

Rúben Miguel Heath Seromenho

**O papel da fusão cognitiva na relação entre a clareza do self, a homofobia internalizada e a vergonha internalizada na saúde mental geral**

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e Saúde

Trabalho realizado sobre a orientação de:

Professor Doutor Jean-Christophe Giger



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2022

**O papel da fusão cognitiva na relação entre a clareza do self, a homofobia  
internalizada e a vergonha internalizada na saúde mental geral**

**Declaração de autoria do trabalho**

Declaro ser o autor 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 tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

## **Agradecimentos**

Um obrigado não será suficiente para agradecer o apoio de todos os que estiveram presentes na minha vida ao longo destes últimos anos e dificilmente agradece-se a todos o que me influenciaram positivamente nesta jornada.

Ao Professor Doutor Jean-Christophe Giger, por acreditar neste tema com tanta convicção quanto eu, e por nunca me deixar desistir.

À minha mãe, por me ter dado as ferramentas para poder ser metade do homem que ela merece que eu seja.

Aos meus avós, por serem a minha rocha durante toda a vida.

À Catarina, por ter sido a minha companhia ao longo da licenciatura, nunca me deixando sem o café da FCHS.

À Alexandra, por me ter ensinado mais sobre a vida que alguma vez imaginará.

À Natacha, a única pessoa na minha vida que, não sendo do meu sangue, terá sempre o meu amor de família incondicional, e quem daqui a 40 anos me lembrarei como a pessoa que me mudou a vida.

Ao passado eu, que abdicou de muito para lutar pelos seus sonhos.

*"Ele está tão enterrado no seu próprio dogma e no seu próprio mundo de devias que não consegue admitir a si próprio que gosta de homens, que é uma parte dele, uma parte perfeita dele, e merece admiração e respeito e espaço da mesma forma que qualquer outra coisa sobre ele"*

Christina Lauren, *Autoboyography* 2017

## **Resumo**

O presente trabalho tem como principal objetivo compreender o peso da homofobia internalizada, da clareza do self e da vergonha internalizada na saúde mental geral, sendo mediada pela fusão cognitiva.

Foram inquiridos 208 indivíduos LGB através da realização de um questionário online que avaliasse as variáveis em questão. Para este efeito, utilizou-se um questionário de dados sociodemográficos, a escala de homofobia internalizada, escala de Clareza do Self-Conceito, a versão portuguesa do *Cognitive Fusion Questionnaire*, a escala de vergonha internalizada e o Questionário de Saúde Geral de 28 itens.

Entende-se pelo estudo que o estigma internalizado, a vergonha internalizada, a falta de clareza da própria identidade e a fusão cognitiva têm um impacto severamente negativo na saúde mental. Compreendeu-se que ao estudar diferentes fatores incluídos no espectro de cada um destes, existe um maior ou menor efeito dependendo da área de saúde mental que estava a ser estudada, mas que existe um impacto, maior ou menor, de todos estes fatores na saúde mental.

O estudo também revelou a diferença entre grupos de idade, que revela que grupos de idade mais avançada têm uma maior diferenciação que outros grupos, revelando uma maior dificuldade na clareza do self, e um maior sofrimento de vergonha internalizada.

Compreende-se, com o estudo, que existe uma grande carência de apoio psicológico de pessoas LGB, na qual se revela bastante importante para convalescer toda a problemática associada com a orientação sexual não-heterossexual.

Palavras-chave: Homofobia internalizada, fusão cognitiva, vergonha internalizada, self-conceito, saúde mental geral

## **Abstract**

The main purpose of the present paper is to understand the burden of internalised homophobia, clarity of self and internalised shame on general mental health, being mediated by cognitive fusion.

208 LGB individuals were surveyed through the completion of an online questionnaire assessing the variables in question. For this purpose, a sociodemographic data questionnaire, the internalised homophobia scale, Self-Concept Clarity scale, the Portuguese version of the Cognitive Fusion Questionnaire, the internalised shame scale and the 28-item General Health Questionnaire were used.

It is understood from the study that internalised stigma, internalised shame, lack of clarity of self-identity and cognitive fusion have a severely negative impact on mental health. It was understood that by studying different factors included in the spectrum of each of these, there is a greater or lesser effect depending on the area of mental health that was being studied, but that there is an impact, greater or lesser, of all these factors on mental health.

The study also revealed the difference between age groups, which reveals that older age groups have greater differentiation than other groups, revealing greater difficulty in clarity of self, and greater distress of internalised shame.

It is understood from the study that there is a great lack of psychological support of LGB people, in which it is quite important to convalesce all the problems associated with non-heterosexual sexual orientation.

**Keywords:** Internalized homophobia, cognitive fusion, internalized shame, self-concept, general mental health

## Índice

1.	Introdução.....	1
2.	Ser LGB.....	1
3.	A Patologização do Não-Hetero.....	4
4.	Homofobia.....	5
5.	Homofobia Internalizada.....	7
6.	Fusão cognitiva em interação com Homofobia Internalizada, Self-conceito e Vergonha de si.....	10
6.1.	Fusão Cognitiva.....	10
6.1.1.	Relação entre fusão cognitiva e homofobia internalizada.....	12
6.2.	Clareza do self-conceito.....	12
6.2.1	Relação entre fusão cognitiva e clareza do self.....	14
6.3	Vergonha de si próprio.....	14
6.3.1.	Relação entre fusão cognitiva e vergonha.....	15
7.	Hipótese de estudo.....	16
8.	Método.....	16
8.1.	Participantes.....	16
8.2.	Instrumentos.....	18
8.3.	Procedimentos.....	20
8.3.1.	Recolha de dados.....	20
8.3.2.	Análise de dados.....	21
9.	Resultados.....	21
9.1.	Comparações entre género.....	21
9.2.	Comparações entre faixas etárias.....	23
9.3.	Análises correlacionais.....	25
9.4.	Análises de mediações.....	27
10.	Discussão.....	31
11.	Implicações Práticas.....	34

12.	Limitações .....	36
13.	Conclusão .....	37
14.	Referências Bibliográficas.....	38
15.	Anexos.....	45
	i. Questionário Sociodemográfico .....	45
	ii. Escala de homofobia internalizada de Ross e Rosser (1996) traduzida em português por Pereira e Leal (2012). .....	47
	iii. Escala de Clareza do Self-Conceito de Campbell e colegas (1996) validada para português por Figueiredo e colaboradores (2010).....	48
	iv. Versão portuguesa do Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) proposta originalmente por Gillanders e colaboradores (2014) e traduzida por Pinto-Gouveia e colaboradores (2017).....	49
	v. Internalized Shame Scale (ISS; Cook, 1987; 1994, 2001) traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Matos e Pinto-Gouveia (2006).....	50
	vi. “Questionário de Saúde Geral de 28 itens” de Goldberg e Hillier (1976) validado por Ribeiro e colaboradores (2015) para a população portuguesa. ....	52

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1- Perfil dos respondentes segundo as variáveis: idade, género, orientação sexual e estado civil.....	17
Tabela 2 -Estatísticas descritiva dos participantes do sexo masculino e do sexo feminino para as categorias estudadas. ....	22
Tabela 3 - Análise de comparação de médias pelo teste t entre participantes do sexo masculino e participantes do sexo feminino para as categorias estudadas.....	22
Tabela 4– Comparação de médias entre diferentes grupos de faixa etária para variáveis independentes com recurso a One Way ANOVA .....	24
Tabela 5– Coeficientes de correlações de Pearson entre a variáveis em estudo .....	26

## **1. Introdução**

Ser gay, lésbica ou bissexual não é um tema desconhecido no século XXI. Trava-se uma grande luta para que pessoas que não se identificam como heterossexuais tenham hoje os direitos e o respeito que merecem. Mas, se não ser heterossexual já é mais aceite, qual a relevância do movimento de direitos LGBTQIA+?

Estudos recentes estimam que, ao longo da vida de um indivíduo que se identifique como lésbica, gay ou bissexual, existe um risco de 20% deste sofrer violência relacionada ao ódio, enquanto a violência sentida por um indivíduo transgénero é de 27% (Herek 2009; Lombardi, Wilchins, Priesing et al. 2002 cit. in Coston, 2020). Alguns estudos indicam que a proporção de crimes de ódio contra indivíduos LGBT tem vindo a aumentar nos últimos anos (Sandholtz, Langton & Planty 2013 cit. in Coston, 2020).

Durante o ano de 2019, o Observatório da Discriminação contra Pessoas LGBTI+ recebeu um total de 171 denúncias, exclusivamente no território português (ILGA, 2020).

Mas, acima da homofobia e do julgamento, isto é, acima da dor causada por terceiros que não se identificam com o movimento, existe também a dor imposta a si mesmo, quando este reflete a ignorância do outro. Consequentemente, sente culpa, nojo e tristeza em ser quem realmente é. Procura a aceitação da sociedade.

A presente dissertação visa explorar este conceito de homofobia internalizada e os seus efeitos na saúde mental das pessoas. Como fatores mediadores, procuramos explorar o conceito de self-clareza, a fusão cognitiva e a vergonha de si. Para este efeito, procura-se explorar estes fatores numa população lésbica, gay e bissexual, limitando devido à emergência da denominação de orientações sexuais que ainda carecem um maior estudo.

## **2. Ser LGB**

Embora pouco se saiba sobre as sexualidades pré-modernas das mulheres, acredita-se em grande parte que o desejo sexual de um homem por outro era uma forma de amor aceitável, muitas vezes venerada nas culturas antigas. A intolerância ao comportamento homossexual cresceu particularmente na Idade Média, especialmente entre os adeptos do cristianismo e do islamismo (Anderson, 2021).

A orientação sexual baseia-se em múltiplas dimensões, incluindo a identidade (ou seja, como se identifica a si próprio), a atração (ou seja, a quem se sente sexualmente atraído ou inclusive a falta de atração) e o comportamento (ou seja, com quem se envolve em atividade sexual) (Rosario et al. 2006; Saewyc et al. 2004 cit. in Hereth, Pardee & Reisner, 2019). A sexualidade corre ao longo de um continuum. Não é uma entidade estática, mas tem o potencial de mudar ao longo da vida, e varia infinitamente entre as pessoas. Não podemos encaixar a nossa sexualidade em categorias bem arrumadas que determinam quem e o que somos.

Para efeitos desta investigação, é importante definir o que é ser lésbica, gay e bissexual. As pessoas descrevem-se geralmente como gays ou homossexuais quando se sentem atraídas emocional e sexualmente exclusivamente por pessoas do seu próprio sexo. Algumas mulheres que são homossexuais chamam-se a si próprias lésbicas. As pessoas que se sentem sexualmente atraídas por dois géneros geralmente consideram-se bissexuais (Reach Out, 2021).

O termo homossexualidade foi usado pela primeira vez em 1868, e a pesquisa de Richard von Krafft-Ebing duas décadas mais tarde em *Psychopathia Sexualis* (1886; trans. para inglês em 1892) retratou a homossexualidade como um desejo sexual fixo. Em 1905, Sigmund Freud popularizou a noção errada de que a homossexualidade era o produto da educação de uma criança, escrevendo: "A presença de ambos os pais desempenha um papel importante. A ausência de um pai forte na infância favorece a ocorrência de inversão". Freud até deu dicas de educação dos filhos para ajudar os pais a conduzir os seus filhos ao ajustamento heterossexual (Anderson, 2021).

É importante afirmar que Freud não acreditava que a homossexualidade fosse uma doença, mas também não pensava que fosse inteiramente normal. Em vez de uma falha de carácter anti-social merecedora de pena de prisão, chamou-lhe "prisão de desenvolvimento", pelo que se referia a uma espécie de crescimento atrofiado ou imaturidade psicológica. Freud partilha que: "É uma das injustiças sociais óbvias que o padrão da civilização deve exigir de todos a mesma conduta de conduta sexual que pode ser seguida sem qualquer dificuldade por algumas pessoas, graças à sua organização, mas que impõe os sacrifícios psíquicos mais pesados aos outros". Foi esta crença que levou Freud a assinar uma declaração para descriminalizar a homossexualidade na Alemanha e Áustria dos anos 30 (Beesley, 2020).

Com o aviso de Freud em mente, e devido às longas horas de trabalho que os homens passavam sob industrialização, foram desenvolvidas organizações

homossexuais (por exemplo, clubes desportivos e organizações de escuteiros) para introduzir rapazes jovens a modelos masculinos heterossexuais na ausência dos seus pais. O ensino da masculinidade aos rapazes e da feminilidade às raparigas era (e muitas vezes permanece) falsamente considerado capaz de impedir as crianças de se tornarem homossexuais (Anderson, 2021).

Quando a atração pelo mesmo sexo foi discutida pela primeira vez em livros médicos ocidentais, acreditava-se que se tratava de uma doença mental. Esta visão, baseada mais na moralidade do que na ciência, foi escrita na primeira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais (DSM) da APA em 1952. O DSM foi criado para definir e organizar a lista de doenças mentais conhecidas, e para dar orientações aos profissionais de saúde mental para tratar tais doenças. O primeiro DSM rotulava a homossexualidade como “perturbação de personalidade sociopata” (Silverstein, 2011).

Nas décadas de 1950 e 1960, alguns terapeutas empregaram terapia de conversão para "curar" a homossexualidade masculina. Isto implicava tipicamente mostrar aos pacientes fotografias de homens nus enquanto lhes davam choques elétricos ou medicamentos para os fazer vomitar, e, uma vez que já não podiam suportar, mostrar-lhes fotografias de mulheres nuas ou enviá-las para um "encontro" com uma jovem enfermeira. Escusado será dizer que estes métodos cruéis e degradantes provaram ser totalmente ineficazes (Burton, 2015).

Em 1968, DSM-II (a segunda edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais) listou a homossexualidade como uma perturbação mental. O DSM seguiu uma longa tradição na medicina e psiquiatria, que no século XIX se apropriou da homossexualidade da Igreja e, num impulso de iluminação, promoveu-a do pecado à perturbação mental (Burton, 2015).

Em 1973, a direção da APA recomendou a remoção da homossexualidade como uma perturbação mental. Cinquenta e oito por cento dos dez mil psiquiatras que votaram sobre o assunto apoiaram a ação do conselho, enquanto trinta e sete por cento votaram contra. Para acalmar os opositores, a direção não removeu a "Homossexualidade" de imediato, mas antes alterou a redação no DSM para "Perturbação da Orientação Sexual" (Silverstein, 2011).

Só em 1987 é que o DSM-III (a terceira edição do mesmo manual) deixou de contemplar a homossexualidade como uma parafilia e, em 1993, foi alterado na Organização Mundial de Saúde através do ICD-10 (Davies, 2012).

Hoje, a Associação Americana de Psicologia afirma que, "Psicólogos, psiquiatras, e outros profissionais de saúde concordam que a homossexualidade não é uma doença, um distúrbio mental, ou um problema emocional. Mas, devido à recente história em torno dos direitos de homossexuais, os indivíduos que se identificam como gays, lésbicas, bissexuais e trans experienciam desigualdades únicas. Estas desigualdades estão associadas a fatores estruturais e sociais, incluindo estigma, opressão, discriminação, heterossexismo e homofobia (Rodríguez et al., 2016).

Em Portugal, foram recentemente criadas linhas orientadoras. O Grupo de Trabalho Intervenção do Psicólogo com pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais e Trans (LGBT), da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), constituído a 21 de dezembro de 2015, vem propor dois conjuntos de linhas orientadoras (adiante designadas por *guidelines*) de Intervenção Psicológica com pessoas LGBT. Um conjunto é dedicado à utilização na intervenção com pessoas lésbicas, gays e bissexuais, doravante designadas por pessoas LGB. O outro é destinado à intervenção com pessoas trans (OPP, 2017).

### **3. A Patologização do Não-Hetero**

A patologização da homossexualidade na psiquiatria e na psicologia pode ser rastreada até decretos e crenças religiosas que acabaram sendo incorporadas a sanções legais, incluindo duras sanções penais para a sodomia (Silverstein, 1991, cit. in Kort, 2011). Nem a medicina nem a psiquiatria geralmente reconheciam a homossexualidade como uma patologia antes do século XIX, mas no final do século XIX essas disciplinas efetivamente competiam com a religião e a lei pela jurisdição sobre a sexualidade. Como resultado, o discurso sobre a homossexualidade expandiu-se do reino do pecado e do crime para o reino da patologia (Kort, 2011).

Muitos acreditam que foi Freud quem relacionou a homossexualidade à psicopatologia. Isto não é fato. Discípulos de Freud interpretaram os seus estudos sobre a homossexualidade como patologia. Entende-se isto, por exemplo, na teoria psicanalítica da homossexualidade masculina de Kenneth Lewes (1988). Lewis escreve que Freud parecia estar inseguro sobre a relação entre homossexualidade e psicopatologia, e que muito do pensamento de Freud foi tirado do contexto. Lewis descobriu na sua pesquisa que "(...) A própria atitude de Freud em relação à homossexualidade incluía um profundo respeito pelas realizações dos homossexuais,

bem como um interesse na forma como a homossexualidade lançava uma nova luz sobre os comportamentos mais habituais (...)" (Kort, 2011).

Foram os seguidores psicanalíticos de Freud, e não o próprio Freud, que expuseram sobre a homonegatividade que interpretaram a partir dos seus escritos. Alguns analistas argumentaram que a homossexualidade resultou de relações familiares patológicas durante o período edipiano (cerca dos 4 a 5 anos de idade) e afirmaram que observavam estes padrões nos seus pacientes homossexuais. O Dr. Bieber (Bieber et al., 1962) é conhecido por contribuir para o mito de que os homossexuais masculinos são o resultado de "pais soltos e mães íntimas e próximas". Num estudo de investigação de 1962, utilizou um questionário de 500 itens para questionar 106 homossexuais masculinos, com um grupo de comparação de 100 heterossexuais masculinos. Ele acreditava que o resultado provou que a constelação familiar causava a homossexualidade (Bieber et al., 1962, cit. in Kort, 2011).

#### **4. Homofobia**

No campo da Psicologia, Allport (1954) definiu preconceito como uma atitude hostil contra um indivíduo, simplesmente porque esse pertence a um grupo desvalorizado socialmente. Segundo essa definição, existem diversos indivíduos socialmente desvalorizados que são objeto de preconceito por pertencer a grupos minoritários, levando-se em consideração a estrutura de poder. (Lima & Vala, 2004). Entre as várias formas de preconceito que existem, a discriminação anti-homosexual ou homofobia ainda é prevalente e implacável na sociedade contemporânea.

No final dos anos 60, George Weinberg cunhou o termo homofobia para "o(s) sentimento(s) de medo, ódio, repugnância pela atração ou amor por membros do próprio sexo e, portanto, o ódio desses sentimentos nos outros" (Lorde, 1984, p. 45, cit. in Kort, 2011). A palavra apareceu pela primeira vez na imprensa em 1969 (Weinberg, 1983, cit. In Kort, 2011). Depois, como agora, muitas pessoas, especialmente homens heterossexuais, temem associar-se com lésbicas e gays — fisicamente, mentalmente e emocionalmente - para que não sejam vistos como "um deles". Os receios de se aventurarem para além das relações de género aceites podem afligir até lésbicas e gays (Kort, 2011).

Weinberg, no seu livro publicado em 1972 e o artigo de Smith (1971), popularizaram o termo homofobia e, gradualmente, derrubaram a abordagem da maioria

na altura, que considerava a homossexualidade uma doença mental. No seu prefácio, Weinberg expõe a sua posição, que a homofobia, e não a homossexualidade, é a real doença (Maria & Koehler, 2014).

Atualmente, a homofobia não se aplica como foi originalmente definida, pois não se enquadra na definição de uma verdadeira fobia: um medo incontável, irracional e persistente de um objecto, situação, ou actividade específica. A utilização dos termos é hoje mais importante como forma de rastrear nos seus clientes e em si mesmos atitudes homonegativas, homoprejudiciais e homoignorantes. A ignorância é normalmente a mais comum das três (Morrow, 2000, cit. in Kort, 2011).

Homofobia é definida como rejeição irracional, aversão, medo ou ódio aos homossexuais e, por extensão, qualquer orientação sexual ou identidade de género que mostre uma orientação sexual ou identidade de género diferente dos padrões heterossexuais que ainda são aceites como normas na sociedade. Nesse sentido, a homofobia vai desde a violência física, incluindo violência ofensiva e fatal (ou seja, assassinato), até a violência simbólica e/ou psicológica em atos de julgamento, ridicularização e exclusão do grupo (Koehler, 2013 cit. in Maria & Koehler, 2014).

A homofobia é vista como uma reação à violação real ou percebida das normas de género. Este conceito implica também uma falta de consciência relativamente ao facto de indivíduos com diferentes orientações sexuais não estarem incluídos nas estruturas sociais ou estarem sujeitos a discriminação (Aslan et al., 2019). Uma abordagem homofóbica adotada pelos indivíduos resulta na discriminação de indivíduos LGBT em várias áreas das suas vidas, incluindo a discriminação encontrada nas organizações de saúde (Irwin, 2007 cit. in Aslan et al., 2019).

A homofobia é um processo intergrupar influenciado por contextos sociais e culturais e acompanhado por estereótipos de processos individuais e grupos externos. Por outras palavras, as normas, valores e crenças estabelecidas na sociedade em que alguém nasce homofóbico são eficazes no desenvolvimento desta abordagem (Aslan et al., 2019).

Souza e Silva (2011), afirmam que mesmo os indivíduos heterossexuais, estão sujeitos a sofrer homofobia, desde que as suas características comportamentais e expressões de género não se enquadrem ao modelo heteronormativo (Silva, 2016).

Outro fator interessante na questão da homofobia e, em contrapartida, na aceitação da orientação sexual, é o luto pela heterossexualidade, a sua vivência em heteronormatividade. O privilégio heterossexual ensina lésbicas e gays que enganar os

outros para que pensem que são heterossexuais é a norma, a única forma de viver. A honestidade traz a ameaça da rejeição, do isolamento e até da punição. Logo, os que procuram viver a sua verdade podem experimentar algum grau de luto por perderem o privilégio heterossexual, e a sua expressão deste luto pode variar desde distúrbios de ajustamento à distímia até a depressão (Kort, 2011).

## **5. Homofobia Internalizada**

Discutiu-se muito sobre a questão da homofobia na sociedade e o efeito nas pessoas, mas o que poderá ocorrer quando alguém cresce neste ambiente hostil?

Segundo Galimberti (2010 cit. in Antunes, 2016) internalização refere-se à adoção de crenças, preconceitos, valores, atitudes, normas, leis, ideias, costumes, tradições, hábitos e modelos de comportamento que se encontram em vigor no seu grupo social. Grande parte da socialização e educação visa justamente à internalização das normas sociais, tendo em vista a recompensa e a punição. Em outras palavras, é um processo pelo qual uma pessoa integra os valores e crenças de outra pessoa ou grupo no seu pensamento, permitindo ser influenciada. Internalizar pode ser visto como uma realização interna, reunião profunda dentro de si mesmo, assimilação. Ou ainda: tornar suas as opiniões e regras de conduta que até aí considerava estranhas ou exteriores, a ponto de já não as distinguir como adquiridas.

Segundo Scott (1972), o processo de internalização começa com a aprendizagem sobre as normas. Em seguida, o indivíduo passa por um processo de compreensão sobre os valores e sentidos em si colocados, até que finalmente as aceite e torne seu, ou seja, como o seu próprio ponto de vista. Por meio das suas ações, é possível entender qual é o conjunto moral que faz parte do indivíduo. No entanto, pode haver uma distinção entre o compromisso interno com determinada norma e aquilo que se apresenta externamente (Antunes, 2016)

Os indivíduos que se consideram lésbicas, gays e bissexuais (LGB) desenvolvem e mantêm as suas relações homossexuais numa sociedade que privilegia a heterossexualidade e estigmatiza a homossexualidade (Li & Samp, 2018). Como resultado do desenvolvimento e da vivência num ambiente de hostilidade em relação à homossexualidade, é comum que, quem assim se identifica internalize inevitavelmente pontos de vista anti-homossexuais. Esta ideia foi nomeada por homofobia internalizada (HI) (Allen & Oleson, 2008).

A HI é definida como a adoção de ideias negativas e inúteis que existem na comunidade mais ampla em relação à homossexualidade (Malyon, 1981-1982 cit. in Brown & Trevethan, 2010). Por vezes referido como homonegatividade internalizada, ocorre quando um indivíduo de LBG adota atitudes negativas da sociedade em relação à sua própria identidade sexual (Meyer, 1995; Williamson, 2000 cit. in Totenhagen et al., 2018). A HI tem sido vista como o mais importante obstáculo à adaptação a uma identidade homossexual positiva (Cass, 1979; Troiden, 1989; Hanley-Hackenbruck, 1988; Martin, 1982 cit. in Allen & Oleson, 2008). A dissociação entre uma visão interna negativa da homossexualidade e uma identidade homossexual emergente tende a criar um tremendo conflito (Allen & Oleson, 2008).

Pessoas que sofrem de estigma enfrentam, frequentemente, ameaças diretas e indiretas à sua autoestima. O estereótipo de que os homossexuais são seres humanos inferiores, possuem defeitos morais, é perpetuado por uma série de instituições sociais como: família, escola, etc. Essas imagens são tão difundidas que é difícil não as perceber até certo ponto, especialmente durante a infância (Crocker et al. 1998 cit. in Silva, 2007). Homossexuais que internalizam estas crenças podem se sentir inferiores aos heterossexuais. Como resultado, eles tendem a promover crenças autoproclamadas. Eles desenvolvem e expressam emoções que convergem com tais estigmas, que podem até levá-los à autodestruição.

Os indivíduos que estão confusos acerca da sua orientação sexual podem sentir-se mais deprimidos em resposta ao auto-estigma, porque estão a lutar para compreender a sua orientação sexual, e simultaneamente a lidar com os seus sentimentos negativos acerca da orientação sexual minoritária, o que pode exacerbar os seus sentimentos de depressão. Por outro lado, é também possível que aqueles que não estão confusos acerca da sua orientação sexual possam sentir-se mais deprimidos em resposta ao auto-estigma, porque as atitudes negativas acerca da orientação sexual minoritária que internalizaram são pessoalmente relevantes, o que é suscetível de conduzir a uma saúde mental mais deficiente (Feinstein et. al, 2012).

No seu livro, "*Pink Therapy*", Davies & Neal (1996) ilustram alguns exemplos de como a homofobia e a opressão internalizadas podem afectar os homens homossexuais e bissexuais. Alguns destes exemplos incluem:

- O medo da descoberta:

Em que uma pessoa pode tentar esconder a sua orientação sexual da família, amigos, colegas de trabalho, etc., "passando" como heterossexual. Pode também "passar" para

proteger os outros, ou seja, fingindo que o seu parceiro com quem vive é "apenas um bom companheiro".

- Desconforto com outros homossexuais:

Homens que preferem não socializar na cena gay por medo de serem vistos a ir/partir desses locais apesar de se sentirem à vontade para ir a bares gay quando estão de férias no estrangeiro, ou o homem que opta por não falar com outro gay no trabalho porque "ele é um pouco acampado e as pessoas podem juntar dois e dois".

- Heterofobia:

Abater ou mesmo evitar os heterossexuais é um exemplo de discriminação inversa de alguns homossexuais e bissexuais para os heterossexuais.

- Sentir-se superior aos heterossexuais:

A ideia de que os homossexuais são "melhores" do que os heterossexuais. Exemplos incluem atitudes como "os homossexuais têm melhor sentido de vestir do que os heterossexuais" ou "os homossexuais são melhores ouvintes do que os heterossexuais".

- Sentir-se atraído por pessoas indisponíveis:

Um exemplo pode ser um homossexual que por acaso "esteja apaixonado por um amigo que é heterossexual". Quando este padrão de ser atraído por homens indisponíveis se repete uma e outra vez, pode ser o resultado de homofobia internalizada.

- Relações a curto prazo:

Um exemplo pode ser a pessoa que trabalha longas horas, tem um estilo de vida agitado, e quando um parceiro quer conhecer-la um pouco mais, pode decidir que a sua vida é demasiado ocupada para uma relação e que prefere "manter as coisas simples".

A homofobia e opressão internalizadas podem ter um enorme impacto na sua saúde mental, bem como influenciar os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos.

A HI é transversal na nossa sociedade, sendo mais prevalente em alguns países do que outros. Dando o exemplo da China, um estudo comparando homens que têm relações sexuais com homens (HSH) de fora da China com HSH na China usando um inquérito global online descobriu que HSH na China relataram níveis mais elevados de homofobia internalizada (Pyun et. al, 2014; cit. in Zheng et. al, 2017). Esta pode derivar da sua cultura, visto que, em primeiro lugar, os valores tradicionais chineses enfatizam a continuidade das linhas de sangue. Em segundo lugar, a infeção pelo VIH aumentou a um ritmo alarmante entre os homens homossexuais nos últimos anos. Neste contexto,

alguns chineses tendem a associar os homossexuais à SIDA (Lu, He, Shi, 2014; cit in Zheng et. al, 2017) Terceiro, o casamento entre homossexuais é ilegal e as minorias sexuais ainda sofrem estigma, preconceito e a ocorrência de eventos negativos devido à sua orientação sexual (Yu, Xiao, 2008; cit. in Zheng et. al, 2017). Mesmo os comportamentos do mesmo sexo podem levar à rejeição por parte da família e a problemas no local de trabalho. Como resultado, alguns homens homossexuais escolhem ocultar a sua orientação sexual (especialmente dos seus pais) e escolhem o casamento entre pessoas do sexo oposto para aliviar o stress de serem membros desta minoria (Pyun et. al, 2014; cit. in Zheng et. al, 2017).

A associação entre a HI e a saúde mental é clara e inversamente proporcional. Vários estudos têm consistentemente demonstrado uma relação direta entre HI e sintomatologia depressiva (por exemplo, Igartua, Gill, & Montoro, 2003; Meyer, 1995; Shildo, 1994; Szymanski, Chung, & Balsam, 2001; cit. in Frost & Meyer, 2009).

No mesmo estudo realizado por Zheng et al (2017), foram encontrados elevados níveis de homofobia internalizada entre as minorias sexuais masculinas chinesas, e a homofobia internalizada encontra-se positivamente associada ao stress psicológico, sexo transacional durante os 6 meses anteriores, e a ocultação da identidade sexual a família e outros.

As investigações indicam que a homofobia internalizada tem um impacto negativo nas interações dos indivíduos LGB com os parceiros. Os homens homossexuais que se sentem mais negativamente sobre a sua orientação sexual apresentam respostas mais defensivas aos parceiros". crítica (Gaines et al., 2005 cit. in Yachao & Samp, 2018). As mulheres com maior homofobia internalizada tendem a evitar a expressão de opiniões durante conflitos relacionais (Szymanski et al., 2016 cit. in Yachao & Samp, 2018).

## **6. Fusão cognitiva em interação com Homofobia Internalizada, Self-conceito e Vergonha de si**

### **6.1. Fusão Cognitiva**

A fusão cognitiva (FC) refere-se à experiência humana normal e comum de não nos distinguirmos dos nossos pensamentos, e à tendência que acompanha a atuação dos pensamentos como literalmente verdadeiros. Como consequência da FC, o

comportamento torna-se dominado e excessivamente regulado pela cognição e menos sensível às contingências da experiência direta (Gillanders et al., 2014). A FC ocorre quando um indivíduo interpreta os seus pensamentos como sendo literalmente verdadeiros ou como representações precisas do mundo, o que significa que um pensamento é considerado como um facto ou realidade atual (Blackledge, 2007; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006 cit. in Zacharia et al., 2021).

Por outras palavras, a FC é a tendência para ficar preso ao conteúdo dos pensamentos avaliativos e auto-descritivos (Bonde et. al, 2011; cit. in Matos et. al 2015), em vez de utilizar outras fontes de regulação do comportamento (Luoma, Hayes, & Walser, 2007; cit. in Matos et. al 2015). Como a FC tem a sua base no desenvolvimento da linguagem e das suas capacidades, é de grande importância o papel da criação de experiências com os pais. As crianças são, por exemplo, encorajadas pelos pais a nomear as suas experiências internas (por exemplo, emoções) como uma forma de treinar estratégias de autorregulação emocional (por exemplo, "diga como se sente") (Thompson & Goodman, 2010; cit. in Matos et. al 2015), o que reforça a associação entre a experiência em si e a palavra que a representa. Uma vez que o mundo pode ser representado mentalmente por meio das funções simbólicas da linguagem, as experiências de criação não só serão representadas como experiências evocáveis sem limites, mas também derivam arbitrariamente de outras funções. Este emaranhado excessivo com o conteúdo de eventos privados, em vez de estar presente e reparar nos processos psicológicos em curso, conduz normalmente a esforços para controlar a experiência (Greco, Lambert, & Baer, 2008; cit. in Matos et. al 2015).

Como resultado previsível, o emaranhamento com o conteúdo verbal leva ao evitamento experiencial, que tem sido operacionalizada como a falta de vontade de estar em contacto com as próprias experiências privadas (por exemplo, sensações corporais, pensamentos, emoções, consequências comportamentais) (Blackledge & Hayes, 2001; Hayes, 2004; Wilson & Murrell, 2004; cit. in Matos et. al 2015), e os esforços para controlar deliberadamente a forma, frequência e contexto em que ocorrem (Hayes, 1994; Hayes et al, 1999), mesmo quando o fazem podem ter consequências prejudiciais (Hayes, Wilson, Gifford, Follete, & Strosahl, 1996; cit. in Matos et. al 2015). Cometer um comportamento evitante não é pernicioso em si mesmo, uma vez que tem uma função evolutiva adaptativa. No entanto, a evasão experiencial transforma-se num processo desordenado quando serve o propósito de controlar de forma rígida e inflexível eventos internos indesejáveis (Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006; cit. in Matos

et. al 2015), afastando um de objectivos de vida valorizados (Hayes et al., 1999; cit. in Matos et. al 2015).

Verificou-se que a FC estava associada a várias dificuldades psicológicas, tais como deterioração da qualidade de vida e baixa gratificação de vida (Gillanders et al, 2014), ruminação, culpa (Romero-Moreno, Márquez-Gonzalez, Losada, Gillanders, & Fernández-Fernández, 2014), vergonha, memórias traumáticas, depressão (Dinis, Carvalho, Pinto-Gouveia, & Estanqueiro, 2015; Gillanders et al., 2014), ansiedade (Herzberg et al., 2012), sintomas de distúrbios de stress pós-traumático (Bardeen & Fergus, 2016), e psicose (Johns et al., 2016). Além disso, pensa-se que a FC tem um impacto no ajustamento a doenças crónicas e está associada à aceitação relacionada com a dor, à depressão, vitalidade, envolvimento em atividades e funcionamento diário, e bem-estar geral em doentes com dor crónica (McCracken, DaSilva, Skillicorn, & Doherty, 2014; Scott, Hann, & McCracken, 2016; Vasiliou, Karekla, Michaelides, & Kasinopoulos, 2018; cit. in Zacharina et al., 2021)

### **6.1.1. Relação entre fusão cognitiva e homofobia internalizada**

Visto que a homofobia internalizada representa "a direção de atitudes sociais negativas do homossexual em relação a si próprio" (Frost & Meyer, 2009) e a FC consiste na crença de não nos distinguirmos dos nossos pensamentos (Gillanders et al., 2014), ou seja que uma parte de nós representa-nos na totalidade, é possível assumir aqui uma grave relação entre as duas, visto que alguém que relate FC na sua crença negativa em torno da sua sexualidade, pode projetar todo o criticismo em retorno da sua sexualidade, definindo-se com base no julgamento negativo que internalizou.

### **6.2. Clareza do self-conceito**

A clareza do self-conceito (CS) é uma dimensão da estrutura do self-conceito, em que este se traduz ao conjunto das representações físicas e psicológicas que temos acerca de nós próprios, definindo-nos e distinguindo-nos dos outros (Monteil & Martinot, 1991 cit. in Figueiredo et al., 2010). Esta dimensão é expressa na medida em que a informação sobre o self é clara e confiantemente definida, internamente consistente e temporalmente estável (Campbell, 1990 cit. in Feinstein et. al, 2012). Isto é, "identifico claramente os meus atributos, estou seguro de que eles fazem parte de

mim e que não mudam” (Figueiredo et al., 2010). Indivíduos com inferior clareza de self-conceito podem procurar fontes externas para os ajudar a definir-se a si próprios. Por outro lado, se um indivíduo possui um baixo nível de clareza do seu self-conceito, significa que não tem a certeza do conteúdo e da estabilidade do seu self-conceito. Como resultado, apresenta falhas no uso de autorreconhecimento, resultando em dissonância cognitiva sobre si mesmo comportamento (Figueiredo et al., 2010).

Um par de pontos pode servir para trazer a clareza construída para um foco mais nítido. Primeiro, a clareza sobrepõe-se a uma série de outras construções mais tradicionais. Uma construção com sobreposição óbvia é a de identidade (realização, estatuto, integração, etc.). A identidade, contudo, tem um conjunto de elementos muito mais rico e complexo do que a clareza (por exemplo, Adler, 1959; Allport, 1961; Baumeister, 1986; Erikson, 1959; Marcia, 1980; cit. in (Campbell et al., 1996), características que tornam a construção da identidade bastante difícil de avaliar empiricamente.

A literatura também contém uma pletera de construções sobrepostas que têm um foco mais estreito do que a clareza. Por exemplo, a noção de Rosenberg (1965) de estabilidade do autoconceito centra-se na estabilidade temporal da autoconfiança, enquanto as construções de variabilidade de papéis (Block, 1961a) e autoconsistência (Gergen & Morse, 1967) abordam a consistência interna da autoconfiança. Além disso, a escala Hogan Personality Inventory Identity (Hogan, 1986) e a escala Identity Integration (O'Brien & Epstein, 1988) centram-se na certeza generalizada sobre o eu, combinada com manifestações de certeza como a determinação e objetivos bem definidos a longo prazo (Campbell et al., 1996).

Em segundo lugar, a clareza é uma característica das crenças das pessoas sobre si próprias (ou seja, os seus self-conceitos). É muda no que diz respeito à exatidão dessas crenças e por isso não implica necessariamente auto-conhecimento no sentido de percepção ou consciência dos seus potenciais comportamentais (Wicklund & Eckert, 1992, cit. in Campbell et al., 1996). Uma pessoa pode ter uma autoconfiança altamente articulada que se pode argumentar, com base no comportamento, ser imprecisa (Campbell et al., 1996).

Um estudo realizado em membros da comunidade LGBT nas Filipinas apresentam resultados que defendem que a clareza do self está associada à saúde mental, sugerindo que os LGBT que têm um baixo sentido de clareza do conceito de si

próprios experimentam um efeito negativo geral, laços emocionais fracos, e uma fraca satisfação de vida, e são consistentes com os resultados da investigação de outros.

### **6.2.1 Relação entre fusão cognitiva e clareza do self**

A fusão cognitiva instala-se quando nos tornamos tão apegados a padrões de pensamento ou pensamentos específicos que se intrometem no caminho de levar uma vida plena, rica e significativa. Por outras palavras, somos fundidos aos nossos pensamentos quando estes causam angústia e luta significativas. Em contra partida, a clareza do self permite-nos entender a que ponto a informação sobre o self é clara e confiantemente definida, internamente consistente e temporalmente estável (Campbell, 1990 cit. in Feinstein et. al, 2012). Quando ocorre uma visão baixa ou negativa da clareza do self, esta pode derivar de pensamentos específicos que ofuscam a visão total da pessoa, ou seja a literatura indica que existe uma relação entre a falta de clareza e a fusão cognitiva (Kállai et al., 2019; Bolouk, 2020)

### **6.3 Vergonha de si próprio**

A vergonha é uma emoção humana universal que geralmente decorre da necessidade humana de competir para ser aceite e valorizada por outros e evitar ameaças sociais (Ferreira et al., 2020; Gilbert, 2007; Gilbert & McGuire, 1998). Na verdade, a vergonha é uma emoção indesejada que surge em um ambiente social. Como um sinal de alerta, pode ser ativada quando confrontada com a experiência de ser enfraquecida, rejeitada, rejeitada e julgada por outros (ex: Gilbert, 2007; Kaufman, 2004).

A avaliação central da vergonha envolve uma autoavaliação negativa (Lewis, 1995). Especificamente, acredita-se que a vergonha é mais comum quando se fazem atribuições internas, estáveis e incontroláveis de fracasso (Tangney & Dearing, 2002; Tracy & Robins, 2004; cit. in Swee et. al, 2021). Por outras palavras, a vergonha concentra-se na vergonha dos traços de uma pessoa ou no que os seus comportamentos indicam sobre quem se é como pessoa. A vergonha está também associada a uma série de outros elementos experimentais. Consistente com modelos cognitivo-comportamentais (Beck, 2011; cit. in Swee et. al, 2021) e dialéticos comportamentais (Linehan, 2015; cit. in Swee et. al, 2021) de emoções, vemos a vergonha como uma

experiência humana complexa que engloba padrões cognitivos particulares (por exemplo, ver-se como defeituoso), comportamentos (por exemplo, afastar-se ou evitar interações com outros), e sensações fisiológicas (por exemplo, sentir um buraco no estômago ou um peso nos ombros), e que também pode ser acompanhada por outras emoções (por exemplo, humilhação, tristeza) (Swee et. al, 2021).

O modelo biopsicossocial evolutivo da vergonha (Gilbert, 2007) propõe que a vergonha é uma resposta defensiva involuntária que envolve tanto avaliações auto-focadas como avaliações do eu tal como são apercebidas na mente dos outros. Assim, de acordo com esta perspetiva, a vergonha pode ser categorizada em duas dimensões ou componentes diferentes: uma dimensão externa e uma dimensão interna (Gilbert, 2007 cit. in Dinis et al, 2015). Na vergonha externa, o foco está no mundo externo e em como o eu existe na mente dos outros. Nesta dimensão, o eu percebe que os outros o vêem como inferior, inadaptado, pouco atraente e com falhas (ver por exemplo, Tangney & Dearing, 2002). Por sua vez, a vergonha interna pode ser conceptualizada como uma resposta defensiva à vergonha externa e refere-se à dinâmica interna do eu, estando relacionada com auto-avaliações negativas e sentimentos de inferioridade, inadequação e indesejabilidade (Dinis et. al, 2015).

### **6.3.1. Relação entre fusão cognitiva e vergonha**

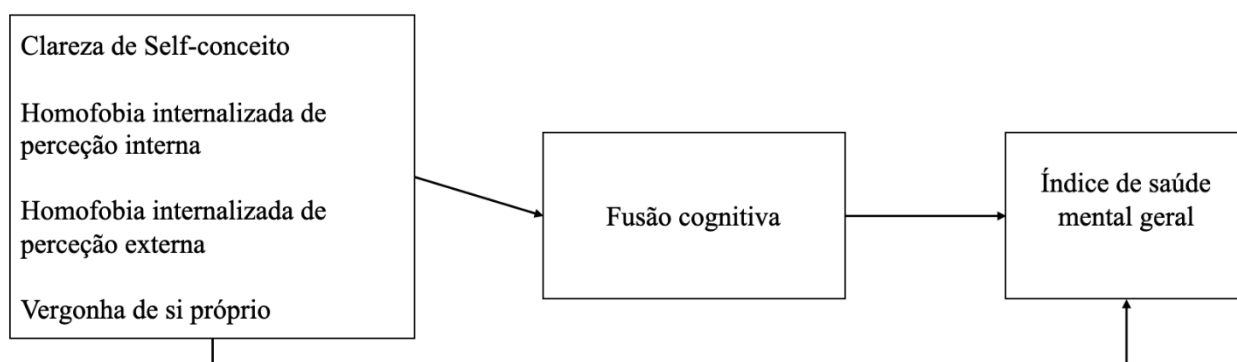
Os sentimentos e cognições relacionadas com a vergonha podem ter as suas raízes nas primeiras experiências de vergonha negativas, tais como serem criticados pelos pais, intimidados pelos colegas, abusados sexualmente ou fisicamente, ou exibindo características negativas do eu para os outros (Gilbert, 2007; Gilbert et al., 1996; Matos et al., 2013; Tangney and Dearing, 2002). A investigação mostra que estas experiências podem ser registadas na memória autobiográfica como centrais para a identidade e história de vida (Pinto-Gouveia e Matos, 2011), influenciando o subsequente processamento cognitivo, emocional e atencional (Baumeister et al., 2001; Berntsen & Rubin, 2006; Berntsen & Rubin, 2007; Gilbert et al., 2003; Schore, 1994 cit. in Duarte & Pinto-Gouveia, 2017). Neste estudo de Duarte e Pinto-Gouveia (2017), os resultados apresentam uma clara associação entre sentimentos de vergonha e a fusão cognitiva.

## 7. Hipótese de estudo

Neste projeto de investigação, que procura entender se a clareza do self, a homofobia internalizada e a vergonha internalizada são fatores de efeito direto na saúde mental e se, ao ser mediado pela fusão cognitiva se existe uma alteração na predição do efeito dos fatores mencionados na saúde mental geral.

Para tal, trazemos um novo modelo teórico que representa estas interações.

Figura 1. Modelo teórico



Coloca-se então 4 hipóteses de estudo.

- Hipótese 1: A clareza do self, a homofobia internalizada de percepção interna, a homofobia internalizada de percepção externa e a vergonha de si predizem a saúde mental geral
- Hipótese 2: A clareza do self, a homofobia internalizada de percepção interna, a homofobia internalizada de percepção externa e a vergonha de si predizem a fusão cognitiva.
- Hipótese 3: A fusão cognitiva prediz o índice de saúde mental geral.
- Hipótese 4: A fusão cognitiva medeia o impacto da clareza do self, a homofobia internalizada de percepção interna, a homofobia internalizada de percepção externa e a vergonha de si no índice de saúde mental.

## 8. Método

### 8.1. Participantes

Embora o sofrimento sentido pela internalização do estigma associado à não-heteronormatividade, ou seja, a divergência de comportamentos normativos na sociedade heterossexual, seja prevalente em toda a comunidade LGBTQIA+, para

melhor analisarmos os efeitos da homofobia internalizada nos mediadores referidos e na saúde mental, foi importante restringir a população-alvo para homens e mulheres cisgéneros homossexuais ou bissexuais. O motivo deriva da complexidade da natureza da orientação sexual e do papel de género e o efeito que estes têm sobre a pessoa em si. A forma com que cada um se expressa pode ter muito a ver com a estigmatização externa e interna, e então para focalizarmos corretamente o estudo de modo que este apresente resultados esclarecedores para a comunidade lésbica, gay e bissexual, foi necessária esta limitação.

Obteve-se um total de 208 respostas validas e o grupo de respondentes foi composto por 176 pessoas do sexo biológico masculino e 32 do sexo biológico feminino. Na Tabela 1 apresenta-se o perfil dos respondentes a partir das variáveis de idade, género, orientação sexual e estado civil.

Tabela 1- Perfil dos respondentes segundo as variáveis: idade, género, orientação sexual e estado civil

		N	Percentagem válida (%)
Género	Feminino	32	15.4
	Masculino	176	84.6
Idade	18 a 25 anos	54	26.0
	26 a 31 anos	55	26.1
	32 a 40 anos	48	23.1
	41 a 72 anos	51	24.5
Orientação sexual	Bissexual	39	18.8
	Gay	149	71.6
	Demissexual/Pansexual	8	3.8
	Lésbica	10	4.8
Estado civil	Queer	2	1.0
	Solteiro	122	58.7
	União de facto	19	9.1
	Relacionamento íntimo	53	25.5
Profissão	Casado	14	6.7
	Estudante	22	10.7
	Representante do poder legislativo e de órgão executivo, dirigente,	3	1.5

	diretor e gestor executivo		
	Profissões das Forças Armadas	1	0.5
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	72	32.8
	Técnicos e profissões de nível intermédio	26	13
	Pessoal administrativo	15	7.5
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	30	15
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	2	1
	Trabalhadores não qualificados	3	1.5
	Desempregado	10	4.9
	Sem Resposta	24	11.6
	6º ano	1	.5
	9º ano	2	1.0
	11º ano	1	.5
	12º ano	50	23.3
Habilitações literárias	Licenciatura	82	39.6
	Mestrado	41	19.8
	Doutoramento	8	3.9
	Pós-Graduação	5	2.5
	Curso Superior	5	2.6
	Sem Resposta	13	6.3

## 8.2. Instrumentos

*Homofobia internalizada*: Para medirmos a homofobia internalizada procurou-se utilizar a escala de homofobia internalizada de Ross e Rosser (1996) traduzida em português por Pereira e Leal (2012). Esta consiste em 26 questões de escala ordinal (tipo Likert) de 5 valores, de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), que se inserem em 2 dimensões: perceção interna ou externa do estigma associado à

homossexualidade. Será importante também referir que este questionário é direcionado a homens, logo, será necessário realizar algumas alterações para que faça sentido para a mulher. Para avaliar a validade interna submeteu-se no instrumento os 304 casos para os 26 itens ao  $\alpha$  de Cronbach. O resultado obtido foi  $\alpha = .7440$ , o que, segundo Pestana e Gageiro (M. H. Pestana, & J. N. Gageiro, 1999: 418) é um valor aceitável. O resultado obtido neste estudo é de  $\alpha = .325$ , que pode apresentar um limite na análise dos dados.

*Clareza de self-conceito:* Para medirmos a clareza de self-conceito foi utilizado a escala de Clareza do Self-Conceito de Campbell e colegas (1996) validada para português por Figueiredo e colaboradores (2010). Esta é constituída por 12 itens em forma de escala ordinal (tipo Likert) de 5 valores, de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Com exceção para os itens 6 e 11, quanto maior a concordância menor a self-clareza. Pelo que a medida de self-clareza é decrescente, ou seja, quanto maior o valor obtido na escala, menor o valor de self-clareza (Figueiredo et al., 2010). O resultado do alfa de cronbach deste estudo é de  $\alpha = .810$ , enquanto no estudo apresentado é de  $\alpha = .769$ .

*Fusão cognitiva:* Para medir a fusão cognitiva foi utilizado a versão portuguesa do Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) proposta originalmente por Gillanders e colaboradores (2014) e traduzida por Pinto-Gouveia e colaboradores (2017). O original foi desenvolvido como uma medida para avaliar a fusão cognitiva e tem uma estrutura de factor único. Cada item é classificado numa escala Likert de 7 pontos de 1 (nunca verdadeiro) a 7 (sempre verdadeiro) e a pontuação final é calculada através da soma de todos os itens, com pontuações mais elevadas reflectindo uma maior fusão com o conteúdo dos eventos cognitivos. A versão portuguesa do CFQ também mostrou uma estrutura de um factor composta por sete itens e revelou uma boa consistência interna, uma estabilidade temporal adequada num período de dois meses, e boas validades convergentes e discriminantes. O resultado do alfa de cronbach deste estudo é de  $\alpha = .946$  enquanto no estudo realizado  $\alpha = .947$ .

*Vergonha internalizada:* Para medir a vergonha internalizada foi utilizado o Internalized Shame Scale (ISS; Cook, 1987; 1994, 2001) traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Matos e Pinto-Gouveia (2012). Esta é uma medida de auto-relato que avalia a vergonha, composta por uma subescala de Vergonha Interna, medindo a vergonha internalizada, e uma subescala de Auto-estima. A Escala Interna de Vergonha e Auto-Estima apresenta uma estrutura unidimensional. As subescalas apresentam uma elevada consistência interna, e uma excelente estabilidade temporal. A validade

convergente e discriminante das subescalas foi corroborada através das correlações moderadas com uma medida de vergonha e de comparação social, e através das correlações baixas e moderadas com as subescalas: Depressão, Ansiedade e Stress. A versão portuguesa da ISS é um instrumento válido e fiável para medir a vergonha internalizada. O instrumento subdivide-se em subescala de auto-estima e subescala de vergonha interna, na qual o alfa de cronbach do instrumento é respetivamente  $\alpha = .85$  e  $\alpha = .95$ . O alfa de cronbach da subescala de auto-estima neste estudo é de  $\alpha = .051$ , um valor bastante baixo que pode implicar limitações na leitura dos dados. O alfa de cronbach da subescala de vergonha internalizada é de  $\alpha = .920$ .

*Saúde mental geral:* Para medir a saúde mental geral foi utilizado o “Questionário de Saúde Geral de 28 itens”, que será designado aqui pelo seu acrónimo original - GHQ-28 sendo este um questionário de auto-resposta desenvolvido por Goldberg e Hillier em 1979, a partir da versão inicial do *General Health Questionnaire* (GHQ) (Goldberg, 1978). Este questionário foi validado por Ribeiro e colaboradores (2015) para a população portuguesa. Trata-se, portanto, de uma escala com validação mista, teórica-clínica, e psicométrica. O questionário contém 28 itens, distribuídos por quatro dimensões ou sub-escalas, identificadas a partir da análise fatorial exploratória, mais concretamente da análise em componentes principais. Cada uma das escalas ou sub-escalas inclui sete itens, "sintomas somáticos" (itens 1 a 7), "ansiedade e insónia" (itens 8 a 14), "disfunção social" (itens 15 a 21), e "depressão grave" (itens 22 a 28). A inspeção da fidelidade da medida através do alfa de Cronbach, para cada dimensão mostra os seguintes valores: Sintomas Somáticos,  $\alpha = .85$ ; Ansiedade e Insónia,  $\alpha = .89$ , Disfunção Social,  $\alpha = .86$ ; Depressão Grave  $\alpha = .89$ . Para a escala total o valor é de  $\alpha = .94$ . Estes valores são elevados sugerindo homogeneidade dos itens das dimensões. Respetivamente para este estudo os alfa de Cronbach são os seguintes. : Sintomas Somáticos,  $\alpha = .642$ ; Ansiedade e Insónia,  $\alpha = .89$ , Disfunção Social,  $\alpha = .75$ ; Depressão Grave  $\alpha = .91$ . Para a escala total o valor é de  $\alpha = .82$ .

### **8.3. Procedimentos**

#### **8.3.1. Recolha de dados**

A recolha de dados foi realizada com recurso a um questionário on-line na plataforma Google Forms, divulgado através das redes sociais tais como Facebook e Instagram. Após a obtenção do consentimento informado e garantindo o anonimato das informações recolhidas, na qual o participante não pode prosseguir sem concordar com o

mesmo, foi pedido que preenchessem os seus dados sociodemográficos e que respondessem aos questionários referidos (ver secção Instrumentos).

### **8.3.2. Análise de dados**

A análise dos dados recolhidos foi feita com recurso ao software *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 26. Foram realizadas análises descritivas com o objetivo de descrever a população estudada, bem como inferenciais de modo a entender a relação e predição das variáveis e o seu peso na saúde mental. Estas análises inferenciais são: Teste-*t*, ANOVA, correlações, regressões e análise de mediação.

## **9. Resultados**

Conforme mencionado nos aspetos metodológicos da pesquisa, foram estudadas as seguintes variáveis: Clareza de self, analisada por meio de uma escala de self-clareza decrescente; Fusão cognitiva; Índice geral de saúde mental geral; Índice de saúde mental de sintomas somáticos ; Índice de saúde mental de ansiedade e insónia ; Índice de saúde mental de disfunção social; ; Índice de saúde mental de depressão grave; Homofobia internalizada com perceção interna ; Homofobia internalizada com perceção externa; Vergonha internalizada de autoestima e vergonha internalizada de vergonha.

Para entender a distribuição das variáveis de modo a executar a análises dos dados, foi importante averiguar se a distribuição era normal. Os valores de assimetria e curtose encontram-se abaixo dos índices máximos recomendados: 2 para a assimetria e 7 para a curtose (Curran et al,1996). Logo, seguiu-se com as seguintes análises.

### **9.1. Comparações entre género**

De forma a poder comparar as médias dos participantes do sexo masculino e das participantes do sexo feminino relativamente às categorias supramencionadas calcularam-se vários testes *t* para amostras independentes. Abaixo, apresentam-se as estatísticas descritivas de ambos os grupos para as diferentes categorias em estudo com recurso à Tabela 2.

Tabela 2 -Estatísticas descritiva dos participantes do sexo masculino e do sexo feminino para as variáveis estudadas.

Variáveis	Sexo	M	DP
Fusão Cognitiva	Masculino	2.00	1.31
	Feminino	2.56	1.86
Clareza do Self	Masculino	2.75	0.78
	Feminino	3.31	0.85
Índice de saúde mental geral (GHQ)	Masculino	1.29	0.37
	Feminino	1.36	0.43
Sintomas somáticos (GHQ)	Masculino	1.11	0.48
	Feminino	1.30	0.61
Ansiedade e insónia (GHQ)	Masculino	1.33	0.77
	Feminino	1.49	0.85
Disfunção social (GHQ)	Masculino	2.04	0.51
	Feminino	1.57	0.64
Depressão grave (GHQ)	Masculino	0.66	0.72
	Feminino	1.09	0.92
Homofobia internalizada com perceção interna	Masculino	2.70	0.90
	Feminino	2.64	1.00
Homofobia internalizada com perceção externa	Masculino	5.39	0.98
	Feminino	5.85	0.88
Vergonha internalizada de Auto-Estima	Masculino	1.12	0.86
	Feminino	1.79	1.07
Vergonha internalizada de vergonha	Masculino	1.67	1.02
	Feminino	2.48	1.06

A tabela 3 apresenta a análise de comparação de médias através do teste *t* para amostras independentes, a um nível de significância de 95%, entre as variáveis em estudo, tendo o sexo (masculino ou feminino) como a variável de comparação.

Tabela 3 - Análise de comparação de médias pelo teste *t* entre participantes do sexo masculino e participantes do sexo feminino para as categorias estudadas

Variáveis	<i>t</i>	<i>p</i>	d de Cohen
-----------	----------	----------	------------

Fusão Cognitiva	-1.630	.112	1.406
Clareza do Self	-3.637	<.001	.794
Índice de saúde mental geral	-.905	.371	.383
Sintomas somáticos (GHQ)	-1.897	.059	.500
Ansiedade e insónia (GHQ)	-1.034	.302	.784
Disfunção social (GHQ)	4.559	<.001	.534
Depressão grave (GHQ)	-2.489	.017	.754
Homofobia internalizada com perceção interna	.346	.730	.918
Homofobia internalizada com perceção externa	-2.496	.013	.964
Vergonha internalizada de autoestima	-3.891	<.001	.892
Vergonha internalizada de vergonha	-4.098	<.001	1.028

Como se pode verificar pelos dados apresentados na tabela 3, apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo masculino e os participantes do sexo feminino nas seguintes categorias: clareza do self, índice de saúde mental de disfunção social, índice de saúde mental de depressão grave, homofobia internalizada com perceção externa, vergonha internalizada de auto estima e vergonha internalizada de vergonha. Através da tabela 2, é possível observar que as participantes do sexo feminino, em comparação aos participantes do sexo masculino, têm uma melhor fusão cognitiva, maior clareza de self, índice de saúde mental geral superior incluindo todas as suas subdivisões, valor de homofobia internalizada de perceção externa superior e vergonha internalizada superior em ambas as subdivisões. O sexo masculino apenas apresenta maior homofobia internalizada de perceção interna.

## 9.2. Comparações entre faixas etárias

Com o objetivo de comparar participantes de diferentes faixas etárias, recorreu-se a uma análise de variâncias (One Way ANOVA). Tanto a estatística descritiva dos grupos comparados como os resultados das análises podem ser consultados na tabela 4. Assim, observa-se que apenas se verificaram diferenças significativas entre as quatro faixas etárias em comparação relativamente a clareza do self, o índice de saúde mental

de depressão grave, a vergonha internalizada de autoestima e a vergonha internalizada de vergonha.

Tabela 4– Comparação de médias entre diferentes grupos de faixa etária para variáveis independentes com recurso a One Way ANOVA

Variáveis	Faixa etária	M	DP	F	p	$\eta^2$
Fusão Cognitiva	18 a 25 anos	2.31	1.66	1.752	.158	.025
	26 a 31 anos	2.21	1.48			
	32 a 40 anos	2.11	1.37			
	41 a 72 anos	1.72	1.02			
Clareza do Self	18 a 25 anos	3.11	0.78	9.172	<.001	.119
	26 a 31 anos	2.99	0.81			
	32 a 40 anos	2.86	0.83			
	41 a 72 anos	2.37	0.67			
Índice de saúde mental (GHQ)	18 a 25 anos	1.37	0,43	1.126	.340	.016
	26 a 31 anos	1.31	0,43			
	32 a 40 anos	1.25	0,35			
	41 a 72 anos	1.25	0,29			
GHQ - sintomas somáticos	18 a 25 anos	1.19	0.55	.529	.663	.008
	26 a 31 anos	1.17	0.57			
	32 a 40 anos	1.11	0.53			
	41 a 72 anos	1.08	0.32			
GHQ - ansiedade e insomnia	18 a 25 anos	1.47	0.86	.854	.466	.012
	26 a 31 anos	1.40	0.88			
	32 a 40 anos	1.24	0.69			
	41 a 72 anos	1.29	0.66			
GHQ - disfunção social	18 a 25 anos	1.84	0.60	2.719	.046	.038
	26 a 31 anos	1.90	0.61			
	32 a 40 anos	2.02	0.53			
	41 a 72 anos	2.12	0.44			
GHQ - depressão grave	18 a 25 anos	0.97	0.92	3.759	.012	.052
	26 a 31 anos	0.79	0.79			
	32 a 40 anos	0.63	0.71			
	41 a 72 anos	0.50	0.52			

Homofobia internalizada com percepção interna	18 a 25 anos	2.49	0.79	1.682	.172	.024
	26 a 31 anos	2.86	0.99			
	32 a 40 anos	2.79	1,02			
	41 a 72 anos	2.64	0.82			
Homofobia internalizada com percepção externa	18 a 25 anos	5.54	0.86	.367	.777	.005
	26 a 31 anos	5.38	1.04			
	32 a 40 anos	5.52	0.82			
	41 a 72 anos	5.41	1.14			
Vergonha internalizada de autoestima	18 a 25 anos	1.43	0.99	3.683	.013	.051
	26 a 31 anos	1.35	1.00			
	32 a 40 anos	1.21	0.86			
	41 a 72 anos	0.88	0.73			
Vergonha internalizada de vergonha	18 a 25 anos	2.13	1.10	5.870	<.001	.079
	26 a 31 anos	1.93	1.16			
	32 a 40 anos	1.78	0.96			
	41 a 72 anos	1.32	0.84			

Através de métodos de comparação *pairwise*, com recurso ao teste de Turkey, verificou-se que, estatisticamente, os participantes da pesquisa que possuem entre 41 a 72 anos diferem significativamente dos mais jovens nas categorias de Clareza de *self*-conceito. Ainda, nas categorias vergonha internalizada de autoestima e Vergonha internalizada de vergonha os indivíduos que possuem entre 41 a 72 anos apenas não diferem daqueles que possuem entre 32 a 40 anos. Porém, tanto na variável de índice de saúde mental geral com depressão grave, como a de saúde mental geral com disfunção social, os participantes que possuem entre 18 a 25 anos diferem dos que possuem entre 41 a 72 anos, enquanto as demais faixas etárias não diferem significativamente entre si.

### 9.3. Análises correlacionais

De modo a entender a correlação entre as variáveis foram realizadas correlações de Pearson.

Tabela 5– Coeficientes de correlações de Pearson entre as variáveis em estudo

Categoria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.Fusão Cognitiva	-										
2. Clareza do Self	.519**	-									
3. Índice de saúde mental geral (GHQ)	.434**	.493**	-								
4. Sintomas somáticos (GHQ)	.281**	.294**	.744**	-							
5. Ansiedade e insónia (GHQ)	.399**	.520**	.859**	.572**	-						
6. Disfunção social (GHQ)	-.302**	-.503**	-.165*	-.161*	-.421**	-					
7. Depressão grave (GHQ)	.494**	.626**	.751**	.364**	.626**	-.521**	-				
8. Homofobia internalizada com perceção interna	.662**	.370**	.251**	.172*	.282**	-.313**	.328**	-			
9. Homofobia internalizada com perceção externa	.213**	.257**	.146*	.120	.175*	-.336**	.277**	.195**	-		
10. Vergonha internalizada de autoestima	.463**	.672**	.457**	.303**	.488**	-.642**	.684**	.407**	.248**	-	
11. Vergonha internalizada de vergonha	.528**	.771**	.649**	.364**	.638**	-.528**	.790**	.404**	.287**	.768**	-

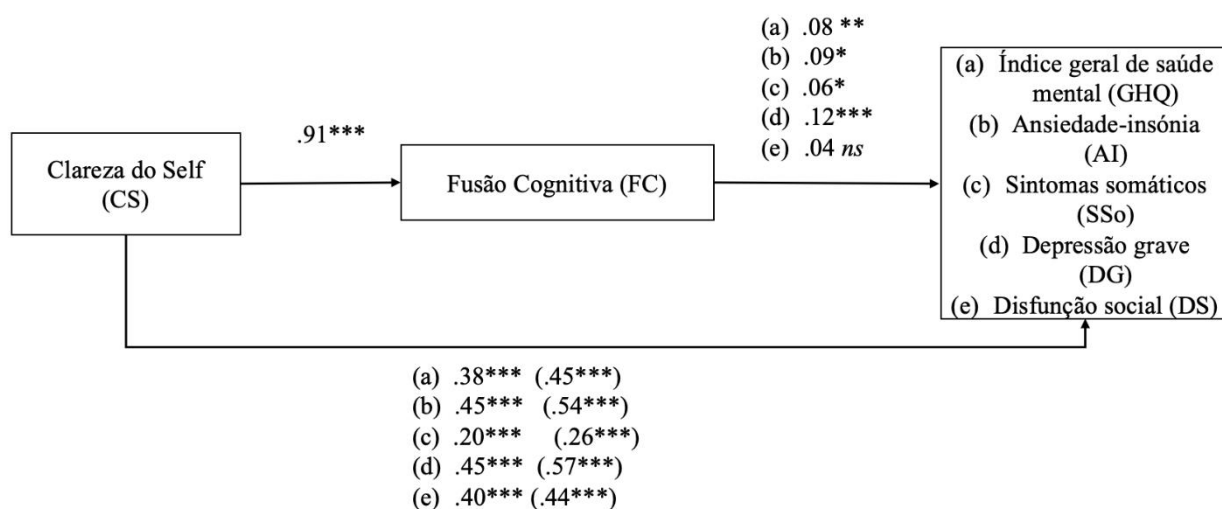
Notas. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .001$

Verifica-se que as correlações significativas moderadas encontram-se entre a Fusão cognitiva e a clareza do self, o índice de saúde mental (GHQ), a GHQ de ansiedade e insónia, GHQ de disfunção social, a homofobia internalizada de percepção interna e a vergonha internalizada de auto estima e de vergonha. Existe também correlações moderadas entre a Clareza do self e o índice de saúde mental (GHQ), a GHQ de ansiedade e insónia, GHQ de depressão grave e a vergonha internalizada de auto estima e de vergonha; entre GHQ de sintomas somáticos e GHQ de ansiedade e insónia; entre GHQ de ansiedade e insónia e GHQ de depressão grave, e as subdivisões da vergonha internalizada; entre GHQ de depressão grave e a vergonha internalizada de autoestima; e por ultimo entre homofobia internalizada de percepção interna e a vergonha internalizada com ambas as subdivisões. As correlações fortes estão presentes entre GHQ e GHQ de sintomas somáticos, GHQ de ansiedade e insónia e GHQ de depressão grave; entre GHQ de depressão grave e vergonha internalizada de auto estima; por ultimo entre vergonha internalizada de auto estima e de vergonha. GHQ de disfunção social apresenta correlações inversamente proporcionais com todos os fatores, sendo de moderada correlação com clareza do self, GHQ de ansiedade e insónia, GHQ de depressão grave, vergonha internalizada de auto estima e de vergonha. Os restantes fatores apresenta uma correlação fraca ou nula entre eles. Entre estas correlações fracas, nem todas são significativas no nível 0.01.

#### **9.4. Análises de mediações.**

Para testar as relações entre as variáveis e o papel de mediação da fusão cognitiva entre a self-clareza, a homofobia internalizada, a vergonha internalizada e a saúde mental geral, foi utilizado o modelo 4 do *Process* (Hayes, 2013), com 5000 amostras *bootstrap* e com a idade dos participantes e o género (masculino e feminino) como fatores de controlo.

Figura 2 – Análise de mediação entre clareza do self e o índice de saúde mental com variável mediadora a fusão cognitiva



Efeitos indiretos:

(a) CS - FC – GHQ: efeito = .07; bootSE = .02; IC a 95% = [0.02; 0.13]

(b) CS - FC – AI: efeito = .08; bootSE = .03; IC a 95% = [0.01; 0.16]

(c) CS - FC – SSo: efeito = .06; bootSE = .03; IC a 95% = [0.06; 0.12]

(d) CS - FC – DG: efeito = .11; bootSE = .04; IC a 95% = [0.03; 0.20]

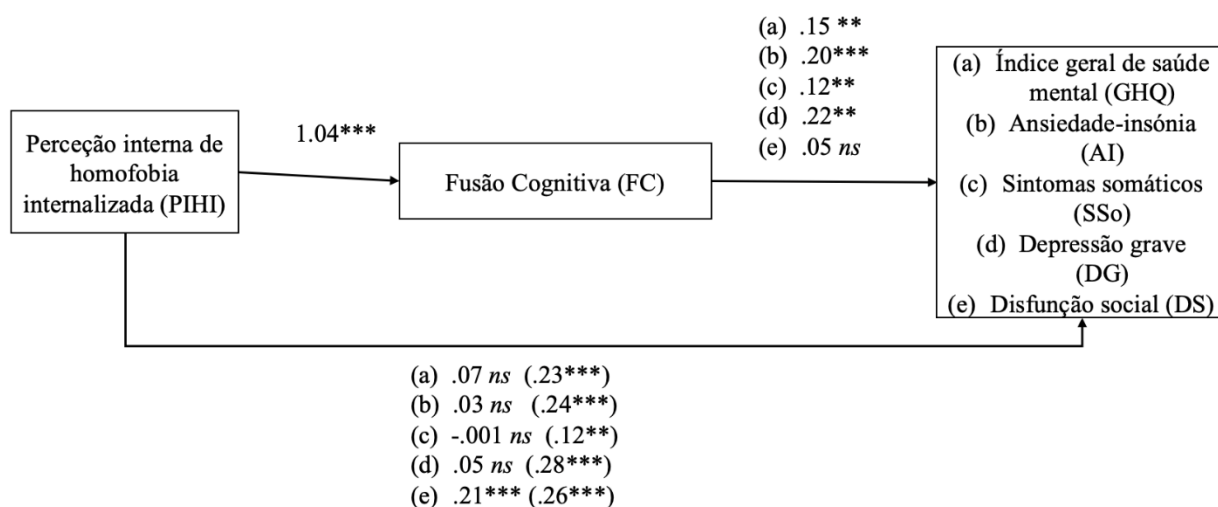
(e) CS - FC – DS: efeito = .03; bootSE = .03; IC a 95% = [-0.03; 0.10]

Fatores de controlo: género e idade.

N = 208 ; 5000 bootstraps; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

Como se pode observar através da figura 2, foram realizadas análises de mediação tendo como variável independente a clareza do self e como variável mediadora a fusão cognitiva. Para cada modelo foi selecionada uma das seguintes variáveis dependentes: índice de saúde mental geral, ansiedade-insónia, sintomas somáticos, depressão grave e disfunção social. Verifica-se assim que a relação de predição da variável independente face à variável mediadora é estatisticamente significativa. No que diz respeito à relação de predição da variável mediadora face às diferentes variáveis dependentes, apurou-se que a mesma não foi significativa apenas no caso da disfunção social pelo que não se seguiu com uma análise de mediação neste caso. Através da análise, entende-se que existem efeitos totais e efeitos diretos entre a variável independente com todas as variáveis dependentes.

Figura 3 –Análise de mediação entre homofobia internalizada de percepção interna e o índice de saúde mental com variável mediadora a fusão cognitiva



Efeitos indiretos:

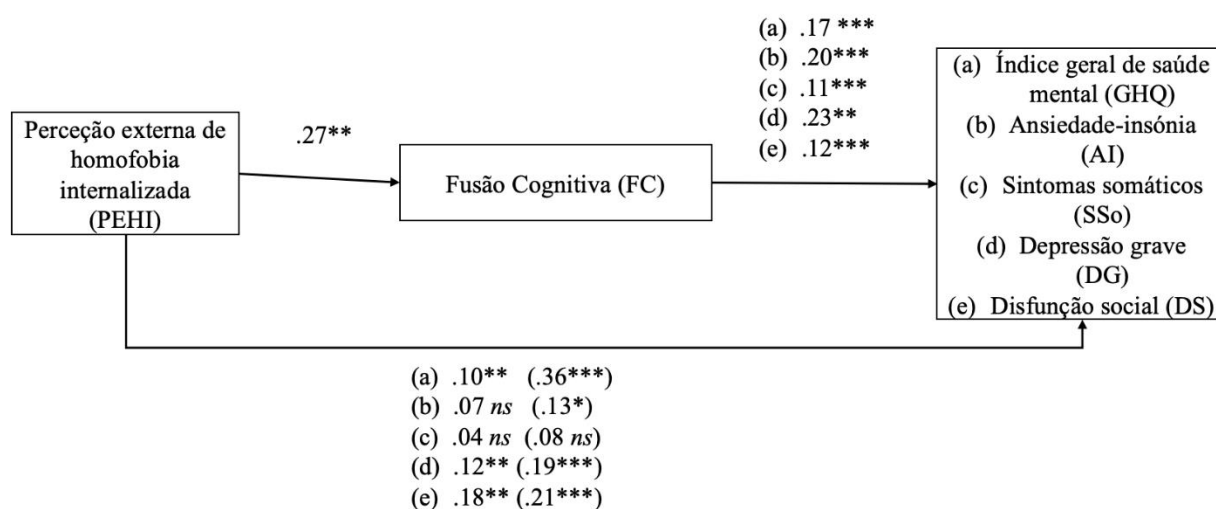
- (a) PIHI - FC - GHQ: efeito = .15; bootSE = .04; IC a 95% = [0.07; 0.24]
- (b) PIHI - FC - AI: efeito = .21; bootSE = .05; IC a 95% = [0.09; 0.31]
- (c) PIHI - FC - SSo: efeito = .12; bootSE = .04; IC a 95% = [0.03; 0.22]
- (d) PIHI - FC - DG: efeito = .23; bootSE = .04; IC a 95% = [0.11; 0.34]
- (e) PIHI - FC - DS: efeito = .05; bootSE = .04; IC a 95% = [-0.02; 0.15]

Fatores de controlo: género e idade.

N = 208 ; 5000 bootstraps; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

Como se pode verificar através da figura 3, foram realizadas análises de mediação tendo como variável independente a homofobia internalizada de percepção interna e como variável mediadora a fusão cognitiva. Uma vez mais, para cada modelo foi seleccionada uma das seguintes variáveis dependentes: índice de saúde mental geral, ansiedade-insónia, sintomas somáticos, depressão grave e disfunção social. Verifica-se assim que a relação de predição da variável independente face à variável mediadora é estatisticamente significativa. No que diz respeito à relação de predição da variável mediadora face às diferentes variáveis dependentes, apurou-se que a mesma não foi significativa apenas no caso da disfunção social pelo que não se seguiu com uma análise de mediação neste caso. Através da análise dos efeitos totais e efeitos diretos dos diferentes casos, entende-se que o efeito direto não é significativo em nenhum dos casos na qual pode se seguir com a análise de mediação.

Figura 4 – Análise de mediação entre homofobia internalizada de percepção externa e o índice de saúde mental com variável mediadora a fusão cognitiva



**Efeitos indiretos:**

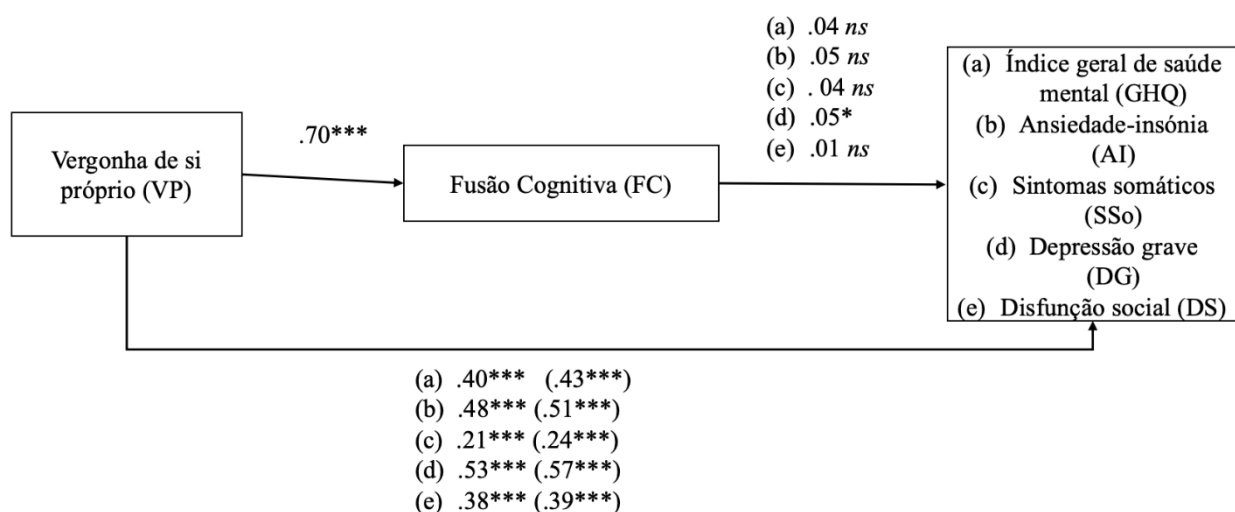
- (a) PEHI - FC – GHQ: efeito = .04; bootSE = .01; IC a 95% = [0.01; 0.08]
- (b) PEHI - FC – AI: efeito = .05; bootSE = .02; IC a 95% = [0.01; 0.10]
- (c) PEHI - FC – SSo: efeito = .03; bootSE = .01; IC a 95% = [0.01; 0.06]
- (d) PEHI - FC – DG: efeito = .06; bootSE = .02; IC a 95% = [0.02; 0.11]
- (e) PEHI - FC – DS: efeito = .03; bootSE = .01; IC a 95% = [0.01; 0.06]

**Fatores de controlo:** género e idade.

N = 208 ; 5000 bootstraps; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

Como se pode averiguar através da figura 4, foram realizadas análises de mediação tendo como variável independente a homofobia internalizada de percepção externa e como variável mediadora a fusão cognitiva. Tal como os modelos anteriores, para cada modelo foi selecionada uma das seguintes variáveis dependentes: índice de saúde mental geral, ansiedade-insónia, sintomas somáticos, depressão grave e disfunção social. Verifica-se assim que a relação de predição da variável independente face à variável mediadora é estatisticamente significativa. No que diz respeito à relação de predição da variável mediadora face às diferentes variáveis dependentes, entende-se que ocorre um efeito direto e total entre a variável independente e o índice geral de saúde mental, depressão grave e disfunção social. Existe um efeito total no índice de saúde mental de ansiedade e insónia e não existe mediação no índice de saúde mental de sintomas somáticos.

Figura 5 – Análise de mediação entre a vergonha de si e o índice de saúde mental com variável mediadora a fusão cognitiva



Efeitos indiretos:

- (a) VP - FC – GHQ: efeito = .02; bootSE = .01; IC a 95% = [-0.01; 0.07]
- (b) VP - FC – AI: efeito = .03; bootSE = .02; IC a 95% = [-0.01; 0.08]
- (c) VP - FC – SSo: efeito = .03; bootSE = .02; IC a 95% = [-0.01; 0.08]
- (d) VP - FC – DG: efeito = .04; bootSE = .02; IC a 95% = [-0.01; 0.09]
- (e) VP - FC – DS: efeito = .01; bootSE = .02; IC a 95% = [-0.03; 0.05]

Fatores de controlo: género e idade.

N = 208 ; 5000 bootstraps; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

Como se pode apurar através da figura 5, foram realizadas análises de mediação tendo como variável independente a vergonha de si próprio e como variável mediadora a fusão cognitiva. À semelhança dos modelos supra citados, para cada modelo foi selecionada uma das seguintes variáveis dependentes: índice de saúde mental geral, ansiedade-insónia, sintomas somáticos, depressão grave e disfunção social. Existem efeitos totais e diretos entre a variável independente e as variáveis dependentes.

## 10. Discussão

O estigma internalizado de um individuo pode estar relacionado com vários fatores que representam a identidade da pessoa. Fora a questão da orientação sexual, no leque da comunidade LGBTQIA+ existe a expressão ou papel de género que difere do proposto à nascença consoante o sexo biológico. Tanto a transexualidade como todo o guarda-chuva que engloba a comunidade trans acarreta por si todo um estigma social

que pode refletir no estigma internalizado (Bockting et al., 2020). Mas, como procuramos estudar a homofobia internalizada, relacionado então apenas o estigma internalizado com a orientação sexual, foi necessário limitar o estudo para pessoas cisgênero que se expressam conforme o gênero dado à nascença.

No grupo de participantes, realizou-se a separação por gênero e por grupos de idades, sendo relevante para o estudo visto que a problemática está em constante evolução. Como se entende no início desta dissertação, ainda há 50 anos era crime ser homossexual em Portugal e, nos dias de hoje, séries televisivas que protagonizam casais homossexuais estão em alta popularidade. Isto pode refletir muito sobre a sociedade em que cada grupo cresceu e viveu a sua infância, altura em que somos bastante moldáveis para o futuro.

Um fator interessante visto nos resultados deve-se ao seu estado civil, em que a maior parte dos participantes (59,8%) são solteiros e apenas 6,5% são casados. Esta fato acarreta um peso importante, visto haver uma baixíssima quantidade de pessoas casadas, algo que se tornou permitido em 2010, mas que ainda pode acarretar estigma social devido à visão religiosa que um casamento tem. O estado civil solteiro também poderá ter aqui um peso relevante relacionado com o estigma internalizado.

Iniciando por descrever a diferença nos sexos, entendeu-se pelos resultados que no sexo masculino existe um maior efeito na sua clareza de *self*-conceito, na fusão cognitiva, na vergonha internalizada em ambos os fatores, na questão do índice de saúde mental de Depressão Grave na saúde e, por último, na questão da homofobia internalizada. Este peso maior em tantos fatores pode estar relacionado com o papel do homem na sociedade, sendo que grande parte da nossa educação social afirma que “os homens não choram”. Logo, é menos aceite o homem expressar os seus sentimentos a outros, não permitindo sentir tanto o apoio externo e a validação social que merece.

Em termos de faixas etárias, entende-se pelos resultados que o grupo com maior sofrimento em termos de índice de saúde mental de disfunção social é a faixa etária mais velha (41 a 72 anos), enquanto na faixa etária de 26 a 31 anos o efeito é maior apenas na categoria da homofobia internalizada de perceção interna. O grupo de mais abrangente os fatores estudados é o grupo mais jovem (18 a 25 anos). Estes fatores são: clareza do *self*, índice de saúde mental (GHQ), GHQ de sintomas somáticos, GHQ de ansiedade e insónia, GHQ de depressão grave, homofobia internalizada de perceção externa, vergonha internalizada de auto estima e vergonha internalizada de vergonha. Entende-se por esta leitura e análise que o grupo que mais sofre é o mais jovem,

podendo estar relacionado com o sentido de descoberta no mundo, a sua autodefinição e em que etapa se encontra na sua aceitação e *coming-out*.

Para procurar validar o modelo teórico proposto, é importante entender as correlações entre as variáveis estudadas. As correlações existentes corroboram as hipóteses apresentadas, visto existir correlações significativas entre a fusão cognitiva e todas as outras variáveis, embora existam variáveis na qual não existe correlação entre estas, logo uma mediação servirá para uma melhor compreensão sobre as relações de predição de efeito entre as variáveis, sendo mediada pela fusão cognitiva.

Após correlacionar os dados, pode-se seguir com a mediação de efeito, para entender de que modo a variável independente afeta a variável mediadora, e a variável mediadora afeta a variável dependente, em vez de haver uma relação causal direta entre a variável independente e a variável dependente, visando esclarecer a natureza da relação entre variáveis independentes e dependentes (Vanderweele, 2016). Os resultados das mediações revelam um efeito importante da homofobia internalizada, da clareza do self, ou seja. falta de uma boa clareza, da fusão cognitiva, e da vergonha internalizada sob a saúde mental geral. Como apresentado, as variáveis predizem significativamente o efeito negativo na saúde mental. Nem sempre ocorre mediação pela fusão cognitiva, o que não invalida o peso das variáveis na saúde mental existindo sempre algum efeito entre as variáveis independentes e o índice de saúde mental e suas subdivisões. Isto só não ocorre um efeito direto ou total na percepção externa de homofobia internalizada para o índice de saúde mental de sintomas somáticos, embora esta percepção externa predita significativamente a fusão cognitiva e a fusão cognitiva predita significativamente o índice de saúde de sintomas somáticos como mediador da percepção externa de homofobia internalizada. Este fator não pode ser compreendido como um peso menor da homofobia internalizada na saúde mental, visto que o estudo é focado na homofobia internalizada, que se entende como a internalização do estigma, tendo um foco maior na percepção interna, que, como se entende pelos resultados, já é mediado significativamente pela fusão cognitiva em todo o índice de saúde mental e suas subdivisões estudadas.

Retornando às hipóteses inicialmente apresentadas, podemos afirmar positivamente a primeira hipótese em que a clareza do self, a homofobia internalizada e a vergonha de si predizem significativamente a saúde mental geral. Na segunda hipótese, também se pode afirmar que a clareza do self, a homofobia internalizada e a vergonha de si predizem significativamente a fusão cognitiva. Na terceira hipótese,

entende-se que a fusão cognitiva predita o índice de saúde mental geral. Em termos da quarta hipótese, que dita que a fusão cognitiva medeia o impacto da clareza do self, da homofobia internalizada e da vergonha de si no índice de saúde mental, entende-se que tal apenas não se confirma na mediação entre a vergonha de si e o índice de saúde mental geral (GHQ), entre vergonha de si e o GHQ de ansiedade e insônia, entre vergonha de si e o GHQ de sintomas somáticos, entre vergonha de si e GHQ de disfunção social e por último entre a homofobia internalizada de percepção externa e o GHQ de sintomas somáticos.

A clareza do self e a vergonha de si tanto influencia a saúde mental pelo caminho direto, sem a mediação da fusão cognitiva, como também influencia mediada pela fusão cognitiva, logo estas predizem diretamente todas as dimensões da saúde mental. O mesmo não ocorre na percepção externa e interna da homofobia internalizada. Na percepção externa da homofobia internalizada não existe um efeito direto ou total do mesmo nos sintomas somáticos, na qual a percepção interna revela realmente um efeito total nos sintomas somáticos. Por esta análise, entende-se que claramente a homofobia internalizada tem um efeito pejorativo na saúde mental em que apresenta sintomas somáticos, mas a percepção interna, que se relaciona com uma auto-agressão à identidade, com a aceitação de si mesmo, é a área que mais apresenta uma predição de sintomas somáticos como a ansiedade e depressão. Em contra partida, na percepção interna o efeito direto desta para com a saúde mental e as subdivisões não é significativo, mas quando mediado pela fusão cognitiva já o é, exceto na disfunção social, na qual a fusão cognitiva não predizia a disfunção social e então não se pode seguir com a mediação. Não ocorre um efeito direto, mas ocorre um efeito total significativo, que implica que realmente existe um efeito da percepção interna na saúde mental, mas que a crença que os nossos pensamentos se fundem na nossa identidade enalteece os danos provocados, logo quanto mais percepção interna de homofobia internalizada, na qual o indivíduo funde esta percepção na sua identidade, maior dano causará na sua saúde mental.

## **11. Implicações Práticas**

Esta investigação revela algo bastante importante na sociedade, que a falta de clareza de self, uma maior vergonha de si e a experiencição de homofobia internalizada impacta severamente a saúde mental. Há várias estratégias que podem ser úteis na

abordagem da homofobia internalizada. Uma das mais importantes é procurar relações de apoio com outros indivíduos LGBT e aliados. Estar perto de pessoas que aceitam e afirmam a sua identidade pode ser incrivelmente poderoso para ajudar a combater a homofobia internalizada.

A terapia também pode ser uma forma eficaz de combater a homofobia internalizada. Um terapeuta conhecedor das questões LGBT pode ajudar um indivíduo a trabalhar através dos seus sentimentos e crenças negativas sobre a sua própria identidade e aprender a aceitar-se e a abraçar-se a si próprio (Herek, 2002). Existem poucas associações LGBT em Portugal, na qual ainda menos oferecem algum tipo de apoio psicológico para a comunidade. Na região do Algarve, por exemplo, não existe uma única associação até a data desta dissertação que ofereça apoio psicológico adaptado à comunidade LGBT, logo inicia-se a recomendação pela maior formação de profissionais sobre a população, de modo a haver mais profissionais que promovam uma qualidade de vida para estes. Uma das terapias essenciais para a redução da vergonha e da homofobia internalizada, é a terapia afirmativa queer.

A terapia queer afirmativa é uma abordagem de aconselhamento que afirma e apoia as identidades de lésbicas, gays, bissexuais, transgéneros e queer (LGBTQ) (King & Bartlett, 2012). Baseia-se na crença de que as identidades LGBTQ são saudáveis e normais, e que as atitudes negativas da sociedade e a discriminação em relação aos indivíduos LGBTQ são as causas de raiz de muitas das questões que podem enfrentar (Shilts, 2007). A terapia queer afirmativa visa criar um espaço seguro e de apoio para os indivíduos LGBTQ explorarem e compreenderem as suas identidades, e para lidarem com os desafios e a discriminação que possam encontrar.

Um dos principais objetivos da terapia afirmativa queer é ajudar os indivíduos LGBTQ a desafiar e superar a homofobia e a transfobia internalizadas, que são atitudes e crenças negativas sobre a sua própria orientação sexual ou identidade de género (Zimbardo & O'Hanlan, 1997). A homofobia e a transfobia internalizadas podem ser particularmente nocivas para os indivíduos LGBTQ, uma vez que podem conduzir a sentimentos de vergonha, auto-ódio e dúvida, e podem ter consequências graves para a saúde mental e bem-estar (Hershberger & D'Augelli, 1995). A terapia queer afirmativa ajuda os indivíduos LGBTQ a reconhecer e desafiar estas crenças negativas internalizadas, e a desenvolver um sentido mais positivo e afirmativo de si próprio (Gonsiorek & Weinrich, 1991).

Outro aspeto importante da terapia afirmativa queer é ajudar os indivíduos LGBTQ a enfrentar os desafios externos e a discriminação que possam enfrentar (King & Bartlett, 2012). Isto pode incluir lidar com assédio ou discriminação no trabalho, na escola, ou em outras áreas da vida, bem como navegar nas relações com familiares e amigos que podem não aceitar as suas identidades (Shilts, 2007). A terapia queer afirmativa pode fornecer aos indivíduos LGBTQ as ferramentas e o apoio de que necessitam para enfrentarem estes desafios, e para defenderem por si próprios e os seus direitos (Zimbhoff & O'Hanlan, 1997).

Além de abordar estas questões específicas, a terapia queer afirmativa também visa ajudar os indivíduos LGBTQ a explorar e compreender as suas identidades de uma forma mais profunda e significativa (Hershberger & D'Augelli, 1995). Isto pode envolver ajudá-los a ligar-se a outros indivíduos e comunidades LGBTQ, e a encontrar apoio e aceitação (Gonsiorek & Weinrich, 1991). Pode também envolver ajudá-los a desenvolver um sentimento de orgulho e resiliência nas suas identidades, e a sentirem-se mais confortáveis e confiantes na sua expressão (King & Bartlett, 2012).

Existe um corpo crescente de investigação que apoia a eficácia da terapia afirmativa queer na abordagem das necessidades e preocupações únicas dos indivíduos LGBTQ (Shilts, 2007). Estudos demonstraram que a terapia afirmativa queer pode levar a melhorias significativas na saúde mental e bem-estar, e pode ajudar os indivíduos LGBTQ a lidar melhor com os desafios e discriminação que possam encontrar (Zimbhoff & O'Hanlan, 1997)

Finalmente, é importante para os indivíduos LGBT educarem-se sobre as suas próprias identidades e sobre as experiências de outras pessoas LGBT. A leitura de livros, artigos e outros recursos sobre a comunidade LGBT pode ajudar os indivíduos a sentirem-se mais ligados e pode proporcionar um sentido de validação e de pertença.

## **12. Limitações**

Uma das grandes limitações do estudo deve-se à falta de preenchimento de alguns dados do questionário, limitando a utilização de dados estatísticos como nível de escolaridade e o seu peso nos fatores descritos.

O estudo procurou estudar a população LGB, que por si entende-se pessoas de ambos os sexos. Como a maioria dos participantes se identifica com o sexo e género

masculino, um fator limitador ocorre na veracidade destes resultados para a população feminina, visto a amostra ser bastante reduzida.

Outro grande fator que teria sido bastante interessante estudar seria o processo de *coming-out*, ou seja, o processo de assumir a sua sexualidade como não-heterossexual. Uma pessoa pode ser considerada “no armário” se viver sem revelar a sua orientação sexual ou identidade de género. Alternativamente, alguém que declara publicamente a sua orientação sexual ou identidade de género, pode ser interpretado como tendo saído, ou ter feito o *coming-out* (Rasmussen, 2004). Esta ênfase em assumir é presente também no texto de Sears e Williams, intitulado *Overcoming Heterosexism and Homophobia: Strategies That Work* (1997). Na introdução a este texto, Williams argumenta que "a forma mais eficaz de mudar atitudes homofóbicas é através de contactos pessoais um-para-um... Assim, precisamos de mais investigação para sugerir as melhores formas de encorajar mais pessoas lésbicas a se assumirem aos seus familiares, amigos, e colegas de trabalho" (p. 7). Bridgewater (1997 cit. in Rasmussen, 2004) defende “sair do armário como um método primordial para reduzir atitudes negativas e atos de preconceito contra minorias de identidade sexual, ao mesmo tempo que aumenta o bem-estar de gays, lésbicas e bissexuais" (p. 65).

Cabe destacar que a literatura ainda é reduzida acerca da temática adotada neste estudo, o que revela a importância da realização de novos estudos complementares para diagnosticar e promover ações a fim de remediar os fatos e situações que impactam na saúde mental de homossexuais, reduzindo o sofrimento dos indivíduos.

### **13. Conclusão**

Desenvolver um sentido na vida saudável e descobrir como nos enquadrámos na sociedade é uma etapa fundamental para atingir uma vida mais completa. Em contra partida, esconder as suas preferências sexuais pode causar várias complicações. Alguns podem negar a sua sexualidade durante muito tempo, reprimindo algo que pertence à identidade da pessoa. Com base no estudo realizado, se torna claro que o estigma internalizado, a vergonha internalizada, a falta de clareza da própria identidade e a fusão cognitiva, ou seja, quando os pensamentos são tomados como coisas reais, como verdades, como fatos, têm um impacto severamente negativo na saúde mental. Compreendeu-se que ao estudar diferentes fatores incluídos no espectro de cada um destes, existe um maior ou menor efeito dependendo da área de saúde mental que estava a ser estudada, mas que existe um impacto, maior ou menor, de todos estes fatores na

saúde mental. Embora não tenhamos estudado o coming out, entende-se que os participantes LGB, ao responderem ao questionário, têm algum nível de compreensão e conhecimento sobre a sua sexualidade, nem que seja pelo fato de se identificarem com a comunidade, logo entendem ou acarretam o sofrimento imposto pela sociedade na comunidade LGB como minoria social.

O estudo também revelou a diferença entre grupos de idade, que revela que grupos de idade mais avançada têm uma maior diferenciação que outros grupos, revelando uma maior dificuldade na clareza do self, e um maior sofrimento de vergonha internalizada, que poderá ser debatido e estudado na questão da educação e contexto social em que cresceram. Seria interessante mais estudos focados nos grupos de idade mais avançados e em contrapartida em grupos mais jovens para entender se existe uma evolução no processo de aceitação e conforto sobre a sua sexualidade.

Em conclusão, a homofobia internalizada é uma questão complexa e multifacetada que afeta muitos indivíduos LGBT. Pode ter graves consequências para a saúde mental e física, e é importante compreendê-la e abordá-la. Procurando relações de apoio, procurando terapia, e educando-se sobre as suas próprias identidades, os indivíduos LGBT podem trabalhar para superar a homofobia internalizada e levar uma vida mais preenchida e feliz.

#### **14. Referências Bibliográficas**

- Allen, D. J., & Oleson, T. (1999). Shame and internalized homophobia in gay men. *Journal of Homosexuality*, 37(3), 33–43. [https://doi.org/10.1300/J082v37n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J082v37n03_03)
- Anderson, E. (2021) *homophobia*. Britannica. Retirado a 28 Dezembro 2021 de: <https://www.britannica.com/topic/homophobia>
- Antunes, P. (2016) *Homofobia internalizada: o preconceito do homossexual contra si mesmo*. [Dissertação de Doutorado em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/17142>
- Aslan, F., ŞAhin, N. E., & Emiroğlu, O. N. (2019). Turkish nurse educators knowledge regarding LGBT health and their level of homophobia: A descriptive–cross sectional study. *Nurse Education Today*, 76, 216–221. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.02.014>

- Beesley, K. (2020). *Was Freud "gay-friendly?"*. Psychology Today. Retirado a 2 de Novembro, 2022, de <https://www.psychologytoday.com/us/blog/psychoanalysis-unplugged/202005/was-freud-gay-friendly>
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Dolezal, C., Robinson, B., "B., Rosser, B. R. S., & Coleman, E. (2020). The Transgender Identity Survey: A Measure of internalized transphobia. *LGBT Health*, 7(1), 15–27. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0265>
- Brown, J., & Trevelyan, R. (2010). Shame, internalized homophobia, Identity formation, Attachment style, and the connection to relationship status in gay men. *American Journal of Men's Health*, 4(3), 267–276. <https://doi.org/10.1177/1557988309342002>
- Burton, N. (2015). *When Homosexuality Stopped Being a Mental Disorder | Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/hide-and-seek/201509/when-homosexuality-stopped-being-mental-disorder>
- Button, E. J. (1990). Rigidity of construing of self and significant others and psychological disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 63(4), 345–354. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1990.tb01629.x>
- Bolouk, S. (2020). The Relationship between Self-Concept, Cognitive Fusion and Social WellBeing with Body Dysmorphic Disorder among Female Teenagers.. <https://doi.org/10.22122/rbs.v17i3.2570>.
- Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavallee, L. F., & Lehman, D. R. (1996). Self-Concept Clarity: Measurement, Personality Correlates, and Cultural Boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 141–156. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.1.141>
- Campbell, S., Figueiredo, L., Mesquita, Z., Santos, J., Gomes, A., Giger, C., & Coordenadora, G. G. (2010). *Uma análise exploratória para a população portuguesa da Escala de*. 3758–3771.
- Cohen, J. L. (2003). Sociedade civil e globalização: repensando categorias. *Dados*, 46, 419-459.
- Coston, E. (2017). Anti-LGBT Hate Crime in the US <https://repo.library.stonybrook.edu/xmlui/handle/11401/78328>
- Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to

- nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological methods*, pp.16-29. doi:10.1037/1082-989X.1.1.16
- Davies, D., & Neal, C. (Eds.). (1996). *Pink therapy: A guide for counsellors and therapists. working with lesbian, gay and bisexual clients*. Open University Press.
- Dinis, A., Carvalho, S. A., Pinto Gouveia, J., & Estanqueiro, C. (2015). Shame memories and depression symptoms: The role of cognitive fusion and experiential avoidance. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *15*(1), 63–86.
- 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>
- Dunn, T. L., Gonzalez, C. A., Costa, A. B., Nardi, H. C., & Iantaffi, A. (2013). Does the minority stress model generalize to a non-US sample? An examination of minority stress and resilience on depressive symptomatology among sexual minority men in two urban areas of Brazil. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *1*(2), 117-131. <https://doi.org/10.1037/sgd0000032>
- Eisend, M., & Hermann, E. (2020). Sexual orientation and consumption: Why and when do homosexuals and heterosexuals consume differently? *International Journal of Research in Marketing*, *37*(4), 678–696.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijresmar.2020.01.005>
- Feinstein, B. A., Davila, J., & Yoneda, A. (2012). Self-concept and self-stigma in lesbians and gay men. *Psychology and Sexuality*, *3*(2), 161–177.  
<https://doi.org/10.1080/19419899.2011.592543>
- Fraïssé, C., & Barrientos, J. (2016). The concept of homophobia: A psychosocial perspective. *Sexologies*, *25*(4), e65–e69.  
<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2016.02.002>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The Development and Initial Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, *45*(1), 83–101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>

- Gonçalves, A. S. S. (2018). Abertura afetivo-sexual e vivência do preconceito homofóbico na população LGB. Relatório Final de Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica.
- Gonsiorek, J. C., & Weinrich, J. D. (1991). The definition and scope of sexual orientation. In J. C. Gonsiorek & J. D. Weinrich (Eds.), *Homosexuality: Research implications for public policy* (pp. 1-12). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Gujarati, D. N., & Porter, D. C. (2011). *Econometria básica*. 5ªed. Amgh Editora.
- Hair Jr, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2021). A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). Sage publications.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (Guilford Press (ed.); 2nd ed.).
- Herek, G. M. (2002). Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework. In D. A. Hope (Ed.), *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals* (pp. 3-22). New York, NY: New York University Press.
- Hereth, J., Pardee, D. J., & Reisner, S. L. (2020). Gender identity and sexual orientation development among young adult transgender men sexually active with cisgender men: ‘I had completely ignored my sexuality ... that’s for a different time to figure out.’ *Culture, Health and Sexuality*, 22(sup1), 31–47.  
<https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1636290>
- Hershberger, S. L., & D'Augelli, A. R. (1995). The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Developmental Psychology*, 31(1), 65-74.
- ILGA, (2020). Discriminação Contra Pessoas LGBTI+. *Relatório anual 2019*  
[https://ilgaportugal.pt/ficheiros/pdfs/observatorio/ILGA\\_Relatorio\\_Discriminacao\\_2019.pdf](https://ilgaportugal.pt/ficheiros/pdfs/observatorio/ILGA_Relatorio_Discriminacao_2019.pdf)
- Kállai, J., Rózsa, S., Hupuczi, E., Hargitai, R., Birkás, B., Hartung, I., Martin, L., Herold, R., & Simon, M. (2019). Cognitive fusion and affective isolation: Blurred self-concept and empathy deficits in Schizotypy. *Psychiatry Research*, 271, 178–186. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.045>

- King, M., & Bartlett, A. (2012). *Counseling for sexual and gender diversity*. London, UK: Sage Publications.
- Kort, J. (2011). *Gay affirmative therapy for the straight clinician: The essential guide*. W. W. Norton & Company.
- La Roi, C., & Mandemakers, J. J. (2018). Acceptance of homosexuality through education? Investigating the role of education, family background and individual characteristics in the United Kingdom. *Social Science Research*, 71(December 2017), 109–128. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2017.12.006>
- Legate, N., Weinstein, N., Ryan, W. S., DeHaan, C. R., & Ryan, R. M. (2019). Parental autonomy support predicts lower internalized homophobia and better psychological health indirectly through lower shame in lesbian, gay and bisexual adults. *Stigma and Health*, 4(4), 367–376. <https://doi.org/10.1037/sah0000150>
- Lima, M. E. O., & Vala, J. (2004). Como Novas Formas de Expressão do preconceito e do racismo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(3), 401-411.  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413294X2004000300002&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1413-294X2004000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2004000300002&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1413-294X2004000300002)
- Maria, S., & Koehler, F. (2014). Homofobia, cultura e violências: a desinformação social. *Interacções*, 9(26), 129–151. <https://doi.org/10.25755/int.3361>
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2012). When I don't like myself: Portuguese version of the Internalized Shame Scale. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, 1411-1423. doi:10.5209/rev\_SJOP.2012.v15.n3.39425 <http://hdl.handle.net/10316/46613>
- Mendes, A. L., Canavarro, M. C., & Ferreira, C. (2021). How psychological inflexibility mediates the association between general feelings of shame with body image-related shame and eating psychopathology severity? *Appetite*, 163(March). <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105228>
- Meyer, I. H. (2013). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(S), 3–26. <https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.s.3>
- Pereira, H., & Leal, I. P. (2012). Medindo a homofobia internalizada: A validação de um instrumento. *Análise Psicológica*, 23(3), 323–328. <https://doi.org/10.14417/ap.96>

- Pinto-Gouveia, J., Dinis, A., Gregório, S., & Pinto, A. M. (2017). Concurrent effects of different psychological processes in the prediction of depressive symptoms – the role of cognitive fusion. *Current Psychology*. doi:10.1007/s12144-017-9767-5
- Rasmussen, M. L. (2004, May). The Problem of Coming Out. *Theory Into Practice*, 43(2), 144–150. [https://doi.org/10.1207/s15430421tip4302\\_8](https://doi.org/10.1207/s15430421tip4302_8)
- ReachOut Australia. (2021). *All about being gay / Sexuality* Retirado a 7 de Julho de 2021, de <https://au.reachout.com/articles/all-about-being-gay>
- Reyes, M. E. S., Lanic, P. J. P., Lavadia, E. N. T., Tactay, E. F. J. L., Tiongson, E. R., Tuazon, P. J. G., & McCutcheon, L. E. (2015). Self-stigma, self-concept clarity, and mental health status of Filipino LGBT individuals. *North American Journal of Psychology*, 17(2), 343–350.
- Ribeiro, J. P., Silva, M., Abrantes, C., Coelho, M., & Nunes, J. (2015). Ulterior validação do questionário de saúde geral de goldberg de 28 itens. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 278–285.
- Silva, A. (2007) *Homossexualidade e discriminação: o preconceito sexual internalizado*. Rio de Janeiro: Tese de doutorado em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro
- Silva, A. (2016) *Homofobia e internet: Identificação de expressões de violência homofóbica em comunidades virtuais* (Dissertação de Pós-Graduação em Informação e comunicação em saúde não editado). Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro
- Shilts, R. (2007). *The Mayor of Castro Street: The life and times of Harvey Milk*. New York, NY: St. Martin's Press.
- Swee, M. B., Hudson, C. C., & Heimberg, R. G. (2021). Examining the relationship between shame and social anxiety disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 90, 102088. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2021.102088>
- Totenhagen, C. J., Randall, A. K., & Lloyd, K. (2018). Stress and Relationship Functioning in Same-Sex Couples: The Vulnerabilities of Internalized Homophobia and Outness. *Family Relations*, 67(3), 399–413. <https://doi.org/10.1111/fare.12311>
- Valvano, A., Floyd, R. M., Penwell-Waines, L., Stepleman, L., Lewis, K., & House, A. (2016). The relationship between cognitive fusion, stigma, and well-being in

- people with multiple sclerosis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(4), 266–270.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.07.003>
- VanderWeele T. J. (2016). Mediation Analysis: A Practitioner's Guide. *Annual review of public health*, 37, 17–32.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032315-021402>
- Xu, W., Zheng, L., Xu, Y., & Zheng, Y. (2017). Internalized homophobia, mental health, sexual behaviors, and outness of gay/bisexual men from Southwest China. *International Journal for Equity in Health*, 16(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12939-017-0530-1>
- Yachao Li & Jennifer A. Samp (2018): Internalized Homophobia, Language Use, and Relationship Quality in Same-sex Romantic Relationships, Communication Reports, DOI: 10.1080/08934215.2018.1545859
- Zacharia, M., Ioannou, M., Theofanous, A., Vasiliou, V. S., & Karekla, M. (2021). Does Cognitive Fusion show up similarly across two behavioral health samples? Psychometric properties and invariance of the Greek–Cognitive Fusion Questionnaire (G-CFQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, December 2019.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.01.003>
- Zimbhoff, D. L., & O'Hanlan, K. A. (1997). Sexual orientation and mental health: A human rights issue for managed care. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 2(1), 27-44.

## 15. Anexos

### i. Questionário Sociodemográfico

Género

*Marcar apenas uma oval.*

- Feminino
- Masculino
- Não Binário
- Outra

Data de nascimento (escrever a resposta)

Nacionalidade

*Marcar apenas uma oval.*

- Portuguesa
- Brasileira
- Outra

Se outra nacionalidade, qual é? (escrever a resposta)

Orientação sexual:

*Marcar apenas uma oval.*

- Gay
- Lésbica
- Bissexual
- Heterossexual
- Outro

Estado Civil

*Marcar apenas uma oval.*

- Solteiro
- Casado
- União de Facto

- Relacionamento íntimo

Habilitações Literárias (escrever a resposta)

Profissão (escrever a resposta)

**ii. Escala de homofobia internalizada de Ross e Rosser (1996) traduzida em português por Pereira e Leal (2012).**

- H1. Homens homossexuais obviamente efeminados fazem-me sentir desconfortável.
- H2. Prefiro ter parceiros sexuais anónimos.
- H3. A vida seria mais difícil se eu fosse heterossexual.
- H4. A maioria dos meus amigos são homossexuais/bissexuais.
- H5. Não me sinto confiante para me “atirar” a um homem.
- H6. Sinto-me confortável em bares de gays.
- H7. Situações sociais com homens gays fazem-me sentir desconfortável.
- H8. Não gosto de pensar na minha homossexualidade.
- H9. Quando penso em homens homossexuais/bissexuais, penso em situações negativas.
- H10. Sinto-me confortável ao ser visto em público com uma pessoa explicitamente gay.
- H11. Sinto-me confortável ao falar sobre homossexualidade num local público.
- H12. É importante para mim controlar quem sabe da minha atividade homossexual.
- H13. A maioria das pessoas tem reações negativas face à homossexualidade.
- H14. A homossexualidade não é contra a vontade de Deus.
- H15. A sociedade ainda pune as pessoas por serem gays/ bissexuais.
- H16. Eu protesto se contarem alguma piada contra os homossexuais na minha presença.
- H17. Preocupo-me com o meu envelhecimento sendo homossexual/ bissexual.
- H18. Preocupo-me com o deixar de ficar atraente.
- H19. Preferia ser mais heterossexual.
- H20. A maioria das pessoas não discrimina contra os homossexuais.
- H21. Sinto-me confortável com a minha homossexualidade/ bissexualidade.
- H22. A homossexualidade é moralmente aceitável.
- H23. Não estou preocupado com que descubram que sou gay/bissexual.
- H24. A discriminação contra os homossexuais ainda é comum.
- H25. Mesmo que pudesse mudar a minha orientação sexual, não mudava.
- H26. A homossexualidade é tão natural como a heterossexualidade.

**iii. Escala de Clareza do Self-Conceito de Campbell e colegas (1996) validada para português por Figueiredo e colaboradores (2010)**

C1. As minhas crenças relativamente a mim mesmo entram frequentemente em conflito umas com as outras.

C2. Num dia eu posso ter uma opinião acerca de mim mesmo e noutra dia posso ter uma opinião diferente.

C3. Eu passo muito tempo a querer saber que tipo de pessoa é que realmente sou.

C4. Às vezes eu sinto que não sou realmente a pessoa que aparento ser.

C5. Quando eu penso acerca do tipo de pessoa que eu fui no passado, não tenho a certeza de como eu era realmente.

C6. Raramente experimento conflitos entre os diferentes aspectos da minha personalidade.

C7. Às vezes eu penso que conheço melhor outras pessoas do que me conheço a mim mesmo.

C8. As minhas crenças relativamente a mim mesmo parece que mudam muito frequentemente.

C9. Se me pedissem para descrever a minha personalidade, a minha descrição podia acabar por ser diferente de um dia para o outro.

C10. Mesmo que eu quisesse, acho que não diria a ninguém como realmente sou.

C11. Em geral, eu tenho uma percepção clara de quem eu sou e o que sou.

C12. É frequentemente difícil para mim decidir-me relativamente às coisas, pois normalmente não sei o que quero.

**iv. Versão portuguesa do Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) proposta originalmente por Gillanders e colaboradores (2014) e traduzida por Pinto-Gouveia e colaboradores (2017)**

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.

**v. Internalized Shame Scale (ISS; Cook, 1987; 1994, 2001) traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Matos e Pinto-Gouveia (2006)**

- V1. Sinto que nunca sou suficientemente bom.
- V2. Sinto-me um pouco à parte.
- V3. Penso que as outras pessoas me olham com superioridade.
- V4. Geralmente costumo sentir que sou bem sucedido.
- V5. Critico-me e desvalorizo-me a mim mesmo.
- V6. Sinto-me inseguro em relação à opinião dos outros sobre mim.
- V7. Em comparação com outras pessoas sinto que, de alguma forma, nunca estou à altura.
- V8. Vejo-me como sendo pequenino e insignificante.
- V9. Sinto que tenho muito de que me orgulhar.
- V10. Sinto-me muito inadequado e cheio de dúvidas sobre mim mesmo.
- V11. Sinto-me como se tivesse algum defeito enquanto pessoa, como se alguma coisa estivesse errada em mim.
- V12. Quando me comparo com os outros acho que não sou tão importante quanto eles.
- V13. Tenho um medo terrível que os outros notem os meus erros.
- V14. Acho que tenho várias qualidades.
- V15. Vejo-me a lutar por ser perfeito mas a ficar sempre aquém do que é esperado.
- V16. Quando cometo um erro sinto vontade de bater em mim mesmo.
- V17. De uma forma global, estou satisfeito comigo.
- V18. Eu gostava de desaparecer quando cometo um erro.
- V19. Eu revejo na minha cabeça vezes sem conta acontecimentos dolorosos até ficar esgotado.
- V20. Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos ao mesmo nível que os outros.
- V21. Há alturas em que sinto como se fosse quebrar-me em mil pedaços.
- V22. Sinto-me como se tivesse perdido o controlo sobre o meu corpo e as minhas emoções.
- V23. Às vezes sinto-me tão pequeno como um rato.
- V24. Há alturas em que me sinto tão exposto que só queria que se abrisse um buraco no chão e desaparecer nele.
- V25. Tenho um vazio doloroso dentro de mim que ainda não consegui preencher.
- V26. Sinto-me vazio e incompleto.

V27. Tenho uma atitude positiva para comigo mesmo.

V28. A minha solidão é mais como uma espécie de vazio.

V29. Sinto-me como se faltasse alguma coisa.

**vi. “Questionário de Saúde Geral de 28 itens” de Goldberg e Hillier (1976) validado por Ribeiro e colaboradores (2015) para a população portuguesa.**

- 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?