

IMPACTO DO ESTIGMA SEXUAL E *COMING OUT* NA SAÚDE DE MINORIAS SEXUAIS

Gonçalo Gomes¹, Pedro Alexandre Costa¹, & Isabel Leal¹

¹William James Center for Research, ISPA-IU, goncalosrgomes@gmail.com

RESUMO: Este estudo pretendeu avaliar o impacto que o estigma internalizado, o estigma sentido e níveis de *coming out* têm na saúde mental e física de pessoas LGBT+. Método: Metodologia quantitativa com amostragem não probabilística, por conveniência, recrutada online. A amostra foi constituída por 313 participantes LGBT+ com entre 25 a 59 anos ($M = 35,94$; $SD = 8,366$). Foram utilizados o Questionário de Identidade Homossexual, a Escala de Distress Psicológico de Kessler, a subescala de Ideação Suicida do QIAIS-A e o Safe Sex Behaviour Questionnaire. Resultados: Maiores níveis de autoestigma e menores níveis de *coming out* foram associados a maior distress psicológico. Maiores níveis de autoestigma e *coming out* foram associados a maior ideação suicida. Menores níveis de *coming out* e maiores níveis de autoestigma foram associados a maior envolvimento em comportamentos sexuais de risco. Discussão: Os resultados obtidos no presente estudo reforçam a importância da redução do estigma sexual e o papel fulcral que a intervenção psicológica pode ter na melhoria da saúde de minorias sexuais, nomeadamente o quão impactante pode ser a intervenção psicológica ao nível do estigma internalizado e no processo de *coming out*. *Palavras-chave:* LGBT, Saúde, Homofobia, Heterossexismo, Adultos

IMPACT OF SEXUAL STIGMA AND COMING OUT ON SEXUAL MINORITIES' HEALTH

ABSTRACT: This study's purpose was to assess the impact of internalized stigma, felt stigma, and coming out levels on mental and physical health of LGBT+ people. Method: A quantitative methodology with non-probability convenience online sampling was used. The sample consisted of 313 LGBT+ participants aged 25 to 59 years ($M = 35.94$; $SD = 8.366$). The Homosexual Identity Scale, the Kessler Psychological Distress Scale, the Suicidal Ideation subscale from the QIAIS-A and the Safe Sex Behaviour Questionnaire were used. Results: Higher levels of self-stigma and lower levels of coming out were associated with greater psychological distress. Higher levels of self-stigma and coming out were associated with higher suicidal ideation. Lower levels of coming out and higher levels of self-stigma were associated with greater involvement in sexual risk behaviours. Discussion: The results from the present study reinforced the importance of reducing sexual stigma and the key role that psychological intervention can play in improving the health of sexual minorities, namely how impactful psychological intervention can be on internalized stigma and in the coming out process. *Keywords:* LGBT, Health, Homophobia, Heterosexism, Adults

ESTIGMA, COMING OUT E SAÚDE DE MINORIAS SEXUAIS

Um extenso corpo de literatura evidencia que existe uma maior prevalência de problemáticas de saúde física e mental na população LGBT+, comparativamente aos seus pares heterossexuais e cisgénero (e.g., Mayer, Bradford, Makadon, Stall, Goldhammer, & Landers, 2008). Em particular, os indivíduos LGBT+ apresentam maiores níveis de distress psicológico, tendo um maior risco de depressão e perturbações da ansiedade (Kelleher, 2009), apresentam maiores taxas de suicídio e níveis de ideação suicida (Mereish, O’Cleirigh, & Bradford, 2014) e uma maior prevalência de comportamentos sexuais de risco (Rosario, Schrimshaw, & Hunter, 2006).

Meyer (1995; 2003), utiliza o conceito de stress minoritário para se referir ao stress excessivo, a que estão sujeitos os indivíduos de categorias sociais estigmatizadas, como a população LGBT+, e que resultam do seu estatuto social, por norma de inferioridade. Propõe assim, o Modelo do Stress Minoritário como um modelo para a explicação da prevalência de problemas de saúde destes indivíduos, relacionados com stressores sociais decorrentes do estigma e preconceito. O processo de stress minoritário é concebido por Meyer (2003) como um contínuo, desde os stressores distais, definidos como eventos e condições objetivos, até aos processos pessoais proximais, por definição subjetivos, visto que se baseiam nas perceções e julgamentos individuais.

O estigma sexual que consiste no conhecimento social partilhado de que a homossexualidade é inferior à heterossexualidade (Herek, 2009), destaca-se como a possível explicação para estas diferenças, visto que cria um ambiente social stressante que pode levar ao desenvolvimento de problemas de saúde por parte de minorias sexuais (Meyer, 2003). Herek (2009), distingue dois tipos de estigma, o *estigma sentido* referente às expectativas da probabilidade de que o estigma seja agido em diferentes situações e sob várias circunstâncias, e o *estigma internalizado* que consiste na aceitação, por parte do indivíduo, da avaliação negativa da homossexualidade, por parte da sociedade, e conseqüente adoção de atitudes negativas para com o *self*.

Por outro lado, o *coming out*, i.e., o assumir da identidade sexual, é identificado como indicador de uma identidade LGBT+ bem integrada e de reduzido estigma internalizado, sugerindo que o indivíduo possui atitudes positivas em relação à sua identidade sexual (Pereira & Leal, 2005; Rosario et al., 2006). Contudo, a literatura indica que alguns indivíduos se sentem bem com a sua homossexualidade, mas preferem ocultar a sua sexualidade num ambiente anti homossexual, como é a sociedade em geral, pelo que neste contexto, a não revelação da sua homossexualidade pode ser protetor (Pereira & Leal, 2005).

O presente estudo, através de uma metodologia quantitativa, pretendeu avaliar o impacto que o *estigma internalizado*, o *estigma sentido* e níveis de *coming out* têm na saúde mental, como o distress psicológico e a ideação suicida, e nos comportamentos com impacto na saúde física, como os comportamentos sexuais de risco, em pessoas LGBT+ adultas.

MÉTODOS

Participantes

Este estudo utilizou uma metodologia quantitativa e uma amostragem não probabilística intencional e por conveniência. Os critérios de inclusão no mesmo foram: (1) identificar-se como sendo LGBT+ e (2) ter entre 25 a 59 anos, visto que se pretendeu estudar minorias sexuais no período da adultícia, menos frequentemente estudado que o da adolescência. A amostra foi constituída por 313 participantes, com idades entre os 25 e os 59 anos ($M = 35,94$; $SD = 8,366$). Relativamente ao género, 153 (48,9%) participantes identificaram-se como mulheres, 149 (47,6%) como homens e 11 como trans/não binários (3,5%). Relativamente à identidade sexual, 127 (40,6%)

eram homens gay, 116 (37,1%) eram mulheres lésbicas, 44 (14,1%) eram homens e mulheres bissexuais, 11 (3,5%) eram pansexuais, 7 (2,2%) eram Trans e 8 (2,5%) identificaram-se com outra.

Material

Estigma sentido, estigma internalizado e coming out. O estigma internalizado foi avaliado com base no Questionário de Identidade Homossexual (Pereira, Leal, & Marôco, 2010). Possui 13 itens distribuídos por duas dimensões: gestão de autoestigma face ao preconceito, com oito itens ($\alpha = ,868$) e trajetória de aceitação da identidade sexual com três itens ($\alpha = ,639$). Medida através de uma escala de likert de 5 pontos, sendo scores elevados indicadores de maiores níveis de estigma. O *coming out* foi avaliado com base no item 12 (“Neste momento ninguém sabe da minha homossexualidade/bissexualidade”) desta mesma escala, sendo scores elevados indicadores de um menor nível de *coming out*. O estigma sentido foi avaliado com base num item (“Sente que tem sido vítima de discriminação com base na sua orientação sexual/identidade de género?”) medido através de uma escala de likert de 5 pontos, sendo scores elevados indicadores de menores níveis de estigma sentido.

Distress Psicológico. Foi utilizada a Escala de Distress Psicológico de Kessler (Kessler et al., 2003). Possui 10 itens, medidos através de uma escala de likert de 5 pontos. A cotação desta escala é feita pela soma da pontuação total de todos os itens, sendo considerada uma pontuação de 10-19 sem Distress, 20-24 Distress Leve, 25-29 Distress Moderado e 30-50 Distress Severo ($\alpha = ,951$).

Ideação suicida. Foi utilizada a subescala de ideação suicida do Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência (Castilho, Carvalho, Nunes, & Pinto-Gouveia, 2012 cit. por Nunes, 2013). Esta possui 3 itens, medidos através de uma escala de likert de 4 pontos. Scores elevados indicam maior prevalência dessa componente ($\alpha = ,810$).

Comportamentos sexuais de risco. Para avaliar os comportamentos sexuais de risco foi utilizado o Safe Sex Behaviour Questionnaire (Dilorio, Parsons, Lehr, Adame, & Carlone, 1992). A escala foi traduzida para português de Portugal, possui 24 itens, medidos através de uma escala de likert de 5 pontos e distribuídos por três dimensões: uso de preservativo e planeamento de relações seguras, comunicação com o/a parceiro/a e não envolvimento em comportamentos de risco. Scores elevados nas escalas indicam maior frequência de comportamentos sexuais seguros. No presente estudo foi apenas usada a dimensão não envolvimento em comportamentos de risco, constituída por seis itens ($\alpha = ,743$).

Procedimento

A recolha de participantes foi efetuada online, através de redes sociais e plataformas dirigidas à população LGBT+ (e.g. *Facebook*, sites oficiais e *mailing lists* de associações LGBT+). Na primeira página do protocolo foi apresentado o consentimento informado, sendo o anonimato e confidencialidade garantidos aos participantes, visto que não seriam recolhidas quaisquer informações que os identificassem.

RESULTADOS

Depois de avaliadas as associações entre variáveis, foram testadas de que forma as variáveis *coming out*, estigma sentido, gestão de autoestigma face ao preconceito e trajetória de aceitação da identidade homossexual contribuíram para a explicação da variância de distress psicológico, ideação suicida e não envolvimento em comportamentos de risco.

ESTIGMA, COMING OUT E SAÚDE DE MINORIAS SEXUAIS

Modelo explicativo do distress psicológico

Este modelo foi estatisticamente significativo, $F(4, 289) = 34,966$, $p < ,001$, explicando 31,7% da variância de distress psicológico. Duas destas variáveis contribuíram de forma significativa para a explicação da variância de distress, sendo a gestão de autoestigma face ao preconceito a que evidenciou um maior peso explicativo, seguida do *coming out* (Quadro 1).

Quadro 1. Regressão linear múltipla para o distress psicológico

	B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Coming out</i>	2,246	,224	3,618**	,000
Estigma sentido	-,603	-,056	-1,087	,278
Gestão de autoestigma face ao preconceito	4,812	,378	5,476**	,000
Trajetória de aceitação da identidade homossexual	,216	,019	,367	,714

** $p < ,001$

Modelo explicativo da ideação suicida

Este modelo foi estatisticamente significativo, $F(4, 290) = 7,733$, $p < ,001$, explicando 8,4 % da variância de ideação suicida. Três destas variáveis contribuíram de forma significativa para a explicação da variância da ideação suicida, sendo a gestão de autoestigma face ao preconceito a que evidenciou um maior peso explicativo, seguida do *coming out* a única que contribuiu negativamente, e da trajetória de aceitação da identidade homossexual (Quadro 2).

Quadro 2. Regressão linear múltipla para a ideação suicida

	B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Coming out</i>	-,110	-,162	-2,267*	,024
Estigma sentido	-,063	-,086	-1,453	,147
Gestão de autoestigma face ao preconceito	,215	,250	3,143*	,002
Trajetória de aceitação da identidade homossexual	,110	,147	2,415*	,016

* $p < ,05$

Modelo explicativo do não envolvimento em comportamentos de risco

Este modelo foi estatisticamente significativo, $F(4, 279) = 20,676$, $p < ,001$, explicando 21,8 % da variância ao nível do não envolvimento em comportamentos de risco. As quatro variáveis contribuíram de forma significativa para a explicação da variância do não envolvimento em comportamentos de risco. O *coming out* é a variável que evidenciou um maior peso explicativo, seguida da gestão de autoestigma face ao preconceito, ambos com um peso negativo. Seguindo-se a trajetória de aceitação da identidade homossexual e o estigma sentido, com um peso positivo e muito próximo entre elas (Quadro 3).

Quadro 3. Regressão linear múltipla para o não envolvimento em comportamentos de risco

	B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Coming out</i>	-,272	-,329	-4,863**	,000
Estigma sentido	,118	,130	2,320*	,021
Gestão de autoestigma face ao preconceito	-,166	-,156	-2,081*	,038
Trajetória de aceitação da identidade homossexual	,125	,131	2,300*	,022

** $p < ,001$ * $p < ,05$

DISCUSSÃO

No presente estudo, menores níveis de *coming out* e maiores níveis de estigma internalizado e de estigma sentido foram associados a maiores níveis de distress psicológico, como seria de esperar e no sentido previsto pelo modelo do stress minoritário de Meyer (1995; 2003). Maiores níveis de autoestigma face ao preconceito foram associados a maiores níveis de distress psicológico. Os resultados sugerem que é a gestão do autoestigma face ao preconceito que tem um maior impacto nos níveis de distress psicológico dos indivíduos, o que vai de encontro a outros estudos como o de Kelleher (2009) em que o estigma internalizado também foi preditor de distress psicológico em indivíduos LGBT+. Menores níveis de *coming out* foram associados a maiores níveis de distress psicológico, o que faz sentido considerando que, embora a ocultação da identidade sexual possa em algumas circunstâncias constituir uma estratégia de proteção contra o estigma (Pereira & Leal, 2005), esta ocultação poderá também ser geradora de stress quando assenta numa antecipação ou experiência de estigma (Herek, 2009).

Os resultados indicaram que estigma sexual e o *coming out* foram importantes preditores dos níveis de distress psicológico nesta amostra. A redução do estigma internalizado e a promoção do *coming out* manifestam-se, assim como duas componentes importantes para a redução dos níveis de distress psicológico e para a eventual redução de problemas de saúde mental relacionados com a ansiedade e a depressão de indivíduos LGBT+, que apresentam maiores taxas deste tipo de problemáticas (Mayer et al., 2008).

No que diz respeito à ideação suicida, os resultados revelaram que quanto maior o nível de autoestigma e a dificuldade de aceitação da identidade homossexual, maior a ideação suicida. Como refere Herek (2009), o estigma internalizado requer a aceitação da avaliação negativa e de inferioridade da homossexualidade, e a sua integração no autoconceito do indivíduo LGBT+, isto poderá causar grande sofrimento psicológico, podendo o indivíduo contemplar terminar com a própria vida, como forma de terminar com esse sofrimento. Menores níveis de *coming out* foram associados a menores níveis de ideação suicida o que fará sentido já que, como referido anteriormente, a não revelação da identidade sexual pode constituir uma forma de proteção contra a discriminação e estigmatização numa sociedade heterossexista (Pereira & Leal, 2005). Assim, o indivíduo, ao ocultar a sua identidade sexual proteger-se-á de situações de discriminação e estigmatização, evitando algum do sofrimento associado ao seu estatuto minoritário e, por isso, à partida terá maior satisfação com a sua vida, não tendo por isso pensamentos de como seria terminar com a mesma.

O *coming out* evidenciou o maior peso explicativo de não envolvimento em comportamentos de risco, no sentido de que níveis mais reduzidos de *coming out* foram associados a menor não envolvimento em comportamentos de risco. Tal não vai de encontro a estudos como o de Rosario et al. (2006), em que o maior conforto com terceiros saberem da homossexualidade do indivíduo foi associado a uma maior prevalência de comportamentos sexuais de risco. Contudo, faz sentido que níveis reduzidos de *coming out*, dado o desconforto e/ou receio de revelar a identidade sexual, leve os indivíduos a incorrer em comportamentos de risco, como o consumo de substâncias aquando do envolvimento sexual com alguém, visto que, como referem Colfax et al. (2004), as substâncias podem ser utilizadas com a intenção de reduzir a ansiedade relativa a ter sexo e/ou potencial transmissão de infeções. Também menores níveis de autoestigma foram associados a menor envolvimento em comportamentos de risco, o que vai de acordo à ideia de que estes indivíduos não sentirão tanta necessidade de consumir substâncias para se desinibirem e serem capazes de se envolver sexualmente com alguém do mesmo sexo. Para além disso, à partida, sentir-se-ão mais confortáveis na sua pele e gostarão mais de si, tendendo a adotar atitudes e comportamentos que os protejam e cuidem de si.

ESTIGMA, COMING OUT E SAÚDE DE MINORIAS SEXUAIS

Menor aceitação da identidade homossexual evidenciou uma associação com menor envolvimento em comportamentos de risco. Este resultado foi surpreendente e deverá ser examinado em maior detalhe em futuras investigações. Contudo, pode dar-se o caso de que indivíduos com maiores níveis de estigma internalizado estejam hiper vigilantes em relação a certos estigmas, nomeadamente de condutas sexuais menos seguras na comunidade gay, tendendo por isso a tomar mais precauções, i.e., a adotar comportamentos sexuais mais seguros (Pereira & Leal, 2002).

Menores níveis de estigma sentido foram associados a um maior não envolvimento em comportamentos de risco. Tal vai de encontro a outros estudos como o de Díaz, Ayala, e Bein (2004), em que os níveis de estigma sentido também foram preditores de participação em situações de risco sexual, tendo os indivíduos com maiores níveis estigma sentido maior probabilidade de terem tido relações sexuais sob a influência de drogas ou álcool. Este resultado constitui, portanto, mais um argumento a favor da hipótese já exposta de que, os indivíduos que se sintam menos estigmatizados, não sentirão tanta necessidade de incorrer em comportamentos de risco para se desinibir e ser capazes de se envolver sexualmente com alguém. Estes resultados indicam o quão impactante o *coming out*, o estigma internalizado e o estigma sentido podem ser na promoção de comportamentos sexuais seguros por parte de indivíduos LGBTQ+ e a eventual importância de serem aspetos a ter em conta em campanhas de sensibilização.

O presente estudo evidencia limitações, nomeadamente o processo de amostragem utilizado, não probabilístico intencional e por conveniência, o que limita a generalização dos resultados à população. O foco nos *outcomes* de saúde, não abordando fatores moderadores do modelo do stress minoritário, e.g. suporte social, podem também constituir outra limitação do presente estudo. Apesar destas limitações, a saúde das pessoas LGBTQ+ continua ainda a ser pouco estudada em Portugal, e este estudo pretendeu contribuir para esta lacuna, especialmente no que se refere ao tema da suicidalidade LGBTQ+, onde esta é mais evidente. Os resultados obtidos no presente estudo reforçam a importância da redução do estigma sexual e o papel fulcral que a intervenção psicológica pode ter na melhoria da saúde de minorias sexuais, nomeadamente o quão impactante pode ser a intervenção psicológica ao nível do estigma internalizado e no processo de *coming out*.

REFERÊNCIAS

- Colfax, G., Vittinghoff, E., Husnik, M. J., McKirnan, D., Buchbinder, S., Koblin, B., ... & Bozeman, S. (2004). Substance use and sexual risk: a participant-and episode-level analysis among a cohort of men who have sex with men. *American journal of epidemiology*, 159(10), 1002-1012. doi: 10.1093/aje/kwh135
- Díaz, R. M., Ayala, G., & Bein, E. (2004). Sexual risk as an outcome of social oppression: data from a probability sample of Latino gay men in three US cities. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 10(3), 255. doi: 10.1037/1099-9809.10.3.255
- Dilorio, C., Parsons, M., Lehr, S., Adame, D., & Carlone, J. (1992). Measurement of safe sex behavior in adolescents and young adults. *Nursing Research*, 41, 203-208.
- Herek, G. M. (2009). Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework. In *Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities* (pp. 65-111). Springer, New York, NY. doi: 10.1007/978-0-387-09556-1_4
- Kelleher, C. (2009). Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Counselling psychology quarterly*, 22(4), 373-379. doi: 10.1080/09515070903334995

- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., ... Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 184-189. doi: 10.1001/archpsyc.60.2.184
- Mayer, K. H., Bradford, J. B., Makadon, H. J., Stall, R., Goldhammer, H., & Landers, S. (2008). Sexual and gender minority health: what we know and what needs to be done. *American journal of public health*, 98(6), 989-995. doi: 10.2105/AJPH.2007.127811
- Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behaviour*, 36(1), 38-56. doi: 10.2307/2137286
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674-697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Mereish, E. H., O'Cleirigh, C., & Bradford, J. B. (2014). Interrelationships between LGBT-based victimization, suicide, and substance use problems in a diverse sample of sexual and gender minorities. *Psychology, health & medicine*, 19(1), 1-13. doi: 10.1080/13548506.2013.780129
- Nunes, C. (2013). *Auto-dano e ideação suicida na população adolescente: Aferição do questionário de impulso, auto-dano e ideação suicida na adolescência (QLAIS-A)* (Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores).
- Pereira, H., & Leal, I. (2002). A homofobia internalizada e os comportamentos para a saúde numa amostra de homens homossexuais. *Análise Psicológica*, 20(1), 107-113.
- Pereira, H., & Leal, I. P. (2005). Medindo a homofobia internalizada: A validação de um instrumento. *Análise Psicológica*, 23(3), 323-328.
- Pereira, H., Leal, I., & Marôco, J. (2010). Questionário de Identidade Homossexual. Em J. Marôco, & I. Leal, *Avaliação em Sexualidade e Parentalidade* (pp. 43-53). Legis Editora.
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W., & Hunter, J. (2006). A model of sexual risk behaviors among young gay and bisexual men: Longitudinal associations of mental health, substance abuse, sexual abuse, and the coming-out process. *AIDS Education & Prevention*, 18(5), 444-460. doi: 10.1521/aeap.2006.18.5.444