



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

A relação entre a meta-desumanização e a saúde mental geral: os papéis mediadores da auto-desumanização e da fusão cognitiva numa amostra da população LGB

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Tese de Mestrado realizada sob a orientação de:

Professor Doutor Jean-Christophe Giger

Paula Nunes (a74155)

Faro, 27 de setembro de 2024

Declaração de Autoria do Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Assinatura

Copyright©

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

AGRADECIMENTOS

A todos os que, de uma forma ou de outra, se cruzaram comigo neste caminho de aprendizagem.

À Dr.^a Laura Wilkinson e à Dr.^a Ruth Horry que, com a vossa simpatia, ironia e questionamento, me fizeram reavaliar, constantemente, os porquês e me incentivaram quando precisei tomar a decisão de mudar de carreira.

Ao Dr. Jean-Christophe Giger, pela sua disponibilidade e simpatia. Obrigada por me ouvir quando eu estava “à beira de um ataque de nervos”.

A todas as pessoas que participaram no meu estudo, por terem preenchido o questionário e terem permitido que eu aprendesse com eles.

À Jana, à Joana e ao Eduardo por estarem sempre presentes. Obrigada pelo vosso apoio, incentivo e pela vossa ajuda com as redes sociais e a distribuir o meu questionário on-line.

À Associação Dezanove, os meus sinceros agradecimentos. Sem a vossa ajuda não conseguiria alcançar as pessoas que alcancei.

Por último, à minha família, especialmente, às minhas filhas, Leonor e Matilde, e ao meu marido, por terem compreendido as minhas ausências.

Resumo

Membros da comunidade Lésbica, Gay e Bissexual (LGB) têm uma maior probabilidade de desenvolver problemas ao nível de saúde mental e uma pior qualidade de vida em comparação com a população heterossexual. A investigação sugere que o facto de pertencerem a uma minoria sexual representa per se um fator de risco para desenvolver patologias a nível da saúde.

Este estudo pretende investigar se existe uma relação entre a meta-desumanização e a saúde mental geral, como também, analisar se a auto-desumanização e a fusão cognitiva podem ser mediadoras nesta relação. 162 participantes responderam a medidas de autorrelato dos construtos em estudo; 62 participantes identificados com o género feminino (42%), 81 participantes com o género masculino (50%) e 13 participantes como não binários (8%), com idades compreendidas entre os 19 e 54 anos de idade.

As correlações de Pearson refletem correlações estatisticamente significantes e positivas entre as variáveis, como também, as análises de mediação sugerem que meta-desumanização é um preditor significativo da auto-desumanização, da fusão cognitiva e da saúde mental geral. Os resultados também sugerem que a auto-desumanização é um preditor da fusão cognitiva e esta, por sua vez, é um preditor da ansiedade e insónia, dos sintomas somáticos, da depressão grave, mas não do funcionamento social.

Estes resultados sugerem que níveis elevados de meta-desumanização podem contribuir para uma pior saúde mental geral porque aumenta a vulnerabilidade dos membros desta comunidade à auto-desumanização e fusão cognitiva.

Palavras-chave: LGB, meta-desumanização, auto-desumanização e a fusão cognitiva, saúde mental geral

Abstract

Members of the Lesbian, Gay and Bisexual (LGB) community are more likely to develop mental health problems and have a worse quality of life when compared to the heterosexual population. Research suggests that belonging to a sexual minority represents per se a risk factor for developing health pathologies.

This study aims to investigate whether there is a relationship between meta-dehumanization and general mental health, as well as to analyze whether self-dehumanization and cognitive fusion can be mediators in this relationship. 162 participants responded to self-report measures of the constructs under study; 62 participants identified as female (42%), 81 participants as male (50%) and 13 participants as non-binary (8%), aged between 19 and 54 years old.

Pearson correlations reflect statistically significant and positive correlations between variables, and mediation analyses suggest that meta-dehumanization is a significant predictor of self-dehumanization, cognitive fusion and general mental health. The results also suggest that self-dehumanization is a predictor of cognitive fusion and this, in turn, is a predictor of anxiety and insomnia, somatic symptoms, severe depression, but not social dysfunction.

These results suggest that high levels of meta-dehumanization may contribute to poorer overall mental health because it increases the vulnerability of members of this community to self-dehumanization and cognitive fusion.

Keywords: LGB, meta-dehumanization, self-dehumanization and cognitive fusion, general mental health

Índice

Introdução	9
Capítulo I: Da criminalização e patologização à aceitação pela sociedade	11
Capítulo II: O modelo de stress de minorias de Meyer (2003).....	17
Capítulo III: Desumanização: a meta-desumanização e auto-desumanização	21
Capítulo IV: A fusão cognitiva.....	24
Capítulo V: Hipóteses de investigação, metodologia e procedimentos.....	27
1) Hipóteses de investigação.....	27
2) Metodologia	27
2.1 Design do estudo.....	27
2.2 Participantes.....	28
2.3 Instrumentos	29
2.4 Procedimentos	31
Capítulo VI Resultados.....	33
1) Análises descritivas.....	33
2) Análises Correlacionais.....	34
3) Modelos de mediação para a escala de saúde mental total e as suas dimensões (GHQ)	37
Capítulo VII: Discussão	39
Capítulo VIII: Implicações Práticas: a nível grupal e individual	40
Capítulo IX: Limitações	40
Capítulo X: Investigações futuras	41
Capítulo XI: Conclusão	41
Referências Bibliográficas.....	42
ANEXOS.....	50

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características Sociodemográficas dos participantes

Tabela 2. Religião, educação sexual inclusiva e saúde mental

Tabela 3. Estatísticas descritivas das variáveis Meta-desumanização, auto-desumanização, fusão cognitiva e Saúde Mental Geral

Tabela 4. Consistência interna dos instrumentos utilizados – Alpha de Cronbach

Tabela 5. Coeficientes das Correlações de *Pearson*

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de stress minoritário de Meyer (2003)

Figura 2. Modelo conceptual utilizado

Lista de Siglas

APA: Associação Americana de Psiquiatria

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders II

DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V

FC: Fusão cognitiva

ICD: International Classifications of Disease

ICD-10: International Classifications of Disease 10

LGB: Lésbicas, Gays e Bissexuais

LGBT: Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros

OMS: Organização Mundial de Saúde

SIDA: Síndrome de imunodeficiência adquirida

SPSS®: Statistical Package for Social Sciences®

TAC: Terapia de Aceitação e Compromisso

Índice de Anexos

Anexo A – Questionário de Fusão Cognitiva

Anexo B – Escala de meta-desumanização

Anexo C – Escala de auto-desumanização

Anexo D – Questionário de Saúde Geral

Anexo E – Questionário Sociodemográfico

Anexo F – Formulário de Consentimento Informado e Anonimidade

Anexo G – Declaração de Conformidade da Proteção de Dados da Universidade do Algarve

Anexo H - Estatísticas descritivas da ANOVA a 1 fator

Introdução

Os indivíduos que fazem parte da comunidade Lésbica, Gay e Bissexual (LGB) têm uma incidência mais elevada de problemas ao nível de saúde mental e uma pior qualidade de vida em comparação com os seus pares heterossexuais (Hoy-Ellis, 2023). Estas disparidades têm sido objeto de investigação científica e diversos estudos sugerem que o fato de pertencerem a uma minoria sexual representa *per se* um fator de risco para desenvolver patologias a nível da saúde (Mongelli et al., 2019). Em Portugal e, segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses, jovens homossexuais ou bissexuais têm “uma probabilidade três vezes maior de praticar o suicídio nalguma altura da sua vida” (2021, p.2).

Além do risco elevado de comportamentos suicidários (Blosnich et al., 2012; Gilman et al., 2001), os indivíduos da comunidade LGB, também têm um maior risco de desenvolver, por exemplo, perturbações alimentares e de humor (Gilman et al., 2001; Parmar et al., 2022), depressão e ansiedade (Plöderl & Tremblay, 2015), uso de substâncias (Cochran et al., 2007), comportamentos sexuais de risco (Parmar et al., 2022) e *distress* psicológico (Birkett et al., 2015; Cochran et al., 2003).

A investigação também sugere que têm um risco mais elevado de ter uma saúde física débil quando comparada com os seus pares heterossexuais (Diamant & Wold, 2003). A título de exemplo, há estudos que sugerem que têm um maior risco de desenvolver obesidade (Aaron et al., 2001; Boehmer et al., 2007; Cochran et al., 2001) ou problemas cardíacos (Caceres et al., 2020; Corroero & Nielson, 2019; Yehya, 2022).

Acresce que, as minorias sexuais têm piores cuidados de saúde, tendo de lidar com frequência com preconceito, discriminação e desconhecimento sobre as suas necessidades nos serviços de saúde (Karakaya & Kutlu, 2021; Smith & Turell, 2017). Estas experiências negativas fazem com que, muitas vezes, membros desta comunidade não procurem cuidados de saúde, ou omitam a sua orientação sexual devido ao medo de discriminação (Burton et al., 2020). O estudo nacional realizado pela Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (2022) sobre as necessidades das pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgéneros (LGBTI) reporta que ainda existe bastante discriminação em Portugal, identificando os serviços de saúde como um dos sectores mais discriminatórios.

Esta probabilidade de desenvolver problemas de saúde mental e/ou física é influenciada positivamente, ou negativamente, por fatores, tais como, aceitação ou não aceitação familiar (Ordem dos Psicólogos Portuguesa, 2021), pelo estar, ou não, numa relação amorosa e pelo ter, ou não, apoio social (Jaspal et al., 2023). Estes fatores podem ser protetores da saúde mental, sendo que, indivíduos provenientes de famílias que não aceitam a orientação sexual estão em maior risco de desenvolver comportamentos suicidários (Ordem dos Psicólogos Portuguesa, 2021).

Dentro da comunidade LGB, a literatura sugere que os indivíduos bissexuais têm uma probabilidade ainda maior do que as lésbicas ou *gays* de desenvolver uma saúde mental mais frágil (Chan et al., 2020). A investigação sugere que, por exemplo, têm maiores níveis de depressão, ansiedade e uso de substâncias (Mongelli et al., 2019; Ross et al., 2018).

Ao longo dos anos têm sido propostos pela investigação vários modelos para as disparidades supramencionadas, sendo um destes modelos o de *stress* de minorias desenvolvido por Meyer (2003). A presente tese incide sobre este modelo, sobre a relação entre a meta-desumanização e a saúde mental geral e até que ponto a fusão cognitiva e a auto-desumanização poderão funcionar, ou não, como mediadores.

Assim, o presente trabalho está organizado em XI capítulos. O Capítulo I inclui uma síntese da evolução histórica da visão da homossexualidade pela sociedade, nomeadamente, de um ponto de vista legal e à luz do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e *International Classifications of Disease* (ICD).

O Capítulo II, III e IV abordam, respetivamente, o modelo de *stress* de minorias de Meyer, a meta e a auto-desumanização e a fusão cognitiva. As hipóteses de investigação, metodologia do estudo, e os resultados encontram-se descritos no Capítulo V e VI. Os Capítulos VII, VIII, IX, X E XI são referentes à Discussão, Implicações Práticas, Limitações, Investigações Futuras e Conclusão, respetivamente.

Capítulo I: Da criminalização e patologização à aceitação pela sociedade

Ser LGB implica ter uma orientação sexual diferente da heterossexual; significa ser homossexual, que é uma pessoa sentir-se atraída emocionalmente e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo, no caso de pessoas lésbicas por mulheres e no caso de *gays* por homens, sendo que, no caso de pessoas bissexuais a atração e/ou relacionamento pode existir para com membros do sexo oposto ou do mesmo sexo (Rede Ex Aequo, 2024).

O ser heterossexual refere-se a pessoas que se sentem atraídas e têm relações amorosas e/ou sexuais com o sexo oposto (Adelson et al., 2016). Compreender estes conceitos, nem que seja através de uma abordagem simples, é relevante por causa da sociedade onde nos inserimos. A maioria da população é heterossexual e existe um sistema de crenças e opiniões sobre o que é ser um homem ou uma mulher, ou quais devem ser os comportamentos destes e os papéis que desempenham na sociedade (Rees-Turyn et al., 2008).

Este sistema de crenças que a população heterossexual tem, manifesta-se, muitas vezes, através de comportamentos discriminatórios e preconceituosos em relação à população LGB (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2022). Esta intolerância para o que é ser diferente da maioria da população conduz, ainda hoje, a comportamentos homofóbicos e terapias de conversão (Comissariado dos Direitos Humanos do Conselho da União Europeia, 2023; Gato et al., 2020).

Ser LGB não é algo recente, sendo possível encontrar referências à homossexualidade desde os primórdios da história. Existem referências religiosas, por exemplo, na destruição de Sodoma e Gomorra, na época renascentista em Itália e na altura do Iluminismo no Reino Unido e França (Aldrich, 2004). Ao longo da história, sempre existiram relações amorosas e/ou sexuais entre pessoas do mesmo sexo ou com pessoas de ambos os sexos. (Aldrich, 2004; Brooks, 2012). Na Antiga Greco-Latina a homossexualidade era conhecida e tolerada pela sociedade (Beleza & Pereira de Melo, 2010).

Aliás, existia uma tolerância a relações homossexuais entre os povos do início e da alta Idade Média, os antigos romanos e os primeiros cristãos (Kuefler, 2018). Alguns historiadores, afirmam, inclusive, que existiam grupos de pessoas homossexuais que viviam nestas sociedades e que eram aceites pelas sociedades onde estavam inseridas (Donovan & Boswell, 1981). Contudo, na Europa e no início da Idade Média e devido ao crescimento e influência da religião, a homossexualidade começou a ser vista como antinatural e leis religiosas emergiram (Beleza & Pereira de Melo, 2010).

Estas leis religiosas gradualmente transformaram-se em leis seculares o que criou a criminalização da homossexualidade (Johnson & Vanderbeck, 2014). Com a religião, nomeadamente, com o cristianismo, as relações sexuais passaram a ter o fim exclusivo de procriação e, como entre

peças do mesmo sexo a procriação não podia ocorrer, foram proibidas as relações homossexuais em virtude de ser antinatural (Beleza & Pereira de Melo, 2010).

Com o colonialismo, os sistemas legais que existiam nos países colonizadores impuseram-se nos países conquistados e, com a conquista, as leis que criminalizavam a homossexualidade expandiram-se a estes países (Han & O'Mahoney, 2014). A descriminalização ou desenvolvimento de tolerância para com a homossexualidade ocorreu da mesma maneira que a criminalização ocorreu; a época ou altura foi influenciada pelos acontecimentos políticos e legais dos países conquistadores. O colonialismo britânico é um exemplo desta influência (Arimoro, 2021).

Hoje em dia, dos 193 Estados Membros das Nações Unidas, 64 países continuam a não aceitar a homossexualidade; 62 países continuam a criminalizar a homossexualidade com penas que podem ir de coimas, castigos corporais à pena de morte e dois países apesar de não criminalizar continuam com regras sociais punitivas baseadas em tradição ou costumes que são completamente aceites pela sociedade (The International Lesbian Gay Bisexual Trans and Intersex Association, 2023).

Em Portugal, a homossexualidade foi punida através do direito canónico até a implantação da República; os indivíduos homossexuais eram acusados do crime de sodomia (Beleza & Pereira de Melo, 2010). Nesta altura, a religião influenciava a gestão ou administração de um país através da Monarquia, não existindo separação de poderes. Com a implantação da República a homossexualidade passou a ser punida ao abrigo do crime do atentado ao pudor e da Lei da Mendicidade que equiparava homossexuais a vadios (Correia, 2017).

Entre a implantação da República e a abolição da homossexualidade como crime com o Código Penal de 1982 (Ministério da Justiça, 1982) ocorreram várias alterações legislativas ao crime de homossexualidade; não só eram criminosos, como também, passaram a ser doentes mentais, dependendo da gravidade do crime (Beleza & Pereira de Melo, 2010; Correia, 2017). Até 1982, a homossexualidade podia ser punida com institucionalização em manicómio criminal, inibição de profissão, caução ou liberdade vigiada.

Em Portugal, só em 2004, é que foi inserido na Constituição da República Portuguesa a proibição de discriminação negativa em função da orientação sexual (Beleza & Pereira de Melo, 2010). Só a partir desta data é que indivíduos com uma orientação sexual diferente da heterossexual passaram a ter proteção legal consagrada na Lei Fundamental Portuguesa.

Historicamente, os indivíduos que eram homossexuais sofreram várias formas de intolerância e perseguição e discriminação e uma das formas mais graves de discriminação nas últimas décadas veio

da parte da comunidade médica com a rotulação destas pessoas como desviantes, anormais, doentes mentais e com a patologização da homossexualidade (Baughey-Gill, 2011).

Durante o século XIX existia uma visão negativa da homossexualidade na comunidade médica; homossexuais eram vistos como pecadores, como pessoas que escolhiam “pecar”, que tinham um “vício” e num esforço para corrigir este “vício” os médicos focaram-se em procurar uma cura (Morgan & Nerison, 1993). A discussão sobre a causa da homossexualidade variava, alegadamente, com o neurologista Jean-Martin Charcot a iniciar o debate sugerindo que tinha uma causa genética (1980, citado em Baughey-Gill, 2011).

Contudo, Krafft-Ebbing, na altura, um conhecido psiquiatra alemão dedicado ao estudo de sexologia e “perversão sexual” e adepto do modelo biomédico e da teoria evolucionária, considerou, inicialmente, que a homossexualidade era uma espécie de doença congénita degenerativa (1980, citado em Oosterhuis, 2012). Sendo que, posteriormente, e com a publicação do seu trabalho *New Research into Psychopathia Sexualis*, Krafft-Ebbing mudou de opinião; a causa da homossexualidade estava relacionada com sentimentos, desejos e história pessoal, atribuindo-lhe um cariz psicológico.

Diversas teorias emergiram sobre a(s) causa(s) da homossexualidade (Drescher, 2015a). Por exemplo, teorias baseadas em patologia que vêem a homossexualidade como uma doença que os profissionais de saúde têm de estudar e “curar” com causas que podem ir de exposição hormonal intra-uterina, paternidade inadequada ou abuso sexual. Ou, teorias baseadas no trabalho de Freud e na imaturidade que abordam a homossexualidade na idade adulta como uma fase no desenvolvimento não ultrapassada (de Kuyper, 1993; Newbiggin, 2013).

Também, foram desenvolvidas teorias que consideram a homossexualidade como uma variação normal, como um fenómeno que ocorre naturalmente e que simplesmente abrange uma minoria de pessoas (Drescher, 2020). Porém, na maior parte das teorias que consideram a homossexualidade um problema ou uma condição existe, quase sempre, um fator cultural, nomeadamente a crença do que uma mulher ou um homem devem ser.

A discriminação pela comunidade médica e por profissionais de saúde consubstanciou-se e culminou na década de 50 com a inclusão no Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria (APA) e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (ICD) da Organização Mundial de Saúde (OMS) da homossexualidade como perturbação mental (Alcaire, 2015; Drescher, 2015b). Estes dois manuais são os mais utilizados e conceituados ao nível internacional na prática clínica.

A primeira versão do DSM foi publicada em 1952, e nesta foi incluída a homossexualidade como doença mental, mais especificamente, como perturbação de personalidade sociopata (Drescher, 2020). A inclusão no DSM da homossexualidade como uma perturbação de personalidade foi influenciada pela perspectiva psicanalítica, nomeadamente, com o trabalho desenvolvido por Freud e Rado; a homossexualidade era o resultado de uma fase do desenvolvimento não ultrapassada ou uma evitação fóbica do outro sexo resultado de uma parentalidade inadequada.

Freud não acreditava que a homossexualidade fosse um crime ou uma doença mental (Baughey-Gill, 2011). Contudo, sendo na altura uma figura de referência na comunidade médica e psicanalítica, o fato de se ter dedicado a estudar a homossexualidade teve influência em outros investigadores despoletando argumentos a favor ou contra sobre a sua visão de homossexualidade como um “atraso” no desenvolvimento. Rado, foi um dos investigadores proeminentes da época que discordava de Freud e que incentivou uma perspectiva patológica da homossexualidade (Drescher, 2020).

Em 1968 foi publicada a segunda versão do DSM (DSM-II) e nesta a homossexualidade já não era vista como uma perturbação de personalidade sociopata, mas continuava a ser uma perturbação de personalidade; um homossexual era alguém que tinha um “desvio sexual” (Drescher, 2015b). Este novo diagnóstico continuava a manter uma perspectiva patológica da homossexualidade e um efeito estigmatizante.

Esta nova nomenclatura não foi aceite pelo movimento ativista *gay* que exerceu pressão política e académica exigindo ser ouvido e a ter o seu próprio painel nas conferências da APA (Morgan & Nerison, 1993). Um dos momentos cruciais foi a “invasão” por ativistas *gay* da conferência anual da APA de 1970 onde utilizaram técnicas disruptivas, contra-argumentaram e questionaram a perspectiva patológica da homossexualidade (Drescher, 2015a).

Esta pressão resultou na criação de um painel denominado “*Gay is Good*” na conferência de 1971 da APA (Morgan & Nerison, 1993). Este painel tinha ativistas *gay* conhecidos, tais como, *Frank Kameny* and *Barbara Gittings*, como também, profissionais de saúde. No fim desta atribulada conferência e dos contínuos esforços destes ativistas, em 1973, foi removido do DSM-II o diagnóstico de homossexualidade sendo introduzido no seu lugar a perturbação de orientação sexual (Baughey-Gill, 2011).

O novo diagnóstico de perturbação de orientação sexual destinava-se a pessoas que tinham atração por indivíduos do mesmo sexo, mas que viviam esta atração de uma forma angustiante e que queriam mudar a sua orientação sexual (Drescher, 2015a). Esta nova nomenclatura legitimou as práticas de conversão. Em 1980, com a publicação do DSM-III a perturbação de orientação sexual foi substituída por homossexualidade ego-distónica (Baughey-Gill, 2011).

Esta nova designação foi alvo de duras críticas, uma vez que, não reunia os critérios para ser qualificada como uma perturbação ou condição psiquiátrica e, em 1987, numa revisão ao DSM-III foi removida e a homossexualidade deixa de ser vista como uma parafilia e emerge como uma variação normal da sexualidade (Drescher, 2015a). Porém, não foi removido o *rationale* por detrás da homossexualidade ego-distónica, continuando a existir a perturbação sexual não especificada que remetia para uma angústia acentuada e persistente em relação à orientação sexual, e esta só foi removida em 2013 com o DSM-V (Drescher, 2015b, 2020).

Também, a ICD da OMS abordou a questão da homossexualidade como uma doença mental. Até à sexta versão da ICD não existia referências a perturbações mentais, uma vez que, a Organização Mundial de Saúde se dedicava ao estudo da morbilidade e doenças causadoras desta (Drescher et al., 2012). Em 1948, com a ICD-6, surge a primeira menção a perturbações mentais, incluindo, perturbações sexuais nas quais a homossexualidade se enquadrava.

Em 1990, com a ICD-10, a homossexualidade deixou de existir como perturbação sexual e, em termos similares ao que aconteceu com o DSM-III, transitou para perturbação psicológica ou comportamental associada à orientação e ao desenvolvimento sexual (Drescher, 2015b). Os diagnósticos podiam variar; diagnóstico de perturbação de “maturação sexual” ou “ego-distónica de orientação sexual. Só com a aprovação da ICD-11 em 2019, é que, finalmente, deixou de existir uma perspetiva patológica sobre orientação sexual (Cochran et al., 2014; World Health Organization, 2023).

Durante o tempo que a homossexualidade foi vista como antinatural ou doença mental foram desenvolvidos tratamentos cruéis e desumanos, tais como, lobotomia, banhos de água fria, castração e terapias de eletrochoque e de aversão para “curar” a homossexualidade (Morgan & Nerison, 1993). Estes tratamentos e as terapias de conversão estão relacionadas, por exemplo, com o desenvolvimento de baixa autoestima, ansiedade, disfunção sexual, depressão, ideação suicida ou suicídio (Alempijevic et al., 2020).

As terapias de conversão, atualmente, ainda são utilizadas em vários países no mundo, porém, países como Portugal desenvolveram legislação a proibir tais práticas (Conine et al., 2022; Lei 15/2024, de 29 de janeiro, 2024). Associações como a Ordem dos Psicólogos Portugueses (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2020), a American Psychological Association (American Psychological Association, 2009) e a European Association for Psychotherapy (European Association for Psychotherapy, 2017) criaram linhas orientadoras para a intervenção psicológica com pessoas LGBT e condenam a prática de qualquer tipo de terapia de conversão.

A remoção do diagnóstico de homossexualidade do DSM foi um marco histórico, uma vez que, uma das mais reputáveis Associações de Psiquiatria já não via a homossexualidade através de uma

perspetiva patológica o que, conseqüentemente, ajudou a combater a estigmatização que existia na sociedade (Alcaire, 2015). A alteração ao DSM-II em 1973 foi o início da separação entre o domínio médico da psiquiatria e os domínios políticos e morais influenciados pela religião (Drescher, 2015a).

A nível médico, em Portugal, não existe patologização para pessoas da comunidade LGB, porém, como já referido, continua a existir preconceito e discriminação dentro dos serviços de saúde e na sociedade portuguesa (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2022). Desde 2009, que faz parte do currículo escolar português a componente de educação sexual fazendo parte desta o respeito por todas orientações sexuais e a proibição de discriminação (Assembleia da República, 2009).

Contudo, a aplicação do currículo de educação sexual tem sido algo problemático não sendo devidamente ensinado (Santos, 2020), e segundo a literatura uma das formas de reduzir a discriminação das minorias sexuais é através da educação sexual inclusiva nas escolas que dá mecanismos de apoio aos jovens como esclarece diversas questões, ou mitos pelo que foi introduzido uma questão sobre este tópico no questionário sociodemográfico (Proulx et al. 2019).

Capítulo II: O modelo de *stress* de minorias de Meyer (2003)

Como previamente referido, indivíduos da comunidade LGB foram discriminados, marginalizados e perseguidos ao longo da história da humanidade. A descriminalização da homossexualidade e a não patologização de uma orientação sexual diferente da heterossexual são eventos recentes na nossa sociedade, pelo que, ainda existe um longo caminho para atingir uma equidade social.

Para compreender e tentar explicar porque é que membros da comunidade LGB têm uma maior incidência de problemas ao nível de saúde mental quando comparado com os seus pares heterossexuais, Meyer desenvolveu o modelo de *stress* de minorias (Meyer, 1995, 2003). Este modelo incluiu vários construtos teóricos da psicologia, tais como, o trabalho de Dohrenwend e Lazarus sobre *stress*, de Allport sobre relações intergrupais (preconceito e discriminação), de Merton sobre normas sociais institucionalizadas e de Thoits sobre *stressores* relacionados com a identidade.

A premissa subjacente ao modelo de Meyer é que a sociedade onde os membros da comunidade LGB vivem e estão inseridos é predominantemente heterossexista e que devido à heterossexualidade normativa estão sujeitos a *stress*, estigmatização e discriminação (Herek & Garnets, 2007; Meyer, 2003). Ou seja, membros da comunidade LGB vivem num ambiente hostil e ansiogénico, sendo, consecutivamente, expostos a vários fatores de *stress* específicos devido a terem uma orientação sexual diferente da heterossexual (Hoy-Ellis, 2023; Mongelli et al., 2019).

Este ambiente hostil é, por exemplo, um obstáculo ao desenvolvimento de uma identidade positiva repercutindo-se negativamente na saúde mental e no bem-estar ao longo da vida (Mohr & Kendra, 2011). Os fatores de *stress* são compreendidos neste modelo como eventos ou condições que exigem mudança e/ou adaptabilidade especificamente à população LGB, sendo que, esta exigência tem como consequência uma avaliação feita pelo indivíduo como desgastante, ou que excede os seus recursos, colocando em risco o seu bem-estar (Meyer, 2003).

Dito por outras palavras, os fatores de *stress* de minoria são o resultado de uma relação específica entre a comunidade estigmatizada e o meio ambiente que o rodeia e que reflete, de alguma forma, uma pressão ou tensão psicológica, emocional ou física (Berjot & Gillet, 2011). Assim, os fatores de *stress* descritos no modelo de Meyer são únicos à população LGB, uma vez que, só podem ser experienciados por esta população devido às suas características.

Como também, são fatores de *stress* crónicos e sociais, pois estão relacionados com a cultura vigente na sociedade onde esta população estigmatizada está inserida e com as respetivas estruturas e instituições sociais e culturais (Meyer, 2003). Por exemplo, homofobia só pode ser vivenciada por quem

é homossexual; um heterossexual não pode ser vítima de um crime homofóbico, logo os fatores de *stress* de minoria sexual estão, intrinsecamente, relacionados com o ambiente social e hostil que é predominantemente heterossexual (Meyer et al., 2008).

Os efeitos dos *stressores* específicos da população LGB vão ser influenciados por um conjunto de fatores, por exemplo, pela identidade do indivíduo, características pessoais, recursos pessoais que dispõe e pelo apoio social e familiar (Meyer et al., 2008). Meyer sugere que indivíduos da comunidade LGB têm de lidar com os *stressores* específicos de uma minoria sexual, como também, têm de lidar com os *stressores* que os membros de uma população não estigmatizada lidam, o que, conseqüentemente, torna estes indivíduos mais vulneráveis ao desenvolvimento de problemas de saúde mental (Herek, 2004).

No modelo de stress de minorias de Meyer (1995, 2003) são considerados diversos *stressores* que se enquadram num continuum de proximidade ao *self*. São ponderados três processos de *stress*; (a) eventos e condições *stressantes* que são externos ao indivíduo e que são objetivos; (b) expectativas dos membros da comunidade LGB de tais eventos e um estado de vigilância que estas expectativas exigem e (c) a internalização por indivíduos LGB de aspetos ou atitudes sociais negativas (Herek, 2004).

Os *stressores* externos, ou distais, são os mais afastados do *self* e são eventos e/ou acontecimentos que os indivíduos da comunidade LGB experienciam e não estão relacionados com as suas ações, ou com as suas características pessoais (Meyer, 2003). São exemplos destes *stressores* a discriminação ou violência perpetrada por terceiros em virtude de se ter uma orientação sexual diferente.

Estes *stressores* distais podem ser “agudos” e interpessoais como, por exemplo, um crime de ódio em virtude da orientação sexual, como também, podem ser crónicos e ambientais, por exemplo, legislação discriminatória a restringir direitos dos indivíduos da comunidade LGB (Hoy-Ellis, 2023). São *stressores* objetivos porque ocorrem, independentemente, do que o indivíduo faz e refletem atitudes estigmatizantes, derogatórias e negativas de terceiros, nomeadamente, da sociedade onde estão inseridos.

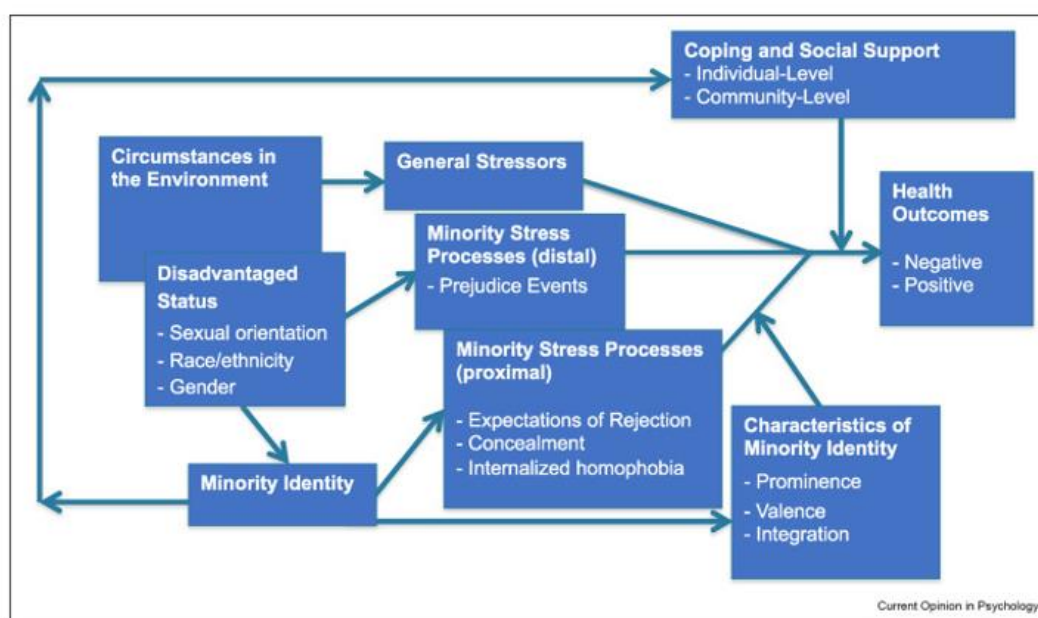
Mais próximos do *self*, estão os *stressores* proximais que são aqueles que apesar de terem tido uma causa ou origem no exterior, na sociedade onde estão inseridos, foram internalizados e desenvolvidos a nível interno no indivíduo (Meyer, 1995, 2003). São a internalização de atitudes negativas externas e sociais (Frost, 2011). Como exemplos destes *stressores* temos o estado de vigilância e as expectativas de discriminação e de rejeição, a ocultação da orientação sexual e a homofobia internalizada.

A ocultação da orientação sexual pode funcionar como mecanismo de proteção, ou uma estratégia de *coping*, porém, com o passar do tempo, a vigilância constante e necessária que alguém tem de ter de si próprio para manter a orientação sexual escondida acaba por ser desgastante a nível psicológico e tem um custo ao nível da saúde mental (Hoy-Ellis, 2023). A homofobia internalizada é considerado como o mais “insidioso” (Meyer, 2003, p.15) de todos os *stressores* proximais, sendo o mais próximo do *self*.

A Figura 1 esquematiza o modelo de *stress* de minorias de Meyer (2003) permitindo visualizar a interligação e interdependência entre os *stressores*.

Figura 1

Modelo de *stress* minoritário de Meyer (2003)



Nota: Este modelo foi desenvolvido por Meyer em 2003 e o presente esquema foi retirado de “Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance”, por D. M. Frost e I. H. Meyer, 2023, *Current Opinion in Psychology*, 51, p. 2. Copyright 2023 by Clearance Center’s RightsLink

Estes grupos minoritários podem ser discriminados, por exemplo, em função da religião, raça ou orientação sexual (Frost, 2011; Katz, 1991). São discriminados em função de uma, ou mais características, que os associa a uma categoria. Uma vez que, a maior parte das pessoas são heterossexuais, a expectativa destes é que o seu comportamento seja o adequado ou correto; existe uma necessidade de valorizar características do grupo onde estão inseridos e desvalorizar as características do outro grupo (Hall & LaFrance, 2012; Neisen, 2008).

A expectativa de um comportamento sexual por uma sociedade conduz ao heterossexismo, ao estigma e à homofobia (Herek, 2004). Homofobia é um termo utilizado para designar um preconceito sexual em relação a pessoas não heterossexuais (Herek, 1984). É um conjunto de crenças, emoções e comportamentos negativos dirigidos a uma pessoa, ou ao grupo a que esta pessoa está associada, por ter uma orientação sexual diferente da heterossexual (Herek, 2004).

Pode incluir medo (individual e/ou cultural), repulsa, ódio, rejeição por pessoas que não são heterossexuais e resultar em práticas discriminatórias e comportamentos violentos (Lyonga, 2019; Neisen, 2008). Por exemplo, os indivíduos LGB podem ser alvo de práticas discriminatórias no emprego, ser excluídos a nível social ou ser alvo de crimes de ódio (Beleza & Pereira de Melo, 2010; Javaid, 2018). São, por vezes, acusados de destruição de valores como o de família e lar, existindo um medo religioso (Herek, 2004).

O estudo conduzido por Gato *et al.* (2020) com 663 participantes LGB, com idades compreendidas entre 15 a 20 anos de idade, sugere que existem níveis elevados de discriminação nas escolas portuguesas e, poucas ou nenhuma, formas de proteção contra esta discriminação. Um dos temas recorrentes identificados neste estudo foi vitimização em função da orientação sexual, e esta vitimização podia ocorrer na forma de *bullying*, *cyberbullying*, agressões físicas e verbais e ofensas sexuais.

Estudos realizados nos Estados Unidos (Tillewein *et al.*, 2023) e no Canadá (Morrison *et al.*, 2020) sugerem que membros da comunidade LGB têm uma incidência mais elevada como vítimas de violência sexual quando comparada com a população heterossexual, sendo muitos destes atos de violência crimes de ódio (Javaid, 2018). Também é sugerido que muitas destas vítimas não denunciam estes crimes, não procuram ajuda com receio que a sua identidade sexual seja exposta, que sentem vergonha da sua identidade sexual e sentem receio de ser culpabilizados em função da sua orientação sexual (Moschella *et al.*, 2020); a antecipação de atitudes sociais negativas impede-os de procurar ajuda.

Estas atitudes negativas surgem como uma reação à violação das regras societárias estabelecidas; o comportamento sexual normal e correto é ser heterossexual e as mulheres e homens têm papéis naturais definidos a nível sexual (procriação) e ao “violar” estas regras societárias estabelecidas coloca-se em questão a estrutura e funcionamento da sociedade (Herek, 1984; Neisen, 2008). Em Portugal, só em 2004, é que minorias sexuais passaram a ter proteção legal contra atos discriminatórios e só em 2024 é que entrou em vigor legislação a proibir terapias de conversão (Lei 15/2024, 2024).

Capítulo III: Desumanização: a meta-desumanização e auto-desumanização

Desumanização, meta e auto-desumanização são conceitos desenvolvidos no âmbito da psicologia social e relações intergrupais (Diniz et al., 2019). Desumanização em psicologia social descreve o processo pelo qual um grupo é visto, ou tratado, como sub-humano devido a faltar-lhe (alegadamente) qualidades ou características tipicamente associadas a seres humanos (Haslam & Stratemeyer, 2016).

A desumanização é uma forma extrema de preconceito que permite e justifica um tratamento cruel para com um grupo (Haslam et al., 2007). Através da desumanização os indivíduos justificam as atitudes negativas que têm e que recaem sobre um grupo, justificam estereótipos e comportamentos discriminatórios, sentem uma superioridade em relação ao grupo que desumanizam e protegem a identidade do grupo a que pertencem (Bandura et al., 1975; Haslam, 2006).

Desumanização é negar às pessoas a sua humanidade, é negar as características que fazem de uma pessoa um ser humano (Haslam et al., 2008). Haslam (2006) sugeriu que a desumanização assenta em duas dimensões: a negação de características referentes à Singularidade Humana (*Uniquely Human*) e à Natureza Humana (*Human Nature*).

A primeira dimensão (Singularidade Humana) refere-se à negação de características que são únicas à espécie humana. Por exemplo, as capacidades cognitivas (*eg.* inteligência), os sentimentos, a moral, os valores pró-sociais e cultura. Por sua vez, a segunda dimensão (Natureza Humana) refere-se à negação de características que ligam os seres humanos ao mundo natural, à sua biologia, por exemplo, uma ausência de emoções, de consciência e/ou de individualidade.

A dimensão Singularidade Humana reflete a influência dos valores da sociedade onde os indivíduos crescem e estão inseridos, enquanto que, a dimensão Natureza Humana reflete o que é transversal a qualquer ser humano em qualquer sociedade do mundo (Haslam et al., 2008). Estas dimensões estão refletivas no processo de desumanização.

Por exemplo, as pessoas podem ser objetificadas (*eg.* tratadas como objetos sem sentimentos), ser animalizadas (*eg.* comparadas a animais), vistas como incapazes (*eg.* incapacidade de tomar decisões), ser consideradas mecanizadas (*eg.* ser tratadas como seres vivos sem emoções, sem vontade própria ou individualidade) e ser excluídas socialmente em virtude de serem vistas como objetos ou autómatos (Diniz et al., 2019). Isto significa que não é reconhecido a estas pessoas os mesmos direitos que as outras pessoas têm. Consequentemente, com a desumanização, pode emergir a meta e a auto-desumanização.

A meta-desumanização refere-se à percepção que um indivíduo tem de ser considerado um ser humano inferior por um grupo ou uma pessoa (Demoulin et al., 2021). Significa ter conhecimento que se é visto como um sub-humano não tendo um lugar na sociedade. Inclui a crença e/ou consciência de que se é alvo de atitudes negativas e derogatórias por parte de outras pessoas (Diniz et al., 2019). Por sua vez, a auto-desumanização é a integração da meta-desumanização no *self* (Demoulin et al., 2021). É a interiorização e aceitação de que se é inferior aos outros seres humanos, que não se é merecedor do mesmo respeito, consideração e direitos que as outras pessoas (Fontesse et al., 2021).

Experienciar meta e auto-desumanização tem diversos efeitos negativos nos seres humanos (Demoulin et al., 2021). As pessoas têm uma necessidade de desenvolver relações pessoais e de ter sentimentos de pertença e, ser ostracizado, ser excluído da sociedade e ser visto como um sub-humano pode conduzir à crença de que se é um ser humano inferior e ao desenvolvimento de problemas psicológicos (Bastian & Haslam, 2010, 2011).

Os resultados do estudo conduzido por Fontesse et al. (2021), com indivíduos que tinham perturbação de uso de álcool, sugerem que experienciar meta-desumanização, de serem vistos como seres inferiores devido ao consumo de álcool, estava significativamente associado a depressão, ansiedade e à ausência de comportamentos de abstinência, sendo que, a auto-desumanização emergiu no estudo de Fontesse et al. (2021) como uma variável mediadora entre a meta-desumanização e a depressão e a ansiedade.

A investigação sugere que meta e auto-desumanização estão relacionadas, por exemplo, com problemas de autoestima e sentimentos de pertença (Demoulin et al., 2021), com apatia, estratégias de *coping* desadaptativas e sentimentos de raiva e vergonha (Bastian & Crimston, 2014; Bastian & Haslam, 2011), com pior bem-estar psicológico e auto-avaliações negativas (Sainz et al., 2021), com comportamentos imorais como, por exemplo, desonestidade, antissociais (Kouchaki et al., 2018) e com auto-objetificação (Diniz et al., 2019).

Ter uma orientação sexual diferente da heterossexual, categoriza estas pessoas num grupo que, frequentemente, é sujeito a uma desumanização (Capozza et al., 2014; Fasoli et al., 2016). Por exemplo, Fasoli et al. (2016) efetuou um estudo sobre a utilização de insultos e linguagem derogatória em relação a heterossexuais e homossexuais (*eg. faggot*). Os participantes foram expostos e convidados a associar insultos e palavras relacionadas a animais a homossexuais e heterossexuais. Foi reportado que a utilização de linguagem derogatória em relação aos homossexuais estava associada à atribuição de características menos humanas a estas pessoas, o que conduzia a uma desumanização e a um distanciamento físico.

E, no estudo conduzido por Capozza et al. (2014), só com participantes heterossexuais, foi reportado que só um contato próximo com alguém da comunidade *gay* podia humanizar estas pessoas, ou o grupo destas pessoas; podia reduzir a tendência de enaltecer, ou exacerbar, as características do grupo heterossexual em detrimento de membros da comunidade *gay*. Os resultados deste estudo sugerem uma tendência para desumanizar membros da comunidade *gay* que só era mediada pela inclusão de um *gay* no círculo próximo de relações pessoais.

A meta-desumanização refere-se à percepção que uma pessoa tem de que o seu grupo é considerado pelos outros grupos como menos humano. No caso de pessoas LGB (lésbicas, gays e bissexuais), isso pode se traduzir-se como a crença de que a sociedade heterossexual os considera menos dignos como ser humanos devido à sua orientação sexual, o que pode conduzir a uma internalização de crenças autodesumanizantes.

Como tal, é possível considerar que pessoas LGB com níveis mais elevados de meta-desumanização, podem internalizar essas crenças desumanizantes e começar-se a ver como pessoas sub-humanas, ou pessoas que não são humanos como os outros, o que pode resultar em níveis mais elevados de problemas de saúde mental.

Capítulo IV: A fusão cognitiva

A fusão cognitiva e evitamento experiencial são dois componentes da inflexibilidade psicológica e são termos utilizados, com frequência, na Teoria de Aceitação e Compromisso (TAC) (Hayes et al., 2012). O termo “Inflexibilidade psicológica” é utilizado para descrever a incapacidade de uma pessoa de se adaptar, ou ajustar, aos desafios ou às surpresas na vida.

O evitamento experiencial refere-se a um comportamento que deriva da inflexibilidade psicológica e que envolve esforços para evitar, ou escapar, a pensamentos, a sensações, a situações ou emoções desconfortáveis (Hayes et al., 2006). Sendo que, a fusão cognitiva reporta-se ao fenómeno de um indivíduo ficar embrenhado, ou enredado nos seus pensamentos, ao ponto de ter dificuldade de se distinguir destes; a pessoa considera os seus pensamentos como uma representação precisa e fatural do mundo (Hayes & Pierson, 2005).

Indivíduos com fusão cognitiva podem experienciar os seus pensamentos como verdades absolutas e fazer avaliações e/ou julgamentos de si próprios como reais e factuais sem qualquer questionamento, o que pode conduzir a diversos problemas, nomeadamente, ao nível do bem-estar psicológico (Fernández-Rodríguez et al., 2022).

Por exemplo, o indivíduo que está “fundido” com pensamentos negativos e autocríticos estará sempre a repreender-se e terá dificuldade em ter autocompaixão ou em ter comportamentos positivos ou tolerantes para consigo próprio; a pessoa desenvolve uma tendência para ficar preso em pensamentos autodescritivos e autoavaliativos (Walloch et al., 2012; Yadavaia & Hayes, 2012). É uma regulação excessiva emocional e comportamental pela cognição; uma rigidez de pensamentos onde o indivíduo não questiona a veracidade, ou procura outras explicações para um evento ou situação, sendo incapaz de ver um pensamento simplesmente como um mero pensamento (Hayes et al., 2006).

A fusão cognitiva, ou a tendência de ficar “fundido” com os próprios pensamentos, pode desenvolver-se devido a diversos fatores. Por exemplo, experiências precoces enquanto criança ao ser repetidamente criticada, o ambiente familiar ser um local onde as suas emoções são invalidadas e os seus pensamentos desvalorizados podem ser fatores no desenvolvimento de fusão cognitiva (Dinis et al., 2015; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017). Ou ainda, fatores sociais e culturais, uma vez que normas e expectativas culturais e sociais podem pressionar o indivíduo para ter um determinado comportamento ou *standards* (Fowler et al., 2022; Walloch et al., 2012).

Todo e qualquer ser humano tem uma tendência para a fusão cognitiva, uma vez que, nós vemos através dos pensamentos, da linguagem, embora varie de pessoa para pessoa (Hayes et al., 2012). Na TAC, a fusão cognitiva é vista como uma componente nuclear em perturbações psicológicas e saúde

mental (Hayes & Pierson, 2005) e os resultados no estudo conduzido por Faustino *et al.* (2021) sobre as possíveis relações entre bem-estar psicológico, fusão cognitiva e sintomatologia sugerem que fusão cognitiva pode mediar a relação entre sintomatologia e bem-estar psicológico.

Também, no estudo conduzido por Fernández-Rodríguez *et al.* (2022) os resultados sugerem que o bem-estar psicológico de um indivíduo é negativamente afetado por inflexibilidade psicológica. Neste estudo, a sintomatologia depressiva e ansiosa estava positivamente correlacionada com os níveis mais elevados de fusão cognitiva. Além de que, indivíduos com crenças negativas em relação ao *self* e níveis mais elevados de fusão cognitiva podem ter uma tendência para ter níveis elevados de estigma internalizado *ergo* maior probabilidade de desenvolver problemas que afetem negativamente o bem-estar (Pyszkowska *et al.*, 2021).

Por sua vez, ter baixos níveis de fusão cognitiva foram apontados pela literatura como preditores para um melhor funcionamento emocional e social, podendo, inclusive, afetar, positivamente ou negativamente, os níveis de energia para o desempenho de tarefas (Bodenlos *et al.*, 2020). A título de exemplo, níveis mais elevados de fusão cognitiva já foram positivamente associados com baixa resiliência psicológica (Chen *et al.*, 2023), com problemas de imagem corporal e perturbações alimentares (Trindade & Ferreira, 2014), com *distress* psicológico (Hekmati *et al.*, 2023) e com a perturbação obsessiva compulsiva (Lee *et al.*, 2023).

No caso da população LGB e tendo em conta as expectativas sociais, ou o socialmente prescrito, e em caso de fusão cognitiva é difícil separar o *self*, dos pensamentos negativos desenvolvidos pelas influências sociais (Walloch *et al.*, 2012). Por exemplo, no caso de não ser heterossexual e ter crescido numa sociedade intolerante para com homossexuais, pode desenvolver pensamentos negativos como ser *gay* é errado.

Pelo que, a meta e auto-desumanização, a fusão cognitiva e a sua relação com a saúde podem estar interrelacionadas. Uma pessoa crescer a ver o grupo a que pertence ser desumanizado, experienciar meta-desumanização pode conduzir a auto-desumanização, o que por sua vez, pode conduzir ao desenvolvimento, ou reforço, de crenças ou pensamentos negativos em relação ao *self*.

Quando uma pessoa percebe, ou tem consciência que a comunidade onde está inserida a desumaniza, ou desumaniza pessoas com as mesmas características que ela própria, aumenta a probabilidade de internalizar as crenças e os pensamentos negativos (auto-desumanização) e tratar estes como verdades absolutas (fusão cognitiva). Ao tratar estas crenças e pensamentos negativos como verdades absolutas, estes podem transformar-se centrais no *self-concept*.

Ou seja, quando uma pessoa “se funde cognitivamente” com pensamentos de autodesvalorizantes, pode ficar mais vulnerável ao desenvolvimento de crenças autodesumanizantes. Isto, pode conduzir a pensamentos persistentes como “eu não valho nada”, “eu não sou uma pessoa digna”, que se podem fundir com a personalidade da pessoa LGB, reforçando a auto-desumanização.

Capítulo V: Hipóteses de investigação, metodologia e procedimentos

1) Hipóteses de investigação

O presente estudo tem como objetivo geral estudar a relação, ou o impacto, que a meta-desumanização pode ter na saúde mental geral, e como objetivos específicos, analisar se a auto-desumanização e a fusão cognitiva podem ser mediadoras na relação entre meta-desumanização e saúde mental geral. Para tal, foi desenvolvido o modelo teórico apresentado na Figura 2. e as seguintes hipóteses:

H1- Níveis mais elevados de meta-desumanização estão positivamente associados um pior índice de saúde geral.

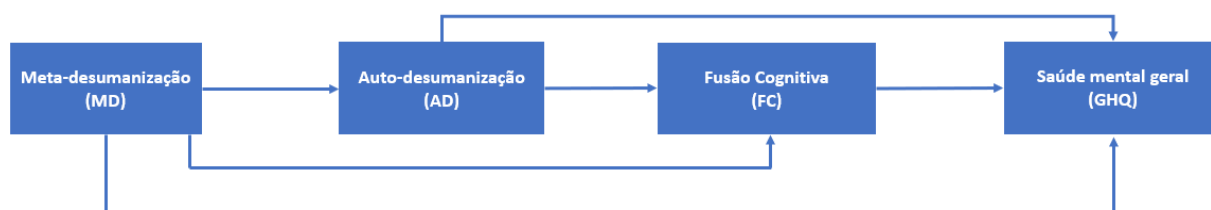
H2- Níveis mais elevados de meta-desumanização estão positivamente associados à auto-desumanização.

H3- Níveis mais elevados de meta-desumanização estão positivamente associados à fusão cognitiva.

H4- Níveis mais elevados de fusão cognitiva com a orientação sexual estão positivamente associados a problemas gerais de saúde mental.

H5- O efeito da meta-desumanização na saúde mental geral é mediado pela auto-desumanização e fusão cognitiva.

Figura 2
Modelo conceptual utilizado



2) Metodologia

2.1 Design do estudo

O presente estudo tem um design transversal e correlacional, procurando relacionar as variáveis psicológicas em estudo; a meta-desumanização, a auto-desumanização, a fusão cognitiva e a saúde mental geral. Utiliza-se os modelos de mediação na expectativa de perceber se as possíveis relações encontradas podem ser mediadas pela a auto-desumanização e a fusão cognitiva.

2.2 Participantes

A amostra no presente estudo é constituída por 162 participantes, com 62 participantes identificados com o género feminino (42%), 81 participantes com o género masculino (50%) e 13 participantes como não binários (8%), com idades compreendidas entre os 19 e 54 anos de idade (Tabela 1). As médias de idade foram para o (i) género feminino $M=27.6$, $DP= 7.51$, (ii) género masculino $M=31.25$, $DP= 8.62$ e (iii) género não binário $M=24.77$, $DP= 4.21$ (Tabela 1). Em relação à idade, houve um participante que não informou da mesma.

146 participantes eram de nacionalidade portuguesa (90.1%) e 16 de outras nacionalidades, nomeadamente, 14 participantes de nacionalidade brasileira, 1 participante de nacionalidade espanhola e 1 de nacionalidade guineense (9.9%). No que concerne o estado civil 15 participantes estavam casados (9.3%), 46 participantes numa relação (28.4%), 8 participantes numa relação aberta (4.9%), 86 participantes estavam solteiros (53.1%) e 7 participantes viviam em união de facto (4.3%) (Tabela 1).

Ao nível das habilitações académicas e situação profissional, a maioria dos participantes enquadrava-se ao nível da licenciatura (36.42%) e estava empregado (57.41%).

Tabela 1

Características Sociodemográficas dos participantes

		N.º	%
Género	Feminino	68	42,0
	Masculino	81	50,0
	Não Binário	13	8,0
Orientação sexual	Bissexual	59	36,4
	Gay	66	40,7
	Lésbica	37	22,8
Estado Civil	Casamento	15	9.3
	União de facto	7	4.3
	Relação	46	28.4
	Relação aberta	8	4.9
	Solteiro a	86	53.1
Habilitações Académicas	Ensino Primário	1	0.68
	Ensino Básico	8	4.94
	Ensino Secundário	49	30.25
	Licenciatura	59	36.42
	Mestrado	32	19.75

	Doutoramento	2	1.23
	Resposta em branco	9	5.56
	Participantes excluídos	2	1.23
Situação Profissional	Empregado	93	57.41
	Desempregado	8	4.94
	Estudante	43	26.54
	Resposta em branco	18	11.11

No decorrer da elaboração do questionário sociodemográfico, houve cinco aspetos que foram considerados relevantes ter em atenção devido a poder afetar os resultados e estes foram (i) o ser religioso, (ii) a importância da religião, (iii) se teve aulas de educação sexual inclusiva, (iv) se alguma vez teve formação na área da saúde mental e (v) se alguma vez recorreu aos serviços de um profissional de saúde mental. Os resultados sociodemográficos destas cinco questões encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2

Religião, educação sexual inclusiva e saúde mental

		N.º	%
Praticante de Religião	Sim	24	14.8
	Não	138	85.2
Religião como importante	Mais ou menos	51	31.5
	Sim	17	10.5
	Não	92	56.8
Formação em educação sexual inclusiva	Não sei o que é	11	6.8
	Sim	40	24.7
	Não	111	68.5
Formação em Temas de Saúde Mental	Sim	76	46.9
	Não	86	53.1
Alguma vez recorreu aos serviços de um profissional de saúde mental?	Sim	111	68.5
	Não	51	31.5

2.3 Instrumentos

Os instrumentos utilizados nos questionários foram os seguintes:

(I) Para medir a **fusão cognitiva** foi usado o **Questionário de Fusão Cognitiva** (FusCog) desenvolvido por Gillanders et al. (2014), versão portuguesa por Trindade et al. (2018). Este

questionário é composto por 7 itens de autorresposta cotados numa escala de *Likert* de 7 pontos (1 = nunca verdadeiro a 7 = sempre verdadeiro). O questionário foi, originalmente, desenvolvido para avaliar a fusão cognitiva em relação a doença crónica, como tal, teve que ser adaptado para avaliar a fusão cognitiva em relação à orientação sexual. Incluía questões, tais como, “Tendo a deixar-me enredar (prender) pelos meus pensamentos sobre a minha orientação sexual” e “Eu tendo a ficar preso nos meus pensamentos em relação à minha orientação sexual”. Este questionário teve a mesma versão para as populações LGB (ANEXO A).

(II) Para medir a **meta-desumanização** foi utilizada a **Escala de Meta-Desumanização (Meta_D)** desenvolvida por Fontesse et al. (2021). A escala original avalia a meta-desumanização em participantes com perturbação com uso de álcool, pelo que, para o presente estudo foi traduzida e adaptada para avaliar em função da orientação sexual. Consiste em 13 itens de autorresposta que avalia como os participantes se sentem desumanizados pela sociedade devido à sua orientação sexual. Cada item é cotado numa escala de *Likert* de 7 pontos (1 = discordo completamente a 7 = concordo completamente).

Inclui questões como “Como *gay*, a sociedade trata-me como se eu fosse uma pessoa mecanizada e fria, como um robot” e “Como *gay*, a sociedade trata-me como se eu não tivesse emoções”. Nas versões da população lésbica e outras orientações sexuais a diferença consistia no género, por exemplo, “Como lésbica, a sociedade trata-me como se eu não tivesse emoções” e “Como alguém não heterossexual, a sociedade trata-me como se eu não tivesse emoções” (Anexo B).

(III) Para medir a **auto-desumanização** foi usada a **Escala de Auto-Desumanização (Auto_D)** desenvolvida por Fontesse et al., 2021. A escala original avalia a auto-desumanização em participantes com perturbação com uso de álcool, pelo que, para o presente estudo foi traduzida e adaptada para avaliar em função da orientação sexual. Consiste em 13 itens de autorresposta que avalia como os participantes se auto desumanizam devido à sua orientação sexual. Cada item é cotado numa escala de *Likert* de 7 pontos (1 = discordo completamente a 7 = concordo completamente).

A versão do questionário para a população *gay* inclui questões como “Como *gay*, considero que sou uma pessoa empática e sensível” e “Como *gay*, comporto-me, por vezes, como uma criança”. Na versão do questionário para a população lésbica e outras orientações sexuais, a diferença consistia no género, tendo questões como “Como lésbica, considero que sou uma pessoa empática e sensível” e “Como alguém não heterossexual, considero que sou uma pessoa empática e sensível” (Anexo C).

(IV) Para medir a **saúde mental geral** foi utilizado o **Questionário de Saúde Geral**, também designado por *General Health Questionnaire (GHQ)*, desenvolvido por Goldberg & Hillier (1979), versão portuguesa por Pais Ribeiro et al (2015). É composto por 28 itens de autorresposta que avaliam a saúde mental ou o bem-estar psicológico através de quatro índices ou dimensões, que são: “Sintomas

Somáticos” (GHQ_SS; itens 1 a 7), “Ansiedade e Insónia” (GHQ_AI; itens 8 a 14), “Disfunção Social” (GHQ_DF; itens 15 a 21) e “Depressão Grave” (GHQ_DG; itens 22 a 28). As respostas são avaliadas numa escala tipo *Likert* de 4 pontos.

Foi usado o mesmo questionário para todos os participantes e este incluía questões como “Tem perdido o sono devido a preocupações?”, “Tem-se sentido assustado/a ou tem entrado em pânico sem razão?” e “Já pensou na hipótese de um dia vir a acabar consigo?” (Anexo D).

(V) Para recolha dos dados sociodemográficos foi usado um **Questionário Sociodemográfico** com questões sobre género, idade, nacionalidade, orientação sexual, estado civil, habilitações literárias, religião e importância desta, educação, profissão, estado civil, orientação sexual, se teve aulas ou formação de educação sexual inclusiva ou temas de saúde mental, idade do *coming out* e com quem falou sobre a sua orientação sexual e se alguma vez recorreu aos serviços de um profissional de saúde mental (Anexo E).

2.4 Procedimentos

2.4.1 Procedimento de tradução

Para a presente investigação procedeu-se à tradução das escalas de meta e auto-desumanização. Inicialmente, realizou-se a tradução das escalas originais, que se encontravam em francês para português. Em seguida, a tradução foi corrigida por um júri composto por um psicólogo e por uma pessoa licenciada em Ciências Psicológicas e, num segundo momento, iniciou-se a retroversão independente por uma professora de línguas, nomeadamente português e inglês, do 3º ciclo. Por fim, compararam-se todas as versões (i.e., a original, a tradução e a retroversão) de modo a equiparar o sentido dos itens originais. As instruções iniciais de preenchimento da escala também foram alvo de tradução e retroversão, para se assegurar a semelhança da escala original.

2.4.2 Recolha de dados

A recolha de dados foi realizada com recurso a três questionários on-line; um para *gays*, outro para lésbicas e outro questionário para as outras orientações sexuais, nomeadamente, bissexual. Após a obtenção do consentimento informado e da explicação do anonimato das informações recolhidas (Anexo F), foi solicitado que respondessem aos questionários e escalas acima descritos e, por fim, que preenchessem os seus dados sociodemográficos.

Estes questionários foram desenvolvidos através da plataforma Google Forms e foram divulgados através de websites e das redes sociais, tais como, Facebook e Instagram de contas

particulares e da Associação Dezanove. Estiveram publicados no website da Associação ILGA Portugal - Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo durante o mês de julho de 2023.

Os participantes utilizaram os aparelhos eletrónicos que quiseram para participar no estudo e os questionários foram respondidos no ambiente escolhido por estes. Os questionários foram objeto de prévio do Encarregado da Proteção de Dados da Universidade do Algarve.

2.4.3 Análise de dados

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta, utilizou-se o coeficiente de consistência interna *Alpha* de *Cronbach*, o coeficiente de correlação de *Pearson*, o teste *t* de *Student*, a *Anova One-Way* e a regressão linear simples e múltipla, para analisar os efeitos de mediação.

O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$. A significância dos efeitos indiretos forma calculados por *bootstrapping* de 5000 amostras tendo como variável de controlo o recurso a um profissional de saúde mental. A análise estatística foi efetuada com o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 28 para Windows e a macro para Windows de Andrew F. Hayes denominada PROCESS v.4.2.

Capítulo VI Resultados

As variáveis em estudo foram a meta-desumanização, auto-desumanização, fusão cognitiva e a *General Health Questionnaire* (GHQ). Esta última variável que tem um índice de saúde mental geral que advém dos índices (i) Sintomas Somáticos, (ii) Ansiedade e Insónia, (iii) Disfunção Social e (iv) Depressão Grave. Foi analisado se a distribuição dos dados era normal, sendo que, são respeitados os índices máximos recomendados: 7 para a Curtose e 2 para a assimetria (Curran et al., 1996).

1) Análises descritivas

Tabela 3

Estatísticas Descritivas

	Nº	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
Meta_Desumanização	162	1.00	6.46	2.6552	1.46067	.629	-.659
Auto_Desumanização	162	1.00	5.00	1.7226	.73396	1.702	3.609
Fusão Cognitiva	162	1.00	6.71	2.1693	1.33512	1.293	.985
GHQ Ansiedade e Insónia	162	.00	3.00	1.2309	.75983	.134	-.724
GHQ Disfunção social	162	.00	2.57	1.0647	.69052	.283	-.708
GHQ Depressão Grave	162	.00	3.00	.6749	.71390	1.189	.523
GHQ Sintomas Somáticos	162	.00	2.57	.9020	.60904	.334	-.619
GHQ Saúde Geral	162	.00	2.68	.9687	.57612	.476	-.245
Nº participantes	162						

Para medir a consistência interna das escalas usadas foi utilizado o alfa de *Cronbach* que variou entre um mínimo de .747 (boa), na dimensão Auto-desumanização, a um máximo de .950 (muito boa) na Meta-desumanização (Tabela 4.). A categorização dos valores de Alfa tem como referência Hill (2014).

Tabela 4.

Consistência interna - Alpha de Cronbach

	Alpha Cronbach	N.º de itens
Meta-desumanização	.950	13
Auto-desumanização	.747	13
Fusão cognitiva	.927	7
GHQ Ansiedade e insónia	.886	7
GHQ Disfunção social	.728	7
GHQ Depressão grave	.911	7
GHQ Sintomas somáticos	.837	7
GHQ Saúde Geral	.947	28

2) Diferenças de médias em função das três orientações sexuais

A seguir foi realizado uma Análise da Variância (ANOVA) a um fator para verificar a existência de diferenças de médias em função das três orientações sexuais em estudo. Foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa na Auto-desumanização, $F(2, 159) = 4.406, p = .014$. O teste de *Bonferroni* indica que os valores de Auto-desumanização são significativamente mais elevados no grupo dos Bissexuais ($M=1.87; DP=.84$) do que no grupo dos *Gays* ($M=1.42; DP=.57$) (Anexo H). Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas com o grupo de Lésbicas.

3) Análises Correlacionais

Posteriormente, foram realizadas correlações de *Pearson* para analisar se as variáveis em estudo estão relacionadas. Os resultados destas correlações podem ser visualizados na Tabela 5. De uma forma geral, os coeficientes de correlação dos construtos em estudo refletem correlações estatisticamente significantes que vão desde fracas a fortes, sendo, porém, todas positivas; à medida que aumenta uma variável, a outra variável aumenta no mesmo sentido (coeficiente r de *Pearson* entre 0.70 a 1 correlação forte, entre 0.60 a 0.40 correlação moderada, 0.30 a 0.01 correlação fraca).

As correlações estatisticamente significantes fortes ocorreram dentro do instrumento GHQ Saúde Geral e os seus índices, com a correlação mais forte com o índice Ansiedade e Insónia ($r=.884, p<.001$). As correlações mais elevadas entre variáveis não pertencentes a uma mesma escala ocorre entre a Fusão cognitiva e os Sintomas somáticos ($r = .437, p < .001$) e a Meta-desumanização e com o *GHQ* Ansiedade e Insónia ($r = .425, p < .001$). Ambas são correlações moderadas positivas.

Assim, é possível sugerir que com base na amostra recolhida:

A H1- Níveis mais elevados de meta-desumanização estão positivamente associados um pior índice de saúde geral está confirmada. Os dados mostram uma correlação moderada, mas positiva ($r=.418, p < .001$). Quanto mais meta-desumanização os participantes reportaram, maior era o índice de problemas de saúde mental geral. Ou seja, quanto mais sentiam que eram vistos como sub-humanos pelos outros, pior nível saúde geral mental tinham.

A H2- Níveis mais elevados de meta-desumanização estão positivamente associados à auto-desumanização está confirmada. Apesar de ser uma correlação positiva fraca ($r=.176, p < .05$), continua a sugerir uma relação entre as duas variáveis; participantes que reportaram sentir uma maior meta-desumanização obtiveram valores mais elevados na escala de auto-desumanização, ou seja, chegavam a ver-se como menos humanos que os outros.

A H3- Níveis mais elevados de meta-desumanização estão positivamente associados à fusão cognitiva, também está confirmada pela amostra, como uma correlação fraca positiva ($r=.286, p < .001$), mas que sugere uma relação entre experienciar meta-desumanização e fusão cognitiva sobre a orientação sexual.

A H4- Níveis mais elevados de fusão cognitiva com a orientação sexual estão positivamente associados problemas gerais de saúde mental também está confirmada pelos dados ($r=.393, p < .001$). É uma correlação fraca positiva, mas que sugere que o estar embrenhado nos pensamentos relativos à própria orientação sexual pode influenciar, positivamente, ou negativamente, a saúde mental geral.

Dos resultados, deve ainda ser referido que a Meta-desumanização apresentou uma correlação fraca positiva com o índice *GHQ* Disfunção Social ($r=.357, p < .001$). Como também, existe uma correlação fraca positiva com a Auto-desumanização e a Fusão Cognitiva ($r=.365, p < .001$). Segundo, estes dados, quem sofreu, ou experienciou, Meta-desumanização pode ter uma tendência a isolar-se, a ter dificuldade em realizar tarefas ou manter-se ativo. Também, quem se auto-desumanizou pode ficar embrenhado nos pensamentos negativos que o conduziram à auto-desumanização.

Tabela 5.

Coeficientes de correlação de Pearson para todas as variáveis em estudo

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Meta-desumanização	-							
2. Auto-desumanização	.176*							
3. Fusão Cognitiva	.286***	.365***						
4. GHQ Saúde Mental Geral	.418***	.241**	.393***					
5. GHQ Ansiedade e Insónia	.425***	.197*	.339***	.884***				
6. GHQ Disfunção Social	.357***	.168*	.255**	.784***	.576***			
7. GHQ Depressão Grave	.261***	.226**	.283***	.817***	.632***	.495***		
8. GHQ Sintomas Somáticos	.334***	.194*	.437***	.829***	.699***	.535***	.558***	-

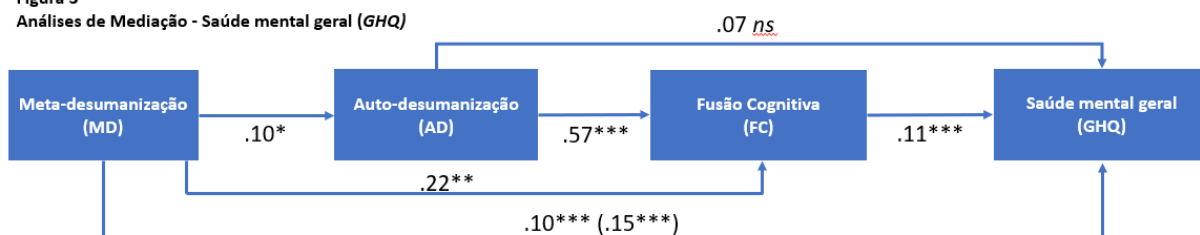
Nota: GHQ é a abreviação de *General Health Questionnaire* (Questionário de Saúde Geral)

* $p < .05$; ** $p < .01$ ***; $p < .001$

4) Modelos de mediação para a escala de saúde mental total e as suas dimensões (GHQ)

Posteriormente, foram realizadas análises de mediação utilizando o método Process (Hayes 4.; modelo 6) para analisar a possibilidade de existirem mediadores na relação entre Meta-desumanização e Saúde Mental Geral. Nestas mediações, a variável “alguma vez recorreu aos serviços de um profissional de saúde mental” que consta no questionário sociodemográfico foi controlada entrando no modelo como covariante, a meta-desumanização como variável independente, a GHQ saúde mental como variável dependente e as variáveis a auto-desumanização e fusão cognitiva como variáveis mediadoras (Figura 3).

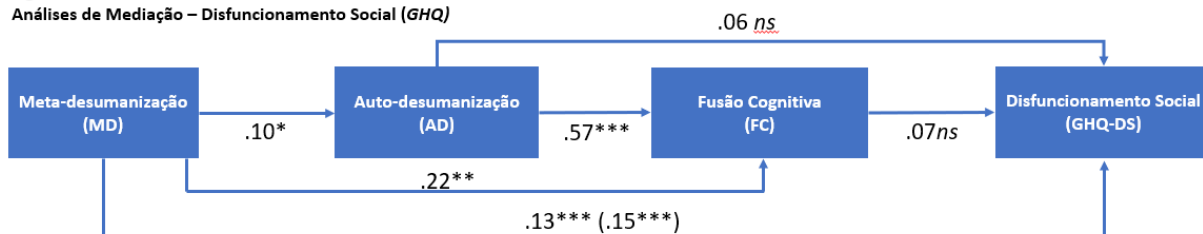
Figura 3
Análises de Mediação - Saúde mental geral (GHQ)



Efeitos indiretos:

MD -> FC -> GHQ: efeito = .02; bootSE = .01; IC a 95% = [0.01; 0.05]
 MD -> AD -> FC -> GHQ: efeito = .01; bootSE = .01; IC a 95% = [0.001; 0.01]
Fator de controlo: Consulta com profissional de saúde (Sim/Não)
 N = 161 ; 5000 bootstraps; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

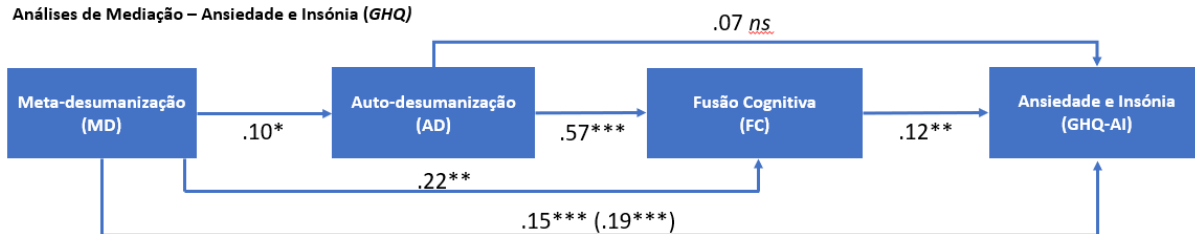
Figura 3
Análises de Mediação – Disfuncionamento Social (GHQ)



Efeitos indiretos: nenhum efeito significativo

Fator de controlo: Consulta com profissional de saúde (Sim/Não)
 N = 161 ; 5000 bootstraps; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

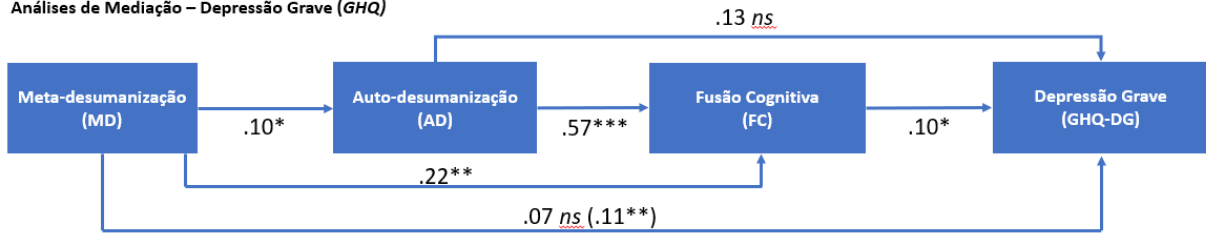
Figura 3
Análises de Mediação – Ansiedade e Insónia (GHQ)



Efeitos indiretos:

MD -> FC -> AI: efeito = .02; bootSE = .01; IC a 95% = [0.01; 0.05]
 MD -> AD -> FC -> GHQ: efeito = .01; bootSE = .01; IC a 95% = [0.002; 0.01]
Fator de controlo: Consulta com profissional de saúde (Sim/Não)
 N = 161 ; 5000 bootstraps; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Figura 3
Análises de Mediação – Depressão Grave (GHQ)

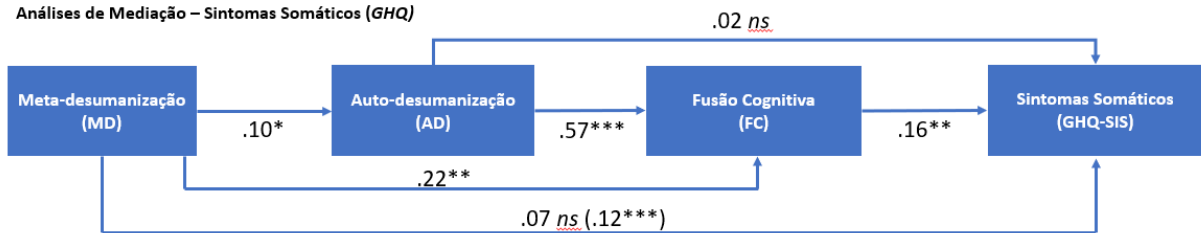


Efeitos indiretos: nenhum efeito significativo

Fator de controle: Consulta com profissional de saúde (Sim/Não)

N = 161 ; 5000 bootstraps; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Figura 3
Análises de Mediação – Sintomas Somáticos (GHQ)



Efeitos indiretos:

MD -> FC -> SIS: efeito = .03; bootSE = .02; IC a 95% = [0.01; 0.07]

MD -> AD -> FC -> GHQ: efeito = .01; bootSE = .01; IC a 95% = [0.001; 0.02]

Fator de controle: Consulta com profissional de saúde (Sim/Não)

N = 161 ; 5000 bootstraps; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Os resultados sugerem que a meta-desumanização é um preditor significativo da auto-desumanização e da fusão cognitiva; quanto mais os participantes reportaram um nível alto de meta-desumanização mais reportavam um nível alto de auto-desumanização e de fusão cognitiva associada à orientação sexual (Figura 3).

Adicionalmente, os resultados sugerem que meta-desumanização é um preditor significativo da saúde mental geral, da ansiedade e insônia, do disfuncionamento social, dos sintomas somáticos, mas não da depressão grave. Além disso, a auto-desumanização é um preditor da fusão cognitiva e esta, por sua vez, é um preditor da ansiedade e insônia, dos sintomas somáticos, da depressão grave, mas não do disfuncionamento social.

Capítulo VII: Discussão

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de estudar a relação entre a meta-desumanização e a saúde mental geral, como também, se esta relação pode ser mediada por fatores, nomeadamente, pela auto-desumanização e a fusão cognitiva.

Os resultados sugerem, a nível correlacional que existe uma relação, ou associação, entre meta-desumanização e a saúde mental geral. Por sua vez, as análises de mediação sugerem que a relação entre meta-desumanização e saúde mental geral pode ser mediada pela fusão cognitiva e pela auto-desumanização.

A meta-desumanização e a auto-desumanização estão associadas a um pior estado de saúde mental. Indivíduos que sofreram de meta e auto-desumanização reportaram, entre outros, problemas de autoestima (Demoulin et al., 2021) e auto-avaliações negativas (Sainz et al., 2021). Para indivíduos LGB, sentir meta e auto-desumanização pode fazê-los sentir como pessoas imorais ou seres humanos inferiores devido à sua orientação sexual.

A percepção de que o grupo a que pertencem é visto pela sociedade onde estão inseridos de uma forma negativa pode derivar, por exemplo, do estigma, do preconceito, da discriminação ou de relações interpessoais. Por sua vez, a imagem que um grupo tem pode promover a interiorização dos estereótipos que lhes são atribuídos.

Por exemplo, crescer e viver a ouvir comentários homofóbicos irá afetar o desenvolvimento e o bem-estar de alguém que seja LGB. E, um indivíduo LGB sentir que as pessoas que são LGB que são vistas como sub-humanos, como objetos por outros indivíduos, devido a ter uma orientação sexual diferente da heterossexual, é um fator de risco para a saúde mental. Como também, pode desenvolver fusão cognitiva devido à sua orientação sexual; pensar constantemente e acreditar que devido a não ser heterossexual não é um ser humano digno.

Existem estudos que sugerem a meta-desumanização antecede a auto-desumanização, por exemplo, com participantes com problemas de alcoolismo (já acima referenciado), mas que eu tenha conhecimento, não existem outros estudos que envolvam as variáveis desta investigação e com esta população específica.

Neste estudo, a meta-desumanização antecedeu a auto-desumanização, como também, teve um efeito na fusão cognitiva. Acresce que, neste estudo a fusão cognitiva é um preditor significativo da saúde mental geral, o que pode levantar a questão de que a fusão cognitiva pode estar a potenciar os efeitos da meta-desumanização e a ter um impacto negativo na saúde mental.

Capítulo VIII: Implicações Práticas: a nível grupal e individual

Os resultados deste estudo podem ter várias implicações, nomeadamente, para a prática clínica e ao nível de intervenções na sociedade. A meta-desumanização só pode ser trabalhada ao nível de grupo, sendo para tal necessário, campanhas contra a desumanização e aulas de educação sexual inclusiva devidamente ensinadas de forma a desconstruir estereótipos e reduzir preconceito e discriminação.

Também, seria aconselhável programas com profissionais de saúde que lidam com esta população, afinal, os serviços de saúde foram identificados como um setor discriminatório que impede muitas pessoas de procurar cuidados médicos.

Por sua vez a nível individual, os resultados deste estudo chamam a atenção para conceitos como a meta-desumanização, a auto-desumanização e a fusão cognitiva. Profissionais de saúde mental, como psicólogos, quando estiverem na prática clínica, provavelmente, terão de recorrer a Terapias Cognitivo-Comportamentais de 3ª Geração, nomeadamente, à Terapia de Aceitação e Compromisso e a técnicas como a desfusão cognitiva.

Abordagens baseadas na atenção plena podem ajudar a desenvolver um pensamento mais flexível e auxiliar a desconstruir a auto-desumanização, como também, ao ganhar consciência dos pensamentos e como se autorreforçam, poderá ser permitido interromper o ciclo entre a meta-desumanização, auto-desumanização e a fusão cognitiva.

Capítulo IX: Limitações

Existem diversas considerações a fazer acerca das limitações deste estudo. O número de participantes, apesar de ser de 162, é um número representativo para um estudo a nível de grupo, mas não é um número representativo para estudar as três orientações sexuais a nível individual, uma vez que, recolhemos 37 lésbicas, 66 *gays* 59 bissexuais.

As condições de resposta ao questionário, também, podem ter influenciado os resultados. Cada participante podia responder onde queria e quando queria, não sendo possível controlar variáveis externas como conversas com amigos, cansaço, irritabilidade ou uma mera distração.

O desejo de dar uma resposta que favoreça o estudo, o não valorizar certos comportamentos como discriminatórios, o distorcer memórias são todas questões que devem ser consideradas, como também, o *self-selection bias* e o *response bias*. Porque é que alguns participantes escolheram responder e outros não? O estudo foi bastante divulgado nas redes sociais e só alguns escolheram

participar. Acresce que, alguns participantes tendem a responder sempre da mesma maneira, independentemente, da questão.

Capítulo X: Investigações futuras

No futuro sugere-se que se repita o estudo, em ambiente se possível controlado, com parcerias com Associações que apoiem os membros desta comunidade, de forma a poder alcançar mais participantes e desenvolver uma relação de confiança.

Seria benéfico compreender os papéis da compaixão e auto-compaixão, uma vez que, a fusão cognitiva com a auto-desumanização pode aumentar os pensamentos autocríticos e dificultar a capacidade de se ver com compaixão e compreensão. Essa falta de autocompaixão pode um componente-chave na auto-desumanização, pois envolve negar a si mesmo a qualidade humana básica de merecer um tratamento digno.

Capítulo XI: Conclusão

A população LGB, ao longo da história, tem sido estigmatizada e sofrido preconceito por ser diferente em virtude da orientação sexual. Tem, inclusive, sido desumanizada e a desumanização tem consequências negativas e graves a nível psicológico, emocional e social. Como observado nos estudos de King (2008) e Choukas-Bradley & Thoma (2022) em que em contexto clínico, indivíduos pertencentes à comunidade LGB apresentavam maiores valores a nível de sintomatologia depressiva, ansiosa, pensamentos suicidas, comportamentos suicidas, auto-mutilação e consumo de substâncias.

O presente estudo revelou que, apesar de supostamente, vivermos em tempos modernos e tolerantes, estas pessoas continuam a sentir discriminação e desumanização por parte da sociedade. Os resultados do estudo mostram que a meta-desumanização e a auto desumanização têm impacto negativo na saúde geral das populações que são consideradas como minorias. Foi possível denotar que quanto maior fosse a meta desumanização, maiores eram os valores para a auto-desumanização e fusão cognitiva.

Desta forma, é possível concluir que minorias sexuais se encontram expostas a um maior risco de auto-desumanização, e conseqüentemente desenvolver a crença de que são inferiores aos outros, passando a definir-se apenas através de pensamentos autocríticos negativos.

Referências Bibliográficas

- Aaron, D. J., Markovic, N., Danielson, M. E., Honnold, J. A., Janosky, J. E., & Schmidt, N. J. (2001). Behavioral risk factors for disease and preventive health practices among lesbians. *American Journal of Public Health, 91*(6), 972–975. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.6.972>
- Adelson, S. L., Dowshen, N. L., Makadon, H. J., & Garofalo, R. (2016). Introduction to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth Health. *Pediatric Clinics of North America, 63*(6), xvii–xxi. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.09.002>
- Alcaire, R. (2015). The pathologisation of sexual diversity – a critical scrutiny of the DSM. *Revista Da Associação Portuguesa de Estudos Sobre as Mulheres, 32*, 155–167. <https://doi.org/10.22355/EXAEQUO.2015.32.10>
- Aldrich, R. (2004). Homosexuality and the City: An Historical Overview. *Urban Studies, 41*(9), 1719–1737. <https://doi.org/10.1080/0042098042000243129>
- Alempijevic, D., Beriashvili, R., Beynon, J., Birmanns, B., Brasholt, M., Cohen, J., Duque, M., Duterte, P., van Es, A., Fernando, R., Fincanci, S. K., Hamzeh, S., Hansen, S. H., Hardi, L., Heisler, M., Iacopino, V., Leth, P. M., Lin, J., Louahlia, S., ... Viera, D. N. (2020). Statement on conversion therapy. *Journal of Forensic and Legal Medicine, 72*, 101930. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2020.101930>
- American Psychological Association. (2009). *Resolution on Appropriate Affirmative Responses to Sexual Orientation Distress and Change Efforts*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/about/policy/sexual-orientation>
- Arimoro, A. E. (2021). Interrogating the Criminalisation of Same-Sex Sexual Activity: A Study of Commonwealth Africa. *Liverpool Law Review, 42*(3), 379–399. <https://doi.org/10.1007/S10991-021-09280-5/METRICS>
- Bandura, A., Underwood, B., & Fromson, M. E. (1975). Disinhibition of aggression through diffusion of responsibility and dehumanization of victims. *Journal of Research in Personality, 9*(4), 253–269. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(75\)90001-X](https://doi.org/10.1016/0092-6566(75)90001-X)
- Bastian, B., & Crimston, D. (2014). Self-dehumanization. *TPM - Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology, 21*(3), 241–250. <https://doi.org/10.4473/TPM21.3.1>
- Bastian, B., & Haslam, N. (2010). Excluded from humanity: The dehumanizing effects of social ostracism. *Journal of Experimental Social Psychology, 46*(1), 107–113. <https://doi.org/10.1016/J.JESP.2009.06.022>
- Bastian, B., & Haslam, N. (2011). Experiencing Dehumanization: Cognitive and Emotional Effects of Everyday Dehumanization. *Basic and Applied Social Psychology, 33*(4), 295–303. <https://doi.org/10.1080/01973533.2011.614132>
- Baughey-Gill, S. (2011). When Gay Was Not Okay with the APA: A Historical Overview of Homosexuality and its Status as Mental Disorder. *Occam's Razor, 1*(1). <https://cedar.wvu.edu/orwwu/vol1/iss1/2>
- Beleza, T., & Pereira de Melo, H. (2010). Discriminação e contra-discriminação em razão da orientação sexual no direito português. *Revista Do Ministério Público: Estudos e Reflexões, 123*, 1–53.
- Berjot, S., & Gillet, N. (2011). Stress and Coping with Discrimination and Stigmatization. *Frontiers in Psychology, 2*(FEB). <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2011.00033>

- Birkett, M., Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2015). Does It Get Better? A Longitudinal Analysis of Psychological Distress and Victimization in Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth. *Journal of Adolescent Health, 56*(3), 280–285. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2014.10.275>
- Blosnich, J. R., Bossarte, R. M., & Silenzio, V. M. B. (2012). Suicidal ideation among sexual minority veterans: results from the 2005-2010 Massachusetts Behavioral Risk Factor Surveillance Survey. *American Journal of Public Health, 102 Suppl 1*(Suppl 1). <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300565>
- Bodenlos, J. S., Hawes, E. S., Burstein, S. M., & Arroyo, K. M. (2020). Association of cognitive fusion with domains of health. *Journal of Contextual Behavioral Science, 18*, 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.08.001>
- Boehmer, U., Bowen, D. J., & Bauer, G. R. (2007). Overweight and obesity in sexual-minority women: evidence from population-based data. *American Journal of Public Health, 97*(6), 1134–1140. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.088419>
- Brooks, R. (2012). Transforming sexuality: the medical sources of Karl Heinrich Ulrichs (1825-95) and the origins of the theory of bisexuality. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences, 67*(2), 177–216. <https://doi.org/10.1093/JHMAS/JRQ064>
- Burton, C. W., Lee, J. A., Waalen, A., & Gibbs, L. M. (2020). “Things Are Different Now But”: Older LGBT Adults’ Experiences and Unmet Needs in Health Care. *Journal of Transcultural Nursing, 31*(5), 492–501. https://doi.org/10.1177/1043659619895099/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_1043659619895099-FIG1.JPEG
- Caceres, B. A., Streed, C. G., Corliss, H. L., Lloyd-Jones, D. M., Matthews, P. A., Mukherjee, M., Poteat, T., Rosendale, N., & Ross, L. M. (2020). Assessing and Addressing Cardiovascular Health in LGBTQ Adults: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation, 142*(19), E321–E332. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000914>
- Capozza, D., Falvo, R., Trifiletti, E., & Pagani, A. (2014). Cross-group Friendships, Extended Contact, and Humanity Attributions to Homosexuals. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 114*, 276–282. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.698>
- Chan, R. C. H., Operario, D., & Mak, W. W. S. (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>
- Chen, N., Xi, J., & Fan, X. (2023). Correlations among Psychological Resilience, Cognitive Fusion, and Depressed Emotions in Patients with Depression. *Behavioral Sciences, 13*(2), 100. <https://doi.org/10.3390/bs13020100>
- Choukas-Bradley, S., & Thoma, B. C. (2022). *Mental Health Among LGBT Youth*. 539–565. https://doi.org/10.1007/978-3-030-84273-4_18
- Cochran, S. D., Drescher, J., Kismödi, E., Giami, A., García-Moreno, C., Atalla, E., Marais, A., Vieira, E. M., & Reed, G. M. (2014). Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). *Bulletin of the World Health Organization, 92*(9), 672–679. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.135541>
- Cochran, S. D., Mays, V. M., Alegria, M., Ortega, A. N., & Takeuchi, D. (2007). Mental health and substance use disorders among Latino and Asian American lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(5), 785. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.785>

- Cochran, S. D., Mays, V. M., Bowen, D., Gage, S., Bybee, D., Roberts, S. J., Goldstein, R. S., Robison, A., Rankow, E. J., & White, J. (2001). Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women. *American Journal of Public Health, 91*(4), 591–597. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.4.591>
- 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>
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (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*.
- Comissariado dos Direitos Humanos do Conselho da União Europeia. (2023, February 16). *Nothing to cure: putting an end to so-called “conversion therapies” for LGBTI people - Commissioner for Human Rights*. Conselho Da União Europeia. <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/nothing-to-cure-putting-an-end-to-so-called-conversion-therapies-for-lgbti-people>
- Conine, D. E., Campau, S. C., & Petronelli, A. K. (2022). LGBTQ+ conversion therapy and applied behavior analysis: A call to action. *Journal of Applied Behavior Analysis, 55*(1), 6–18. <https://doi.org/10.1002/JABA.876>
- Correia, A. (2017). O Estado Novo e a repressão da homossexualidade, 1933-1943. *Ler História, 70*, 161–181. <https://doi.org/10.4000/LERHISTORIA.2669>
- Correro, A. N., & Nielson, K. A. (2019). A review of minority stress as a risk factor for cognitive decline in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) elders. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 24*(1), 2–19. <https://doi.org/10.1080/19359705.2019.1644570>
- de Kuyper, E. (1993). The Freudian construction of sexuality: the gay foundations of heterosexuality and straight homophobia. *Journal of Homosexuality, 24*(3–4), 137–144. https://doi.org/10.1300/J082V24N03_10
- Demoulin, S., Nguyen, N., Chevallereau, T., Fontesse, S., Bastart, J., Stinglhamber, F., & Maurage, P. (2021). Examining the role of fundamental psychological needs in the development of metadepersonalization: A multi-population approach. *British Journal of Social Psychology, 60*(1), 196–221. <https://doi.org/10.1111/BJSO.12380>
- Diamant, A. L., & Wold, C. (2003). Sexual orientation and variation in physical and mental health status among women. *Journal of Women’s Health (2002), 12*(1), 41–49. <https://doi.org/10.1089/154099903321154130>
- Dinis, A., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., & Estanqueiro, C. (2015). Shame Memories and Depression Symptoms: The Role of Cognitive Fusion and Experiential Avoidance. *Journal of Psychology and Psychological Therapy, 15*(1), 63–86.
- Diniz, E., Bernardes, S. F., & Castro, P. (2019). Self- and Other-Dehumanization Processes in Health-Related Contexts: A Critical Review of the Literature: *Review of General Psychology, 23*(4), 475–495. <https://doi.org/10.1177/1089268019880889>
- Donovan, M. A., & Boswell, J. (1981). Christianity, Social Tolerance, and Homosexuality: Gay People in Western Europe from the Beginning of the Christian Era to the Fourteenth Century. *Theology Today, 38*(2), 256–258. <https://doi.org/10.1177/004057368103800227>

- Drescher, J. (2015a). Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565. <https://doi.org/10.3390/BS5040565>
- Drescher, J. (2015b). Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 386–395. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1053847>
- Drescher, J. (2020). Queer Diagnoses Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual (DSM) Review and Recommendations Prepared for the DSM-V Sexual and Gender Identity Disorders Work Group. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 18(3), 308–335. <https://doi.org/10.1176/APPI.FOCUS.18302>
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568–577. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.741575>
- Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The impact of early shame memories in Binge Eating Disorder: The mediator effect of current body image shame and cognitive fusion. *Psychiatry Research*, 258, 511–517. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2017.08.086>
- European Association for Psychotherapy. (2017, September 17). *Conversion Therapy Statement - European Association for Psychotherapy*. European Association for Psychotherapy. <https://www.europsyche.org/quality-standards/eap-guidelines/eap-statement-on-conversion-therapy/>
- Fasoli, F., Paladino, M. P., Carnaghi, A., Jetten, J., Bastian, B., & Bain, P. G. (2016). Not “just words”: Exposure to homophobic epithets leads to dehumanizing and physical distancing from gay men. *European Journal of Social Psychology*, 46(2), 237–248. <https://doi.org/10.1002/EJSP.2148>
- Fernández-Rodríguez, C., Coto-Lesmes, R., Martínez-Loredo, V., & Cuesta-Izquierdo, M. (2022). Psychological inflexibility, anxiety and depression : the moderating role of cognitive fusion, experiential avoidance and activation. *Psicothema*, 34(2), 240–248. <https://doi.org/10.7334/PSICOTHEMA2021.344>
- Fontesse, S., Demoulin, S., Stinglhamber, F., De Timary, P., & Maurage, P. (2021). Metadehumanization and Self-dehumanization are Linked to Reduced Drinking Refusal Self-Efficacy and Increased Anxiety and Depression Symptoms in Patients with Severe Alcohol Use Disorder. *Psychologica Belgica*, 61(1), 238. <https://doi.org/10.5334/PB.1058>
- Fowler, J. A., Viskovich, S., Buckley, L., & Dean, J. A. (2022). A call for ACTION: A systematic review of empirical evidence for the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with LGBTQI+ individuals. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 78–89. <https://doi.org/10.1016/J.JCBS.2022.06.007>
- Frost, D. M. (2011). Social Stigma and its Consequences for the Socially Stigmatized. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(11), 824–839. <https://doi.org/10.1111/J.1751-9004.2011.00394.X>
- Gato, J., Leal, D., Moleiro, C., Fernandes, T., Nunes, D., Marinho, I., Pizmony-Levy, O., & Freeman, C. (2020). “The Worst Part Was Coming Back Home and Feeling Like Crying”: Experiences of Lesbian, Gay, Bisexual and Trans Students in Portuguese Schools. *Frontiers in Psychology*, 10, 504801. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2019.02936/BIBTEX>

- Gilman, S. E., Cochran, S. D., Mays, V. M., Hughes, M., Ostrow, D., & Kessler, R. C. (2001). Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health, 91*(6), 933–939. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.6.933>
- Hall, J., & LaFrance, B. (2012). “That’s Gay”: Sexual Prejudice, Gender Identity, Norms, and Homophobic Communication. *Communication Quarterly, 60*(1), 35–58. <https://doi.org/10.1080/01463373.2012.641833>
- Han, E., & O’Mahoney, J. (2014). British colonialism and the criminalization of homosexuality. *Cambridge Review of Internal Affairs, 27*(2), 268–288. <https://doi.org/10.1080/09557571.2013.867298>
- Haslam, N. (2006). Dehumanization: An integrative review. *Personality and Social Psychology Review, 10*(3), 252–264. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_4
- Haslam, N., Loughnan, S., Kashima, Y., & Bain, P. (2008). Attributing and denying humanness to others. *European Review of Social Psychology, 19*(1), 55–85. <https://doi.org/10.1080/10463280801981645>
- Haslam, N., Loughnan, S., Reynolds, C., & Wilson, S. (2007). Dehumanization: A New Perspective. *Social and Personality Psychology Compass, 1*(1), 409–422. <https://doi.org/10.1111/J.1751-9004.2007.00030.X>
- Haslam, N., & Stratemeyer, M. (2016). Recent research on dehumanization. *Current Opinion in Psychology, 11*, 25–29. <https://doi.org/10.1016/J.COPSYC.2016.03.009>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2005.06.006>
- Hayes, S. C., & Pierson, H. (2005). Acceptance and Commitment Therapy. *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy, 1–4*. https://doi.org/10.1007/0-306-48581-8_1
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change Ψ : *The Counseling Psychologist, 40*(7), 976–1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hekmati, I., Abdollahpour Ranjbar, H., Eskin, M., Drake, C. E., & Jobson, L. (2023). The moderating role of experiential avoidance on the relationship between cognitive fusion and psychological distress among Iranian students. *Current Psychology, 42*(2), 1394–1401. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01539-4>
- Herek, G. M. (1984). Beyond “Homophobia”: *Journal of Homosexuality, 10*(1–2), 1–21. https://doi.org/10.1300/J082v10n01_01
- Herek, G. M. (2004). Beyond “Homophobia”: Thinking About Sexual Prejudice and Stigma in the Twenty-First Century. *Sexuality Research & Social Policy, 1*(2). <https://doi.org/10.1525/srsp.2004.1.2.6>
- Herek, G. M., & Garnets, L. D. (2007). Sexual orientation and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 353–375. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV.CLINPSY.3.022806.091510>
- Hoy-Ellis, C. P. (2023a). Minority Stress and Mental Health: A Review of the Literature. *Journal of Homosexuality, 70*(5), 806–830. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.2004794>
- Hoy-Ellis, C. P. (2023b). Minority Stress and Mental Health: A Review of the Literature. *Journal of Homosexuality, 70*(5), 806–830. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.2004794/FORMAT/EPUB>
- Javaid, A. (2018). Out of place: Sexualities, sexual violence, and heteronormativity. *Aggression and Violent Behavior, 39*, 83–89. <https://doi.org/10.1016/J.AVB.2018.02.007>

- Johnson, P., & Vanderbeck, R. M. (2014). *Law, religion and homosexuality*. Routledge.
<https://www.routledge.com/Law-Religion-and-Homosexuality/Johnson-Vanderbeck/p/book/9781138998858>
- Karakaya, S., & Kutlu, F. Y. (2021). LGBT individuals' opinions about their health care experiences: A qualitative research study. *Journal of Nursing Management*, 29(1), 24–31.
<https://doi.org/10.1111/JONM.13199>
- Katz, I. (1991). Gordon Allport's "The Nature of Prejudice." *Political Psychology*, 12(1), 125.
<https://doi.org/10.2307/3791349>
- 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*, 8(1), 70. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>
- Kouchaki, M., Dobson, K. S. H., Waytz, A., & Kteily, N. S. (2018). The Link Between Self-Dehumanization and Immoral Behavior. *Psychological Science*, 29(8), 1234–1246.
<https://doi.org/10.1177/0956797618760784>
- Kuefler, M. (2018). Homoeroticism in Antiquity and the Middle Ages: Acts, Identities, Cultures Christianity, Social Tolerance, and Homosexuality: Gay People in Western Europe from the Beginning of the Christian Era to the Fourteenth Century, by John Boswell. *The American Historical Review*, 123(4), 1246–1266. <https://doi.org/10.1093/AHR/RHY023>
- Lee, S. W., Choi, M., & Lee, S. J. (2023). A randomized controlled trial of group-based acceptance and commitment therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 27, 45–53. <https://doi.org/10.1016/J.JCBS.2022.11.009>
- Lei 15/2024, de 29 de Janeiro, Pub. L. No. 15/2024, Diário da República (2024).
www.diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2024-839477377
- Lyonga, F. (2019). Shades of Homophobia: A Framework for Analyzing Negative Attitudes Toward Homosexuality. *Journal of Homosexuality*, 68(10), 1664–1684.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1702352>
- 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.
<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/J.SOCSCIMED.2008.03.012>
- Ministério da Justiça. (1982). Decreto-Lei n.º 400/82. *Diário Da República 1ª Série*, 221 (Setembro), 2–64.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/400-1982-319744>
- 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>

- Morrison, M. A., Parker, K. M., Sadika, B., Sameen, D. E., & Morrison, T. G. (2020). 'Newsworthy enough?': media framing of Canadian LGBTQ persons' sexual violence experiences. *Psychology & Sexuality, 12*(1–2), 96–114. <https://doi.org/10.1080/19419899.2020.1729845>
- Moschella, E. A., Potter, S. J., & Moynihan, M. M. (2020). Disclosure of Sexual Violence Victimization and Anticipated Social Reactions among Lesbian, Gay, and Bisexual Community College Students. *Journal of Bisexuality, 20*(1), 66–85. <https://doi.org/10.1080/15299716.2020.1715910>
- Neisen, J. H. (2008). Heterosexism: Redefining Homophobia for the 1990s. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 1*(3), 21–35. https://doi.org/10.1300/J236V01N03_02
- Newbigin, J. (2013). Psychoanalysis And Homosexuality: Keeping The Discussion Moving. *British Journal of Psychotherapy, 29*(3), 276–291. <https://doi.org/10.1111/BJP.12035>
- Ordem dos Psicólogos Portuguesa. (2021). *Vamos falar sobre suicídio?* <https://www.ordemospsicologos.pt/pt/noticia/3626>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020, August 18). *Linhas de Orientação para a Prática Profissional no Âmbito da Intervenção Psicológica com Pessoas LGBTQ.* <https://www.ordemospsicologos.pt/pt/noticia/3005>
- Parmar, D. D., Tabler, J., Okumura, M. J., & Nagata, J. M. (2022). Investigating Protective Factors Associated With Mental Health Outcomes in Sexual Minority Youth. *Journal of Adolescent Health, 70*(3), 470–477. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2021.10.004>
- Plöderl, M., & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry, 27*(5), 367–385. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1083949>
- Pyszkowska, A., Roznawski, K., & Farny, Z. (2021). Self-stigma and cognitive fusion in parents of children with autism spectrum disorder. The moderating role of self-compassion. *PeerJ, 9*. <https://doi.org/10.7717/PEERJ.12591/SUPP-4>
- Rede Ex Aequo. (2024). *Glossário LGBTI.* www.rea.pt/apoio/questoes/glossario-lgbt
- Rees-Turyn, A. M., Doyle, C., Holland, A., & Root, S. (2008). Sexism and Sexual Prejudice (Homophobia): The Impact of the Gender Belief System and Inversion Theory on Sexual Orientation Research and Attitudes toward Sexual Minorities. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 2*(1), 2–25. <https://doi.org/10.1080/15538600802077467>
- 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>
- Sainz, M., Martínez, R., Moya, M., Rodríguez-Bailón, R., & Vaes, J. (2021). Lacking socio-economic status reduces subjective well-being through perceptions of meta-dehumanization. *British Journal of Social Psychology, 60*(2), 470–489. <https://doi.org/10.1111/BJSO.12412>
- Santos, H. (2020). Abordagens e Práticas LGBTQ Inclusivas nas Escolas em Portugal: Entre a Marginalização, a Desorientação e o Assimilacionismo. *Diversidade e Educação, 8*(1), 259–283. <https://doi.org/10.14295/de.v8i1.11402>
- Smith, S. K., & Turell, S. C. (2017). Perceptions of Healthcare Experiences: Relational and Communicative Competencies to Improve Care for LGBT People. *Journal of Social Issues, 73*(3), 637–657. <https://doi.org/10.1111/JOSI.12235>

- The International Lesbian Gay Bisexual Trans and Intersex Association. (2023). *Criminalisation of consensual same-sex sexual acts*. ILGA World Database. <https://database.ilga.org/criminalisation-consensual-same-sex-sexual-acts>
- Tillewein, H., Shokeen, N., Powers, P., Rijo Sánchez, A. J., Sandles-Palmer, S., & Desjarlais, K. (2023). Silencing the Rainbow: Prevalence of LGBTQ+ Students Who Do Not Report Sexual Violence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3). <https://doi.org/10.3390/IJERPH20032020>
- Trindade, I. A., & Ferreira, C. (2014). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eating Behaviors*, 15(1), 72–75. <https://doi.org/10.1016/J.EATBEH.2013.10.014>
- Walloch, J. C., Cerezo, A., & Heide, F. (2012). Acceptance and Commitment Therapy to Address Eating Disorder Symptomatology in Gay Men. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 6(4), 257–273. <https://doi.org/10.1080/15538605.2012.725648>
- World Health Organization. (2023, August 31). *ICD-11: International Classification of Diseases*. World Health Organization. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
- Yadavaia, J. E., & Hayes, S. C. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for Self-Stigma Around Sexual Orientation: A Multiple Baseline Evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 545–559. <https://doi.org/10.1016/J.CBPRA.2011.09.002>
- Yehya, A. M. I. N. (2022). Challenges of the LGBT Community in Health Care: Focus on Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 28(3), 499–502. <https://doi.org/10.1016/J.CARDFAIL.2021.12.021>

ANEXOS

ANEXO A

Questionário de Fusão Cognitiva

(QFC-7; Gillanders *et al.*, 2014; versão portuguesa por Trindade *et al.*, 2018)

F1. Os meus pensamentos em relação à minha orientação sexual perturbam-me ou causam-me sofrimento emocional.

F2. Fico tão enredado (preso) nos meus pensamentos em relação à minha orientação sexual que me torna incapaz de fazer as coisas que eu mais quero fazer.

F3. Analiso em excesso as situações associadas com a minha orientação sexual, até ao ponto em que isso já não é útil para mim (por exemplo, conversas com os meus amigos, situações académicas ou no trabalho).

F4. Vivo numa luta com os meus pensamentos acerca da minha orientação sexual.

F5. Fico chateado comigo mesmo por ter certos pensamentos em relação à minha orientação sexual.

F6. Tendo a deixar-me enredar (prender) pelos meus pensamentos sobre a minha orientação sexual.

F7. Sinto muita dificuldade em largar os meus pensamentos perturbadores relacionados com a minha orientação sexual, mesmo quando sei que seria mais vantajoso fazê-lo.

ANEXO B

Escala de meta-desumanização

(EMD-13; Fontesse et al., 2021)

Versão Questionário Gay

MD1. Como *gay*, a sociedade trata-me como se eu fosse uma pessoa mecanizada e fria, como um robot.

MD2. Como *gay*, a sociedade trata-me como se eu fosse uma pessoa imatura.

MD3. Como *gay*, a sociedade trata-me como se eu não tivesse empatia e sensibilidade.

MD4. Como *gay*, a sociedade trata-me como se eu fosse um objeto.

MD5. Como *gay*, a sociedade trata-me como se eu não tivesse vontade ou iniciativa.

MD6. Como *gay*, a sociedade trata-me como se eu fosse uma criança.

MD7. Como *gay*, a sociedade trata-me como se eu não tivesse emoções.

MD8. Como *gay*, a sociedade trata-me como se eu fosse superficial.

MD9. Como *gay*, a sociedade não me trata como um indivíduo com personalidade.

MD10. Como *gay*, a sociedade trata-me como se eu não tivesse inteligência e competência.

MD11. Como *gay*, a sociedade trata-me como se eu fosse uma pessoa subdesenvolvida.

MD12. Como *gay*, a sociedade trata-me como se eu fosse um robot.

MD13. Como *gay*, a sociedade trata-me como se eu fosse uma pessoa simples e básica.

Versão Questionário Lésbica

MD1. Como lésbica, a sociedade trata-me como se eu fosse uma pessoa mecanizada e fria, como um robot.

MD2. Como lésbica, a sociedade trata-me como se eu fosse uma pessoa imatura.

MD3. Como lésbica, a sociedade trata-me como se eu não tivesse empatia e sensibilidade.

MD4. Como lésbica, a sociedade trata-me como se eu fosse um objeto.

MD5. Como lésbica, a sociedade trata-me como se eu não tivesse vontade ou iniciativa.

MD6. Como lésbica, a sociedade trata-me como se eu fosse uma criança.

MD7. Como lésbica, a sociedade trata-me como se eu não tivesse emoções.

MD8. Como lésbica, a sociedade trata-me como se eu fosse superficial.

MD9. Como lésbica, a sociedade não me trata como um indivíduo com personalidade.

MD10. Como lésbica, a sociedade trata-me como se eu não tivesse inteligência e competência.

MD11. Como lésbica, a sociedade trata-me como se eu fosse uma pessoa subdesenvolvida.

MD12. Como lésbica, a sociedade trata-me como se eu fosse um robot.

MD13. Como lésbica, a sociedade trata-me como se eu fosse uma pessoa simples e básica.

Versão Questionário Outras Orientações Sexuais

MD1. Como alguém não heterossexual, a sociedade trata-me como se eu fosse uma pessoa mecanizada e fria, como um *robot*.

MD2. Como alguém não heterossexual, a sociedade trata-me como se eu fosse uma pessoa imatura.

MD3. Como alguém não heterossexual, a sociedade trata-me como se eu não tivesse empatia e sensibilidade.

MD4. Como alguém não heterossexual, a sociedade trata-me como se eu fosse um objeto.

MD5. Como alguém não heterossexual, a sociedade trata-me como se eu não tivesse vontade ou iniciativa.

MD6. Como alguém não heterossexual, a sociedade trata-me como se eu fosse uma criança.

MD7. Como alguém não heterossexual, a sociedade trata-me como se eu não tivesse emoções.

MD8. Como alguém não heterossexual, a sociedade trata-me como se eu fosse superficial.

MD9. Como alguém não heterossexual, a sociedade não me trata como um individuo com personalidade.

MD10. Como alguém não heterossexual, a sociedade trata-me como se eu não tivesse inteligência e competência.

MD11. Como alguém não heterossexual, a sociedade trata-me como se eu fosse uma pessoa subdesenvolvida.

MD12. Como alguém não heterossexual, a sociedade trata-me como se eu fosse um *robot*.

MD13. Como alguém não heterossexual, a sociedade trata-me como se eu fosse uma pessoa simples e básica.

ANEXO C

Escala de Auto-desumanização

(EAD-13; Fontesse et al., 2021)

Versão Questionário Gay

AD1. Como *gay*, considero que sou uma pessoa empática e sensível.

AD2. Como *gay*, considero que sou uma pessoa com emoções.

AD3. Como *gay*, considero que sou uma pessoa com pouca inteligência e competência.

AD4. Como *gay*, considero que sou uma pessoa com falta de vontade ou iniciativa.

AD5. Como *gay*, tenho a impressão que ajo como um robot.

AD6. Como *gay*, considero que sou uma pessoa simples e básica.

AD7. Como *gay*, considero que sou uma pessoa com personalidade.

AD8. Como *gay*, comporto-me, por vezes, como uma criança.

AD9. Como *gay*, sinto-me, por vezes, como uma pessoa mecanizada e fria, como um robot.

AD10. Como *gay*, às vezes, considero que sou um objeto inanimado.

AD11. Como *gay*, considero que sou uma pessoa superficial.

AD12. Como *gay*, sinto que, por vezes, sou uma pessoa imatura.

AD13. Como *gay*, considero que sou um ser humano subdesenvolvido.

Versão Questionário Lésbica

AD1. Como lésbica, considero que sou uma pessoa empática e sensível.

AD2. Como lésbica, considero que sou uma pessoa com emoções.

AD3. Como lésbica, considero que sou uma pessoa com pouca inteligência e competência.

AD4. Como lésbica, considero que sou uma pessoa com falta de vontade ou iniciativa.

AD5. Como lésbica, tenho a impressão que ajo como um robot.

AD6. Como lésbica, considero que sou uma pessoa simples e básica.

AD7. Como lésbica, considero que sou uma pessoa com personalidade.

AD8. Como lésbica, comporto-me, por vezes, como uma criança.

AD9. Como lésbica, sinto-me, por vezes, como uma pessoa mecanizada e fria, como um robot.

AD10. Como lésbica, às vezes, considero que sou um objeto inanimado.

AD11. Como lésbica, considero que sou uma pessoa superficial.

AD12. Como lésbica, sinto que, por vezes, sou uma pessoa imatura.

AD13. Como lésbica, considero que sou um ser humano subdesenvolvido.

Versão outras orientações sexuais

AD1. Como alguém não heterossexual, considero que sou uma pessoa empática e sensível.

AD2. Como alguém não heterossexual, considero que sou uma pessoa com emoções.

AD3. Como alguém não heterossexual, considero que sou uma pessoa com pouca inteligência e competência.

AD4. Como alguém não heterossexual, considero que sou uma pessoa com falta de vontade ou iniciativa.

AD5. Como alguém não heterossexual, tenho a impressão que ajo como um *robot*.

AD6. Como alguém não heterossexual, considero que sou uma pessoa simples e básica.

AD7. Como alguém não heterossexual, considero que sou uma pessoa com personalidade.

AD8. Como alguém não heterossexual, comporto-me, por vezes, como uma criança.

AD9. Como alguém não heterossexual, sinto-me, por vezes, como uma pessoa mecanizada e fria, como um *robot*.

AD10. Como alguém não heterossexual, às vezes, considero que sou um objeto inanimado.

AD11. Como alguém não heterossexual, considero que sou uma pessoa superficial.

AD12. Como alguém não heterossexual, sinto que, por vezes, sou uma pessoa imatura.

AD13. Como alguém não heterossexual, considero que sou um ser humano subdesenvolvido.

ANEXO D

Questionário de Saúde Geral

(GHQ-28; Goldberg & Hillier, 1979; versão portuguesa por Pais Ribeiro et al., 2015)

- S1. Tem-se sentido perfeitamente bem de saúde?
- S2. Tem sentido necessidade de um tónico?
- S3. Tem-se sentido em baixo de forma e mal-disposto/a?
- S4. Tem-se sentido doente?
- S5. Tem tido dores de cabeça?
- S6. Tem tido uma sensação de aperto na cabeça ou pressão na cabeça?
- S7. Tem tido ataques de frio ou calor?
- S8. Tem perdido o sono devido a preocupações?
- S9. Depois de adormecer acorda várias vezes?
- S10. Tem-se sentido constantemente sob tensão?
- S11. Tem-se sentido irritável e de mau humor?
- S12. Tem-se sentido assustado/a ou tem entrado em pânico sem razão?
- S13. Tem tido a sensação de que está tudo a cair em cima de si?
- S14. Tem-se sentido permanentemente nervoso/a e tenso/a?
- S15. Tem conseguido manter-se ativo/a e ocupado/a?
- S16. Tem levado mais tempo a fazer as tarefas normais?
- S17. Acha que, de um modo geral, tem trabalhado bem?
- S18. Sente-se satisfeito/a com a maneira como tem cumprido as suas tarefas?
- S19. Tem-se sentido útil no que faz?
- S20. Tem-se sentido capaz de tomar decisões?
- S21. Tem tido prazer nas suas atividades normais do dia-a-dia?
- S22. Tem-se considerado uma pessoa sem valor nenhum?

S23. Tem sentido que já não há nada a esperar da vida?

S24. Tem sentido que a vida já não vale a pena?

S25. Já pensou na hipótese de um dia vir a acabar consigo?

S26. Acha que às vezes não consegue fazer nada por causa dos nervos?

S27. Tem dado consigo a pensar estar morto/a e longe de tudo?

S28. Acha que a ideia de acabar com a sua vida está sempre a vir-lhe à cabeça?

ANEXO E

Questionário Sociodemográfico

- **Género:** Feminino, Masculino, Não Binário, Outra
- **Qual é o seu ano de nascimento (escrever a resposta diretamente na caixa; ex: 1988)**
- **Nacionalidade:** Portuguesa, Outra
- **Orientação sexual:** Gay, Lésbica, Bissexual, Heterossexual, Pansexual, Outra
- **Estado Civil:** Solteiro, Casado, União de Facto, Numa Relação, Relação aberta
- **Habilitações Literárias (escrever a resposta diretamente na caixa)**
- **Profissão (escrever a resposta diretamente na caixa)**
- **É praticante de alguma religião?** Sim, Não
- **A religião é importante para si?**
- **Alguma vez teve aulas ou algum tipo de formação sobre educação sexual inclusiva?** Sim, Não, Não sei o que é.
- **Alguma vez teve formação ou aulas sobre temas de saúde mental?** Sim, Não
- **Já falou com alguém sobre a sua orientação sexual (coming out)?** Sim, Não
- **Com quem falou sobre a sua orientação sexual (coming out)?** Pais, Irmãos, Outros familiares, Amigos, Colegas de escola/universidade/ trabalho, Outros
- **Qual foi a sua idade no coming out? (escrever a resposta diretamente na caixa)**
- **Já alguma vez recorreu aos serviços de um profissional de saúde mental? Por exemplo, um psicólogo?** Sim, Não

Anexo F

Formulário de Consentimento Informado e Anonimidade

Sobre o estudo

O presente questionário insere-se no âmbito de uma investigação desenvolvida na Universidade do Algarve.

Tem como objetivo recolher informações, tais como, a sua opinião e as suas experiências sobre sua orientação sexual.

A sua participação neste estudo é confidencial e anónima.

Se não quiser continuar a responder, pode desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Não existem respostas certas ou erradas, pretende-se que responda com a maior sinceridade.

A resposta a este questionário tem a duração aproximada de 15 minutos. Tome o tempo que desejar e pense cuidadosamente.

Caso seja necessário algum esclarecimento adicional sobre a presente investigação, por favor, contacte-nos através do e-mail: a74155@ualg.pt.

Agradecemos, desde já, a sua participação!

Por favor,

- Se for gay continue no presente questionário e responda às questões abaixo apresentadas.

- Se for lésbica clique e siga o seguinte link:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfFKgKeReAqCWA-DD8OXBVGbkmt758HqVy8rYE8nJ_2KrjfJg/viewform

- Se for bissexual ou tiver outra orientação sexual clique e siga o seguinte link:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeByNXLU1EFehPEFT4JIMd8tRRKRbw6ybD9PjRavLjuTdT0w/viewform>

Confirmo que conheço e aceito as condições gerais ou os termos das Políticas de Proteção de Dados do Google Forms utilizado para a realização deste inquérito. Pode consultar em

<https://policies.google.com/privacy?hl=pt-BR>

O Sim O Não

Tomei conhecimento e compreendi as informações acima descritas e aceito, de livre vontade, participar neste estudo e preencher os questionários que se seguem.

O Sim

Tenho 18 anos ou mais

O Sim

"Consentimento para Tratamento de Dados" Autorizo expressamente o tratamento dos dados pessoais pela UAlg, para efeitos de participação no estudo, bem como para efeitos de comunicação das

iniciativas promovidas pela UAlg, de acordo com os termos de informação sobre tratamento de dados e a Política de Proteção de Dados que se encontram disponíveis em www.ualg.pt . Estou consciente de que posso retirar o consentimento ou exercer os direitos de proteção de dados, designadamente os direitos de reclamação, acesso, retificação, oposição, limitação do tratamento ou apagamento, através de contacto com o Encarregado da Proteção de Dados da UAlg pelo correio eletrónico rgpd@ualg.pt . "

O Sim

Anexo G

Declaração de Conformidade da Proteção de Dados da Universidade do Algarve

Re: Pedido de declaração de conformidade de gestão de dados da Ualg

Regulamento Geral da Proteção de Dados <rgpd@ualg.pt>

Seg, 15/05/2023 11:12

Para: PAULA CRISTINA DOS SANTOS NUNES <a74155@ualg.pt>

Cc: Jean-Christophe Henri François Antoine Giger <jhgiger@ualg.pt>

Cara Paula Nunes

Na qualidade de Encarregado da Proteção de Dados da UALG e na sequência da continuidade do Vosso pedido de Parecer sobre a Conformidade RGPD do questionário no âmbito do estudo "A relação entre orientação sexual e saúde mental", confirmo encontrar no estudo as condições necessárias para evitar possíveis situações que possam responsabilizar a UAlg em termos de falta de cumprimento de requisitos da conformidade de privacidade de dados conforme o RGPD e LPDP.

Este email representa parecer do EPD sobre tratamentos de dados pessoais e pode ser apresentado para Parecer da Comissão de Ética da Ualg.

Ao dispor para eventuais esclarecimentos ou informações adicionais.
Melhores Cumprimentos
Júlio Fernandes - na qualidade de EPD da UAlg

Para mais informação e guias de ajuda, aconselho vivamente consultar a área de "Proteção de Dados" na Intranet da Ualg em <https://ualgnet.ualg.pt/servicos#protecao-de-dados>.

From: PAULA CRISTINA DOS SANTOS NUNES <a74155@ualg.pt>
Sent: Monday, May 8, 2023 8:26 AM
To: Regulamento Geral da Proteção de Dados <rgpd@ualg.pt>
Cc: Jean-Christophe Henri François Antoine Giger <jhgiger@ualg.pt>
Subject: Pedido de declaração de conformidade de gestão de dados da Ualg

Exmos. Senhores,

Venho por este meio solicitar a declaração de conformidade de gestão de dados da Ualg, para os questionários online elaborados no âmbito do projeto de investigação sobre a relação entre homofobia internalizada e saúde mental geral (o papel mediador da fusão cognitiva e da meta e auto-desumanização) que estou a desenvolver no âmbito da minha dissertação de mestrado.

A recolha de dados será realizada através de 3 questionários online que foram elaborados em função da orientação sexual; um para gays, um para lésbicas e outro para bissexuais, transsexuais e outras orientações. Irá ser distribuído um link que dá acesso aos 3 questionários online. O link é:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScPeKwNrPcOgTUtb92E6pFkR1CkAEk2Fk77jBdl4XZPdge6Q/viewform>

Nestes questionários, as quatro primeiras questões são obrigatórias, que se relacionam com o consentimento aprovado, o tratamento de dados e a idade mínima de participação.

Estes questionários seguem a recomendação nº 2 do Pró-Reitor da Universidade do Algarve João Rodrigues detalhada no seu email do 11/02/2020 no que concerne ao tratamento de dados:

"- quer a confirmação de que o titular dos dados conhece e aceita também as condições gerais ou os termos das Políticas de Proteção de Dados do Google Forms ou outras plataformas utilizadas para a realização dos inquéritos,".

Agradeço, desde já, toda a atenção dispensada e aguardo resposta,
Atentamente

Paula Nunes
Aluna n.º 74155
Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde

Anexo H

Estatísticas descritivas da ANOVA a 1 fator

Descritivas									
		N	Média	Desvio padrão	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança para		Mínimo	Máximo
						Média			
						Limite inferior	Limite superior		
Meta-desumanização	Gay	37	2,5527	1,37633	,22627	2,0938	3,0116	1,00	5,00
	Lésbica	66	2,5594	1,42706	,17566	2,2086	2,9103	1,00	6,46
	Bissexual	59	2,8266	1,55479	,20242	2,4214	3,2318	1,00	6,15
	Total	162	2,6552	1,46067	,11476	2,4286	2,8818	1,00	6,46
Auto-desumanização	Gay	37	1,4286	,57310	,09422	1,2375	1,6196	1,00	3,54
	Lésbica	66	1,7557	,67046	,08253	1,5909	1,9206	1,00	4,00
	Bissexual	59	1,8701	,84214	,10964	1,6506	2,0895	1,00	5,00
	Total	162	1,7226	,73396	,05767	1,6088	1,8365	1,00	5,00
Fusão Cognitiva	Gay	37	2,0000	1,37437	,22594	1,5418	2,4582	1,00	5,57
	Lésbica	66	2,0238	1,11915	,13776	1,7487	2,2989	1,00	4,86
	Bissexual	59	2,4383	1,50202	,19555	2,0468	2,8297	1,00	6,71
	Total	162	2,1693	1,33512	,10490	1,9622	2,3765	1,00	6,71
GHQ1	Gay	37	,8728	,60522	,09950	,6710	1,0746	,04	2,68
	Lésbica	66	,9000	,51947	,06394	,7723	1,0277	,00	2,21
	Bissexual	59	1,1056	,60106	,07825	,9490	1,2623	,00	2,46
	Total	162	,9687	,57612	,04526	,8793	1,0581	,00	2,68
GHQ Ansiedade e insónia	Gay	37	1,1184	,74422	,12235	,8703	1,3665	,00	2,57
	Lésbica	66	1,1407	,74526	,09174	,9575	1,3239	,00	3,00
	Bissexual	59	1,4023	,76756	,09993	1,2023	1,6024	,00	2,71
	Total	162	1,2309	,75983	,05970	1,1130	1,3488	,00	3,00
GHQ Disfunção Social	Gay	37	,9112	,71773	,11799	,6719	1,1505	,00	2,57
	Lésbica	66	1,0271	,72884	,08971	,8479	1,2062	,00	2,57
	Bissexual	59	1,2031	,61026	,07945	1,0440	1,3621	,00	2,43
	Total	162	1,0647	,69052	,05425	,9576	1,1718	,00	2,57
GHQ Depressão Grave	Gay	37	,6441	,77693	,12773	,3851	,9032	,00	3,00
	Lésbica	66	,5649	,60320	,07425	,4166	,7132	,00	2,43
	Bissexual	59	,8172	,77288	,10062	,6158	1,0186	,00	2,50
	Total	162	,6749	,71390	,05609	,5641	,7857	,00	3,00
GHQ Sintomas somáticos	Gay	37	,8160	,63526	,10444	,6042	1,0278	,00	2,57
	Lésbica	66	,8658	,55689	,06855	,7289	1,0027	,00	2,14
	Bissexual	59	,9964	,64524	,08400	,8282	1,1645	,00	2,43
	Total	162	,9020	,60904	,04785	,8075	,9965	,00	2,57

		ANOVA				
		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
SMEAN(Meta_D)	Entre Grupos	2,727	2	1,364	,636	,531
	Nos grupos	340,775	159	2,143		
	Total	343,503	161			
SMEAN(Auto_D)	Entre Grupos	4,554	2	2,277	4,406	,014
	Nos grupos	82,176	159	,517		
	Total	86,731	161			
FusCog	Entre Grupos	6,725	2	3,363	1,908	,152
	Nos grupos	280,263	159	1,763		
	Total	286,989	161			
GHQ1	Entre Grupos	1,758	2	,879	2,704	,070
	Nos grupos	51,681	159	,325		
	Total	53,439	161			
GHQ_AI	Entre Grupos	2,739	2	1,370	2,414	,093
	Nos grupos	90,212	159	,567		
	Total	92,951	161			
GHQ_DS1	Entre Grupos	2,095	2	1,047	2,230	,111
	Nos grupos	74,673	159	,470		
	Total	76,768	161			
GHQ_DG	Entre Grupos	2,028	2	1,014	2,014	,137
	Nos grupos	80,026	159	,503		
	Total	82,054	161			
GHQ_SS1	Entre Grupos	,886	2	,443	1,197	,305
	Nos grupos	58,833	159	,370		
	Total	59,719	161			

Comparações múltiplas

Variável dependente: SMEAN(Auto_D)

Bonferroni

(I) OSex_3cat	(J) OSex_3cat	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Gay	Lesbica	-,32718	,14765	,084	-,6844	,0301
	Bi	-,44151*	,15076	,012	-,8063	-,0767
Lesbica	Gay	,32718	,14765	,084	-,0301	,6844
	Bi	-,11433	,12880	1,000	-,4260	,1973
Bi	Gay	,44151*	,15076	,012	,0767	,8063
	Lesbica	,11433	,12880	1,000	-,1973	,4260

*. A diferença média é significativa no nível 0.05.