

A homossexualidade e alguns dos seus problemas

AFONSO DE ALBUQUERQUE*

INTRODUÇÃO

A extraordinária diversidade da sexualidade humana tem sido, ao longo dos tempos, objecto de incontáveis escritos, interpretações e comentários e temática obrigatória da religião, da política, da moral, da literatura e da ciência. Raramente estas abordagens foram objectivas e livres de contaminações morais, religiosas e culturais, e nem mesmo a classe médica conseguiu escapar a esta secular confusão ideológica. Entre toda a diversidade sexual humana a questão de orientação sexual tem sido talvez a mais distorcida. O fenómeno da orientação sexual que Bancroft¹ designa como «peculiarmente humano», já que não se aplica a mais nenhuma espécie animal, (por ex. a preferência homossexual exclusiva só se encontra na espécie humana), não poderia, por isso mesmo, ter origens unicamente bio-genéticas, mas terá de ser também produto da aprendizagem psico-socio-cultural. A homossexualidade, ainda que com muitas e diferentes designações, é referida como existente em todas as sociedades humanas e em todas as épocas, apesar de haver algumas cuja linguagem não possui uma palavra para a nomear².

A interacção sexual entre indivíduos do mesmo sexo é ainda observável num grande número de outras espécies animais. A acesa discussão para saber se

tem ou não uma causalidade biológica e a velha e falsa oposição filosófica entre biológico («natureza») e aprendizagem («construção cultural») tem vindo a inquinhar o debate nesta área. No séc. XIX, a homossexualidade passou a ser considerada, pela primeira vez, como uma categoria social, mas discutia-se se era doença ou pecado. Esta discussão transborda para o séc. XX e nem mesmo os trabalhos de Freud e dos primeiros sexologistas, como Hirschfeld, vêm a ser decisivos, mantendo-se a disputa até aos nossos dias. A dúvida mais persistente tem exactamente a ver com a causalidade da orientação sexual, pois se esta for essencialmente bio-genética, terá que ser tirada da categoria de «pecado» (logo mutável) e passar para a categoria de «doença» (logo imutável). Segundo Green³, de acordo com a legislação americana actual, será necessário provar que a homossexualidade é imutável para conseguir proteger os homossexuais contra a discriminação de que são vítimas.

No Quadro I resumem-se algumas das razões para as atitudes negativas em relação à preferência homossexual.

Só nos últimos 20 a 30 anos é que se conseguiram realizar estudos objectivos que começaram a esclarecer a causalidade da orientação hetero ou homossexual e que ainda decorrem.

Mesmo assim, desde 1973 que a Associação Psiquiátrica Americana mudou o estatuto da homossexualidade de «doença» para «perturbação» da orien-

*Psiquiatra

QUADRO I

ALGUMAS EXPLICAÇÕES PARA AS ATITUDES SOCIAIS NEGATIVAS EM RELAÇÃO À HOMOSSEXUALIDADE (A PARTIR DE BANCROFT)²

1. Hostilidade a grupos minoritários («Bode Expiatório»)
2. Defesa em relação ao próprio potencial homossexual
3. Oposição a um comportamento «não-natural»
4. Oposição a sexo «não reprodutivo»
5. Ameaça às normas sociais estabelecidas (necessidade de manter a distinção entre os papéis masculinos e femininos)
6. Associação entre sexualidade «anormal» e comportamento anti-social (heresia, grupos políticos radicais)
7. A posição da mulher na sociedade (maior incidência de homossexuais no patriarcado)
8. A atitude da igreja (pecado)
9. A atitude da classe média

tação sexual, e o último Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais (DSM-IV-1994) não considera a homossexualidade uma doença, mas mantém a categoria de «sofrimento persistente face a orientação sexual» (302.9).

A Organização Mundial de Saúde retirou-a em 1992 da sua classificação das doenças (CID-10), mantendo a categoria de «orientação sexual egodistónica» (F.66.1) em que a orientação sexual não está em dúvida mas o indivíduo deseja que seja diferente e pode pedir tratamento para a mudança.

Nestas duas classificações, nada existe que discrimine a orientação hetero, homo e bissexual.

O longo caminho que falta percorrer para a aceitação legal da homossexualidade no Mundo torna-se aparente no Quadro II.

QUADRO II

SITUAÇÃO LEGAL DE HOMOSSEXUAIS NO MUNDO (210 PAÍSES)

	Gays	Lésbicas
Legal	59	49
Ilegal	83	44
Não se menciona	49	98
Não disponível	19	19

De realçar neste quadro a importância muito maior que a legislação em geral dá à homossexualidade masculina, ou para a tornar legal ou para a ilegalizar, ou ainda para a mencionar.

Não é de excluir que a abordagem sexológica da homossexualidade continue a ser considerada discriminatória por parte de alguns movimentos *gays*.

O autor foi surpreendido por essa descoberta, ao ser confrontado com acerbas críticas vindas da assistência à sua exposição, sobre a causalidade da orientação sexual, que foi considerada «pejorativa para os homossexuais», num debate organizado pela ILGA Portugal, em Lisboa, em 1996.

DEFINIÇÃO E PREVALÊNCIA

Homossexualidade é a preferência erótica por pessoas do mesmo sexo quando está presente a possibilidade de escolha, tanto nos pensamentos e emoções como nos comportamentos sexuais.

Para se ser «homossexual» é necessário que essa orientação seja estável e duradoura. Além dos comportamentos objectivos, inclui índices fisiológicos e cognitivos (pois é possível que haja indivíduos que se envolvam em actividades sexuais não preferidas através de fantasias sexuais preferidas).

Os primeiros dados fiáveis sobre a prevalência vêm-nos dos trabalhos de Kinsey⁴ indicando que quase 4% dos homens são homossexuais exclusivos o mesmo acontecendo com quase 2% das mulheres, para a duração da vida. Kinsey e os seus colegas preferiram avaliar a ocorrência de actos homossexuais do que avaliar as pessoas, propondo uma escala que revela que os indivíduos se colocam entre a exclusividade homo e hetero com todas as variações entre elas. Teve a vantagem de revelar que se pode não ser ou hetero ou homo exclusivos, mas teve o defeito de desvalorizar a questão da identidade sexual.

Baseada nas reacções psicológicas e na experiência objectiva, os indivíduos são avaliados para cada fase etária (Quadro III).

Algumas revisões e críticas destes dados, feitas posteriormente, indicam prevalências menores (2-2,5% nos homens, 1% nas mulheres). Prevalências muito superiores são adiantadas por alguns movimentos *gay*, mas sem estudos credíveis que as justifiquem.

No entanto, segundo Kinsey, se incluirmos os indivíduos que tiveram pelo menos uma experiência homossexual nas suas vidas, os números aumentam muito (20 a 37% dos homens, 6 a 28% das mulheres). Provavelmente será sempre difícil apurarmos os números reais sobre a prevalência da homossexualidade na nossa sociedade, por razões óbvias.

Mas estes e outros estudos⁵ vêm ain-

da desmentir uma outra ideia muito difundida entre o público: a prevalência da homossexualidade não tem vindo a aumentar nem a diminuir. O que aconteceu nas últimas décadas, em especial no Ocidente, foi o desenvolvimento de uma atitude social mais tolerante e culturalmente mais aberta, facilitando o fortalecimento e a visibilidade dos movimentos *gay*, e possibilitando que haja cada vez mais homossexuais que individualmente se assumem como tal.

CAUSALIDADE

Não sabemos qual é a causa da homossexualidade, como não sabemos qual é a causa da heterossexualidade ou da bissexualidade.

Há quem acredite que a sua causalidade será eventualmente encontrada através de pesquisa biológica, em laboratório. Acreditar numa explicação biológica para a orientação sexual não significa que ela seja geneticamente determinada. Toda a nossa vida mental envolve processos biológicos e, portanto, a nossa orientação sexual, os nossos gostos pela música ou as memórias das nossas últimas férias, estão gravadas num qualquer substrato bio-químico cerebral. Assim, tanto os factores genéticos como os do ambiente nos influenciam, através das suas acções nas estruturas cerebrais específicas.

Após uma revisão da literatura sobre o tema da causalidade da orientação

QUADRO III

A ESCALA DE KINSEY²

1. Exclusivamente heterossexual, sem homossexualidade
2. Predominantemente heterossexual, só ocasionalmente homossexual
3. Predominantemente heterossexual, mas mais do que ocasionalmente homossexual
4. Iguamente homossexual e heterossexual
5. Predominantemente homossexual, mas mais do que ocasionalmente heterossexual
6. Predominantemente homossexual, mas ocasionalmente heterossexual

sexual, podemos actualmente afirmar:

1. Não conhecemos ainda os factores que determinam a orientação hetero, homo ou bissexual.
2. Há, no entanto, indicações que a orientação sexual, especialmente nas mulheres, é influenciada por acontecimentos que ocorrem durante o período inicial do desenvolvimento fetal quando, sob a acção das hormonas esteróides sexuais, o cérebro se diferencia sexualmente;
3. Estudos de familiares de gêmeos, que no entanto necessitam de ser replicados, mostram que os genes desempenham um papel importante num sub-grupo de homens homossexuais, mas não sabemos se esses genes operam através da alteração do nível de esteróides sexuais ou ainda por outros meios;
4. Os factores do ambiente também desempenham um papel, desde o grau de *stress* da mãe (ou outras influências ambientais) durante a gravidez, às interações com os pais e irmãos na infância ou às interações sociais e sexuais na adolescência e idade adulta. No entanto, tudo indica que os factores do ambiente que intervinham precocemente são mais importantes do que os que intervêm mais tarde;
5. Novos avanços são esperados nesta área se e quando se conseguir a identificação dos genes que influenciam a orientação sexual e pela descoberta dos mecanismos pelos quais eles exercem os seus efeitos. Logo que estes sejam conhecidos, será muito mais fácil estudar a forma como os factores do ambiente podem interagir com esses mecanismos e influenciar os resultados finais.
6. Masters e Johnson verificaram o papel importante desempenhado pela excitação sexual e pela masturbação na modelagem do comportamento sexual⁶. A ejaculação ou o orgasmo vão reforçar os estímulos eróticos

(homo ou hetero) que acompanham a masturbação. Assim, a preferência por parceiros do mesmo sexo pode ser determinada pela natureza das experiências sexuais iniciais e daí surge também a importância que se tem dado à sedução precoce por parceiros sexuais mais velhos. Se for considerada positiva, essa experiência pode ser usada como fantasia a fim de provocar excitação sexual ou acompanhar a masturbação, o que pode conduzir ao reforço do processo de condicionamento.

7. A homossexualidade no adulto torna-se mais provável se existirem factores predisponentes na infância e na adolescência, como por exemplo os traumas psicosexuais ou comportamentos de identificação errada do papel sexual (feminilidade/masculinidade). Esta probabilidade é tanto maior quanto o relacionamento heterossexual posterior for mais inadequado, negativo ou aversivo (por exemplo por défice de aptidões heterossexuais, por ser vítima de rejeição ou violação) podendo levar gradualmente a experiências homossexuais consideradas mais fáceis ou mais agradáveis.

À guisa de conclusão, pode-se afirmar não existir uma teoria etiológica que explique de uma forma cabal a homossexualidade. Para que se cumpra esse objectivo teriam de ser elaborados estudos prospectivos e controlados com amostras correspondentes de heterossexuais, que avaliem o indivíduo desde a sua concepção (por exemplo estudos genéticos, nível das hormonas no sangue circulante materno, etc.), passando pelo desenvolvimento psicossocial e psicossocial na infância e na adolescência e acabando com o estudo do comportamento sexual na vida adulta².

A inexistência deste tipo de investigação prospectiva tem a ver com a dificuldade em reunir uma amostra significativa de homossexuais e com dificul-

dade de investimento material e profissional numa área científica, considerada ainda «pouco respeitável» pela maioria heterossexual. Mas enquanto não tivermos dados cientificamente fiáveis, nada nos permite generalizar para todos os homossexuais aquilo que é verdade apenas para alguns sub-grupos.

A BISSEXUALIDADE

Utilizando o mesmo critério, a bissexualidade é melhor definida como a preferência romântica e sexual por ambos os sexos. Uma questão importante é saber se a preferência sexual, uma vez estabelecida, se mantém fixa. Os estudos mais recentes tendem mostrar que não se trata de um traço fixo, e os próprios estudos de Kinsey, já citados, mostram que muitos homens passam por uma fase transitória de homossexualidade na adolescência.

Contrariamente à homossexualidade e às parafilias, onde os homens são mais numerosos, as mulheres mostram ter uma maior facilidade para sentirem prazer em relações com ambos os sexos. Uma possível explicação pode residir na menor orientação genital da sexualidade feminina, o que pode facilitar a aprendizagem de respostas sexuais a estímulos de ambos os sexos.

A bissexualidade é mal compreendida tanto pelos heterossexuais exclusivos, que os consideram «homossexuais», como pelos homossexuais exclusivos, que os consideram «homossexuais não assumidos». De acordo com uma análise posterior dos dados de Kinsey⁷, cerca de 4,7% dos homens estavam nos grupos 4-6 e só 1,2% nos grupos 2-4, o que indica uma distribuição bimodal, com proporções menores para as mulheres, ainda que mais mulheres do que homens referiam sentir atracção homossexual (11% para 8% dos homens).

O interesse pela bissexualidade tem

vindo a aumentar por várias razões:

1. Muitos dos sucessos da terapia da homossexualidade são, de facto, bissexuais;
2. A bissexualidade parece ser bastante mais frequente;
3. A epidemia da Sida veio mostrar a importância do comportamento bissexual masculino na sua transmissão, em particular para as suas parceiras heterossexuais.

A IDENTIDADE HOMOSSEXUAL

Na sociedade ocidental, as categorias da identidade sexual com que nos vamos confrontar ao longo das três fases do seu desenvolvimento (fase pré-categorização, auto-categorização e categorização social), são incorrectamente dicotómicas – ou se é heterossexual ou homossexual². Nem mesmo a categoria de bissexual existe realmente, ainda que estejamos a assistir lentamente à sua introdução.

O movimento *gay* introduziu este termo em substituição de «homossexual», dado este ter sido «imposto» pela maioria heterossexual, enquanto as mulheres homossexuais escolheram a designação de «lésbicas». Seja qual for o termo utilizado, as consequências da categorização são significativas e vão muito além da escolha do parceiro sexual. Pertencer à comunidade *gay*, após as grandes mudanças da década de 70, pode significar, para além de não se sentir estigmatizado pelos seus pares, introduzir mudanças no seu estilo de vida, desde o social à profissão. Por contraste, pertencer à comunidade heterossexual não tem consequências desse tipo. O movimento lésbico, talvez mais politizado que o *gay*⁸, revela-nos o maior potencial da mulher para a bissexualidade, talvez pela menor importância dada pelas mulheres ao aspecto genital da relação do que à sua dimensão emocional.

A SIDA E A COMUNIDADE GAY

Durante os primeiros anos desta epidemia fatal o vírus era principalmente transmitido no Ocidente durante a actividade homossexual masculina. Gradualmente outros comportamentos de risco (por exemplo: partilha de seringas, transfusões sanguíneas, coito heterossexual) vieram juntar outros grupos aos homossexuais masculinos. Numa primeira fase, a Sida matou milhares, provocando inúmeros casos de sofrimento por luto e perda de companheiros e amigos. Simultaneamente, reforçou sentimentos de hostilidade anti-*gay* na comunidade heterossexual, levando alguns países, como por exemplo Cuba, ao isolamento compulsivo dos doentes em «sidómetros» semelhantes às antigas leprosas. No entanto, foi este o grupo que no Ocidente se mostrou mais responsável e melhor se organizou em termos educacionais e de aconselhamento para as vítimas, conseguindo mudar muitos dos seus comportamentos sexuais de risco. Foi assim que gradualmente a contaminação pelo vírus tem vindo a decrescer significativamente neste grupo, em contraste com o aumento noutros grupos (por exemplo toxicódepentes) mais irresponsáveis. No entanto, notícias mais recentes oriundas da própria comunidade homossexual, referem um novo aumento de propagação da Sida, talvez por se ter instalado nalguns sectores *gay* uma falsa ilusão de segurança.

COMO LIDAR COM UM «PROBLEMA» HOMOSSEXUAL?

Enquanto a lei punir como crime, a sociedade marginalizar, a família rejeitar e a medicina considerar «doença», alguns homossexuais continuarão a precisar de ajuda especializada.

Dados recentes da Linha S.O.S. – Dificuldade Sexuais (2003), referentes ao número de atendimentos nos últimos quatro anos, num sub-total de 10.000 chamadas, indicavam 3,2% mencionando problemas homossexuais. Mencionaremos alguns:

Insatisfação homossexual

Alguns homossexuais, ainda que cada vez menos, continuam a pedir ajuda para conseguirem a conversão ou a reversão para a heterossexualidade, o que coloca o terapeuta numa posição difícil, tanto do ponto de vista técnico como ético. Antes de mais, há questões não inteiramente resolvidas, como por exemplo as de eficácia das técnicas de reversão existentes, com que critério se mede essa eficácia, se se deve dar ou não apoio a um casamento heterossexual ou aconselhar a aceitação da homossexualidade. Apesar destas questões não estarem resolvidas, é talvez possível algum consenso entre a comunidade terapêutica nos dois pontos seguintes:

1. Deverão avaliar-se cuidadosamente a motivações individuais para a reversão e, em caso de dúvida, aconselhar a aceitação;
2. Avaliar a possível existência de outros problemas psicológicos que necessitam eventualmente de ajuda especializada (por exemplo perturbações afectivas, familiares e sexuais).

As conclusões de um trabalho recente de Spitzer⁹ vão ao arrepio do consenso profissional de que se pode mudar de comportamentos homossexuais mas não de orientação homossexual. Curiosamente, Spitzer, tinha sido um dos mais conhecidos defensores da retirada da homossexualidade da classificação americana das doenças.

Neste trabalho, Spitzer avaliou 200 pessoas (143 homens, 57 mulheres) que afirmavam ter mudado de orientação homossexual para heterossexual, há pelo menos cinco anos. Conclui que bastantes destes indivíduos, expres-

sando uma motivação elevada e usando uma variedade grande de esforços para a mudança, conseguiram mudar substancialmente os indicadores de orientação sexual (atração, fantasias, relacionamentos emocional e íntimo, comportamento sexual com prazer). Além disso, conseguiram um bom funcionamento heterossexual, ainda que conseguirem uma mudança total foi pouco frequente (em especial nos homens).

Assim, uma melhor maneira de conceptualizar a «reorientação sexual» é vê-la como uma «diminuição da homossexualidade não desejada», acompanhada por um «aumento do potencial heterossexual». Spitzer reconhece que esta mudança é possível para alguns, de uma forma multidimensional e contínua. Realça que seria errado interpretar estes resultados como prova de que a orientação homossexual é modificável para a maioria dos homossexuais, mas não se pode diminuir o valor das mudanças conseguidas por alguns, mesmo quando a orientação sexual não é alterada substancialmente, sugerindo assim que os homossexuais motivados devem tentar a mudança.

Aceitando como realidade que a maioria dos homossexuais não têm interesse ou motivação para a mudança, fica ainda assim implícito que a comunidade *gay* deverá aceitar que alguns dos seus membros tenham o direito de tentar a mudança.

Disfunção sexual

As disfunções sexuais na homossexualidade são idênticas às encontradas nos heterossexuais, e têm basicamente a mesma causalidade, tanto médica como psicológica. Logo, as intervenções terapêuticas são as mesmas que para a heterossexualidade.

Problemas no assumir (*coming out*)

Um inquérito feito pela Associação

Psicológica Americana (APA), a que responderam 2.544 psicoterapeutas¹⁰, sugere que os psicoterapeutas (psicólogos) variam largamente na sua prática clínica no que diz respeito à utilização de um protocolo de intervenção que não fosse discriminatório e identificaram um largo espectro de intervenções prejudiciais aos clientes *gay* e «lésbicas». Recomendam várias medidas correctivas, incluindo formação específica com materiais educacionais próprios, regras de tratamento e mais investigação nesta área.

É na problemática do «assumir» a homossexualidade, que pode surgir durante a adolescência e início de adultícia, que os psicoterapeutas de orientação *gay* ou «lésbica» podem ser menos discriminatórios e mais eficazes que os terapeutas heterossexuais, pois calcula-se que 10% de todos os adolescentes se sentem inseguros da sua orientação sexual. O psicoterapeuta poderá assim desempenhar também um papel educativo, ajudando o adolescente a definir de uma forma positiva a sua saúde sexual, em especial pela ênfase na construção das relações em que o prazer deva estar associado à responsabilidade.

Será ainda apropriado ensinar comportamentos sexuais seguros, desde o uso do preservativo à selecção de um parceiro saudável e ainda o uso de estratégias educacionais (vídeos, debates, etc.) envolvendo preferencialmente os seus pares. Todo este processo (*coming out*) evolui assim desde uma primeira fase de «reconhecimento», para uma de «aceitação» (talvez a mais problemática) e finalmente para a «integração» e «abertura».

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como afirma Bancroft², há apenas duas coisas que os homossexuais têm em comum: a preferência pelo mesmo sexo e

serem estigmatizados pela maioria heterossexual.

Um inquérito à atitude dos adolescentes portugueses¹¹ mostrou que a maioria (54% dos rapazes e 52% das raparigas) considerava que a sociedade devia «proibir» essa variante sexual.

Um outro inquérito mais recente à população portuguesa (Revista Visão, Junho 97) mostrava que 50% dos inquiridos considerava a homossexualidade como uma doença e 69% diziam «não» ao casamento entre homossexuais. Um outro estudo com 34 entrevistados, sobre o comportamento homossexual masculino em Lisboa e Setúbal (Comunicação pessoal. Ribeiro, 90), mostrava que os homossexuais mais jovens (ao contrário dos maiores de 30 anos) achavam que a atitude social era cada vez mais «permissiva» ou «indiferente», mas a maioria admitia ter tido problemas psicológicos, e que um em três tinham tentado mudar para a orientação heterossexual. Apesar de termos já a certeza que o ser homossexual é perfeitamente compatível com uma boa saúde física e mental, não há dúvida que têm mais probabilidades de sofrerem de problemas psicológicos do que os heterossexuais, nomeadamente na adolescência.

Estudos recentes¹² mostram uma prevalência significativamente mais elevada de tentativas de suicídio, depressão, abuso de substâncias e perturbações ansiosas nos homens homossexuais quando comparadas com os homens heterossexuais.

Estes dados podem ter várias interpretações, tais como serem o produto da opressão social, das características atípicas do género, das diferenças no estilo de vida, mas nenhuma destas interpretações, só por si, explica todas as diferenças referidas por Bailey.

Apesar das mudanças positivas dos últimos anos, parece-me irrealista pensar que as atitudes negativas em relação à homossexualidade, incluindo a

homofobia, venham a desaparecer num futuro previsível. Mas há importantes lições que os heterossexuais podem aprender com a comunidade *gay* e «lésbica», não só sobre a sexualidade mas também na área do significado e da força das relações humanas em ambientes sociais negativos.

Penso que a homossexualidade só afecta negativamente os que por razões irracionais ou desumanas se ofendem com ela.

Enquanto a homossexualidade não for melhor aceite pela generalidade das pessoas, provavelmente nenhuma descoberta científica fará diminuir grandemente a homofobia, mas talvez que a descoberta de novos factos científicos sobre a orientação sexual humana possa facilitar a sua aceitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bancroft, J. Homosexual orientation – The search for a biological basis. *Br J Psych* 1994; 164:437-40.
2. Bancroft J. *Human Sexuality and its Problems* (2ª ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1989).
3. Green R. The immutability of (homo) sexual orientation: behavioural science implications for a constitutional (legal) analyses. *J Psych Law* 1998; 26:537-75.
4. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1948.
5. McWhirter DP, Reinish J. (eds). *Homosexuality/Heterosexuality: the Kinsey Scale and current research*. New York: Oxford University Press; 1988.
6. Masters WH; Johnson VE. *Homosexuality in Perspective*. Boston: Little, Brown; 1979.
7. Van Wyk PH, Geist CS. Psychosocial development of heterosexual; bisexual and homosexual behaviour. *Arch Sex Behav* 1984; 13:505-44.
8. Nicholls, M. Sexual behaviour of lesbians and its implications for female sexuality. Paper presented at 11th Annual Meeting of the International Academy of Sex Research, Amsterdam (citado em 2).
9. Spitzer, R. 200 subjects who claim to have

changed their sexual orientation from homosexual to heterosexual – APA, Annual Meeting, New Orleans, USA, 2001.

10. Garnets L, Hancock KA, Cochran SD, Goodchilds J, Peplau LA. Issues in psychotherapy with lesbians and gay men: a survey of psychologists. *Am Psychol* 1991;46:964-72.

11. Miguel N, Vilar D. *Afectividade e sexualidade no novo contexto social e cultural*. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento;1987.

12. Bailey JM. Homosexuality and mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:883-4.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. Bailey, JM, Pillard R C. A genetic study of male sexual orientation. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:1089-96.

2. Bailey JM, Pillard RC, Neale MC, Agyei Y. Heritable factors influence sexual orientation in women. *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50:217-23.

3. D'Augelli AR, Patterson CJ (Eds). *Lesbian, gay and bisexual identities over the lifespan*. New York:Oxford University Press;1995.

4. Golombok S. *Gender Development*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.

5. Hamer DH, Hu S, Magnuson VL, Hu N, Pattatucci AM A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science* 1993;261:321-7.

6. Hyde, YS. *Understanding Human Sexuality*. Boston: McGraw-Hill;1997.

7. Le Vay S. *The Sexual Brain*. Cambridge: MIT Press;1993.

8. Project Annual Report. National Gay and Lesbian Task Force. New York: US Department of Health;1996.

9. Rice G, Anderson C, Risch N, Ebers G. Male homosexuality: absence of linkage to microsatellite markers at Xq28. *Science* 1999; 284:665-7.

10. Stein, E. *Forms of Desire*. New York: Routledge;1992.

11. Weinberg, MS, Williams CJ, Pryor DW. *Dupla Atracção – A Bissexualidade na Época da Sida*. Lisboa: Bertrand Editora;1994.

Endereço para correspondência:

Dr. Afonso de Albuquerque
Av. da Liberdade, 129, 7ªA, Lisboa