigação empírica, quanto aos efeitos do processo da ocultação da orientação sexual na saúde mental da população jovem LGBTQIA+, considera-se que são necessários mais estudos para clarificar a natureza desta direção (Kase & Mohr, 2023).

1.3.2. Aceitação e suporte parental

A literatura indica que uma das formas mais impactantes de rejeição entre as minorias sexuais é a proveniente dos familiares (D'Augelli, 1991). De acordo com VanderWaal et al. (2017), 26% da população jovem LGBTQIA+ que se assume perante a sua família é expulsa de casa pelos seus pais, uma vez que os mesmos não são capazes de conciliar as suas crenças religiosas com a orientação sexual dos seus filhos. Quase um terço destes jovens são agredidos fisicamente por um dos membros das suas famílias no momento em que efetuam o processo de “saída do armário” (Ryan et al., 2009).

Pelo risco da rejeição por parte dos familiares e da possibilidade de expulsão de casa, existem ainda jovens que vivenciam a sexualidade como sendo heterossexuais, reprimindo a sua verdadeira orientação sexual, e desenvolvendo determinadas “estratégias de sobrevivência”, como por exemplo o uso dos “*media*”, o consumo de pornografia, e o uso de salas de chat da internet (VanderWall et al., 2017).

A investigação empírica que se debruça sobre o suporte familiar percebido revela que os jovens LGBTQIA+ que possuem uma relação de vinculação mais segura com a sua família e que são mais apoiados e aceites pelos seus familiares tendem a evidenciar melhor saúde física e mental, por comparação com os jovens que são rejeitados pela família (Olson et al., 2016; Ryan et al., 2010). Entre as comunidades LGBTQIA+, a aceitação familiar encontra-se associada com o aumento da autoestima, com um maior suporte social, com uma saúde de maior qualidade no geral, e também com uma melhor saúde mental (Fredriksen-Goldsen et al., 2013; Ryan et al., 2010). Neste seguimento, a investigação empírica indica que a aceitação e o suporte familiar emerge como um preditor de um melhor ajustamento das minorias sexuais (Snapp et al., 2015), melhorando também a saúde mental das crianças heterossexuais (Olson et al., 2016). Por outro lado, a não aceitação e a falta de suporte por parte dos familiares emerge como fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental entre as populações jovens LGBTQIA+ (McConnell et al., 2015; Shrestha et al., 2014).

De acordo com o estudo de Ryan et al. (2009), o qual avaliou a relação entre a rejeição por parte da família na adolescência e a saúde das minorias sexuais, existem fortes associações entre os comportamentos de rejeição parental no decorrer da fase da adolescência e o abuso de substâncias ilícitas, depressão, ideação suicida e a adoção de comportamentos sexuais de risco por parte dos jovens adultos LGBTQIA+. Mais concretamente, os resultados deste estudo comprovaram que os jovens adultos da comunidade LGBTQIA+ que reportaram índices elevados de rejeição parental no decorrer da adolescência apresentaram 8.4 vezes mais probabilidade de cometer uma tentativa de suicídio, 5.9 vezes mais probabilidade de reportarem níveis mais elevados de pensamentos depressivos, 3.4 vezes mais probabilidade de se envolverem no consumo de drogas ilegais, e 3.4 vezes mais probabilidade de se envolverem em comportamentos sexuais de risco, por comparação com os pares que reportaram baixos níveis de rejeição parental (Ryan et al., 2009).

Noutro estudo (Ryan et al., 2010) foi examinada a relação entre reações familiares específicas à orientação sexual e expressão de género dos seus filhos (baixa aceitação, aceitação moderada e aceitação elevada) e a saúde mental dos mesmos na fase da emergência da adultícia. Os resultados deste estudo revelam que, para a condição de elevada aceitação parental, os(as) jovens adultos relataram maiores níveis de autoestima, suporte social, e de saúde no geral, por comparação com a condição de baixa aceitação parental. Já no que diz respeito à condição de baixa aceitação parental, os(as) jovens evidenciaram índices mais elevados de depressão, abuso de substâncias, comportamentos sexuais de risco, pensamentos suicidas e de ideação suicida, por comparação com a condição de elevada aceitação parental (Ryan et al., 2010).

De forma a fazer face à não aceitação e à falta de suporte por parte da família, muitas pessoas pertencentes à comunidade LGBTQIA+ encontram-se forçadas a procurar ajuda fora do seu seio familiar de origem, na medida em que tendem a criar famílias alternativas (Dewaele et al., 2011). Uma família alternativa ou escolhida é uma família composta por indivíduos que não pertencem ao núcleo familiar biológico, e com os quais as pessoas LGBTQIA+ desenvolvem relações significativas, como forma de substituição da não aceitação por parte das suas famílias biológicas (Dewaele et al., 2011). Desta forma, a construção destas redes alternativas e intencionais emergem como um mecanismo de apoio vital para as minorias sexuais, sendo que estas relações que as pessoas desenvolvem com as suas famílias alternativas ajudam a reduzir o impacto negativo do sofrimento psicológico (Milton & Knutson, 2023).

1.3.3. Ligação à comunidade

A ligação à comunidade refere-se a um sentimento de pertença a uma comunidade ampla, a um subgrupo da comunidade LGBTQIA+, ou ainda a outros grupos compostos por minorias sexuais (Frost & Meyer, 2012; Meyer, 2003). Contudo, este construto de conexão, de natureza afetiva e cognitiva, encontra-se separado do envolvimento e da participação ativa na comunidade, que são construtos comportamentais que avaliam atividades (como por exemplo, frequentar um bar *gay* ou participar em atividades da comunidade LGBTQIA+) (Frost & Meyer, 2012). Contudo, a ligação à comunidade e a participação e envolvimento na comunidade são conceitos interligados, uma vez que o grau de conexão de cada pessoa com a comunidade LGBTQIA+ pode influenciar a sua participação comportamental na mesma (Petruzzella et al., 2019).

De acordo com a investigação empírica, a ligação à comunidade LGBTQIA+ emerge como um fator de proteção contra o desenvolvimento de problemas psicológicos entre as minorias sexuais com uma forte conexão com a comunidade LGBTQIA+ (Rogers et al., 2021). Neste sentido, o sentimento subjetivo de ligação à comunidade promove a resiliência entre as pessoas, nomeadamente ao permitir que as mesmas estabeleçam interações sociais significativas sem serem discriminadas, estigmatizadas, ou marginalizadas e excluídas socialmente devido à sua orientação sexual, ou identidade minoritária. Um maior sentimento subjetivo de ligação à comunidade também fornece às pessoas suporte social, e apoio para lidar com o preconceito e a discriminação (Morandini et al., 2015). No seguimento, a variável da ligação à comunidade LGBTQIA+ pode emergir como um *buffer* contra o desenvolvimento de manifestações psicopatológicas em minorias sexuais, ou seja, a literatura sugere que aqueles que possuem um maior sentimento subjetivo de ligação com a comunidade LGBTQIA+, podem ser menos impactados de forma negativa pelos stressores minoritários internos e externos (Rogers et al., 2021).

Sugere-se ainda que as pessoas com maior grau de ligação à comunidade LGBTQIA+ podem também ter mais oportunidades para desconstruir o seu sentimento de estigma internalizado, desenvolvendo uma autoestima e uma autoimagem mais positiva (Rogers et al., 2021). Existe literatura proveniente de diversas amostras da comunidade de minorias sexuais que revela que um maior sentimento de estigma internalizado está associado a um menor sentimento de ligação à comunidade LGBTQIA+ (Frost & Meyer, 2009; Herek et al., 1997). Acrescenta-se ainda o estudo levado a cabo por Puckett e colaboradores (2015), que examinou a ligação à comunidade LGBTQIA+, o heterossexismo internalizado e o sofrimento psicológico (em termos de sintomas depressivos e ansiedade social). Os resultados deste estudo

evidenciaram que um nível mais baixo de ligação à comunidade LGBTQIA+ está associado a um maior sofrimento psicológico entre as minorias sexuais. Também se verificou que a variável da ligação à comunidade medeia a associação entre o heterossexismo internalizado e o sofrimento psicológico. Ou seja, as pessoas com elevados níveis de heterossexismo internalizado reportaram níveis mais baixos de ligação à comunidade, o que, por sua vez, levou ao aumento do sofrimento psicológico entre as pessoas da comunidade. Desta forma, as conclusões deste estudo indicam que a ligação à comunidade LGBTQIA+ permite que as pessoas possam construir relações positivas com outras minorias sexuais, e vivenciar experiências que permitem desconstruir o estigma internalizado, bem como outras concepções negativas e preconceituosas acerca da comunidade LGBTQIA+, o que resulta numa diminuição dos índices de sofrimento psicológico nesta mesma comunidade. O sentimento subjetivo de ligação à comunidade LGBTQIA+ constitui, desta forma, uma variável significativa através da qual o estigma internalizado influencia a saúde mental das minorias sexuais, uma vez que, em consequência da falta do sentimento de ligação, as pessoas tendem a isolar-se mais e a internalizar uma autoimagem negativa (Puckett et al., 2015). Assim, a literatura considera que o sentimento de ligação à comunidade está associado à adoção de estratégias de *coping* eficazes para lidar com o stress, e diminui o estigma internalizado frequentemente sentido pelas minorias sexuais (Cox et al., 2010).

Existe evidência de que a solidão e a sensação de desconexão para com a comunidade, resultando na ausência de sentimentos de pertença, emergem como fatores de risco para o desenvolvimento de ideação suicida (Chu et al., 2017; Van Orden et al., 2010). Adicionalmente, o isolamento social percebido tende a aumentar significativamente a probabilidade de morte prematura, incluindo a morte por suicídio (Calati et al., 2019; Holt-Lunstad et al., 2015). Também se destaca, na investigação empírica, que o sentimento subjetivo de pertença à comunidade previne os problemas de saúde mental, nomeadamente a depressão, entre as minorias sexuais (Ribeiro-Gonçalves et al., 2019; Wong et al., 2014). Contudo, é importante destacar que se verificam, na literatura, resultados mistos relativamente ao papel da variável da ligação à comunidade no ajustamento psicológico entre as pessoas que a integram. Deste modo, e em contrapartida, existe também literatura que comprova que não existe uma associação significativa entre o sentimento de ligação à comunidade LGBTQIA+ e a ideação suicida (Plöderl et al., 2014; Rogers et al., 2021).

No que diz respeito ao papel moderador da ligação à comunidade, e de acordo com os resultados do estudo de Kaniuka e colaboradores (2019), o sentimento de ligação à comunidade LGBTQIA+ modera a relação entre o estigma percebido e a depressão, e também a relação

entre o estigma percebido e os comportamentos suicidários. Mais concretamente, estes resultados evidenciam que as minorias sexuais que experienciam um maior estigma percebido relatam menos sintomas depressivos quando se sentem inseridos e ligados à comunidade LGBTQIA+. Os resultados deste estudo também permitem concluir que as pessoas que experienciam um maior estigma percebido relatam menos comportamentos suicidários quando se sentem conectadas com a comunidade LGBTQIA+. Ou seja, o que estes resultados indicam é que, apesar de o sentimento de ligação à comunidade LGBTQIA+ não prevenir a ansiedade face ao estigma percebido, pode “amortecer” os pensamentos depressivos e a ideação suicida (Kaniuka et al., 2019).

Verificam-se ainda, na investigação empírica, fortes associações entre o sentimento de ligação à comunidade LGBTQIA+ e o bem-estar psicológico (Kertzner et al., 2009). Ou seja, e de acordo com o estudo destes autores, os homens *gays* que reportaram níveis elevados de conexão com a comunidade encontravam-se também mais predispostos a reportar mais bem-estar psicológico (em termos de autonomia, autoaceitação e crescimento pessoal) e social (em termos de integração) (Kertzner et al., 2009).

Sugere-se ainda a possibilidade da variável do sentimento subjetivo de ligação à comunidade moderar o modelo proposto na teoria do stress minoritário. Isto é, a investigação aponta a possibilidade desta variável moderar a associação entre os stressores minoritários externos (como por exemplo, as experiências de preconceito e de violência) e o estigma internalizado. Da mesma forma, também está sugerida, na literatura, a possibilidade desta variável, de nível social, moderar a associação entre o estigma internalizado e a ideação suicida (Rogers et al., 2021). Deste modo, o estudo levado a cabo por estes autores comprovou o papel moderador da variável da ligação à comunidade nas associações entre estas variáveis. Contudo, e contrariamente ao esperado por parte dos autores, os resultados do estudo evidenciaram que a associação entre a exposição repetida a stressores minoritários externos e o elevado sentimento de estigma internalizado foi mais forte para um elevado nível de ligação à comunidade, por comparação com um nível baixo de ligação à comunidade. Este resultado evidenciou que, quanto maior o sentimento subjetivo de ligação à comunidade, maior foi o nível de estigma internalizado decorrente da exposição aos stressores minoritários externos (como a vivência de experiências discriminatórias, de atos de vitimização e de crimes de ódio). Da mesma forma, os resultados deste estudo também comprovaram que a associação entre um elevado sentimento de estigma internalizado e maior ideação suicida foi mais forte para um nível elevado de ligação à comunidade, por comparação com um nível baixo de ligação à comunidade, evidenciando que, quanto maior o sentimento subjetivo de ligação à comunidade,

os participantes tenderam a reportar mais ideação suicida, em consequência do elevado sentimento de estigma internalizado. Deste modo, estes resultados não confirmaram a expectativa dos autores, de acordo com a qual a variável da ligação à comunidade atenuaria o impacto negativo dos stressores minoritários externos e do estigma internalizado.

Para concluir, é importante reter que o sentimento de ligação à comunidade LGBTQIA+ poderá emergir como um fator de proteção dos problemas de saúde mental relacionados com o estigma e o preconceito, atendendo a que proporciona às minorias sexuais ambientes onde possam construir relações sociais significativas, fornecendo-lhes o suporte social necessário (Frost & Meyer, 2012). Contudo, e atendendo a que existe falta de consenso na literatura sobre se esta variável contribui para acentuar ou atenuar o impacto negativo dos stressores minoritários internos e externos na saúde das minorias sexuais, são necessários mais estudos para clarificar o papel moderador da variável da ligação à comunidade.

1.4. Objetivos e hipóteses deste estudo

A partir da revisão de literatura efetuada, é possível concluir que a comunidade jovem LGBTQIA+ continua a enfrentar níveis elevados de sofrimento psicológico, por comparação com a população heterossexual e cisgénero. Também sabemos que ocultar a orientação sexual pode emergir como um fator protetor da saúde mental das pessoas, evitando que as mesmas vivenciem experiências de discriminação, de preconceito, e de violência. Contudo, por outro lado, o processo de ocultação da orientação sexual pode resultar num obstáculo para que as pessoas possam vivenciar a sua sexualidade de uma forma plena e sem receios. Como é um processo que exige um esforço contínuo levado a cabo pelas pessoas, no sentido de ocultarem a sua identidade e orientação, tende a levar ao desenvolvimento de problemas de ansiedade, e outras dificuldades do foro psicológico, reduzindo o bem-estar, e perturbando também o funcionamento social das pessoas que se envolvem neste processo de ocultação.

Já no que diz respeito à aceitação e suporte parental, e ao sentimento subjetivo de ligação à comunidade, sabemos que um maior grau de aceitação e suporte parental prediz um melhor ajustamento psicológico. Contudo, as pessoas que experienciam um elevado grau de rejeição por parte dos seus familiares tendem a manifestar dificuldades do foro psicológico e emocional.

A partir da investigação empírica, sabemos que a variável da ligação à comunidade LGBTQIA+ modera a associação entre vários stressores minoritários internos e externos (e.g., heterossexismo internalizado) e a saúde mental de minorias sexuais. Contudo, não está claro se esta variável diminui ou aumenta o impacto negativo destes stressores na saúde mental das minorias sexuais. Deste modo, e embora haja investigação que comprova que a ligação à

comunidade diminui o impacto negativo dos stressores minoritários na saúde das pessoas, existem também resultados mistos. Da mesma forma, também não se sabe o papel que esta variável desempenha na associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e a saúde mental, e também na associação entre a aceitação e suporte parental e a saúde mental das minorias sexuais.

O modelo do stress minoritário proposto por Meyer (2003) constitui uma justificação sólida para as diferenças que se verificam nos níveis de sofrimento psicológico e de bem-estar reportados entre a população heterossexual e cisgénero e as minorias sexuais. Mais concretamente, são os stressores proximais e distais enfrentados pelas minorias sexuais que estão associados ao desenvolvimento dos problemas de saúde mental entre estas pessoas, de acordo com o referido modelo.

Contudo, e apesar da evidência do papel destes stressores na saúde mental das minorias sexuais, Chan e colaboradores (2020) defendem a existência de diferentes níveis nos quais estes fatores de stress se encontram localizados. Mais concretamente, os autores consideram que os elevados níveis de sofrimento psicológico entre os membros da população LGBTQIA+, e também que as diferenças de intensidade do sofrimento psicológico vivenciado entre os vários subgrupos da comunidade estão na origem de vários fatores de stress relacionados com a identidade minoritária que são enfrentados pelas pessoas desta população, muito em particular pelas pessoas bissexuais. Estes fatores de stress operam ao nível intraindividual; interpessoal e comunitário (Chan et al., 2020).

O nível intraindividual está relacionado com as experiências subjetivas e internas relativas ao conflito identitário das pessoas, devido às mesmas possuírem uma orientação sexual/ identidade minoritária que é socialmente estigmatizada. Por exemplo, viver numa sociedade heterossexista e/ ou monossexista pode ser um dos motivos que leva a que as pessoas experienciem conflitos de identidade (Chan et al., 2020). O nível interpessoal é respeitante aos estigmas e aos preconceitos que as minorias sexuais experienciam nas relações interpessoais que estabelecem com as outras pessoas, quer sejam as pessoas do seu grupo minoritário, quer sejam as pessoas de outros grupos sociais mais amplos. Neste nível, estão também inseridas as relações familiares, sendo que, no momento em que as minorias sexuais revelam a sua orientação sexual/ identidade minoritária, podem ser confrontadas com reações diversas por parte dos seus familiares, as quais podem afirmar ou rejeitar a sua orientação sexual/ identidade (D'Augelli et al., 2005). Finalmente, e no que diz respeito ao nível comunitário, este está relacionado com o grau com que as pessoas se sentem inseridas na comunidade LGBTQIA+,

condicionando o sentimento de pertença e a obtenção de apoio e suporte social por parte das minorias sexuais (Lin & Israel, 2012).

Deste modo, e tendo como referência estes três níveis pelos quais os fatores de stress minoritário podem impactar negativamente a saúde mental da população jovem LGBTQIA+, o objetivo do presente estudo consiste em perceber o papel dos seguintes três preditores: a motivação para ocultar a orientação sexual (que opera a um nível individual); a aceitação e o suporte parental (que opera a um nível interpessoal e familiar) e a ligação à comunidade (que opera a um nível comunitário) na relação entre as experiências de stress minoritário e o bem-estar de jovens adultos da comunidade LGBTQIA+, no contexto português, bem como a presença de manifestações psicopatológicas nesta população. Atendendo a que, de acordo com Erikson e Erikson (1997), o estágio de desenvolvimento que caracteriza o jovem adulto é o da *intimidade vs isolamento*, e compreende as faixas etárias situadas entre os 18 e os 40 anos, este estudo é destinado a todos(as) jovens adultos com uma idade compreendida neste intervalo de faixas etárias. De acordo com esta teoria, a principal virtude que caracteriza este estágio é o amor e a intimidade. Em contrapartida, as pessoas também podem experienciar um sentimento de isolamento e de deprivação, caso, por algum motivo, não consigam realizar a principal tarefa que caracteriza este estágio, que é estabelecer relações íntimas e significativas com os(as) outros(as). Neste sentido, o grau de resolução deste estágio contribui para a consolidação das características da personalidade das pessoas, influenciando o grau de resolução do estágio seguinte (Sacco, 2013). Deste modo, a idade máxima para participar no estudo é a faixa etária dos 39 anos, uma vez que, a partir dos 40, as pessoas já entram no estágio seguinte, correspondente à *generatividade vs estagnação*.

Posto isto, as hipóteses a serem testadas neste estudo são as seguintes:

H1: A motivação para ocultar a orientação sexual está associada ao aumento do sofrimento psicológico e à diminuição do bem-estar.

Isto é, espera-se uma associação positiva entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o sofrimento psicológico, isto é, quanto mais elevada for a motivação para ocultar a orientação sexual, maior será o sofrimento psicológico reportado. Também se espera uma associação negativa entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o bem-estar, ou seja, quanto mais elevada for a motivação para ocultar a orientação sexual, menores serão os níveis de bem-estar reportados pelos participantes.

H2: A ligação à comunidade modera a associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o sofrimento psicológico, e a associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o bem-estar.

Ou seja, espera-se que, entre participantes com uma baixa motivação para ocultarem a sua orientação sexual, o sentimento subjetivo de ligação à comunidade seja um fator protetor da saúde mental dos mesmos, diminuindo o sofrimento psicológico, e aumentando o bem-estar. Em contrapartida, também se espera que, para a condição de elevada ligação à comunidade, o impacto negativo do processo de ocultar a orientação sexual seja maior na saúde mental, aumentando o sofrimento psicológico e diminuindo o bem-estar entre os participantes com uma elevada motivação para ocultarem a sua orientação sexual/ identidade minoritária.

H3: A aceitação e suporte parental está associado ao bem-estar, bem como à ausência de sofrimento psicológico.

Espera-se uma associação positiva entre um elevado suporte e aceitação parental e o bem-estar, ou seja, quanto maior for o suporte e a aceitação parental, maiores níveis de bem-estar subjetivo serão reportados pelos participantes. Também se espera uma associação negativa entre a aceitação e suporte parental e o sofrimento psicológico reportado. Ou seja, quanto maior a aceitação e suporte parental, menor é o sofrimento psicológico reportado.

H4: A ligação à comunidade modera a associação entre a aceitação e o suporte parental e o sofrimento psicológico, e a associação entre a aceitação e o suporte parental e o bem-estar.

Isto é, espera-se que o impacto negativo decorrente de um baixo nível de suporte e aceitação parental seja menor para um elevado nível de ligação à comunidade. Não se espera efeito significativo para a condição de elevado suporte e aceitação parental.

Para o efeito, serão testados quatro modelos de moderação, nos quais a variável moderadora será a ligação à comunidade. No primeiro modelo de moderação, a variável preditora será a motivação para ocultar a orientação sexual, e a variável de *outcome* será o sofrimento psicológico. No segundo modelo de moderação, a variável preditora será a aceitação e o suporte parental, e a variável de *outcome* será, novamente, o sofrimento psicológico. No terceiro modelo, a variável preditora será o processo de ocultação da orientação sexual, e a variável de *outcome* será o bem-estar. Finalmente, e no que diz respeito ao quarto modelo, apenas irá variar a variável preditora, sendo que será a aceitação e o suporte parental, e o bem-estar mantém-se como variável de *outcome*.

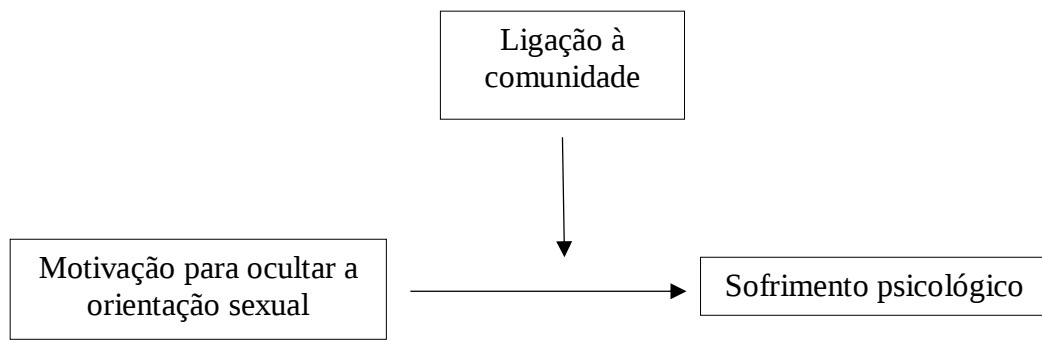


Figura 1. Modelo de Moderação 1 – O papel moderador da ligação à comunidade na associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o sofrimento psicológico

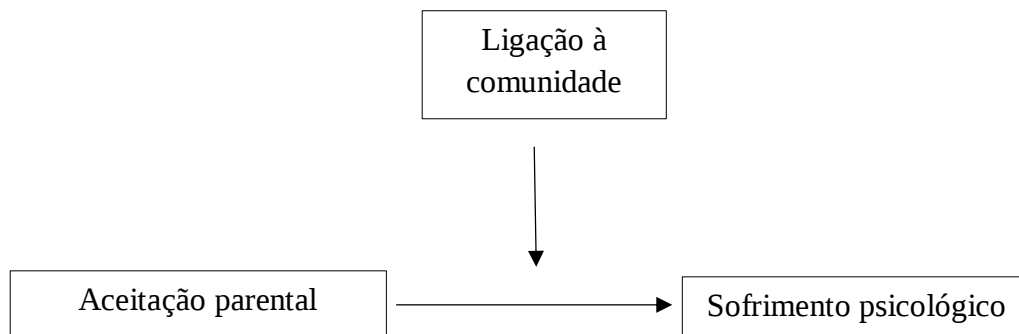


Figura 2. Modelo de Moderação 2 – O papel moderador da ligação à comunidade na associação entre a aceitação parental e o sofrimento psicológico

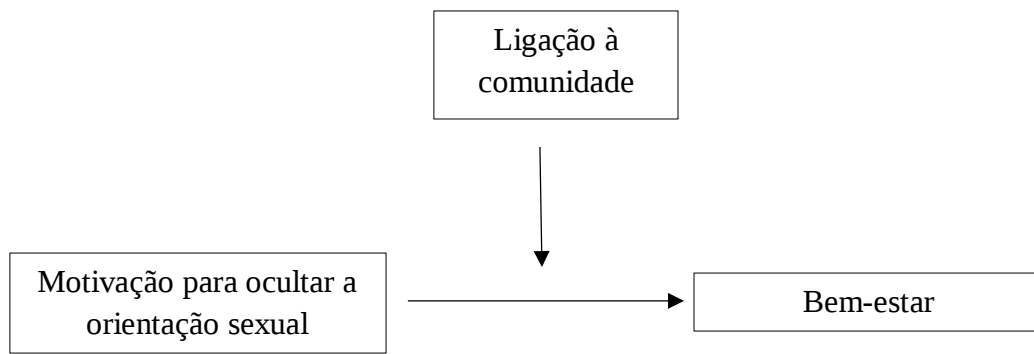


Figura 3. Modelo de Moderação 3 – O papel moderador da ligação à comunidade na associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o bem-estar

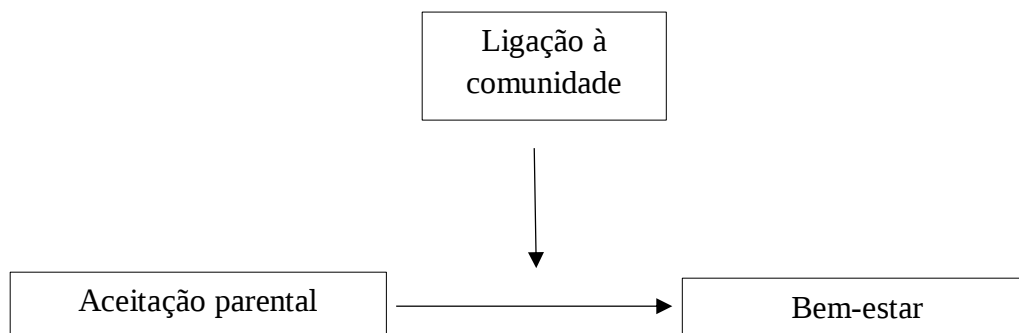


Figura 4. Modelo de Moderação 4 – O papel moderador da ligação à comunidade na associação entre a aceitação parental e o bem-estar

Capítulo 2 - Método

2.1. Participantes

No que diz respeito aos critérios de inclusão e de exclusão para a participação no presente estudo, foi previamente estabelecido que apenas poderiam participar pessoas que se identificassem como pertencendo à comunidade LGBTQIA+, sendo aceites todas as orientações e identidades de género contempladas na sigla. O único critério de exclusão seria possuir orientação heterossexual. Foi também pré-definido que, para participar no estudo, seria necessário ter uma idade compreendida entre os 18 e os 39 anos.

No estudo, participaram um total de 242 indivíduos. Contudo, do total de participantes, foram excluídos 68 indivíduos, devido a não terem completado, no mínimo, 75% do questionário. Deste modo, a amostra válida foi composta por um total de 174 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 39 anos. A média de idades foi de 26.92 anos, com um desvio-padrão de 5.65.

No que diz respeito à identidade de género dos(as) participantes, 143 identificaram-se como homens, 22 como mulheres, e 9 como não binários ou de género diverso. Relativamente ao seu sexo atribuído à nascença, 147 respondentes indicaram o sexo masculino como aquele que lhes foi o atribuído à nascença, 26 indicaram o sexo feminino, e 1 respondente preferiu não indicar o sexo que lhe foi atribuído à nascença. Atendendo à orientação sexual dos(as) participantes que compõem a amostra, 125 participantes assumiram-se como *gays*, 27 como bissexuais ou panssexuais, 8 como lésbicas, e 5 como assexuais. Do total de participantes, 8 indicaram possuir uma outra orientação sexual, diferente das disponibilizadas no questionário, e 1 participante preferiu não indicar a sua orientação sexual. Finalmente, e relativamente às habilitações literárias dos(as) participantes, 64 indicaram possuir mestrado ou doutoramento, 64 indicaram ser licenciados(as), 43 indicaram ter o ensino secundário, e 3 indicaram ter o 9º ano de escolaridade (ver Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Variável	Min - Máx	Média	DP	FA	FR (%)
Idade	18-39	26.92	5.65		
Identidade de gênero					
Homem				143	82.2
Mulher				22	12.6
Não binário/ Gênero diverso				9	5.2
Sexo atribuído à nascença					
Feminino				26	14.9
Masculino				147	84.5
Prefiro não indicar				1	0.6
Orientação sexual					
Assexual				5	2.9
Bissexual/ Pansexual				27	15.5
Gay				125	71.8
Lésbica				8	4.6
Outra				8	4.6
Prefiro não indicar				1	0.6
Habilitações literárias					
9º ano de escolaridade				3	1.7
Ensino secundário				43	24.7
Licenciatura				64	36.8
Mestrado/ Doutorado				64	36.8

2.2. Instrumentos

Para a presente investigação, foram aplicados cinco questionários. Dois dos questionários foram utilizados para medir e operacionalizar a variável dependente, que é a saúde mental: um questionário para avaliar o bem-estar, e outro para avaliar o sofrimento psicológico. Em seguida, foram aplicados mais três questionários, cada um com o propósito de medir e operacionalizar cada uma das três variáveis preditoras (a motivação para ocultar a orientação sexual; a aceitação e o suporte parental, e a ligação à comunidade).

a) MHI-5 – *Mental Health Inventory-5*

O *Mental Health Inventory-5* (MHI-5; Berwick et al., 1991) corresponde à versão breve do *Mental Health Inventory* (MHI; Veit & Ware, 1983), composto por 38 itens. O MHI-5 é composto por 5 itens, e é um instrumento que permite avaliar, tanto o bem-estar psicológico, como o *distress* psicológico, tendo sido desenvolvido para ser administrado na população geral, e não apenas numa população clínica (Marques et al., 2011). Os 5 itens que compõem a versão breve do instrumento visam avaliar o estado de humor do indivíduo no decorrer do último mês. Desta forma, 2 itens avaliam a presença de bem-estar (“*Com que frequência, no último mês, se sentiu calmo(a) e em paz?*”; e “*No último mês, com que frequência se sentiu uma pessoa feliz?*”), ao passo que, os outros 3 itens avaliam a ausência de bem-estar psicológico (Rivera-Riquelme et al., 2019). Os itens que compõem a versão de 5 itens pertencem às escalas de Ansiedade (1 item); Depressão (1 item); Perda de Controlo Emocional e Comportamental (1 item), e de Afeto Positivo (2 itens). A escala de Afeto Positivo é a escala referente ao bem-estar psicológico, ao passo que as restantes escalas são referentes ao *distress* psicológico (Ribeiro, 2001).

No presente estudo, o bem-estar psicológico foi operacionalizado a partir da elaboração da compósita englobando os 5 itens que integram o MHI-5. Para a elaboração da compósita, foram revertidos os 3 itens que pretendem avaliar o *distress* psicológico (“*Com que frequência, no último mês, se sentiu muito nervoso(a)?*”; “*Com que frequência, no último mês, se sentiu triste e em baixo?*”; e “*Com que frequência, no último mês, se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada o(a) conseguia animar?*”). Deste modo, as pontuações mais altas indicam maiores níveis de bem-estar psicológico, e ausência de *distress*.

Para cada um dos 5 itens, os(as) participantes devem indicar em que medida experienciaram o sentimento/emoção a que cada um dos itens se refere, no decorrer do último mês, com base numa escala *likert* de 6 pontos que varia entre 1 (Nunca) e 6 (Sempre) (Rivera-Riquelme et al., 2019). A pontuação total do questionário pode variar entre 0 e 15, sendo que os valores mais elevados indicam melhores níveis de saúde mental (Rivera-Riquelme et al., 2019).

No que diz respeito às qualidades psicométricas do instrumento, a adaptação portuguesa do instrumento obteve uma correlação de $r = 0.95$ entre o MHI-5 e a versão original, composta por 38 itens (Ribeiro, 2001). O instrumento também revelou possuir uma boa consistência interna ($\alpha = 0.87$) (Marques et al., 2011).

No presente estudo, o *Mental Health Inventory-5* apresentou uma consistência interna muito boa ($\alpha = 0.85$) (Kline, 2011).

b) BSI – *Brief Symptom Inventory*

Para avaliar a presença de diferentes manifestações de sintomatologia psicopatológica nos(as) participantes, foi aplicado o BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (L.R. Derogatis, 1993; Versão: M. C. Canavarro, 1995). O BSI é um instrumento que pode ser administrado a pessoas em contexto psiquiátrico, com perturbações emocionais, ou ainda a pessoas com outras perturbações, e até mesmo à população geral. O instrumento pode também ser administrado a adolescentes, com uma idade mínima de 13 anos, com a presença de um técnico disponível para responder a dúvidas que os(as) adolescentes possam ter relativas ao instrumento (Canavarro, 2007).

O BSI é um inventário que avalia sintomas psicopatológicos, tendo como base 9 dimensões de sintomatologia, e 3 Índices Globais, sendo que estes últimos correspondem a avaliações sumárias de perturbação emocional (Canavarro, 2007). Estes índices globais correspondem ao Índice Geral de Sintomas (IGS); ao índice de Sintomas Positivos (ISP), e ao Total de Sintomas Positivos (TSP). Na presente investigação, a variável do sofrimento psicológico foi operacionalizada a partir da elaboração da compósita com os 53 itens que integram este instrumento, e o índice global utilizado foi o TSP. Este índice é referente ao número de queixas sintomáticas apresentadas, correspondendo ao somatório do número de itens com resposta positiva (>0). As dimensões que integram o BSI são as seguintes: Somatização; Obsessões-Compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranóide, e Psicoticismo.

O inventário possui 4 itens que não pertencem a nenhuma destas escalas (itens 11, 25, 39 e 52), contudo, e atendendo à sua relevância clínica, e ao facto de contribuírem para estas dimensões, são contabilizados nas pontuações dos três Índices Globais (Canavarro, 2007).

No que diz respeito às qualidades psicométricas do BSI, e relativamente à adaptação do instrumento para a população portuguesa, as dimensões que compõem o inventário possuem uma boa consistência interna (com exceção das dimensões de Ansiedade Fóbica e Psicoticismo, nas quais o valor de *alfa* é inferior a 0.70) (Canavarro, 2007).

No presente estudo, o BSI – *Brief Symptom Inventory* apresentou uma excelente consistência interna ($\alpha = 0.97$) (Kline, 2011).

c) LGBIS – *Lesbian, Gay, and Bisexual Identity Scale*

No sentido de avaliar a motivação, por parte dos(as) participantes, para ocultarem a sua orientação sexual e identidade de género, foi aplicada a escala *Lesbian, Gay, and Bisexual Identity Scale* (LGBIS; Kendra & Mohr, 2008). Trata-se de uma escala composta por um total

de 33 itens, e que foi, posteriormente, validada para a população portuguesa por Oliveira e colaboradores (2012). A versão validada para a população portuguesa é composta por um total de 28 itens, sendo esta a versão aplicada neste estudo. A escala avalia sete dimensões da identidade lésbica, gay, e bissexual, entre as quais a motivação para ocultar a orientação sexual - $\alpha = 0.81$ (e.g., *“Tento manter um controlo cuidadoso de quem sabe sobre as minhas relações com pessoas do mesmo sexo”*). As restantes 6 dimensões são as seguintes: Insatisfação identitária - $\alpha = 0.83$ (e.g., *“Acho que é injusto sentir-me atraído/a por pessoas do mesmo sexo”*); Incerteza Identitária - $\alpha = 0.82$ (e.g., *“Não estou totalmente certo/a de qual é a minha orientação sexual”*); Sensibilidade ao Estigma - $\alpha = 0.81$ (e.g., *“Penso bastante sobre o quanto a minha orientação sexual afeta a forma como os outros me vêem”*); Centralidade Identitária - $\alpha = 0.70$ (e.g., *“Para me compreenderem como pessoa é necessário saber que sou LGBT (lésbica, gay, bissexual, transexual, transgénero)”*); Superioridade Identitária - $\alpha = 0.62$ (e.g., *“As pessoas heterossexuais têm vidas mais aborrecidas que as pessoas LGBT (lésbica, gay, bissexual, transexual, transgénero)”*); e Dificuldades no Processo Identitário - $\alpha = 0.83$ (e.g., *“Senti-me confortável com a minha identidade de género desde o início”*) (Oliveira et al., 2012).

A versão validada da escala para a população portuguesa possui boas qualidades psicométricas e, a partir dos valores de *alpha de cronbach* de cada uma das subescalas anteriormente indicados, também é possível concluir que, no global, a escala possui uma boa consistência interna. A partir da análise fatorial efetuada, a solução final de 7 fatores explicou 64,39% da variância total (Oliveira et al., 2012). Para cada item da escala, aos(às) participantes é solicitado que manifestem o seu grau de concordância com a afirmação em questão, tendo como base uma escala de resposta de tipo *Likert* de 7 pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente).

Para o presente estudo, apesar de se ter administrado a escala completa, para as análises apenas foi utilizada a subescala da motivação para ocultar a orientação sexual, composta por um total de 4 itens (*“Penso muito antes de me assumir como lésbica, gay, bissexual, transexual, transgénero a alguém”*; *“Prefiro manter as minhas relações com pessoas do mesmo sexo privadas”*; *“Tento manter um controlo cuidadoso de quem sabe sobre as minhas relações com pessoas do mesmo sexo”*, e *“A minha orientação sexual é um assunto muito pessoal e privado”*). A variável da motivação para ocultar a orientação sexual foi operacionalizada a partir da elaboração da compósita composta por estes mesmos 4 itens que integram esta subescala.

No presente estudo, a escala apresentou uma consistência interna boa ($\alpha = 0.76$), e a subescala referente à motivação para ocultar a orientação sexual apresentou uma consistência interna muito boa ($\alpha = 0.80$) (Kline, 2011).

d) *Parental support*

No sentido de avaliar a aceitação e o suporte parental, foi aplicada a escala *Parental Support* (Espelage et al., 2008). A mesma escala também já foi aplicada, no contexto português, no estudo de António e colaboradores (2012), que teve como objetivo a exploração do fenómeno do *bullying* homofóbico. Trata-se de uma escala composta apenas por 2 itens, que permitem avaliar em que medida os(as) participantes do estudo sentem que os seus pais se preocupam com eles, e é também solicitado aos(às) participantes para indicarem se os seus pais estão presentes quando necessitam da presença deles ($r = 0.77$).

Os itens que compõem a escala são os seguintes: “*Os meus pais estão presentes quando necessito*” e “*Os meus pais preocupam-se comigo*”. Desta forma, solicita-se aos(às) participantes que respondam a estas duas questões, tendo como base uma escala de resposta de tipo *Likert* de 4 pontos (0 – Nunca; 1 – Raramente; 2 – Às vezes; 3- Frequentemente, e 4 – Muito frequentemente) (Espelage et al., 2008).

No presente estudo, os itens da escala *Parental Support* apresentaram uma correlação de *Pearson* de 0.65, com significância estatística ($p < 0.001$).

A variável composta da aceitação e suporte parental foi elaborada a partir dos 2 itens que integram este instrumento.

e) *Connectedness to the LGBT Community Scale*

Para avaliar o sentimento de ligação à comunidade LGBTQIA+, foi aplicada a escala *Connectedness to the LGBT Community Scale* (Frost & Meyer, 2012). A escala é composta por um total de 8 itens. Para cada item, os(as) participantes são convidados(as) a indicar o seu grau de concordância com a afirmação em questão, numa escala de resposta que varia de 1 (concordo totalmente) a 4 (discordo totalmente). A escala avalia três formas de ligação com a comunidade, nomeadamente: o grau de proximidade dos(as) respondentes à comunidade (itens 1 e 3); o grau de positividade das ligações que os(as) respondentes possuem com a comunidade (itens 2 e 4), e o sentimento, por parte dos(as) respondentes, sobre se a sua ligação à comunidade é gratificante para os(as) mesmos(as), e ainda se esta ligação à comunidade possui o potencial de resolver os problemas que os(as) respondentes têm nas suas vidas (itens 5, 6 e 7) (Frost &

Meyer, 2012). Por fim, e no que diz respeito ao item 8 (“*Sinto um vínculo com outras pessoas (do mesmo género, e semelhantes a mim)*”), este foi um item construído por Herek e Glunt (1995, citado em Frost & Meyer, 2012), e adicionado à escala validada por Frost e Meyer (2012), com o intuito de avaliar o sentimento de proximidade, por parte dos(as) respondentes, aos outros membros da comunidade, e que partilham a mesma identidade de género/ orientação sexual que os(as) respondentes.

Esta escala corresponde a uma adaptação da medida de afiliação comunitária aplicada no *Urban Men’s Health Study* (UMHS) (Barret & Pollack, 2005; Stall et al., 2001). No que diz respeito às suas qualidades psicométricas, a escala revelou possuir uma boa consistência interna ($\alpha = 0.81$) no estudo de Frost e colaboradores (2012). No que diz respeito ao estudo UHMS, no qual foi aplicada a versão original da escala, composta por 7 itens, a mesma também revelou possuir boas qualidades psicométricas ($\alpha = 0.78$) (Stall et al., 2001).

Neste estudo, a escala *Connectedness to the LGBT Community Scale* apresentou uma excelente consistência interna ($\alpha = 0.92$) (Kline, 2011).

A compósita referente ao sentimento subjetivo de identificação com e ligação à comunidade LGBTQIA+ foi elaborada a partir dos 8 itens que integram este instrumento. Contudo, e atendendo a que a escala do instrumento varia entre concordo totalmente e discordo totalmente, os 8 itens que integram o instrumento foram revertidos, passando a escala a variar entre discordo totalmente e concordo totalmente. Deste modo, e à semelhança do verificado nos outros instrumentos, valores mais elevados são indicativos de maior sentimento subjetivo de ligação à comunidade.

2.3. Procedimentos

Primeiramente, foram enviados, via email, a 2 de fevereiro de 2024, os formulários de submissão do projeto de investigação (formulário de pedido de parecer à comissão de ética; consentimento informado sem dados pessoais; formulário com o modelo de *debriefing*, e anexo no qual constam os instrumentos a serem administrados no questionário destinado à recolha de dados), para efeitos de aprovação do presente projeto, por parte do Conselho de Ética do ISCTE. A 3 de abril de 2024, o Conselho de Ética emitiu parecer favorável ao presente projeto (Parecer 43/2024), constatando que a informação disponibilizada nos formulários de submissão satisfaz os requisitos éticos exigíveis para a elaboração deste tipo de projetos de investigação. Face ao exposto, procedeu-se à recolha dos dados, junto da população-alvo.

Para a recolha dos dados, foi elaborado um questionário na plataforma *Qualtrics*, tendo sido difundido nas redes sociais (e.g., *Instagram*; *Facebook*; *WhatsApp*). O questionário foi

também partilhado com instituições com responsabilidade em termos de intervenção psicossocial com a população LGBTQIA+, de forma a recrutar o maior número possível de participantes.

O questionário continha, primeiramente, o consentimento informado, no qual eram transmitidos aos(as) participantes os termos, condições e objetivos do presente estudo. Os(as) participantes foram também informados de que não havia riscos significativos associados à participação no estudo, do carácter voluntário da participação, do anonimato das respostas, e ainda da possibilidade de desistir sem a necessidade de prestar qualquer justificação. Em seguida, e caso os(as) participantes aceitassem participar no estudo, eram direcionados(as) para um conjunto de questões sociodemográficas (nomeadamente idade; identidade de género; sexo atribuído à nascença; orientação sexual, e habilitações literárias). Seguiam-se as escalas da saúde mental - MHI-5 – *Mental Health Inventory-5* (Berwick et al., 1991), e BSI – *Brief Symptom Inventory* (L. R. Derogatis, 1993; Versão: M. C. Canavarro, 1995). Após o preenchimento destas duas escalas, os participantes eram solicitados a preencher a escala LGBIS – *Lesbian, Gay, and Bisexual Identity Scale* (LGBIS; Kendra & Mohr, 2008; validação para a população portuguesa por Oliveira et al., 2012). Finalmente, seguiam-se as escalas de suporte e aceitação parental – *Parental support* (Espelage et al., 2008), e de ligação à comunidade LGBTQI+ - *Connectedness to the LGBT Community Scale* (Frost & Meyer, 2012). Por fim, os(as) participantes eram direcionados(as) para um *debriefing*, no sentido de agradecer a participação dos(as) mesmos(as) no presente estudo, reforçando os dados de contacto dos investigadores, e disponibilizando o contacto de associações com responsabilidade na intervenção psicossocial com públicos LGBTQIA.

Posteriormente, procedeu-se à análise dos dados recolhidos no âmbito deste questionário no *software* SPSS – Versão 29.0. Os modelos de moderação foram testados com recurso ao PROCESS.

Capítulo 3 - Resultados

3.1. Análises descritivas

No que diz respeito à saúde mental dos(as) participantes que compõem a amostra deste estudo, verificou-se que a média de respostas no BSI foi de 1.22 (DP = 0.76). O instrumento é composto por uma escala de 5 pontos, com as seguintes opções de resposta, para cada um dos sintomas: *Nunca*; *Poucas Vezes*; *Algumas Vezes*; *Muitas Vezes*; e *Muitíssimas Vezes*. Desta forma, e a partir da média de respostas reportada, verificou-se que os(as) participantes reportaram que, no decorrer da última semana, cada sintoma os(as) incomodou poucas vezes. Relativamente ao MHI-5, cuja escala de resposta varia entre 1 (Nunca) e 6 (Sempre), a média de respostas registada foi de 3.80 (DP = 0.99), o que nos permite verificar que esta média de respostas se situa no ponto 4. A tabela 2 apresenta a análise descritiva dos instrumentos utilizados para avaliar a saúde mental da amostra de respondentes (mínimo, máximo, média e desvio-padrão).

Foram ainda analisados os resultados para cada um dos subgrupos que compõem a amostra (subgrupo de pessoas assexuais; de pessoas bissexuais/ panssexuais; de homens *gays*; de mulheres lésbicas e, por fim, de pessoas que indicaram possuir uma outra orientação sexual, diferente das disponibilizadas no questionário) (Ver Tabela 2).

Tabela 2. Análises descritivas da saúde mental de cada subgrupo da amostra de participantes

Orientação sexual	BSI	MHI-5
	Média (DP)	Média (DP)
Assexual (n = 5)	2.10 (0.73)	2.80 (0.62)
Bissexual/ Pansexual (n = 27)	1.42 (0.88)	3.74 (1.04)
Gay (n = 125)	1.15 (0.74)	3.84 (0.98)
Lésbica (n = 8)	1.24 (0.51)	3.48 (0.81)
Outra (n = 8)	0.96 (0.51)	4.20 (0.93)
Total (N = 173)	1.22 (0.76)	3.80 (0.99)

Em seguida, segue-se uma análise descritiva das duas variáveis preditoras deste estudo (a motivação para ocultar a orientação sexual, e a aceitação e suporte parental), e da moderadora (ligação à comunidade). Começando pela dimensão da motivação para ocultar a orientação sexual, a média de respostas registada foi de 3.70 (DP = 1.64). Atendendo a que a escala de resposta do instrumento varia entre 1 (Discordo Totalmente) e 7 (Concordo Totalmente), podemos verificar que as respostas dos(as) participantes encontraram-se no ponto médio da

escala, pelo que os(as) participantes não tenderam a manifestar nem altos graus de concordância, nem altos graus de discordância face aos itens em questão.

Relativamente à variável da aceitação e suporte parental, a média das respostas dos(as) participantes registou o valor de 3.0 (DP = 0.94). Atendendo a que a escala de resposta do instrumento *Parental support* varia entre *Nunca* e *Muito Frequentemente*, é possível verificar que os(as) participantes sentem a presença e o suporte parental, de forma frequente.

Finalmente, no que diz respeito à variável moderadora da ligação à comunidade, a média de respostas registada foi de 2.71 (DP = 0.86). Atendendo a que os 8 itens que compõem o questionário foram invertidos, passando a escala a variar entre 1 (Discordo Totalmente) e 4 (Concordo Totalmente), foi possível constatar que os(as) participantes reportam graus médios de ligação e pertença à comunidade, situando-se a média de respostas relativas à concordância com as afirmações em questão entre os valores de resposta 2 e 3.

A tabela 3 contém um sumário das análises descritivas de cada uma das duas variáveis de *outcome*, e também da moderadora.

Tabela 3. Análise descritiva das variáveis da motivação para ocultar a orientação sexual, aceitação e suporte parental e ligação à comunidade (mínimo, máximo, média e desvio-padrão)

Variável	Mínimo	Máximo	Média	DP
Motivação para ocultar a orientação sexual	1	7	3.70	1.64
Aceitação e suporte parental	0	4	3.0	0.94
Ligação à comunidade	1	4	2.71	0.86

Em seguida, podem ser observadas, na tabela 4, os valores das correlações dos instrumentos e das variáveis entre si.

Tabela 4. Correlações entre instrumentos e variáveis

Instrumentos/ variáveis	1	2	3	4	5
1. MHI-5	-				
2. BSI	-0.78**				
3. Motivação para ocultar a orientação sexual	0.002	-0.04			
4. <i>Parental support</i>	0.19*	-0.17*	0.02		
5. <i>Community connectedness scale</i>	-0.05	-0.02	-0.21**	0.10	-

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

3.2. Teste das hipóteses

3.2.1. Modelo 1 – O papel moderador da variável de ligação à comunidade na associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o sofrimento psicológico

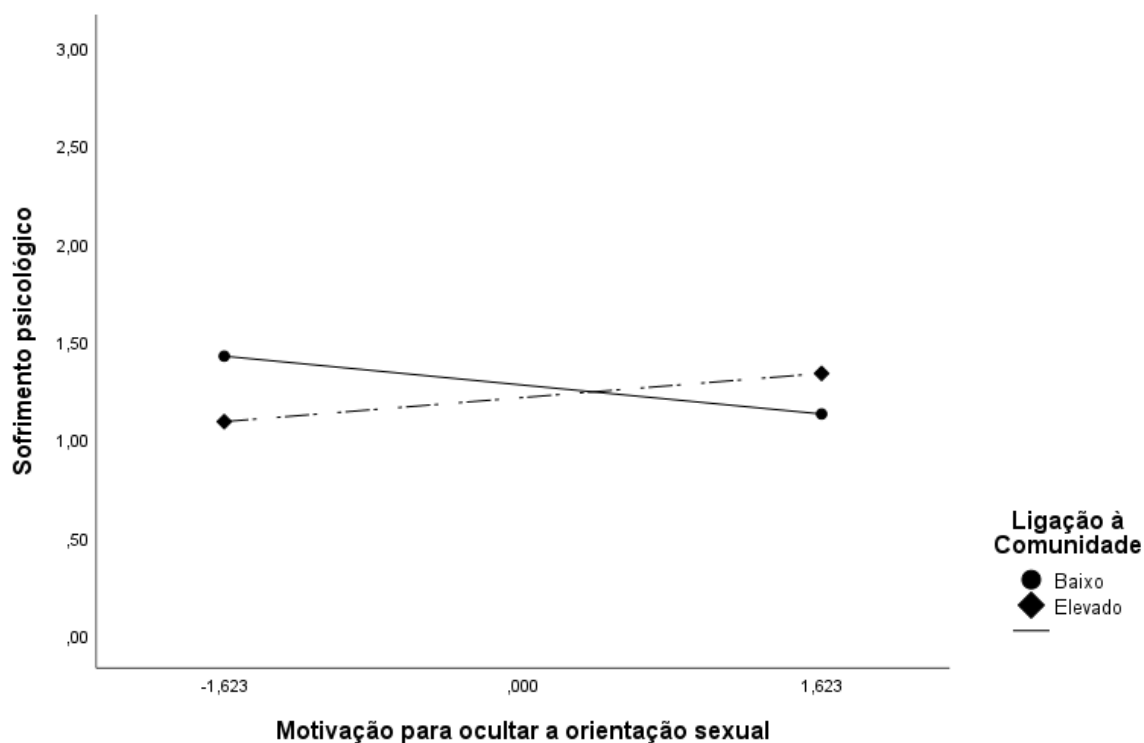
Primeiramente, e no âmbito da primeira hipótese formulada, pretendeu-se verificar a associação entre o processo da ocultação da orientação sexual e o sofrimento psicológico. Para o efeito, foi efetuada uma regressão linear. Foi possível constatar que a associação entre o processo de ocultar a orientação sexual e o sofrimento psicológico não foi significativa ($B = -0.04$, $t = -0.54$, $p > 0.05$).

Em seguida, e no âmbito do primeiro modelo de moderação, pretendeu-se verificar se a variável de nível comunitário (sentimento subjetivo de ligação à comunidade) moderava a associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o sofrimento psicológico na comunidade (segunda hipótese). Foi possível verificar que o efeito de interação foi significativo, isto é, que a interação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e a ligação à comunidade afetou significativamente o sofrimento psicológico ($B = 0.10$, $t = 2.41$, $p < 0.05$).

Contudo, a análise do efeito de interação permitiu verificar que a relação entre o processo de ocultação da orientação sexual e o sofrimento psicológico foi negativa e significativa para um nível baixo de ligação à comunidade (-1 DP) (declive = -0.10, $t = -1.99$, $p < 0.05$). Deste modo, foi possível constatar que, para uma elevada motivação para ocultar a orientação sexual, o sofrimento psicológico tende a ser menor a um nível baixo de ligação à comunidade. Por outro lado, verificou-se ainda que, para uma baixa motivação para ocultar a orientação sexual, o sofrimento psicológico reportado tende a ser superior para um baixo nível de ligação à comunidade. Ou seja, foi possível constatar que as pessoas com baixa motivação para ocultar a

sua identidade e orientação sexual experienciam maiores níveis de sintomatologia psicopatológica quando não se sentem inseridas na comunidade LGBTQIA+.

Gráfico 1. O efeito moderador da ligação à comunidade na associação entre a ocultação da orientação sexual e o sofrimento psicológico



Contudo, e por outro lado, a associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o sofrimento psicológico não se revelou significativa para um nível elevado de ligação à comunidade (1 DP) (declive = 0.08; $t = 1.36$; $p > 0.05$).

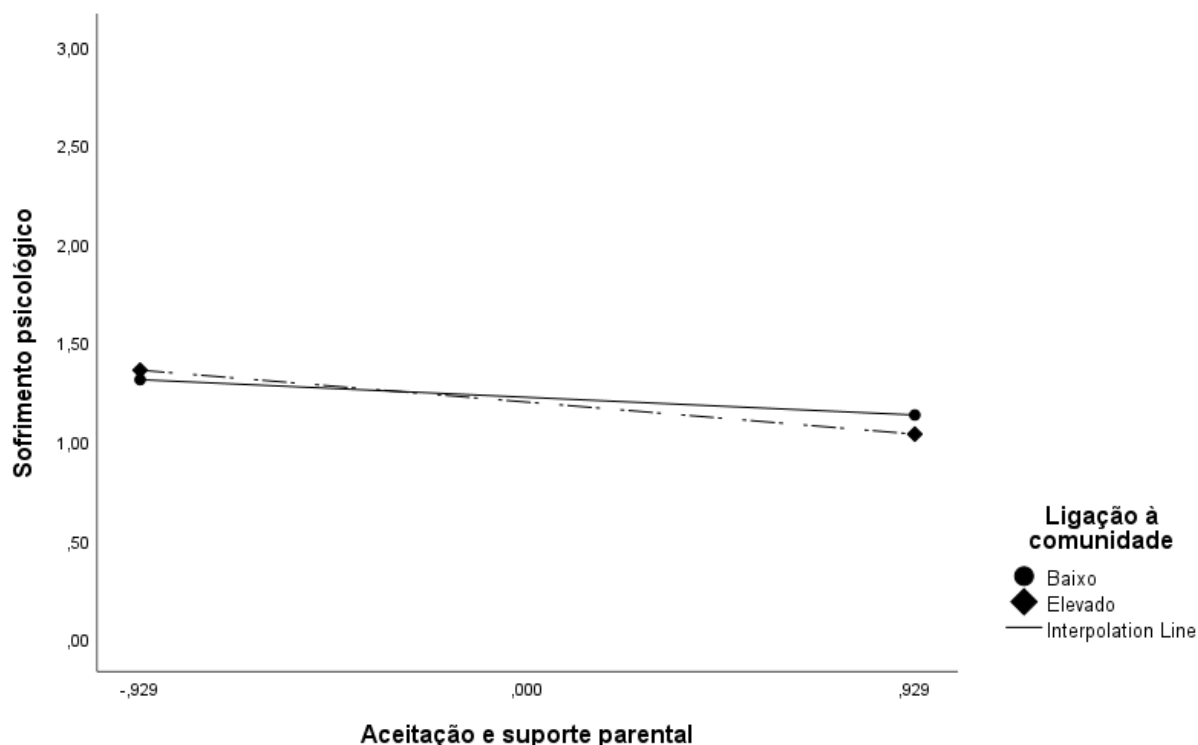
3.2.2. Modelo 2 – O papel moderador da variável de ligação à comunidade na associação entre a aceitação e o suporte parental e o sofrimento psicológico

De forma a testar a terceira hipótese formulada, pretendeu-se verificar a associação entre a aceitação e o suporte parental e a saúde mental. Foi possível verificar que a aceitação e o suporte parental teve um efeito negativo e significativo no sofrimento psicológico ($B = -0.17$, $t = -2.29$, $p < 0.05$). Ou seja, quanto maior for o grau de suporte e de aceitação parental reportado, menor foi o sofrimento psicológico reportado.

Em seguida, e de forma a proceder à testagem do segundo modelo de moderação, verificou-se o papel da variável de ligação à comunidade enquanto moderadora da associação entre a

aceitação e suporte parental e o sofrimento psicológico. Foi possível constatar que a interação entre a aceitação e suporte parental e a ligação à comunidade não afetou de forma significativa o sofrimento psicológico ($B = -0.05$, $t = -0.68$, $p > 0.05$). Logo, a variável de ligação à comunidade não se revelou moderadora desta associação.

Gráfico 2. O efeito moderador da ligação à comunidade na associação entre a aceitação e suporte parental e o sofrimento psicológico



3.2.3. Modelo 3 – O papel moderador da variável da ligação à comunidade na associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o bem-estar

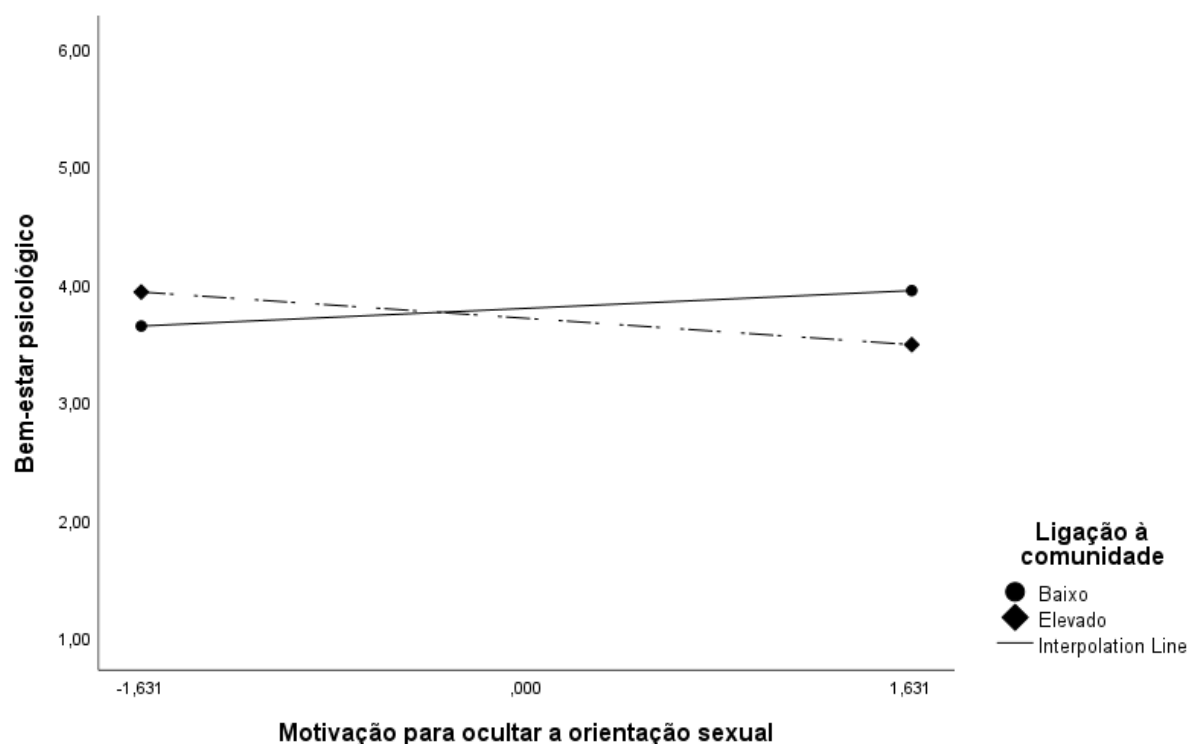
Inicialmente, e ainda no âmbito da primeira hipótese formulada, foi verificada a associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o bem-estar psicológico. Para o efeito, foi efetuada uma regressão linear. Verificou-se que não se revelou existir uma associação significativa entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o bem-estar ($B = 0.002$; $t = 0.03$; $p > 0.05$).

Seguidamente, e no que diz respeito ao terceiro modelo de moderação, pretendeu-se verificar o papel moderador da variável de ligação à comunidade LGBTQIA+ na associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o bem-estar psicológico dos(as) participantes (segunda hipótese formulada). Foi possível verificar que o efeito de interação foi

significativo, ou seja, a interação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o sentimento subjetivo de ligação à comunidade previu de forma significativa o bem-estar psicológico ($B = -0.14$; $t = -2.58$; $p < 0.05$).

No seguimento, apenas foi identificada significância no efeito de interação para um nível elevado de sentimento subjetivo de ligação à comunidade. Ou seja, a relação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o bem-estar psicológico foi negativa e marginalmente significativa para um nível elevado de sentimento subjetivo de ligação à comunidade (1DP) (declive = -0.14 ; $t = -1.91$; $p = 0.058$). Desta forma, verificou-se que, para uma elevada motivação para ocultar a orientação sexual, os(as) participantes tenderam a reportar menores níveis de bem-estar psicológico a um nível elevado de ligação à comunidade. Em contrapartida, para uma baixa motivação para ocultar a orientação sexual (*disclosure*), os(as) participantes tenderam a reportar maiores níveis de bem-estar psicológico a um nível elevado de ligação à comunidade. Isto é, foi possível constatar que as pessoas com uma baixa motivação para ocultar a sua orientação sexual experienciam maiores níveis de bem-estar psicológico quando possuem elevado sentimento subjetivo de ligação à comunidade LGBTQIA+.

Gráfico 3. O efeito moderador da ligação à comunidade na associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o bem-estar psicológico



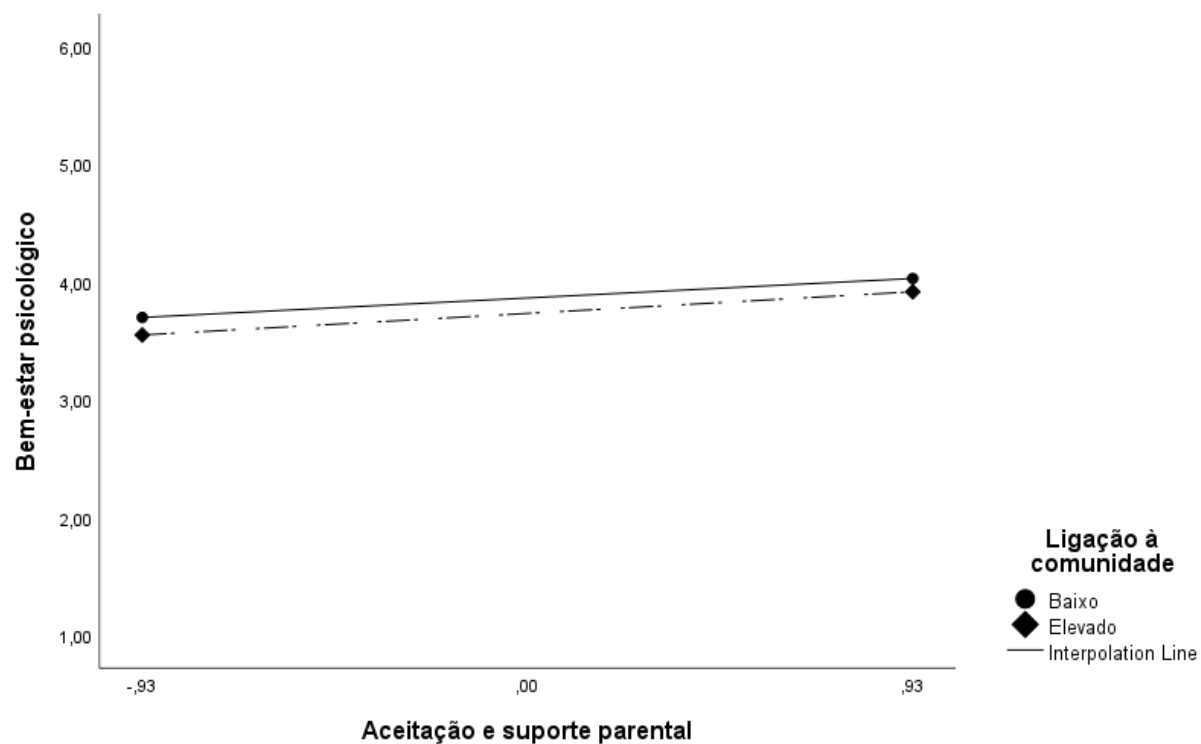
Contudo, por outro lado, a associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o bem-estar psicológico para um nível baixo de ligação à comunidade não foi significativa (-1 DP) (declive = 0.09; $t = 1.58$; $p > 0.05$).

3.2.4. Modelo 4 – O papel moderador da variável da ligação à comunidade na associação entre a aceitação e o suporte parental e o bem-estar psicológico

Para começar, e ainda no sentido de confirmar ou desconfirmar a terceira hipótese formulada, pretendeu-se verificar a natureza e a direção da associação entre a aceitação e suporte parental e o bem-estar psicológico. Para o efeito, foi efetuada uma regressão linear, tendo-se verificado que existe uma associação positiva e significativa entre a aceitação e o suporte familiar e o bem-estar psicológico ($B = 0.19$; $t = 2.49$; $p < 0.05$).

No seguimento, foi testado o quarto modelo de moderação, de forma a verificar o papel moderador da variável de ligação à comunidade na associação entre a aceitação e suporte parental e o bem-estar psicológico (quarta hipótese formulada). Verificou-se que a interação entre a aceitação e suporte parental e o sentimento subjetivo de ligação à comunidade LGBTQIA+ não influenciou de forma significativa o bem-estar psicológico reportado ($B = 0.01$; $t = 0.13$; $p > 0.05$). Logo, foi possível constatar que a variável de ligação à comunidade não teve um papel moderador desta associação.

Gráfico 4. O efeito moderador da ligação à comunidade na associação entre a aceitação e suporte parental e o bem-estar psicológico



Capítulo 4 - Discussão

Este estudo teve como objetivo efetuar uma análise da saúde mental na população jovem LGBTQIA+, tanto em termos dos níveis de sofrimento psicológico, como dos níveis de bem-estar reportados pelos(as) participantes desta amostra. Fez também parte do objetivo do presente trabalho verificar o papel de três preditores na saúde mental desta população, nomeadamente a motivação para ocultar a orientação sexual; a aceitação e o suporte parental, e o sentimento subjetivo de ligação à comunidade.

Deste modo, foram efetuadas, primeiramente, quatro regressões lineares. Os resultados indicaram ausência de associação estatisticamente significativa entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o sofrimento psicológico, e também entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o bem-estar psicológico. No que diz respeito à variável familiar, os resultados das regressões indicaram a existência de uma associação negativa e significativa entre a aceitação e o suporte parental e o sofrimento psicológico, indicando que, quanto maior o grau de suporte parental percecionado pelos(as) participantes, menor é o sofrimento psicológico reportado. Também se verificou uma associação positiva e significativa entre a aceitação e o suporte parental e o bem-estar, significando que, quanto maior o grau de suporte parental percecionado pelos participantes, maiores foram os níveis de bem-estar psicológico reportados.

Em seguida, foi testado o papel moderador da variável da ligação à comunidade nestas quatro associações. Verificou-se que a ligação à comunidade moderou a associação entre o processo de ocultação da orientação sexual e o sofrimento psicológico, e também a associação entre a ocultação da orientação sexual e o bem-estar. Contudo, e no que diz respeito à parte familiar, não se verificou efeito de interação significativo entre a ligação à comunidade e a aceitação e o suporte parental.

Importa agora refletir acerca dos resultados, integrando-os com a demais literatura, e do contributo que a presente dissertação acrescenta à investigação na área temática da saúde mental na população LGBTQIA+ em Portugal. Primeiramente, e no que diz respeito aos níveis de sofrimento psicológico e de bem-estar reportados pelos(as) participantes que compõem a amostra, importa referir que a recolha de dados foi efetuada a partir da difusão do estudo nas redes sociais e nos canais de associações com responsabilidade na intervenção psicossocial com públicos LGBTQIA+ (e.g., Grupo de Ativistas em Tratamento). Deste modo, as pessoas que participaram na presente investigação, apesar das dificuldades do foro psicológico e emocional que continuam a enfrentar, poderiam desde logo possuir algumas redes de suporte. Deste modo, estas associações emergem como redes de suporte para lidar de forma eficaz com estas

dificuldades, prevenindo o isolamento e contribuindo para fortalecer a resiliência da comunidade.

Neste sentido, as pessoas que integram a comunidade LGBTQIA+ possuem uma base sólida de resiliência comunitária (Carastathis et al., 2017; Nuttbrock et al., 2015). Ou seja, os membros destas comunidades recorrem ao apoio social uns dos outros com o propósito de construir relacionamentos fortes, sólidos e significativos com outros membros dentro da comunidade (Corrigan et al., 2009). Contudo, e apesar deste suporte social destinado às pessoas que podem ter acesso ao mesmo, é inegável que as pessoas que integram esta comunidade são expostas a stressores e fatores de risco exclusivos, comparativamente às pessoas cisgénero e com orientação heterossexual (Carastathis et al., 2017). Estes stressores incluem a rejeição, a expulsão e o abandono por parte dos familiares, com consequências graves para a saúde mental destas pessoas (Ryan et al., 2010).

De um ponto de vista exploratório, no que diz respeito à análise da saúde mental das pessoas que integram a comunidade, por subgrupo (pessoas assexuais; pessoas bissexuais/ panssexuais; homens *gays*; mulheres lésbicas; e de pessoas com qualquer outra orientação sexual não especificada), os resultados parecem confirmar a tendência de que as pessoas com orientação bissexual/ panssexual tendem a reportar maior sofrimento psicológico e menos bem-estar, por comparação com os homens *gays* e com as mulheres lésbicas, corroborando os resultados provenientes da literatura. Não foi efetuado teste estatístico no sentido de verificar se existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de sofrimento psicológico reportados entre subgrupos, uma vez que o número de pessoas que compõem cada um dos subgrupos de pessoas bissexuais/ panssexuais; de pessoas assexuais; de mulheres lésbicas, e de pessoas com uma outra orientação sexual, é bastante inferior ao número de pessoas que compõem o subgrupo de homens *gays*. Contudo, os resultados das análises descritivas referentes à saúde mental dos(as) participantes denotam essa tendência e parecem corroborar a investigação que comprova que, no que diz respeito à saúde mental das pessoas da comunidade LGBTQIA+, as pessoas com uma orientação bissexual encontram-se em maior risco para o desenvolvimento de depressão, ideação suicida, e abuso de substâncias, por comparação com os homens *gays* e com as mulheres lésbicas (Mongelli et al., 2019). Deste modo, as diferenças que se verificam em termos dos níveis de sofrimento psicológico e de bem-estar reportados entre os homens *gays* e mulheres lésbicas e as pessoas com uma orientação bissexual devem-se ao facto de as pessoas bissexuais se encontrarem expostas a stressores específicos relacionados com a sua identidade sexual, sendo que estes stressores operam em vários níveis de influência (Chan et al., 2020).

Em termos do nível intrapessoal, as pessoas com uma orientação bissexual, ao viverem numa sociedade monossexista que reforça que a orientação sexual consista numa representação binária, isto é, exclusivamente heterossexual ou *gay*/lésbica, sentem frequentemente que a existência da sua orientação sexual é negada (Bostwick & Hequembourg, 2014). Deste modo, as pessoas bissexuais sentem uma pressão constante para se conformarem com esta dicotomia de orientação sexual monossexista, bem como para se integrarem nos rótulos culturalmente definidos de heterossexual ou *gay*/lésbica, os quais não refletem de forma fidedigna a forma como estas pessoas experienciam e vivenciam a sua sexualidade (Balsam & Mohr, 2007). Como consequência, estas pessoas podem expressar conflitos, dúvidas e ambivalência relativamente à sua orientação sexual (Brown, 2002). Em contrapartida, outras pessoas podem vivenciar sentimentos de vergonha devido a serem bissexuais, o que tende a levar a sentimentos de auto-desvalorização (Bostwick et al., 2014). Desta forma, é importante salientar que as pessoas bissexuais tendem a reportar níveis mais elevados de incerteza identitária, por comparação com as pessoas *gays* e lésbicas (Balsam & Mohr, 2007; Bregman et al., 2013; Dyar et al., 2015).

No que diz respeito ao nível interpessoal, a literatura aponta que as pessoas bissexuais apresentam maior tendência para ocultarem a sua orientação sexual (Kuyper & Fokkema, 2011). Também é comum que estas pessoas sejam percecionadas pelos outros como promíscuas, indignas de confiança, indiscriminadas do ponto de vista sexual, e também mais propensas a serem infiéis nos relacionamentos amorosos (Bostwick & Hequembourg, 2014). Por outro lado, é importante também salientar que o estigma e o preconceito relativamente a esta orientação sexual não se fazem sentir apenas por parte das pessoas heterossexuais, mas também por parte dos homens *gays* e das mulheres lésbicas (Brewster & Moradi, 2010). Neste sentido, os homens *gays* e as mulheres lésbicas tendem a assumir que as pessoas bissexuais usufruem de determinados privilégios das pessoas heterossexuais, ao mesmo tempo que lutam contra o estigma e o preconceito relativo à homossexualidade (Chan et al., 2020). Desta forma, esta estigmatização e difamação desta orientação sexual pode levar a que as pessoas evitem revelar a sua orientação sexual nas suas interações sociais (Legate et al., 2012). Como consequência, é frequente que as pessoas com uma orientação bissexual optem por não revelar a sua atração por pessoas do mesmo sexo às pessoas do sexo diferente, ao mesmo tempo que também optam por não revelar às pessoas do mesmo sexo que também se sentem atraídas por pessoas do sexo diferente (Chan et al., 2020). Neste sentido, a investigação empírica salienta também que as pessoas bissexuais tendem a ocultar mais a sua orientação sexual, por comparação com as pessoas *gays* e lésbicas (Balsam & Mohr, 2007; Legate et al., 2012).

Por fim, e quanto ao nível comunitário, a ausência de sentimento subjetivo de ligação à comunidade também pode contribuir para as disparidades em termos de saúde mental entre as minorias sexuais (Balsam & Mohr, 2007). Neste seguimento, a literatura tem comprovado que o subgrupo de pessoas bissexuais tendem a sentir-se menos inseridas na comunidade (Callis, 2013; Kertzner et al., 2009), privando-as do apoio e suporte social, bem como da construção de relações interpessoais significativas, levando, consequentemente, a um menor sentimento de identificação e envolvimento na comunidade (Hayfield et al., 2014). O estudo levado a cabo por Brewster e Moradi (2010) evidenciou que a binegatividade dos homens *gays* e das mulheres lésbicas coloca as pessoas bissexuais mais suscetíveis à marginalização e desvalorização entre a comunidade.

Contudo, é também importante acrescentar que o subgrupo que reportou maior sofrimento psicológico e menos bem-estar foi o subgrupo composto por pessoas com orientação assexual. Esta análise exploratória pode levantar a hipótese de que este subgrupo se encontra exposto a outro tipo de stressores que poderão, igualmente, ser únicos e exclusivos destas pessoas, como por exemplo, o estigma de que as pessoas assexuais possuem um estilo de vinculação de tipo evitante (Carvalho & Rodrigues, 2024). Deste modo, e embora possa não haver um número suficiente de pessoas com uma orientação assexual para participar em estudos sobre os possíveis preditores da sua saúde mental, são necessários estudos futuros no sentido de clarificar quais os preditores que se encontram significativamente associados com os problemas de saúde mental neste subgrupo de pessoas.

No que diz respeito à primeira hipótese formulada, referente à associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o sofrimento psicológico, e à associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o bem-estar, os resultados evidenciaram que não existe associação significativa entre estas variáveis, pelo que esta hipótese não foi confirmada. Deste modo, os resultados não evidenciaram a existência, nem de uma associação positiva e significativa, nem de uma associação negativa e significativa entre o processo de ocultar a orientação sexual e as variáveis do bem-estar e do sofrimento psicológico entre os membros que compõem a amostra do presente estudo. Ou seja, o processo de ocultar a identidade e a orientação sexual não esteve associado a um maior ou menor sofrimento psicológico, ou a um maior ou menor bem-estar subjetivo. Deste modo, este resultado não corrobora a literatura mais recente que comprova que existe uma associação positiva entre ocultar a orientação sexual e os problemas de saúde mental entre os membros da comunidade LGBTQIA+, como por exemplo, sintomas de ansiedade e de depressão, ansiedade social, e abuso de substâncias (Brennan et al., 2021). Contudo, o resultado obtido na presente investigação corrobora a investigação empírica

que comprova que não existe uma associação direta e significativa entre a ocultação/ revelação da identidade minoritária/ orientação sexual e a saúde mental das minorias sexuais, em termos de sofrimento e de bem-estar reportados (e.g., Kuyper & Fokkema, 2011; Hoy-Ellis, 2016).

No que diz respeito à segunda hipótese formulada, respeitante ao papel moderador do sentimento subjetivo de ligação à comunidade na associação entre o processo de ocultar a orientação sexual e o sofrimento psicológico, e na associação entre o processo de ocultar a orientação sexual e o bem-estar, os resultados obtidos permitiram confirmar a hipótese. Isto é, o efeito de interação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e a ligação à comunidade foi significativo para um dos níveis da moderadora. Deste modo, verificou-se que o sofrimento psicológico decorrente de uma elevada motivação para ocultar a orientação sexual foi menor para um nível baixo de sentimento subjetivo de ligação à comunidade. Em contrapartida, o sofrimento psicológico decorrente de uma baixa motivação para ocultar a orientação sexual foi maior para um nível baixo de ligação à comunidade. De forma semelhante, no que diz respeito ao bem-estar, foi verificado que, para uma elevada motivação para ocultar a orientação sexual, os níveis de bem-estar reportados foram menores para a condição de elevada ligação à comunidade. Em contrapartida, e para um baixo grau de motivação para ocultar a orientação sexual, foram reportados maiores níveis de bem-estar para a condição de elevada ligação à comunidade.

Desta forma, e atendendo a que uma das motivações das pessoas que optam por não se envolver no processo de ocultação da sua orientação sexual é a obtenção de maior suporte social, estes resultados corroboram que estas pessoas, ao se sentirem inseridas e ligadas à comunidade, conseguem ter mais qualidade de vida. Deste modo, e como esperado, a ligação à comunidade emerge como fator protetor da saúde mental das pessoas que optam por não se envolver no processo interno de ocultação da sua identidade minoritária/ orientação sexual.

Estes resultados corroboram, assim, a investigação que comprova que o sentimento subjetivo de ligação à comunidade permite que as pessoas consigam, em conjunto, solucionar e gerir as situações relacionadas com o estigma e com o preconceito, facilitando a adoção de estratégias de *coping* eficazes para lidar com o stress decorrente das experiências de stress minoritário (Morandini et al., 2015; Petruzzella et al., 2019; Ribeiro-Gonçalves et al., 2019). Este sentimento de pertença e de partilha intergrupar ajuda as pessoas com um elevado sentimento subjetivo de ligação à comunidade a avaliarem-se a elas próprias tendo como referência os membros da sua própria comunidade, e não exclusivamente os membros da população heteronormativa (Meyer, 2003). Um maior sentimento subjetivo de ligação à comunidade permite, desta forma, que as pessoas tenham a possibilidade de aceder a recursos

diversos de apoio social relacionados com a sua orientação sexual, melhorando a autoestima e o ajustamento psicológico (Meyer, 2003; Ribeiro-Gonçalves et al., 2019; Roberts & Christens, 2021).

O processo de ocultação da orientação sexual pode emergir como uma barreira à construção de relações significativas com a comunidade (Li et al., 2022). Isto é, ocultar a orientação sexual impede que as pessoas estabeleçam interações sociais significativas com os seus semelhantes, impedindo a construção de relações sociais significativas, e aumentando ainda mais o isolamento (Hu et al., 2013; Moradi, 2009; Pierre & Senn, 2010). Face ao exposto, as pessoas com elevado envolvimento no processo de ocultação da sua orientação sexual acabam por evitar envolverem-se na comunidade, não desenvolvendo qualquer sentimento de pertença (Meyer, 2003). Em contrapartida, as pessoas que optam por não ocultar a sua identidade e a sua orientação sexual conseguem facilitar a obtenção de apoio e de suporte social por parte destes (Li et al., 2022).

Passando para a terceira hipótese formulada, referente à associação entre a aceitação e o suporte parental e o sofrimento psicológico, e à associação entre a aceitação e o suporte parental e o bem-estar, estes resultados corroboram a investigação empírica que suporta que as minorias sexuais que percecionam uma maior aceitação parental relativamente à sua orientação sexual e identidade minoritária, manifestam uma saúde mental e física de maior qualidade, aumentando o bem-estar (Sidiropoulou et al., 2020; Ramirez-Valles et al., 2010, 2013). Por outro lado, estes resultados também corroboram a literatura que evidencia a existência de uma associação negativa entre a aceitação e suporte parental e o sofrimento psicológico, pelo que uma maior perceção de aceitação familiar face à orientação sexual/ identidade minoritária está associada a menores níveis de sintomatologia psicopatológica reportados (Drydakis, 2022).

Desta forma, estes resultados permitem concluir que, atendendo a que a família emerge, provavelmente, como o primeiro contexto de socialização e de aprendizagem no qual as pessoas se inserem, a aceitação e o suporte que é percecionado por parte dos membros da família é fulcral para o ajustamento psicológico de indivíduos LGBTQIA+ ao longo da vida. Porém, quando as relações familiares se tornam disruptivas em virtude da não aceitação da orientação sexual e da identidade minoritária, os comportamentos de risco e autodestrutivos, como é o caso de consumos excessivos e abuso de substâncias e dos comportamentos sexuais de risco e desprotegidos, podem emergir como estratégias de *coping* desadaptativas para lidar com a falta de aceitação e de suporte parental. Contudo, são também estas estratégias desadaptativas que agravam a saúde mental e física das minorias sexuais (Corliss et al., 2011; Friedman et al., 2011; Goldbach et al., 2014; Marshal et al., 2008).

Relativamente à última hipótese testada, de acordo com a qual a variável da ligação à comunidade modera a associação entre a aceitação e o suporte parental e o sofrimento psicológico, e a associação entre a aceitação e o suporte parental e o bem-estar, os resultados obtidos não permitiram confirmar a hipótese. .

No sentido de encontrar uma possível explicação para este resultado, importa referir o estudo levado a cabo por Snapp e colaboradores (2015), o qual teve como objetivo verificar o papel preditor de três formas de apoio e suporte relacionado com a identidade minoritária proveniente de diferentes níveis no ajustamento psicológico de jovens adultos da comunidade LGBTQIA+. Mais concretamente, estes autores pretenderam verificar, primeiramente, se a aceitação e o suporte proveniente da família, dos amigos, e da comunidade LGBTQIA+ (considerados individualmente) estavam associados com um melhor ajustamento psicológico das pessoas. Em seguida, também fez parte dos objetivos deste estudo verificar se cada uma destas formas de apoio e de suporte mantinha uma associação significativa com o ajustamento psicológico quando as outras formas de apoio e de suporte eram incluídas em simultâneo na análise.

Os resultados deste estudo evidenciaram que a aceitação e o suporte provenientes dos familiares foi a única variável que manteve uma associação significativa com o bem-estar psicológico dos participantes no momento do estudo em que todas as variáveis foram incluídas no modelo de regressão. Da mesma forma, estes dados comprovaram que a aceitação e o suporte familiar é o indicador que demonstrou uma associação mais forte com o bem-estar psicológico dos participantes, por comparação com as outras formas de apoio social.

Voltando à presente investigação, e apesar de a hipótese em estudo referente ao papel moderador da ligação à comunidade na associação entre a aceitação e o suporte parental e a saúde mental não ter sido confirmada, significando que a variável de nível social não contribui para diminuir o impacto negativo da não aceitação parental nos parâmetros de sofrimento psicológico e de bem-estar das pessoas, o resultado obtido permite-nos refletir acerca da importância do nível familiar. Desta forma, e porque os membros da nossa família são as primeiras pessoas com as quais estabelecemos laços afetivos significativos, as nossas experiências no seio familiar impactam negativa ou positivamente a forma como nos vamos inserir, futuramente, noutros contextos, e a forma como nos vamos relacionar com outras pessoas. Face ao exposto, podemos inferir que na adolescência e início da vida adulta, o papel do suporte parental e aceitação é central, qualquer que seja o nível de ligação à comunidade.

Limitações e direções futuras

Como limitações da presente dissertação, destaca-se o facto de a amostra ser maioritariamente composta por homens *gays*, resultantes da estratégia de recrutamento por conveniência. Caso houvesse uma amostra mais estratificada em termos do número de pessoas de cada uma das orientações sexuais, os resultados poderiam permitir a análise das especificidades de cada grupo. Também é importante apontar como limitação o facto de todos os instrumentos administrados no questionário consistirem em questionários de autorrelato. Uma outra limitação do presente estudo é a de que um dos instrumentos administrados no questionário para a recolha dos dados não se encontra validado para a população portuguesa (a escala *connectedness to the LGBT community scale* (Frost & Meyer, 2012)).

Para estudos futuros, seria benéfico efetuar-se a validação do instrumento administrado para operacionalizar a variável moderadora das análises efetuadas na presente investigação na população portuguesa. Da mesma forma, seria também interessante verificar o papel preditor destas três variáveis na saúde mental, em cada um dos subgrupos, separadamente.

Relativamente à motivação para ocultar a orientação sexual, seria interessante um estudo futuro que verificasse a associação entre a ocultação da orientação sexual e a satisfação nos relacionamentos românticos e sexuais, no contexto português. Com efeito, Pepping e colaboradores (2019) sugerem a possibilidade de que, no caso das pessoas que sentem mais dificuldades em aceitarem a sua orientação sexual, encontram-se também mais associadas a experiências de menor satisfação em relacionamentos amorosos com pessoas do mesmo sexo.

Conclusão

Esta dissertação contribuiu para acrescentar conhecimento adicional à literatura existente sobre a temática da saúde mental na população jovem LGBTQIA+, no contexto português, particularmente sobre o papel de diferentes preditores localizados em diferentes níveis de intervenção nos níveis de sofrimento e de bem-estar reportados pela amostra. A partir dos resultados, foi possível identificar implicações, abrindo portas para investigações futuras subordinadas a esta mesma temática.

Referências Bibliográficas

- Acevedo-Polakovich, I. D., Bell, B., Gamache, P., & Christian, A. S. (2013). Service accessibility for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *Youth & Society*, 45(1), 75-97. <https://doi.org/10.1177/0044118X11409067>
- American Psychological Association, APA Task Force on Psychological Practice with Sexual Minority Persons. (2021). *Guidelines for psychological practice with sexual minority persons*. Disponível em <https://www.apa.org/about/policy/psychological-sexual-minority-persons.pdf>
- Antônio, R., & Moleiro, C. (2015). Social and parental support as moderators of the effects of homophobic bullying on psychological distress in youth. *Psychology in the Schools*, 52(8), 729-742. <https://doi.org/10.1002/pits.21856>
- Antônio, R., Pinto, T., Pereira, C., Farcas, D., & Moleiro, C. (2012). Bullying homofóbico no contexto escolar em Portugal. *Psicologia*, 26(1), 17-32. <http://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v26i1.260>
- Balsam, K. F., & Mohr, J. J. (2007). Adaptation to sexual orientation stigma: a comparison of bisexual and lesbian/gay adults. *Journal of Counseling Psychology*, 54(3), 306-319. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.54.3.306>
- Barrett, D. C., & Pollack, L. M. (2005). Whose gay community? Social class, sexual self-expression, and gay community involvement. *The Sociological Quarterly*, 46(3), 437-456. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.2005.00021.x>
- Beals, K. P., Peplau, L. A., & Gable, S. L. (2009). Stigma management and well-being: The role of perceived social support, emotional processing, and suppression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35(7), 867-879. <https://doi.org/10.1177/0146167209334783>
- Berwick, D. M., Murphy, J. M., Goldman, P. A., Ware Jr, J. E., Barsky, A. J., & Weinstein, M. C. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Medical Care*, 29(2), 169-176. <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-199102000-00008>
- Blosnich, J. R., Nasuti, L. J., Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2016). Suicidality and sexual orientation: Characteristics of symptom severity, disclosure, and timing across the life course. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 86(1), 69-78. <https://doi.org/10.1037/ort0000112>
- Bosse, J. D. (2019). Sexual and gender identity development in young adults and implications for healthcare. *Current Sexual Health Reports*, 11(4), 274-286. <https://doi.org/10.1007/s11930-019-00215-w>

- 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://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0098851>
- Bostwick, W., & Hequembourg, A. (2014). 'Just a little hint': Bisexual-specific microaggressions and their connection to epistemic injustices. *Culture, Health & Sexuality*, 16(5), 488-503. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.889754>
- Branscombe, N. R., Schmitt, M. T., & Harvey, R. D. (1999). Perceiving pervasive discrimination among African Americans: Implications for group identification and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(1), 135-149. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.77.1.135>
- Bregman, H. R., Malik, N. M., Page, M. J., Makynen, E., & Lindahl, K. M. (2013). Identity profiles in lesbian, gay, and bisexual youth: The role of family influences. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(3), 417-430. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9798-z>
- Brennan, J. M., Dunham, K. J., Bowlen, M., Davis, K., Ji, G., & Cochran, B. N. (2021). Inconcealable: A cognitive-behavioral model of concealment of gender and sexual identity and associations with physical and mental health. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 8(1), 80-93. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000424>
- Brewster, M. E., & Moradi, B. (2010). Perceived experiences of anti-bisexual prejudice: Instrument development and evaluation. *Journal of Counseling Psychology*, 57(4), 451-468. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0021116>
- Brown, T. (2002). A proposed model of bisexual identity development that elaborates on experiential differences of women and men. *Journal of Bisexuality*, 2(4), 67-91. https://doi.org/10.1300/J159v02n04_05
- Calati, R., Ferrari, C., Brittner, M., Oasi, O., Olié, E., Carvalho, A. F., & Courtet, P. (2019). Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 245, 653-667. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.022>
- Callis, A. S. (2013). The black sheep of the pink flock: Labels, stigma, and bisexual identity. *Journal of Bisexuality*, 13(1), 82-105. <https://doi.org/10.1080/15299716.2013.755730>
- Calzo, J. P., Antonucci, T. C., Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2011). Retrospective recall of sexual orientation identity development among gay, lesbian, and bisexual

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0025508>

- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cao, H., Zhou, N., Fine, M., Liang, Y., Li, J., & Mills-Koonce, W. R. (2017). Sexual minority stress and same-sex relationship well-being: A meta-analysis of research prior to the US Nationwide legalization of same-sex marriage. *Journal of Marriage and Family*, 79(5), 1258-1277. <https://doi.org/10.1111/jomf.12415>
- Carastathis, G. S., Cohen, L., Kaczmarek, E., & Chang, P. (2017). Rejected by family for being gay or lesbian: Portrayals, perceptions, and resilience. *Journal of Homosexuality*, 64(3), 289-320. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1179035>
- Carvalho, A. C., & Rodrigues, D. L. (2024). Belonging to the Ace Spectrum: Correlates of Cognitions, Feelings, and Desires of Ace Individuals. *Sexuality Research and Social Policy*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s13178-023-00910-3>
- Chan, R. C., Operario, D., & Mak, W. W. (2020). Bisexual individuals are at greater risk of poor mental health than lesbians and gay men: The mediating role of sexual identity stress at multiple levels. *Journal of Affective Disorders*, 260, 292-301. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.020>
- 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://psycnet.apa.org/doi/10.1037/ort0000562>
- Chaudoir, S. R., & Fisher, J. D. (2010). The disclosure processes model: Understanding disclosure decision making and postdisclosure outcomes among people living with a concealable stigmatized identity. *Psychological Bulletin*, 136(2), 236-256. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0018193>
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C. H. G., & Joiner, T. E., Jr. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1313-1345. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/bul0000123>

- Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2000). Relation between psychiatric syndromes and behaviorally defined sexual orientation in a sample of the US population. *American Journal of Epidemiology*, 151(5), 516-523. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a010238>
- Cochran, S. D., Sullivan, J. G., & Mays, V. M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 53-61. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.71.1.53>
- Corliss, H. L., Goodenow, C. S., Nichols, L., & Austin, S. B. (2011). High burden of homelessness among sexual-minority adolescents: findings from a representative Massachusetts high school sample. *American Journal of Public Health*, 101(9), 1683-1689. <https://doi.org/10.2105%2FAJPH.2011.300155>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., Hautamaki, J., Matthews, A., Kuwabara, S., Rafacz, J., Walton, J., Wassel, A., & O'Shaughnessy, J. (2009). What lessons do coming out as gay men or lesbians have for people stigmatized by mental illness?. *Community Mental Health Journal*, 45(5), 366-374. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9187-6>
- Cox, N., Dewaele, A., Van Houtte, M., & Vincke, J. (2010). Stress-related growth, coming out, and internalized homonegativity in lesbian, gay, and bisexual youth. An examination of stress-related growth within the minority stress model. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 117-137. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.533631>
- D'Augelli, A. R. (1991). Gay men in college: Identity processes and adaptations. *Journal of College Student Development*, 32(2), 140-146.
- D'augelli, A. R., Hershberger, S. L., & Pilkington, N. W. (1998). Lesbian, gay, and bisexual youth and their families: Disclosure of sexual orientation and its consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(3), 361-371. <https://doi.org/10.1037/h0080345>
- D'augelli, A. R., & Grossman, A. H. (2001). Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, and bisexual older adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(10), 1008-1027. <https://doi.org/10.1177/088626001016010003>
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., & Starks, M. T. (2005). Parents' awareness of lesbian, gay, and bisexual youths' sexual orientation. *Journal of Marriage and Family*, 67(2), 474-482. <https://doi.org/10.1111/j.0022-2445.2005.00129.x>
- Dean, L., Meyer, I. H., Robinson, K., Sell, R. L., Sember, R., Silenzio, V. M., Bowen, D.J., Badford, J., Rothblum, E., White, J., Dunn, P., Lawrence, A., Wolfe, D., Xavier, J., Carter, D., Pittman, J. & Tierney, R. (2000). Lesbian, gay, bisexual, and transgender health:

- Findings and concerns. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(3), 102-151. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1009573800168>
- Dewaele, A., Cox, N., Van den Berghe, W., & Vincke, J. (2011). Families of choice? Exploring the supportive networks of lesbians, gay men, and bisexuals. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(2), 312-331. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2010.00715.x>
- Dowshen, N., Meadows, R., Byrnes, M., Hawkins, L., Eder, J., & Noonan, K. (2016). Policy perspective: ensuring comprehensive care and support for gender nonconforming children and adolescents. *Transgender Health*, 1(1), 75-85. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0002>
- Drydakis, N. (2022). Social rejection, family acceptance, economic recession, and physical and mental health of sexual minorities. *Sexuality Research and Social Policy*, 19, 1318-1340. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00640-4>
- Dyar, C., Feinstein, B. A., & London, B. (2015). Mediators of differences between lesbians and bisexual women in sexual identity and minority stress. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 43-51. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000090>
- Eisenberg, M. E., McMorris, B. J., Rider, G. N., Gower, A. L., & Coleman, E. (2020). “It’s kind of hard to go to the doctor’s office if you’re hated there.” A call for gender-affirming care from transgender and gender diverse adolescents in the United States. *Health & Social Care in the Community*, 28(3), 1082-1089. <https://doi.org/10.1111/hsc.12941>
- Erikson, E.H., & Erikson, J.M. (1997). *The life cycle completed* (Extended version). New York: W. W. Norton & Company.
- Espelage, D. L., Aragon, S. R., Birkett, M., & Koenig, B. W. (2008). Homophobic teasing, psychological outcomes, and sexual orientation among high school students: What influence do parents and schools have?. *School Psychology Review*, 37(2), 202-216. <https://doi.org/10.1080/02796015.2008.12087894>
- European Commission against Racism and Intolerance & Council of Europe. (2018). *Relatório da ECRI sobre Portugal*. <https://rm.coe.int/fifth-report-on-portugal-portuguese-translation-/16808de7db>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey. Main results*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponível em https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-eu-lgbt-survey-main-results_tk3113640enc_1.pdf
- Feinstein, B. A., Wadsworth, L. P., Davila, J., & Goldfried, M. R. (2014). Do parental acceptance and family support moderate associations between dimensions of minority

- stress and depressive symptoms among lesbians and gay men? *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(4), 239-246. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0035393>
- Feinstein, B. A., & Dyar, C. (2017). Bisexuality, minority stress, and health. *Current Sexual Health Reports*, 9(1), 42-49. <https://doi.org/10.1007/s11930-017-0096-3>
- Feinstein, B. A., Dyar, C., Li, D. H., Whitton, S. W., Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2019). The longitudinal associations between outness and health outcomes among gay/lesbian versus bisexual emerging adults. *Archives of Sexual Behavior*, 48(4), 1111-1126. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1221-8>
- Feinstein, B. A. (2020). The rejection sensitivity model as a framework for understanding sexual minority mental health. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2247-2258. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1428-3>
- Fine, M., Greene, C., & Sanchez, S. (2016). Neoliberal blues and precarious knowledge. *The Urban Review*, 48(4), 499-519. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s11256-016-0365-x>
- Finkelstein, K. R. (2023). *Survivors of sexual violence and the impact of rape myth internalization, ambivalent sexism, and concealment on formal help-seeking behaviors: An application of minority stress theory* (Doctoral dissertation, Seton Hall University). eRepository. <https://scholarship.shu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4228&context=dissertations>
- FRA - European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *A long way to go for LGBTIQ equality*. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality-1_en.pdf
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Emlet, C. A., Kim, H. J., Muraco, A., Erosheva, E. A., Goldsen, J., & Hoy-Ellis, C. P. (2013). The physical and mental health of lesbian, gay male, and bisexual (LGB) older adults: The role of key health indicators and risk and protective factors. *The Gerontologist*, 53(4), 664-675. <https://doi.org/10.1093/geront/gns123>
- Friedman, M. S., Marshal, M. P., Guadamuz, T. E., Wei, C., Wong, C. F., Saewyc, E. M., & Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American Journal of Public Health*, 101(8), 1481-1494. <https://doi.org/10.2105/ajph.2009.190009>
- Friedman, R. C. (1999). Homosexuality, psychopathology, and suicidality. *Archives of General Psychiatry*, 56(10), 887-888. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.887>

- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2009). Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 97-109. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0012844>
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2012). Measuring community connectedness among diverse sexual minority populations. *Journal of Sex Research*, 49(1), 36-49. <https://doi.org/10.1080%2F00224499.2011.565427>
- Frost, D. M., LeBlanc, A. J., de Vries, B., Alston-Stepnitz, E., Stephenson, R., & Woodyatt, C. (2017). Couple-level minority stress: An examination of same-sex couples' unique experiences. *Journal of Health and Social Behavior*, 58(4), 455-472. <https://doi.org/10.1177/0022146517736754>
- Frost, D. M., Fine, M., Torre, M. E., & Cabana, A. (2019). Minority stress, activism, and health in the context of economic precarity: Results from a national participatory action survey of lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and gender non-conforming youth. *American Journal of Community Psychology*, 63(3-4), 1-16. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12326>
- Frost, D. M., Meyer, I. H., Lin, A., Wilson, B. D., Lightfoot, M., Russell, S. T., & Hammack, P. L. (2022). Social change and the health of sexual minority individuals: do the effects of minority stress and community connectedness vary by age cohort?. *Archives of Sexual Behavior*, 51(4), 2299-2316. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02288-6>
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 51(101579), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2023.101579>
- Goh, J. X., Kort, D. N., Thurston, A. M., Benson, L. R., & Kaiser, C. R. (2019). Does concealing a sexual minority identity prevent exposure to prejudice?. *Social Psychological and Personality Science*, 10(8), 1056-1064. <https://doi.org/10.1177/1948550619829065>
- Goldbach, J. T., Tanner-Smith, E. E., Bagwell, M., & Dunlap, S. (2014). Minority stress and substance use in sexual minority adolescents: A meta-analysis. *Prevention Science*, 15(3), 350-363. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0393-7>
- Goldbach, J. T., & Gibbs, J. J. (2017). A developmentally informed adaptation of minority stress for sexual minority adolescents. *Journal of Adolescence*, 55, 36-50. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.12.007>
- Haas, A. P., Rodgers, P. L., & Herman, J. L. (2014). *Suicide attempts among transgender and gender non-conforming adults: Findings of the national transgender discrimination survey*. Williams Institute. American Foundation for Suicide Prevention. Retrieved from <https://queeramnesty.ch/docs/AFSP-Williams-Suicide-Report-Final.pdf>

- Hatzenbuehler, M. L. (2014). Structural stigma and the health of lesbian, gay, and bisexual populations. *Current Directions in Psychological Science*, 23(2), 127-132. <https://doi.org/10.1177/0963721414523775>
- Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *American Psychologist*, 71(8), 742-751. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/amp0000068>
- Hayfield, N., Clarke, V., & Halliwell, E. (2014). Bisexual women's understandings of social marginalisation: 'The heterosexuals don't understand us but nor do the lesbians'. *Feminism & Psychology*, 24(3), 352-372. <https://doi.org/10.1177/0959353514539651>
- Herek, G. M., Cogan, J. C., Gillis, J. R., & Glunt, E. K. (1997). Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 2, 17-25.
- Higgins, A., Downes, C., Murphy, R., Sharek, D., Begley, T., McCann, E., Sheerin, F., Smyth, S., De Vries, J., & Doyle, L. (2021). LGBT+ young people's perceptions of barriers to accessing mental health services in Ireland. *Journal of Nursing Management*, 29(1), 58-67. <https://doi.org/10.1111/jonm.13186>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Hottes, T. S., Bogaert, L., Rhodes, A. E., Brennan, D. J., & Gesink, D. (2016). Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sampling strategies: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 106(5), e1-e12. <https://doi.org/10.2105/ajph.2016.303088>
- Hoy-Ellis, C. P. (2016). Concealing concealment: The mediating role of internalized heterosexism in psychological distress among lesbian, gay, and bisexual older adults. *Journal of Homosexuality*, 63(4), 487-506. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1088317>
- Hsieh, N., & Ruther, M. (2016). Sexual minority health and health risk factors: Intersection effects of gender, race, and sexual identity. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(6), 746-755. <https://doi.org/10.1016%2Fj.amepre.2015.11.016>
- Hu, X., Wang, Y., & Wu, C. H. (2013). Acceptance concern and life satisfaction for Chinese LGBs: The mediating role of self-concealment. *Social Indicators Research*, 114(2), 687-701. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0168-8>

- Huang, Y. T., & Chan, R. C. (2022). Effects of sexual orientation concealment on well-being among sexual minorities: How and when does concealment hurt?. *Journal of Counseling Psychology*, 69(5), 630-641. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cou0000623>
- Huebner, D. M., & Davis, M. C. (2005). Gay and bisexual men who disclose their sexual orientations in the workplace have higher workday levels of salivary cortisol and negative affect. *Annals of Behavioral Medicine*, 30(3), 260-267. https://doi.org/10.1207/s15324796abm3003_10
- Hughto, J. M. W., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, 147, 222-231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>
- Jackman, K., Honig, J., & Bockting, W. (2016). Nonsuicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and transgender populations: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(23-24), 3438–3453. <https://doi.org/10.1111/jocn.13236>
- Jackson, S. D., & Mohr, J. J. (2016). Conceptualizing the closet: Differentiating stigma concealment and nondisclosure processes. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(1), 80-92. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000147>
- Kaniuka, A., Pugh, K. C., Jordan, M., Brooks, B., Dodd, J., Mann, A. K., Williams, S. L., & Hirsch, J. K. (2019). Stigma and suicide risk among the LGBTQ population: Are anxiety and depression to blame and can connectedness to the LGBTQ community help?. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 23(2), 205-220. <https://doi.org/10.1080/19359705.2018.1560385>
- Kase, C. A., & Mohr, J. J. (2023). Reciprocal associations between sexual orientation concealment and mental health among LGBQ college students. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/19359705.2023.2258819>
- Katz-Wise, S. L., Mereish, E. H., & Woulfe, J. (2017). Associations of bisexual-specific minority stress and health among cisgender and transgender adults with bisexual orientation. *The Journal of Sex Research*, 54(7), 899-910. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1236181>
- Kertzner, R. M., Meyer, I. H., Frost, D. M., & Stirratt, M. J. (2009). Social and psychological well-being in lesbians, gay men, and bisexuals: The effects of race, gender, age, and sexual identity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 500-510. <https://doi.org/10.1037/a0016848>
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay

- and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 70(8), 1-17. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-8-70>
- King, E. B., Mohr, J. J., Peddie, C. I., Jones, K. P., & Kendra, M. (2014). Predictors of identity management: An exploratory experience-sampling study of lesbian, gay, and bisexual workers. *Journal of Management*, 43(2), 476-502. <https://doi.org/10.1177/0149206314539350>
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Klonsky, E. D., Dixon-Luinenburg, T., & May, A. M. (2021). The critical distinction between suicidal ideation and suicide attempts. *World Psychiatry*, 20(3), 439–441. <https://doi.org/10.1002/wps.20909>
- Kosciw, J. G., Palmer, N. A., & Kull, R. M. (2015). Reflecting resiliency: Openness about sexual orientation and/or gender identity and its relationship to well-being and educational outcomes for LGBT students. *American Journal of Community Psychology*, 55(1), 167-178. <https://doi.org/10.1007/s10464-014-9642-6>
- Kuyper, L., & Fokkema, T. (2011). Minority stress and mental health among Dutch LGBs: examination of differences between sex and sexual orientation. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 222-233. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0022688>
- 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>
- Larson, D. G., Chastain, R. L., Hoyt, W. T., & Ayzenberg, R. (2015). Self-concealment: Integrative review and working model. *Journal of Social and Clinical psychology*, 34(8), 705-774. <https://doi.org/10.1521/jscp.2015.34.8.705>
- LeBlanc, A. J., Frost, D. M., & Bowen, K. (2018). Legal marriage, unequal recognition, and mental health among same-sex couples. *Journal of Marriage and Family*, 80(2), 397-408. <https://doi.org/10.1111/jomf.12460>
- Legate, N., Ryan, R. M., & Weinstein, N. (2012). Is coming out always a “good thing”? Exploring the relations of autonomy support, outness, and wellness for lesbian, gay, and bisexual individuals. *Social Psychological and Personality Science*, 3(2), 145-152. <https://doi.org/10.1177/1948550611411929>
- Lehavot, K., & Simoni, J. M. (2011). The impact of minority stress on mental health and substance use among sexual minority women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 159-170. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0022839>

- Li, F., Liao, J., Sun, X., Yang, T., Li, T., Wang, Y., & Mei, Y. (2022). Does self-concept clarity relate to depressive symptoms in Chinese gay men? The mediating effects of sexual orientation concealment and gay community connectedness. *Sexuality Research and Social Policy*, 19(4), 1506-1518. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00666-8>
- Lin, Y. J., & Israel, T. (2012). Development and validation of a psychological sense of LGBT community scale. *Journal of Community Psychology*, 40(5), 573-587. <https://doi.org/10.1002/jcop.21483>
- Lyons, A., & Pepping, C. A. (2017). Prospective effects of social support on internalized homonegativity and sexual identity concealment among middle-aged and older gay men: A longitudinal cohort study. *Anxiety, Stress, & Coping*, 30(5), 585-597. <https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1330465>
- Maguen, S., & Shipherd, J. C. (2010). Suicide risk among transgender individuals. *Psychology & Sexuality*, 1(1), 34-43. <https://doi.org/10.1080/19419891003634430>
- Marchi, M., Arcolin, E., Fiore, G., Travascio, A., Uberti, D., Amaddeo, F., Converti, M., Fiorillo, A., Mirandola, M., Pinna, F., Ventriglio, A., Galeazzi, G. M., & Italian Working Group on LGBTIQ Mental Health. (2022). Self-harm and suicidality among LGBTIQ people: a systematic review and meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 34(3-4), 240-256. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2053070>
- Marques, S. C., Pais-Ribeiro, J. L., & Lopez, S. J. (2011). Use of the “Mental Health Inventory–5” with Portuguese 10-15 years old. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 478-485. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.43
- Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., Bukstein, O. G., & Morse, J. Q. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addiction*, 103(4), 546-556. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02149.x>
- 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., & 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%2Fj.jadohealth.2011.02.005>
- Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1869-1876. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.11.1869>

- McConnell, E. A., Birkett, M. A., & Mustanski, B. (2015). Typologies of social support and associations with mental health outcomes among LGBT youth. *LGBT Health*, 2(1), 55-61. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0051>
- Meidlinger, P. C., & Hope, D. A. (2014). Differentiating disclosure and concealment in measurement of outness for sexual minorities: The Nebraska Outness Scale. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 489-497. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000080>
- Mereish, E. H., & Poteat, V. P. (2015). A relational model of sexual minority mental and physical health: The negative effects of shame on relationships, loneliness, and health. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 425–437. <https://doi.org/10.1037/cou0000088>
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38-56. <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. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H., Schwartz, S., & Frost, D. M. (2008). Social patterning of stress and coping: does disadvantaged social statuses confer more stress and fewer coping resources?. *Social Science & Medicine*, 67(3), 368-379. <https://doi.org/10.1016%2Fj.socscimed.2008.03.012>
- 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://psycnet.apa.org/doi/10.1037/2329-0382.1.S.3>
- Meyer, I. H. (2016). The elusive promise of LGBT equality. *American Journal of Public Health*, 106(8), 1356-1358. <https://doi.org/10.2105%2FAJPH.2016.303221>
- Meyer, I. H., Russell, S. T., Hammack, P. L., Frost, D. M., & Wilson, B. D. (2021). Minority stress, distress, and suicide attempts in three cohorts of sexual minority adults: A US probability sample. *PLoS One*, 16(3), 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246827>
- Milburn, N. G., Ayala, G., Rice, E., Batterham, P., & Rotheram-Borus, M. J. (2006). Discrimination and exiting homelessness among homeless adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 12(4), 658-672. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1099-9809.12.4.658>
- Milton, D. C., & Knutson, D. (2023). Family of origin, not chosen family, predicts psychological health in a LGBTQ+ sample. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 10(2), 269-278. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000531>

- Mohr, J. J., & Kendra, M. S. (2011). Revision and extension of a multidimensional measure of sexual minority identity: the Lesbian, Gay, and Bisexual Identity Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 234-245. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0022858>
- Mohr, J. J., Markell, H. M., King, E. B., Jones, K. P., Peddie, C. I., & Kendra, M. S. (2019). Affective antecedents and consequences of revealing and concealing a lesbian, gay, or bisexual identity. *Journal of Applied Psychology*, 104(10), 1266-1282. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/apl0000399>
- Moleiro, C., & Pinto, N. (2015). Sexual orientation and gender identity: review of concepts, controversies and their relation to psychopathology classification systems. *Frontiers in psychology*, 6 (1511), 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01511>
- Mongelli, F., Perrone, D., Balducci, J., Sacchetti, A., Ferrari, S., Mattei, G., & Galeazzi, G. M. (2019). Minority stress and mental health among LGBT populations: An update on the evidence. *Minerva Psichiatrica*, 60(1), 27–50. <https://doi.org/10.23736/S0391-1772.18.01995-7>
- Moradi, B. (2009). Sexual orientation disclosure, concealment, harassment, and military cohesion: Perceptions of LGBT military veterans. *Military Psychology*, 21(4), 513-533. <https://doi.org/10.1080/08995600903206453>
- Morandini, J. S., Blaszczynski, A., Dar-Nimrod, I., & Ross, M. W. (2015). Minority stress and community connectedness among gay, lesbian and bisexual Australians: a comparison of rural and metropolitan localities. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 39(3), 260-266. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12364>
- Morris, J. F., Waldo, C. R., & Rothblum, E. D. (2001). A model of predictors and outcomes of outness among lesbian and bisexual women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 61-71. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.71.1.61>
- Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2015). Transgender community involvement and the psychological impact of abuse among transgender women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(4), 386-390. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000126>
- Oliveira, J. M., Lopes, D., Costa, C. G., & Nogueira, C. (2012). Lesbian, Gay, and Bisexual Identity Scale (LGBIS): Construct validation, sensitivity analyses and other psychometric properties. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 334-347. http://dx.doi.org/10.5209/rev_2012.v15.n1.37340

- Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K. A. (2016). Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137(3), 1-8. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). *Linhas de orientação para a prática profissional no âmbito da intervenção psicológica com pessoas LGBTQ*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/linhasorientacao_lgbtq.pdf
- Pachankis, J. E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*, 133(2), 328-345. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.133.2.328>
- Pachankis, J. E., Westmaas, J. L., & Dougherty, L. R. (2011). The influence of sexual orientation and masculinity on young men's tobacco smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 142-152. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0022917>
- Pachankis, J. E., Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2015). The mental health of sexual minority adults in and out of the closet: A population-based study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 890-901. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/ccp0000047>
- Pachankis, J. E., & Bränström, R. (2018). Hidden from happiness: Structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(5), 403-415. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/ccp0000299>
- 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://psycnet.apa.org/doi/10.1037/bul0000271>
- Pepping, C. A., Cronin, T. J., Halford, W. K., & Lyons, A. (2019). Minority stress and same-sex relationship satisfaction: The role of concealment motivation. *Family Process*, 58(2), 496-508. <https://doi.org/10.1111/famp.12365>
- Petruzzella, A., Feinstein, B. A., Davila, J., & Lavner, J. A. (2019). Moderators of the association between community connectedness and internalizing symptoms among gay men. *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1519-1528. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1355-8>
- Pierre, M. S., & Senn, C. Y. (2010). External barriers to help-seeking encountered by Canadian gay and lesbian victims of intimate partner abuse: An application of the barriers model. *Violence and Victims*, 25(4), 536-552. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.25.4.536>
- Pinto, R. M., Melendez, R. M., & Spector, A. Y. (2008). Male-to-female transgender individuals building social support and capital from within a gender-focused

- network. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 20(3), 203-220.
<https://doi.org/10.1080/10538720802235179>
- Plöderl, M., Sellmeier, M., Fartacek, C., Pichler, E. M., Fartacek, R., & Kralovec, K. (2014). Explaining the suicide risk of sexual minority individuals by contrasting the minority stress model with suicide models. *Archives of Sexual Behavior*, 43(8), 1559-1570.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10508-014-0268-4>
- Plöderl, M., & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 27(5), 367–385.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1083949>
- Pompili, M., Lester, D., Forte, A., Seretti, M. E., Erbutto, D., Lamis, D. A., Amore, M., & Girardi, P. (2014). Bisexuality and suicide: A systematic review of the current literature. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 1903-1913.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12581>
- Postmes, T., & Branscombe, N. R. (2002). Influence of long-term racial environmental composition on subjective well-being in African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(3), 735–751. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.83.3.735>
- Price-Feeney, M., Green, A. E., & Dorison, S. (2020). Understanding the mental health of transgender and nonbinary youth. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 684-690.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.11.314>
- Puckett, J. A., Levitt, H. M., Horne, S. G., & Hayes-Skelton, S. A. (2015). Internalized heterosexism and psychological distress: The mediating roles of self-criticism and community connectedness. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(4), 426-435. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000123>
- Ragins, B. R., Singh, R., & Cornwell, J. M. (2007). Making the invisible visible: Fear and disclosure of sexual orientation at work. *Journal of Applied Psychology*, 92(4), 1103–1118.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.92.4.1103>
- Ramirez-Valles, J., Kuhns, L. M., Campbell, R. T., & Diaz, R. M. (2010). Social integration and health: Community involvement, stigmatized identities, and sexual risk in Latino sexual minorities. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 30-47.
<https://doi.org/10.1177/0022146509361176>
- Ramirez-Valles, J., Molina, Y., & Dirkes, J. (2013). Stigma towards PLWHA: the role of internalized homosexual stigma in Latino gay/bisexual male and transgender

- communities. *AIDS Education and Prevention*, 25(3), 179-189.
<https://doi.org/10.1521/aeap.2013.25.3.179>
- Reyes, M. E. S., Escote, A. M. D., Ferrer, A. V. C., Marpuri, J. K. O., Santos, A. C. D., Torres, R. F. E., Cayubit, R. F. O., & Bacaoco, J. R. A. (2023). Suicidality among bisexual youths: the role of parental sexual orientation support and concealment. *Current Psychology*, 42(28), 24425-24437. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03474-4>
- Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 77-99.
<http://hdl.handle.net/10400.12/1039>
- Ribeiro-Gonçalves, J. A., Costa, P. A., & Leal, I. (2019). Psychological distress in older Portuguese gay and bisexual men: The mediating role of LGBT community connectedness. *International Journal of Sexual Health*, 31(4), 407-413.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2019.1670315>
- Riggle, E. D., Rostosky, S. S., Black, W. W., & Rosenkrantz, D. E. (2017). Outness, concealment, and authenticity: Associations with LGB individuals' psychological distress and well-being. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(1), 54-62.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000202>
- Rivera-Riquelme, M., Piqueras, J. A., & Cuijpers, P. (2019). The Revised Mental Health Inventory-5 (MHI-5) as an ultra-brief screening measure of bidimensional mental health in children and adolescents. *Psychiatry Research*, 274, 247-253.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.045>
- Rivers, I., Gonzalez, C., Nodin, N., Peel, E., & Tyler, A. (2018). LGBT people and suicidality in youth: A qualitative study of perceptions of risk and protective circumstances. *Social Science & Medicine*, 212, 1–34. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.040>
- Roberts, L. L. (2019). Changing worldwide attitudes toward homosexuality: The influence of global and region-specific cultures, 1981–2012. *Social Science Research*, 80, 114-131.
<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2018.12.003>
- Roberts, L. M., & Christens, B. D. (2021). Pathways to well-being among LGBT adults: Sociopolitical involvement, family support, outness, and community connectedness with race/ethnicity as a moderator. *American Journal of Community Psychology*, 67(3-4), 405-418. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12482>
- Rodgers, S. M. (2017). Transitional age lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth: issues of diversity, integrated identities, and mental health. *Child and Adolescent*

- Psychiatric Clinics of North America*, 26(2), 297-309.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.12.011>
- Rogers, M. L., Hom, M. A., Janakiraman, R., & Joiner, T. E. (2021). Examination of minority stress pathways to suicidal ideation among sexual minority adults: The moderating role of LGBT community connectedness. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 8(1), 38-47. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000409>
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W., & Hunter, J. (2009). Disclosure of sexual orientation and subsequent substance use and abuse among lesbian, gay, and bisexual youths: critical role of disclosure reactions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(1), 175-184. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0014284>
- Ross, L. E., Salway, T., Tarasoff, L. A., MacKay, J. M., Hawkins, B. W., & Fehr, C. P. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sex Research*, 55(4-5), 435-456. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1387755>
- Russell, S. T., & Fish, J. N. (2019). Sexual minority youth, social change, and health: A developmental collision. *Research in Human Development*, 16(1), 5-20. <https://doi.org/10.1080/15427609.2018.1537772>
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346-352. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524>
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205-213. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x>
- Sacco, R. G. (2013). Re-envisioning the eight developmental stages of Erik Erikson: the Fibonacci life-chart method (FLCM). *Journal of Educational and Developmental Psychology*, 3(1), 140-146. <http://dx.doi.org/10.5539/jedp.v3n1p140>
- Saewyc, E. M., Bauer, G. R., Skay, C. L., Bearinger, L. H., Resnick, M. D., Reis, E., & Murphy, A. (2004). Measuring sexual orientation in adolescent health surveys: Evaluation of eight school-based surveys. *Journal of Adolescent Health*, 35(4), 345.e1 – e15. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.06.002>
- Saleiro, S., Ramalho, N., Menezes, M., & Gato, J. (2022). *Estudo nacional sobre as necessidades das pessoas LGBTI e sobre a discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. <https://www.cig.gov.pt/wp->

[content/uploads/2022/05/Estudo_necessidades_pessoas_LGBTI_discrimina_orienta_sexual_id_express_genero_caractrstcs_sexuais.pdf](#)

- Salway, T., Ross, L. E., Fehr, C. P., Burley, J., Asadi, S., Hawkins, B., & Tarasoff, L. A. (2019). A systematic review and meta-analysis of disparities in the prevalence of suicide ideation and attempt among bisexual populations. *Archives of Sexual Behavior*, 48(1), 89-111. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1150-6>
- Schrimshaw, E. W., Siegel, K., Downing Jr, M. J., & Parsons, J. T. (2013). Disclosure and concealment of sexual orientation and the mental health of non-gay-identified, behaviorally bisexual men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), 141-153. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0031272>
- Sefolasha, A., van Wyk, N., & van der Wath, A. (2021). Reframing personal and professional values: A substantive theory of facilitating lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex youth-inclusive primary health care by nurses. *Journal of Homosexuality*, 68(8), 1298-1319. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1696106>
- Shepherd, B. F., Chang, C. J., Dyar, C., Brochu, P. M., Selby, E. A., & Feinstein, B. A. (2024). Out of the closet, but not out of the woods: The longitudinal associations between identity disclosure, discrimination, and nonsuicidal self-injury among sexual minoritized young adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 11(2), 294-304. <https://doi.org/10.1037/sgd0000597>
- Shilo, G., & Mor, Z. (2014). The impact of minority stressors on the mental and physical health of lesbian, gay, and bisexual youths and young adults. *Health & Social Work*, 39(3), 161-171. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlu023>
- Shrestha, S., Poudel, K. C., Poudel-Tandukar, K., Kobayashi, J., Pandey, B. D., Yasuoka, J., Otsuka, K., & Jimba, M. (2014). Perceived family support and depression among people living with HIV/AIDS in the Kathmandu Valley, Nepal. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*, 13(3), 214-222. <https://doi.org/10.1177/1545109712456741>
- Sidiropoulou, K., Drydakis, N., Harvey, B., & Paraskevopoulou, A. (2020). Family support, school-age and workplace bullying for LGB people. *International Journal of Manpower*, 41(6), 717-730. <https://doi.org/10.1108/IJM-03-2019-0152>
- Snapp, S. D., Watson, R. J., Russell, S. T., Diaz, R. M., & Ryan, C. (2015). Social support networks for LGBT young adults: Low cost strategies for positive adjustment. *Family Relations*, 64(3), 420-430. <https://doi.org/10.1111/fare.12124>

- Stall, R., Pollack, L., Mills, T. C., Martin, J. N., Osmond, D., Paul, J., Binson, D., Coates, T. J., & Catania, J. A. (2001). Use of antiretroviral therapies among HIV-infected men who have sex with men: A household-based sample of 4 major American cities. *American Journal of Public Health*, 91(5), 767-773. <https://doi.org/10.2105%2Fajph.91.5.767>
- Su, D., Irwin, J. A., Fisher, C., Ramos, A., Kelley, M., Mendoza, D. A. R., & Coleman, J. D. (2016). Mental health disparities within the LGBT population: A comparison between transgender and nontransgender individuals. *Transgender Health*, 1(1), 12-20. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0001>
- Suppes, A., van der Toorn, J., & Begeny, C. T. (2021). Unhealthy closets, discriminatory dwellings: The mental health benefits and costs of being open about one's sexual minority status. *Social science & Medicine*, 285, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114286>
- United Nations (2011). *Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights*. Disponível em https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Discrimination/A.HRC.19.41_English.pdf
- van der Star, A., Pachankis, J. E., & Bränström, R. (2021). Country-level structural stigma, school-based and adulthood victimization, and life satisfaction among sexual minority adults: A life course approach. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(1), 189-201. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01340-9>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0018697>
- VanderWaal, C. J., Sedlacek, D., & Lane, L. (2017). The Impact of Family Rejection or Acceptance among LGBT+ Millennials in the Seventh-day Adventist Church. *Social Work & Christianity*, 44 (1-2), 72-95.
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730-742. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.51.5.730>
- Ventriglio, A., Mirandola, M., Galeazzi, G. M., Amaddeo, F., Pinna, F., Converti, M., Fiorillo, A., & Italian Working-Group on LGBTQI Mental Health. (2022). Mental health for LGBTQI people: a policies' review. *International Review of Psychiatry*, 34(3-4), 200-214. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2052266>

- Witherspoon, R. G., & Theodore, P. S. (2021). Exploring minority stress and resilience in a polyamorous sample. *Archives of Sexual Behavior*, 50(4), 1367-1388. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10508-021-01995-w>
- Wong, C. F., Schrager, S. M., Holloway, I. W., Meyer, I. H., & Kipke, M. D. (2014). Minority stress experiences and psychological well-being: The impact of support from and connection to social networks within the Los Angeles House and Ball communities. *Prevention Science*, 15, 44-55. <https://doi.org/10.1007/s11121-012-0348-4>
- Zimmerman, L., Darnell, D. A., Rhew, I. C., Lee, C. M., & Kaysen, D. (2015). Resilience in community: A social ecological development model for young adult sexual minority women. *American Journal of Community Psychology*, 55 (1-2), 179-190. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10464-015-9702-6>

Anexos

Anexo A. O papel moderador da ligação à comunidade na associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o sofrimento psicológico

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.1 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 1
Y : BSI_tot
X : concealm
W : tot_comm

Sample
Size: 166

OUTCOME VARIABLE:
BSI_tot

Model Summary	R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
	,196	,039	,565	2,167	3,000	162,000	,094

Model	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	1,245	,059	20,920	,000	1,127	1,362
concealm	-,008	,038	-,203	,839	-,082	,067
tot_comm	-,037	,070	-,533	,595	-,176	,101
Int_1	,098	,041	2,410	,017	,018	,178

Product terms key:
Int_1 : concealm x tot_comm

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):

	R2-chng	F	df1	df2	p
X*W	,034	5,807	1,000	162,000	,017

Focal predict: concealm (X)
Mod var: tot_comm (W)

Conditional effects of the focal predictor at values of the moderator(s):

tot_comm	Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
-,853	-,091	,046	-1,987	,049	-,181	-,001
,000	-,008	,038	-,203	,839	-,082	,067
,853	,076	,056	1,355	,177	-,035	,186

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:
Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

```
DATA LIST FREE/
  concealm tot_comm BSI_tot .
BEGIN DATA.
  -1,623    -,853    1,424
  1,623     -,853    1,129
  -1,623     ,853    1,090
  1,623     ,853    1,336
END DATA.
GRAPH/SCATTERPLOT=
  concealm WITH BSI_tot BY tot_comm .
```

Anexo B. O papel moderador da ligação à comunidade na associação entre a aceitação e suporte parental e o sofrimento psicológico

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.1 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 1
Y : BSI_tot
X : sup_par
W : tot_comm

Sample
Size: 168

OUTCOME VARIABLE:
BSI_tot

Model	R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
1	,175	,031	,570	1,732	3,000	164,000	,163

Model	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	1,210	,059	20,681	,000	1,095	1,326
sup_par	-,135	,063	-2,142	,034	-,260	-,011
tot_comm	-,014	,070	-,201	,841	-,153	,125
Int_1	-,045	,066	-,683	,496	-,176	,086

Product terms key:
Int_1 : sup_par x tot_comm

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):

	R2-chng	F	df1	df2	p
X*W	,003	,466	1,000	164,000	,496

Focal predict: sup_par (X)
Mod var: tot_comm (W)

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:
Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

```
DATA LIST FREE/
  sup_par tot_comm BSI_tot .
BEGIN DATA.
  -,929 -,859 1,312
  ,000 -,859 1,222
  ,929 -,859 1,133
  -,929 ,000 1,336
  ,000 ,000 1,210
  ,929 ,000 1,084
  -,929 ,859 1,360
  ,000 ,859 1,198
  ,929 ,859 1,036
END DATA.
GRAPH/SCATTERPLOT=
  sup_par WITH BSI_tot BY tot_comm .
```

Anexo C. O papel moderador da ligação à comunidade na associação entre a motivação para ocultar a orientação sexual e o bem-estar

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.1 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 1
Y : mhi_tota
X : concealm
W : tot_comm

Sample
Size: 167

OUTCOME VARIABLE:
mhi_tota

Model Summary	R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
	,202	,041	,938	2,313	3,000	163,000	,078

Model	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	3,750	,076	49,090	,000	3,599	3,901
concealm	-,022	,048	-,466	,642	-,117	,072
tot_comm	-,050	,090	-,551	,583	-,228	,129
Int_1	-,135	,052	-2,581	,011	-,238	-,032

Product terms key:
Int_1 : concealm x tot_comm

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):

	R2-chng	F	df1	df2	p
X*W	,039	6,664	1,000	163,000	,011

Focal predict: concealm (X)
Mod var: tot_comm (W)

Conditional effects of the focal predictor at values of the moderator(s):

tot_comm	Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
-,851	,092	,059	1,578	,116	-,023	,208
,000	-,022	,048	-,466	,642	-,117	,072
,851	-,137	,072	-1,912	,058	-,279	,005

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:
Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

```
DATA LIST FREE/
  concealm tot_comm mhi_tota .
BEGIN DATA.
  -1,631 - ,851 3,642
  ,000 - ,851 3,792
  1,631 - ,851 3,943
  -1,631 ,000 3,786
  ,000 ,000 3,750
  1,631 ,000 3,713
  -1,631 ,851 3,931
  ,000 ,851 3,708
  1,631 ,851 3,484
END DATA.
GRAPH/SCATTERPLOT=
  concealm WITH mhi_tota BY tot_comm .
```

Anexo D. O papel moderador da ligação à comunidade na associação entre a aceitação e suporte parental e o bem-estar

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.1 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 1
Y : mhi_tota
X : sup_par
W : tot_comm

Sample
Size: 169

OUTCOME VARIABLE:
mhi_tota

Model	R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
	,185	,034	,943	1,950	3,000	165,000	,124

Model	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	3,798	,075	50,638	,000	3,650	3,946
sup_par	,188	,081	2,316	,022	,028	,348
tot_comm	-,077	,090	-,850	,396	-,255	,102
Int_1	,011	,085	,132	,896	-,157	,179

Product terms key:
Int_1 : sup_par x tot_comm

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):

	R2-chng	F	df1	df2	p
X*W	,000	,017	1,000	165,000	,896

Focal predict: sup_par (X)
Mod var: tot_comm (W)

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:
Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

```
DATA LIST FREE/
  sup_par tot_comm mhi_tota .
BEGIN DATA.
  -,930 -,857 3,698
  ,000 -,857 3,864
  ,930 -,857 4,029
  -,930 ,000 3,623
  ,000 ,000 3,798
  ,930 ,000 3,972
  -,930 ,857 3,549
  ,000 ,857 3,732
  ,930 ,857 3,916
END DATA.
GRAPH/SCATTERPLOT=
  sup_par WITH mhi_tota BY tot_comm .
```