



**Ispapa**

Instituto Universitário  
de Ciências Psicológicas,  
Sociais e da Vida

AUTOLESÃO NÃO-SUICIDA EM INDIVÍDUOS *QUEER*:  
O PAPEL DA HOMOFOBIA INTERNALIZADA E DO *OUTNESS*

RAQUEL DOS SANTOS GRAZINA

Orientador de Dissertação:

PROF.<sup>a</sup> DR.<sup>a</sup> EVA DUARTE

Professor de Seminário de Dissertação:

PROF.<sup>a</sup> DR.<sup>a</sup> EVA DUARTE

**Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção de grau de:**

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Especialidade em Psicologia Clínica

2025

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eva Duarte, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

## Agradecimentos

Primeiramente quero agradecer à professora **Eva Duarte** por todo o apoio e disponibilidade ao longo deste processo. Obrigada por teres tornado as coisas mais leves, pela paciência e palavras sinceras. Não poderia ter feito uma melhor escolha.

À minha **turma do seminário de dissertação** pela entreaajuda e apoio, afinal estamos todos no mesmo barco e sem vocês, este caminho não teria sido tão enriquecedor.

À **Leonor**, à **Érica** e ao **Vicente** pelo trabalho de equipa e por terem tornado a recolha de dados mais divertida.

À **ActuaTuna**, por ter tornado o meu percurso no ISPA tão especial por ter sido o motor da minha vida académica. Pelas noites loucas, mas também pelas aprendizagens que me permitiram crescer como pessoa e aprender muito sobre mim. Por ter sido casa, e pelas pessoas incríveis que me deste. Obrigada a todos os que me acompanharam desde o início do meu percurso e aos que fui conhecendo a meio do caminho, um especial agradecimento à **Tranquila**, à **Impendi**, à **Chibata**, às minha madrinhas **Megafone** e **PPB**, à **Pandora**, à **Omnis**, à **Marlene**, à **Pimenta** e aos restantes caloiros da actuatuna por terem marcado o meu percurso de forma tão especial.

Ao **Miguel** estamos juntos desde o primeiro dia do ISPA, és como um irmão para mim. Obrigada pelas tuas palavras, pelos teus abraços, pelo teu apoio incondicional, mesmo quando queria desistir.

À **Beatriz**, por teres estado ao meu lado ao longo destes quatro anos. Por seres abrigo no meio da tempestade, pelas gargalhadas, pelo apoio, pelas memórias que partilhámos juntas.

À **Miriam**, por alinhar sempre nas minhas loucuras, por teres estado ao meu lado, pelos conselhos, por saberes sempre fazer-me sorrir e por tudo aquilo que vivemos juntas.

À **Diana**, pela calma e serenidade que me transmite, pelo apoio, pelas palavras sábias e partilhas.

À **Daniela**, uma das minhas primeiras amigas no ISPA e parceira de Iberanime, obrigada por tudo, e por continuares a acompanhar o meu percurso apesar de termos seguido caminhos diferentes.

À **Joana Roque** e à **Miriam Pedro**, por todas chamadas intermináveis e por serem o melhor grupo de trabalho que já tive.

À **Catarina** por ter feito parte do meu percurso, por me teres apoiado e por todos os momentos que passámos juntas.

À **Raquel** e à **Mara** por serem a última surpresa que o ispa me deu. Obrigada pelas fofocas e pelo desespero conjunto.

À **Chanel**, por estar sentada ao meu lado enquanto escrevia esta dissertação e por todo o amor que me dá.

Aos meus **Pais** e **Irmã** por todo o apoio e por terem tornado tudo isto possível.

Obrigada a todos os colaboraram, divulgaram e participaram este estudo.

## Resumo

A população *queer* apresenta taxas mais elevadas de autolesão não-suicida do que a população heteronormativa devido aos desafios específicos que enfrentam, nomeadamente stressores minoritários como a homofobia internalizada e o *outness*, que contribuem para um maior sofrimento psicológico. Assim, este estudo tinha como principal objetivo compreender como a homofobia internalizada e o *outness* podem estar associados à história de autolesão não-suicida em indivíduos *queer*. Paralelamente, pretendeu-se explorar a relação entre estas variáveis e diferentes orientações sexuais. Neste estudo a amostra foi constituída por 383 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos, onde 124 tinham história de autolesão não-suicida, dos quais 83 eram *queer* e 41 heterossexuais. Os dados foram recolhidos através de um questionário que foi partilhado *online*. Os resultados obtidos revelaram que os participantes *queer* apresentaram mais história de autolesão não-suicida, com maior frequência. Não foram verificadas diferenças entre os participantes homossexuais e plurissexuais relativamente à história de autolesão não-suicida e níveis de homofobia internalizada, contudo, foram encontradas diferenças nos níveis de *outness*. Observou-se ainda que o *outness* e a autolesão não-suicida estavam associados entre si, mas não com a homofobia internalizada.

Estes resultados destacaram a importância de compreender as problemáticas específicas desta população no domínio da saúde mental de forma a encontrar estratégias de intervenção mais eficazes e inclusivas.

**Palavras-chave:** Homofobia internalizada, *outness*, *queer*, autolesão não suicida, LGBTQIA+

## Abstract

Queer population presents higher rates of non-suicidal self-injury than the heteronormative population due to the specific challenges they face, namely minority stressors such as internalized homophobia and outness, which contribute to greater psychological distress. Thus, the main objective of this study was to understand how internalized homophobia and outness may be associated with a history of non-suicidal self-injury. At the same time, it aimed to explore the relationship between these variables and different sexual orientations.

In this study, the sample consisted of 383 participants aged between 18 and 69 years, of whom 124 reported a history of non-suicidal self-injury, with 83 identifying as queer and 41 as heterosexual. Data were collected through a questionnaire shared online. The results revealed that queer participants reported more history of non-suicidal self-injury, with higher frequency of behaviors. No differences were found between homosexual and plurisexual participants regarding history of non-suicidal self-injury and levels of internalized homophobia; however, differences were observed in levels of outness. It was also found that outness and non-suicidal self-injury were associated with each other, but not with internalized homophobia. These findings highlight the importance of understanding the specific issues faced by this population in the field of mental health in order to develop more effective and inclusive intervention strategies.

**Keywords:** *Internalized homophobia, outness, queer, LGBTIQ+, NSSI*

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>O Presente Estudo</b> .....	3
<b>Métodos</b> .....	5
<b>Participantes</b> .....	5
<b>Instrumentos</b> .....	7
<i>Inventário dos Comportamentos Auto-Lesivos - Versão Expandida (ICAL+)</i> .....	7
<i>Questionário de Avaliação da Revelação da Orientação Sexual</i> .....	8
<i>Escala de Homofobia Internalizada</i> .....	9
<i>Questionário Sociodemográfico</i> .....	10
<b>Procedimentos</b> .....	10
<b>Procedimentos de análise</b> .....	11
<b>Resultados</b> .....	12
<b>Discussão</b> .....	19
Implicações para a Prática Clínica.....	23
Limitações e Estudos Futuros.....	24
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	26

## Índice de Anexos

<b>Anexo A</b> - Revisão de Literatura Extensa.....	39
<b>Anexo B</b> - Informação Sociodemográfica dos Participantes (n= 383).....	61
<b>Anexo C</b> - Teste de Normalidade Variáveis, Homofobia Internalizada, <i>Outness</i> e Autolesão Não-Suicida.....	63
<b>Anexo D</b> - Estatísticas descritivas <i>Outness</i> , Homofobia Internalizada, Autolesão Não-Suicida nos Grupos <i>Queer</i> .....	63
<b>Anexo E</b> - Estatísticas Descritivas Autolesão Não-Suicida nos Grupos <i>Queer</i> e Heterossexual.....	64
<b>Anexo F</b> - Frequências Absolutas e Relativas dos Métodos nos Participantes no Geral (N=124).....	64
<b>Anexo G</b> - Frequência de Métodos entre os Grupos Homossexual (n= 23) e Plurisssexual (n=50).....	65
<b>Anexo H</b> - Análises de Diferenças entre Género (feminino, masculino) nas variáveis: Autolesão Não-Suicida, Homofobia Internalizada e <i>Outness</i> .....	66
<b>Anexo I</b> – Consentimento Informado.....	67
<b>Anexo J</b> - Escala de Homofobia Internalizada.....	68
<b>Anexo L</b> – Folheto informativo do Estudo.....	72

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Dados sociodemográficos dos Participantes (n = 383) .....	6
<b>Tabela 2</b> – Grupos de Participantes com e sem História de Autolesão Não-Suicida.....	6
<b>Tabela 3</b> - Frequência de Métodos entre Participantes Heterossexuais (n= 41) e <i>Queer</i> (n=83) .....	12
<b>Tabela 4</b> - Diferenças entre Orientação Sexual ( <i>queer</i> e heterossexual) na Variável Autolesão Não-Suicida.....	13
<b>Tabela 5</b> - Diferenças entre a Orientação Sexual ( <i>queer</i> e heterossexual) na Tipologia de Métodos de Autolesão Não-Suicida.....	14
<b>Tabela 6</b> - Diferenças entre Grupos <i>Queer</i> na Variável Autolesão Não-Suicida.....	15
<b>Tabela 7</b> - Diferenças entre a Orientação Sexual (homossexual e plurissexual) nas Tipologias de Métodos de Autolesão Não-Suicida.....	15
<b>Tabela 8</b> - Diferenças entre Grupos <i>Queer</i> na Variável Homofobia Internalizada.....	16
<b>Tabela 9</b> - Diferenças entre os Grupos <i>Queer</i> nas Dimensões da Homofobia Internalizada.....	17
<b>Tabela 10</b> - Diferenças entre os Grupos <i>Queer</i> na Variável <i>Outness</i> .....	17
<b>Tabela 11</b> - Matriz de Correlações – Autolesão Não-Suicida, Homofobia Internalizada, <i>Outness</i> e <i>Tipologias de Métodos de Autolesão Não-Suicida</i> .....	18
<b>Tabela 12</b> - Matriz de Correlações – Dimensões Homofobia Internalizada, <i>Outness</i> e Autolesão Não-Suicida .....	18

## Introdução

A autolesão não suicida (ALNS) é um comportamento auto infligido que visa causar dano ou destruição ao corpo sem intenção suicida, afetando principalmente adolescentes e jovens adultos (Cipriano et al., 2017; Duarte et al., 2019; Klonsky et al., 2014; Liu et al., 2019; Rehman et al., 2020). A prevalência a nível internacional varia entre 36% nos adolescentes e 6% nos adultos, sendo que em Portugal nos adolescentes varia entre 7.3% e 30%, não tendo sido encontrados dados acerca da população adulta a nível nacional (Duarte et al., 2018; Duarte et al., 2019a; Duarte et al., 2019b). Os métodos autolesivos mais comuns incluem cortar, queimar, bater em si mesmo, morder, impedir que as feridas saiam, e espetar agulhas. Em Portugal, os métodos mais frequentes são o corte, arranhões e morder (Carvalho et al., 2017; Duarte et al., 2019a; Gonçalves et al., 2012).

Estes comportamentos podem servir diversas funções psicológicas. Estas podem ser organizadas em duas dimensões distintas (Duarte et al., 2019b; Klonsky & Glenn 2009): interpessoais, que envolvem funções como a autonomia, influência interpessoal, fronteiras interpessoais, autocuidado, ligação aos pares, vingança, procura de sensações; e intrapessoais, que englobam funções como, a autorregulação do afeto, anti-dissociação, simbolização do sofrimento, mecanismo introspetivo, mecanismos de fuga e autopunição.

A sigla LGBTQIA+ é utilizada para designar, L (Lésbica), G (*Gay*), T (Transgénero), Q (*Queer*), I (Intersexo), A (Assexual), sendo + representativo à abertura às diversas possibilidades de orientação sexual e identidade de género (Joseph, 2023). O termo *queer* refere-se a uma variedade de identidades não heteronormativas e fora da conceção binária de género (Worthen, 2023). O termo plurissexual refere-se a pessoas que sintam atração sexual e/ou romântica por

mais do que um gênero/sexo (Costa, 2023).

A prevalência de história de ALNS na população LGBTQIA+ é de 59.4%, em contraste com os 12 a 23% observados entre a população heterossexual (McCartney, 2016; Williams et al., 2023). Estas elevadas taxas de história ALNS não são surpreendentes, podendo ser contextualizadas devido a múltiplos fatores, incluindo dificuldades de saúde mental e física, agravadas pela discriminação e marginalização (Fehling, 2019; Liu et al., 2019). A pesquisa de Reddy e colaboradores (2016) com a população *queer* revelou que fatores como experiências traumáticas, conflitos familiares, sensação de diferença e rejeição social contribuem para um maior sofrimento emocional, ódio internalizado e baixa autoestima, o que aumenta o risco de história de ALNS. Além disso, a invalidação ou ocultação da identidade *queer* devido ao medo do julgamento, também dificulta o desenvolvimento de estratégias saudáveis para lidar com o *stress*, podendo manifestar-se em história de ALNS (Reddy et al., 2016).

A elevada prevalência de história ALNS na comunidade LGBTQIA+ pode ser perspeticivada através do Modelo do *Stress* Minoritário, que se refere ao *stress* e às dificuldades enfrentadas por grupos estigmatizados. Meyer (2013) aponta que estes indivíduos enfrentam stressores únicos nas interações diárias e instituições sociais, o que aumenta o risco de sofrimento psicológico. Estes stressores podem ser distais (externos), como a discriminação e crimes de ódio, ou proximais (internos), como a homofobia internalizada, expectativa de rejeição e a ocultação da sua identidade (Frost 2011; Meyer, 2003).

A homofobia internalizada (HI) é um processo psicossocial e contextual em que indivíduos *queer* interiorizam atitudes e preconceitos negativos da sociedade sobre a orientação sexual não heteronormativa nos próprios e nos outros. Esse estigma internalizado leva à rejeição e desvalorização do *self*, o que gera conflitos internos, baixa autoestima e, em casos extremos, a negação da própria orientação sexual (Cercy et al., 2023; Frost & Meyer, 2009; De Souza et al.,

2019; Spooner & Cleveland, 2023). Os estudos de Tie e colaboradores (2022) e Spooner & Cleveland (2023) demonstraram que a HI é um fator de risco para a história de ALNS, sendo esta uma forma de lidar com o estigma internalizado.

O *outness* refere-se ao grau de revelação ou ocultação da orientação sexual de um indivíduo (Meidlinger & Hope, 2014). Sabe-se que ser mais aberto sobre a orientação sexual traz benefícios, como a melhora na autoestima e a diminuição de sintomas depressivos, ansiedade e comportamentos autolesivos (Feldman & Wright, 2013; Szymanski & Sung, 2010). No entanto, outros estudos apontam que níveis elevados de *outness* estão associados a um maior risco de discriminação, vitimização tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos entre pessoas *queer*, devido a reações negativas da família, amigos e sociedade (Feinstein et al., 2024).

A importância da HI e do *outness* reside no seu impacto significativo na saúde mental e no comportamento dos indivíduos *queer*. A literatura indica que a homofobia internalizada pode ser mais prejudicial à saúde mental do que formas externas de opressão, como o preconceito e a discriminação (Bobbe, 2002; Pineda-Roa, 2019). Além disso, o *outness* pode ser tanto um fator de risco, associado a problemas de saúde mental e ideação suicida, como também um fator de proteção, ao proporcionar um senso de comunidade e apoio social, (Feinstein et al., 2024; Plöderl et al., 2014).

### **O Presente Estudo**

A população *queer* enfrenta desafios específicos, como a HI e o *outness*, que podem contribuir para a história de ALNS. Compreender a interação desses fatores é, assim, fundamental para o desenvolvimento de intervenções eficazes, e para os profissionais de saúde mental identificarem os riscos e particularidades desta população, de forma a criarem estratégias de intervenção adequadas (Feinstein et al., 2024; Swannell et al., 2015).

Apesar da relevância desses fatores, existem poucos estudos focados na interação entre HI, *outness* e ALNS. A maioria centra-se na exploração dos stressores distais, como a discriminação, deixando de lado os stressores proximais. Assim, este estudo tinha como principal objetivo compreender como a homofobia internalizada e o *outness* podem estar associados à história de ALNS em indivíduos *queer*. Paralelamente, pretendeu-se explorar a relação entre estas variáveis e as diferentes orientações sexuais. Para cumprir estes objetivos, foram delineadas as hipóteses que se seguem.

A literatura indica que indivíduos *queer* têm maior risco de ter história de ALNS e ideação suicida em comparação com indivíduos heterossexuais (Batejan et al., 2015; Swannell et al., 2016). Espera-se, assim, que indivíduos *queer* apresentem mais história de ALNS (Hipótese 1). Sabe-se também que *gays* e lésbicas tendem a ter maior *outness*, enquanto bissexuais e pansexuais apresentam níveis mais baixos (Weber-Gilmore et al., 2012; Renteria et al., 2023). Por acréscimo, indivíduos pansexuais e bissexuais enfrentam maior estigma internalizado, o que os torna mais vulneráveis ao preconceito, até dentro da própria comunidade LGBTQIA+, contribuindo para maiores taxas de problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade, ideação suicida e história de ALNS (Fehling, 2019). Desta forma, espera-se que indivíduos com uma orientação sexual plurissexual (bissexual, pansexual) apresentem mais história de ALNS (Hipótese 2), maiores níveis de HI (Hipótese 3) e menores níveis de *outness* (Hipótese 4)

A literatura sugere uma associação entre a HI e uma história de ALNS, indicando que indivíduos com níveis elevados de HI têm mais história de ALNS (Igartua et al., 2003; Pineda-Roa, 2019; Rehman et al., 2020), pelo que se espera que indivíduos *queer* com maiores níveis de HI apresentem mais história de ALNS (Hipótese 5). Em relação ao *outness*, um estudo demonstrou que indivíduos menos abertos sobre a sua orientação sexual têm mais sintomas depressivos e maior risco de ideação suicida (Michaels, 2015). A ALNS e a ideação suicida co-

ocorrem frequentemente, sendo a ALNS um fator de risco para a ideação suicida (Herzog et al., 2022; Robinson et al., 2021; Zheng et al., 2023). Por outro lado, alguns indivíduos reportam recorrer à ALNS como forma de controlar a ideação suicida (Herzog et al., 2022; Michaels, 2015; Robinson et al., 2021). Assim espera-se que indivíduos com maior *outness* apresentem menos história de ALNS (Hipótese 6). A literatura sugere também uma associação entre o *outness* e a HI, o estudo de Weber-Gilmore e colaboradores (2012) demonstrou que a HI leva a um menor *coming out* dos indivíduos perante colegas, amigos e familiares. Assim espera-se que indivíduos com mais HI tenham menos *outness* (Hipótese 7).

## **Métodos**

### **Participantes**

O presente estudo é constituído por uma amostra de 383 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos ( $M= 31.44$ ;  $DP= 12.431$ ), onde 371 participantes eram de nacionalidade portuguesa (96,9%). Os restantes dados sociodemográficos encontram-se sumariados na Tabela 1 e detalhados no Anexo B. Da amostra total, 124 participantes apresentaram uma história de ALNS, dos quais 41 eram heterossexuais e 83 eram *queer* (Tabela 2). Dos 83 participantes *queer*, 50 tinham uma orientação sexual plurissexual e 23 eram homossexuais.

**Tabela 1 – Dados Sociodemográficos dos Participantes- Orientação Sexual,**

*Estado Relacional (n = 383)*

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Orientação Sexual</b>	Lésbica	20	5.2%
	Gay	21	5.5%
	Bissexual	61	15.9%
	Pansexual	28	7.3%
	Heterossexual	237	61.9%
	Assexual	9	2.3%
	Queer	4	1.1%
	Outro	3	0.8%
<b>Estado Relacional</b>	Solteiro	162	44.3%
	Numa Relação	127	33.2%
	Casado/União de Facto	77	20.1%
	Divorciado/Separado	16	4.2%
	Outro	1	0.3%

**Tabela 2 – Grupos de Participantes com e sem uma História de Autolesão Não-Suicida**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sem uma história ALNS</b>	237	61.9
Heterossexual	196	82.7
<i>Queer</i>	63	26.6
<b>Com uma história de ALNS</b>	124	32.4
Heterossexual	41	32.4
<i>Queer</i>	83	67.0

## **Instrumentos**

### ***Inventário de Comportamentos Autolesivos – Versão Expandida (ICAL+)***

O Inventário de Comportamentos Auto-Lesivos- Versão Expandida (ICAL+) é uma nova versão do Inventário dos Comportamentos Auto-Lesivos (ICAL; (Duarte et al., 2019), que se encontra no processo de validação para adultos portugueses. Tem como objetivo avaliar a frequência de comportamentos autolesivos e organiza-se em cinco dimensões: consumo de substâncias psicoativas que inclui sete itens (e.g. “consumi heroína”), comportamentos alimentares perturbados constituída por três itens (e.g. “Não comi o suficiente”), comportamentos de risco mais gerais que inclui oito itens (e.g. “fiz desportos que colocam a minha saúde em risco”), métodos que implicam dano corporal direto com quatro itens de alta severidade (e.g. “Cortei-me”) e cinco itens de severidade moderada (e.g. “Mordi-me”). Este inventário tem cinco opções de resposta sendo elas: “Não”; “Sim (1 vez)”; “Sim (2 a 10 vezes)”; “Sim (10-50 vezes)”; “Sim (mais de 50 vezes) ”.

Considerando que a prevalência do fenómeno de ALNS tende a ser sobrestimada, uma vez que alguns participantes poderão não identificar a intencionalidade autoagressiva subjacente a determinados comportamentos, procedeu-se a uma triagem das respostas com o objetivo de minimizar este viés. Assim, foram excluídos os participantes que reportaram comportamentos sem intenção autoagressiva. Esta triagem fundamentou-se numa questão proveniente de um instrumento adicional incluído no mesmo protocolo, destinada a avaliar a frequência de pensamentos autolesivos (“Com que frequência tem pensamentos de magoar-se intencionalmente?”).

O ICAL+ apresentou uma excelente consistência interna ( $\alpha=.90$ ). A análise das dimensões

revelou valores do alpha de Cronbach aceitáveis para as dimensões consumo de substâncias ( $\alpha = .74$ ), comportamentos alimentares perturbados ( $\alpha = .61$ ), comportamentos de risco mais gerais ( $\alpha = .74$ ), comportamentos de alta severidade ( $\alpha = .71$ ) e indicou uma boa consistência interna para a dimensão dos comportamentos de severidade moderada ( $\alpha = .82$ ).

### ***Questionário da Avaliação da Revelação da Orientação Sexual***

O Questionário de Avaliação da Revelação da Orientação Sexual foi construído por Costa e colegas (2012) tendo sido criado para estudos sobre a população portuguesa em relação à homoparentalidade. Tem como objetivo compreender as seguintes questões: 1) a quem determinado indivíduo revelou a sua orientação sexual (e.g. familiares, amigos, colegas, etc.), 2) a percepção que os sujeitos têm relativamente a se são aceites ou não por parte daqueles a quem revelou a sua orientação sexual, 3) se o sujeito integra algum grupo associativo (e.g. partido político, associação LGBTQIA+ etc.), 4) se costuma participar em algum evento ou atividade realizada por uma associação LGBTQIA+. Tendo em conta os objetivos do presente estudo, apenas foram aplicadas as questões relativas ao grau de revelação da orientação sexual de um indivíduo (*outness*) e ao grau de aceitação por parte daqueles a quem revelaram a sua orientação sexual.

A resposta aos itens da primeira questão é efetuada numa escala de *Likert* de três pontos (1= Sabem e já falámos sobre isso; 3= Não sabem) e na segunda questão a resposta é efetuada numa escala de *Likert* de quatro pontos (1= Aceitam muito bem; 4= Não aceitam). Desta forma, pontuações mais elevadas correspondem a um menor índice de revelação ou aceitação da orientação sexual. No presente estudo, a escala apresentou uma boa consistência interna ( $\alpha = .83$ ). A análise das dimensões revelou valores do alfa de Cronbach aceitáveis ( $\alpha = .71$ ) para o grau de

revelação da orientação sexual e para o grau de aceitação por parte daqueles a quem revelaram a sua orientação sexual.

### ***Escala de Homofobia Internalizada***

A Escala de Homofobia Internalizada encontra-se no seu processo de desenvolvimento e validação para a população portuguesa, tendo sido baseada na Escala de Homofobia Internalizada para o estudo de Puckett e colaboradores (2017). Esta adaptação tem como objetivo ser preenchida por pessoas de vários géneros e orientações sexuais, visto que a escala original, remete apenas para homens homossexuais.

Esta escala inclui sete dos oito itens da escala original e 16 itens adicionais, e organiza-se em três dimensões: 1) individual, que reflete a vergonha, culpa ou rejeição pessoal (e.g. “Por vezes sinto vergonha da minha orientação sexual”), sendo constituída por 10 itens; 2) a social, que remete para a forma como a vergonha, culpa ou rejeição pessoal podem ser influenciados por normas sociais ou pelas próprias experiências de discriminação (e.g. “ Mensagens negativas da sociedade sobre a minha orientação sexual influenciam a forma como me vejo”) constituída por sete itens; e 3) a contextual, que diz respeito à manifestação da HI em ambientes específicos (e.g. “Sinto dificuldade em aceitar a minha orientação sexual quando estou com a minha família”), constituída por sete itens.

A pontuação é feita através de uma escala de *Likert* de quatro pontos (1= discordo totalmente; 4= concordo totalmente), sendo que nos itens 6, 7, 9, 12 e 23 a pontuação inverte (e.g. “Sinto-me confortável em eventos da comunidade LGBTQIA+”). No presente estudo, a escala apresentou uma excelente consistência interna ( $\alpha=0.90$ ). A análise das dimensões revelou valores do alpha de Cronbach aceitáveis para as dimensões Social ( $\alpha=.71$ ) e Contextual ( $\alpha=.68$ ) e

indiciou uma boa consistência para a dimensão individual ( $\alpha=.88$ ).

### ***Questionário Sociodemográfico***

Foi feito um questionário sociodemográfico para a caracterização geral da amostra, que incluía informações sobre idade, género, orientação sexual, formato relacional, nacionalidade, zona de residência, habilitações literárias, situação profissional, meio de residência, história e diagnóstico de problemas de saúde mental.

### **Procedimentos**

O presente estudo integrou um projeto de investigação previamente autorizado pela Comissão de Ética. Após a construção de um questionário de autorresposta na plataforma Qualtrics XM, foi realizado um pré-teste com um grupo de 11 indivíduos que responderam ao mesmo com o objetivo de averiguar se existiam incongruências e se os itens eram claros.

Os dados foram recolhidos entre Fevereiro e Maio de 2025. Este questionário foi partilhado *online* através das redes sociais (e.g. *WhatsApp, Instagram, Facebook, Reddit*). Foram também contactadas associações que trabalham diretamente com a comunidade LGBTQIA+ (Casa Qui, Rede Ex aequo, Associação Plano I, Clube *Rainbow*, LGBTI Viseu, etc.), através do *e-mail e Instagram* de forma a divulgarem e a colaborarem no estudo.

Para além disso, foram também impressos panfletos com o QR *code* do questionário que foram afixados e distribuídos por vários locais públicos (e.g bibliotecas, faculdades, paragens de autocarro, etc.) em várias regiões do país. Todos os participantes forneceram o seu consentimento informado no início do protocolo onde foram descritos os critérios de seleção (ter mais de 18

anos), o tempo de resposta, a natureza voluntária da participação, os objetivos do estudo e a confidencialidade dos dados recolhidos.

### **Procedimentos de análise**

O presente estudo é de natureza transversal e quantitativa, tendo seguido um delineamento comparativo e correlacional, teve como objetivo estudar possíveis correlações entre a ALNS e as variáveis *outness* e HI, como também comparar as diferenças entre os grupos consoante a orientação sexual. Para efetuar a análise estatística dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS *Statistics*- versão 29, onde se procedeu à análise descritiva das variáveis, HI, ALNS e *outness*, através das medidas de localização e tendência central (média, mediana), das medidas de dispersão (desvio-padrão), estes valores encontram-se no anexo D e E. Realizaram-se também as frequências dos métodos de ALNS nos vários grupos. Foram realizados testes de normalidade onde foi utilizado o teste Shapiro-Wilk, tendo-se verificado que as variáveis *outness* e ALNS seguem o pressuposto da normalidade ( $p > 05$ ), já as variáveis tipologias de ALNS e HI e as suas dimensões não apresentaram normalidade. Os resultados do teste Shapiro-Wilk encontram-se no Anexo C. Procedeu-se então a testes paramétricos, exceto para verificar as diferenças na HI e nas suas dimensões e nas tipologias de ALNS entre grupos consoante a orientação sexual e género, onde foi utilizado o teste Mann-Whitney para amostras independentes. Posteriormente para as variáveis que seguem o pressuposto da normalidade, foi utilizado o teste T-Student para verificar as diferenças entre os grupos consoante a orientação sexual e género. Para verificar a relação entre as variáveis HI, *outness* e ALNS e a relação entre as variáveis HI, *outness* e as diferentes dimensões da HI e tipologias de ALNS foram efetuadas correlações de Spearman e de Pearson.

## Resultados

### *História de Autolesão Não-Suicida*

Os métodos mais referidos pelos 124 participantes com história de ALNS (Anexo F) foram *isolei-me socialmente* (92.7%), *Bati com o meu próprio corpo* (78.2%), e *Não procurei ajuda quando tive um problema de saúde* (60.5%). Por outro lado, os métodos menos referidos são, *consumi heroína* (1.6%), *consumi cetamina* (3.2%), e *Ingeri substâncias perigosas com intenção de me magoar* (10.5%). Olhando para as especificidades entre os grupos de participantes (Tabela 3), o método mais comumente referido pelos participantes *queer* foi *Não comi o suficiente* (78.9%) e nos participantes heterossexuais foi *Fumei marijuana, haxixe e outros canabinóides* (36.6%). Por outro lado, o método menos referido pelos participantes *queer* foi *consumi heroína* (50%), já nos participantes heterossexuais foi *consumi cetamina* (0.0%).

**Tabela 3** – *Frequência de Métodos entre Participantes Heterossexuais (n= 41) e Queer (n=83)*

	<b>Heterossexual – n (%)</b>	<b>Queer – n (%)</b>
Cortei-me	17 (22.7%)	58 (77.3%)
Mordi-me	21 (26.6%)	58 (73.4%)
Queimei-me	6 (18.2%)	27 (81.8%)
Puxei/arranquei cabelo	15 (23.4%)	49 (76.6%)
Cocei/arranhei-me até fazer ferida	17 (25.0%)	51 (75.0%)
Consumi drogas com intenção de me magoar	3 (18.8%)	13 (81.3%)
Espetei-me com agulhas	6 (23.1%)	20 (76.6%)
Ingeri substâncias perigosas com intenção de me magoar	1 (7.7%)	12 (92.3%)
Bebi em excesso com intenção de me magoar	13 (26,5%)	36 (73.5%)
Bati com o corpo ou em mim próprio	28 (28.9%)	69 (71.1%)
Ingeri em demasia um medicamento com intenção de me magoar	11 (26.8%)	30 (73.2%)
Isolei-me socialmente	35 (30.4%)	80 (69.6%)
Fiquei muito tempo acordado de propósito	21 (24.7%)	64 (75.5%)

	<b>Heterossexual – n (%)</b>	<b>Queer – n (%)</b>
Procurei brigas e conflito físico com outras pessoas	10 (34.5%)	19 (65.5%)
Fiz exercício físico excessivo	15 (30.0%)	35 (70.0%)
Fiz desportos que colocam a minha saúde em risco	5 (27.8%)	13 (72.2%)
Não cuidei da minha higiene	22 (28.2%)	56 (71.8%)
Quando tive um problema de saúde não cuidei de mim	26 (35.1%)	48 (64.9%)
Não comi o suficiente	19 (21.1%)	71 (78.9%)
Não procurei ajuda quando tive um problema de saúde	22 (29.3%)	53 (70.7%)
Comi grandes quantidades de comida em pouco tempo	22 (28.9%)	54 (71.1%)
Vomitei de propósito	13 (27.7%)	34(72.3%)
Consumi heroína	1 (50.0%)	1 (50.0%)
Consumi cetamina	0 (0.0%)	4 (100%)
Consumi anfetaminas	8 (40.0%)	12 (60.0%)
Fumei marijuana, haxixe e outros canabinóides	20 (36.4%)	35 (63.6%)
Fumei cigarros, tabaco de enrolar, cigarros eletrónicos, <i>vapes</i>	24 (33.8%)	47 (66.2%)
Outros	5 (62.5%)	3 (37.5%)

Focando as diferenças da história de ALNS entre o grupo de participantes heterossexuais e *queer*, foram observadas diferenças estatisticamente significativas (Tabela 4) confirmando que os participantes *queer* apresentaram mais história de ALNS do que os participantes heterossexuais (Hipótese 1).

**Tabela 4** – *Diferenças entre Orientação Sexual (queer e heterossexual) na Variável Autolesão Não-Suicida*

	<b>T- Student</b>			
	<b>IC 95%</b>	<b>Diferença de médias</b>	<b>T(gl)</b>	<b>P</b>
<b>ALNS</b>	(-0.46451, 0.08455)	-0.27453	-2.861 (122)	0,005

No que toca às tipologias dos métodos de ALNS, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (Tabela 5), nas dimensões relativas aos métodos de dano corporal severo e moderado, onde os participantes *queer* apresentaram valores mais elevados. Nas restantes

dimensões não foram encontradas diferenças entre os grupos de participantes.

**Tabela 5** – *Diferenças entre a orientação sexual (queer e heterossexual) nas Tipologias de Métodos de Autolesão Não-Suicida*

	Média dos Ranks		U de Mann-Whitney	
	<i>Queer</i>	Heterossexual	<i>U</i>	<i>P</i>
Dano Corporal direto (severo)	46,41	32,13	463,000	,011
Dano Corporal direto (moderado)	57,25	44,44	881,500	,044
Consumo de substâncias Psicoativas	44,30	40,48	739,000	,485
Comportamento Alimentar Perturbado	56,96	48,10	978,000	,162
Comportamentos de risco mais gerais	62,50	56,18	1394,000	,348

Focando somente o grupo de participantes *queer* (N= 83), não foram encontradas diferenças entre o grupo de sujeitos plurissexuais e o grupo de sujeitos homossexuais, uma vez que o método mais mencionado por ambos foi *Isolei-me socialmente e o menos referido* foi *consumi heroína* (Anexo G).

Embora o grupo de participantes plurissexuais apresente números superiores em quase todos os métodos comparativamente ao grupo de participantes homossexuais, esta diferença não se revelou estatisticamente significativa (Tabela 6). Assim, infirma a hipótese que participantes com uma orientação sexual plurissexual (bissexual, pansexual) apresentariam mais história de ALNS (Hipótese 2).

**Tabela 6** – *Diferenças entre Grupos Queer na Variável Autolesão Não-Suicida*

<b>T-Student</b>				
	<b>IC 95%</b>	<b>Diferença de médias</b>	<b>T(gl)</b>	<b>P</b>
<b>ALNS</b>	(-0.404, 0.111)	-0.14646	-1.134 (71)	0,261

Quanto às diferenças nas tipologias de métodos de ALNS, apenas a dimensão relativa a métodos que implicam dano corporal moderado demonstrou diferenças estatisticamente significativas onde os participantes plurissexuais apresentaram mais comportamentos deste tipo (Tabela 7). Realizou-se também uma análise das diferenças na história de ALNS entre o género feminino e masculino, onde não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (Anexo H).

**Tabela 7** – *Diferenças entre a Orientação Sexual (homossexual e plurissexual) nas Tipologias de Métodos de Autolesão Não-Suicida*

	<b>Média dos Ranks</b>		<b>U de Mann-Whitney</b>	
	<b>Homossexual</b>	<b>Plurissexual</b>	<b>U</b>	<b>P</b>
Dano Corporal direto (severo)	28,71	27,08	263,000	,723
Dano Corporal direto (moderado)	26,20	36,67	314,000	,035
Consumo de substâncias Psicoativas	29,93	24,51	204,000	,231
Comportamento Alimentar Perturbado	29,89	37,39	404,500	,123
Comportamentos de risco mais gerais	34,85	37,99	525,500	,551

### ***Outness e Homofobia Internalizada***

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes plurissexuais e homossexuais com e sem uma história de ALNS (N=130) quanto aos níveis de HI (Tabela 8), infirmando a hipótese que postulava que participantes com uma orientação sexual plurissexual apresentariam maiores níveis de HI (Hipótese 3). Ao analisar as várias dimensões da HI, apenas a dimensão social apresenta diferenças estatisticamente significativas, com o grupo de participantes plurissexuais a apresentar valores mais elevados (Tabela 9).

Por outro lado, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os participantes plurissexuais e homossexuais com e sem uma história de ALNS (N=130) e os níveis de *outness* (Tabela 10), confirmando que os participantes com uma orientação sexual plurissexual apresentam menores níveis de *outness* (Hipótese 4). Foi também realizada uma análise entre o género feminino e o género masculino e os níveis de HI e *outness*, onde não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (Anexo H).

**Tabela 8** – *Diferenças entre Grupos Queer na Variável Homofobia Internalizada*

	Média dos Ranks		U de Mann-Whitney	
	Homossexual	Plurissexual	<i>U</i>	<i>P</i>
<b>HI</b>	66,29	65,13	1792,000	0,871

**Tabela 9** – *Diferenças entre os Grupos Queer nas Dimensões da Homofobia Internalizada*

	Média dos Ranks		U de Mann-Whitney	
	Plurisssexual	Homossexual	<i>U</i>	<i>P</i>
<b>Dimensão Individual</b>	36,14	38,87	532,000	,607
<b>Dimensão Social</b>	56,96	48,10	402,000	,039
<b>Dimensão contextual</b>	37,39	36,15	555,000	,814

**Tabela 10** – *Diferenças entre os Grupos Queer na Variável Outness*

	T- Student			
	IC 95%	Diferença de médias	<i>T(gl)</i>	<i>P</i>
<i>Outness</i>	(0,013;0,488)	0,25	2,084 (128)	0,039

### ***Relação entre Autolesão Não-Suicida, Outness e Homofobia Internalizada***

Para analisar a interação entre as diversas variáveis em estudo, foi construída uma matriz de correlações (Tabela 11). Esta revela uma correlação estatisticamente significativa entre o *outness* e a história de ALNS, confirmando que os participantes com maior *outness* apresentaram menos história de ALNS (Hipótese 6). Por outro lado, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a HI e a história de ALNS e a HI e o *outness*, infirmando as hipóteses que postulavam que os participantes com níveis mais elevados de HI apresentariam mais história de ALNS (Hipótese 5) e que os participantes com maior HI teriam menos *outness* (Hipótese 7). Já no que toca às tipologias de métodos de ALNS analisadas (Tabela 11), a HI e o *outness* apresentaram apenas uma correlação positiva com os comportamentos de risco mais gerais. Analisou-se também a possível relação entre as várias dimensões da HI, o

*outness* e a história de ALNS, onde não foi encontrada uma relação entre as dimensões e as variáveis em questão (Tabela 12).

**Tabela 11** – *Matriz de Correlações – Homofobia Internalizada, Autolesão Não-Suicida Outness e Tipologias de Métodos de Autolesão Não-Suicida*

	<b>HI</b>	<b>ALNS</b>	<b>Outness</b>
<b>HI</b>	—		
<b>ALNS</b>	,194	—	
<b>Outness</b>	-,150	<b>-,224*<sup>1</sup></b>	—
<b>Severidade alta</b>	,029	—	,172
<b>Severidade média</b>	,083	—	,083
<b>Comportamento alimentar perturbado</b>	,144	—	,128
<b>Comportamento de risco geral</b>	<b>,239*</b>	—	<b>,258*</b>
<b>Consumo de substâncias</b>	,079	—	,180

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

<sup>1</sup>Correlação de Pearson

**Tabela 12** - *Matriz de Correlações – Dimensões Homofobia Internalizada, Outness e Autolesão Não-Suicida*

	<b>Outness</b>	<b>ALNS</b>
<b>Outness</b>	—	
<b>ALNS</b>	—	—
<b>HI Individual</b>	,167	,215
<b>HI Social</b>	,184	,044
<b>HI Contextual</b>	,188	,162

Nota. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

## Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo compreender como a HI e o *outness* podem estar associados à história de ALNS em indivíduos *queer*. Paralelamente, pretendeu-se explorar a relação entre estas variáveis e diferentes orientações sexuais, contribuindo para uma melhor compreensão dos fatores psicossociais que poderão influenciar a saúde mental e a história de ALNS na população LGBTQIA+.

De um modo geral, importa destacar os métodos de ALNS que foram mais frequentes nos vários grupos, *queer* e heterossexual e plurissexual e homossexual. Apesar de na maioria da literatura os comportamentos que envolvem dano corporal direto apresentarem uma maior expressão (Carvalho et al., 2017; Duarte et al., 2019a; Chen et al., 2022; Klonsky & Glenn, 2009), os resultados deste estudo indicaram que os métodos mais frequentes foram comportamentos que envolvem dano corporal indireto como por exemplo, *Isolei-me socialmente*, *Não procurei ajuda quando tive um problema de saúde*, *Não comi o suficiente*. Já os métodos menos frequentes foram os relativos a consumo de substâncias psicoativas. Estes resultados reforçam a importância de incluir, na definição de ALNS, os métodos que causam dano corporal indireto. Verificou-se que a ALNS não depende necessariamente da presença de dano físico direto, mas sim da função psicológica do comportamento, nomeadamente, a autorregulação do afeto e o alívio do sofrimento psicológico (St Germain & Hooley, 2012; D'Agostinho et al., 2020). Embora menos visíveis, estes comportamentos revelam intenções autoagressivas claras e desempenham funções psicológicas semelhantes às dos métodos de dano direto, podendo inclusive ocorrer em simultâneo (St Germain & Hooley, 2012).

Em termos globais, houve uma maior incidência de uma história de ALNS em indivíduos *queer*, o que vai ao encontro da literatura (Batejan et al., 2015; Swannell et al., 2016; Williams et

al., 2023). Relativamente às tipologias de métodos de ALNS, verificou-se também que indivíduos *queer* recorreram mais frequentemente a métodos que implicam dano corporal direto, tanto moderado como severo, conforme descrito em estudos anteriores (Chen et al., 2022; Nickels, 2013).

Estes resultados podem ser explicados pelo modelo do *stress* minoritário, que nos diz que pessoas *queer*, além dos stressores comuns à população em geral, enfrentam stressores adicionais externos (e.g., discriminação, preconceito) e internos (e.g., homofobia internalizada), contribuindo para o agravamento da saúde mental e aumentando a vulnerabilidade a história de ALNS (Meyer, 2003, 2015; Liu et al., 2019). O impacto destes stressores, combinado com conflitos psicológicos internos e estratégias de *coping* mal adaptativas, podem potenciar tanto a repetição como maior gravidade dos métodos utilizados, tornando esses comportamentos um mecanismo recorrente para regular emoções intensas e procurar alívio emocional (D'Agostinho et al., 2020, Liu et al., 2019, Williams et al., 2023).

Embora a literatura aponte uma maior vulnerabilidade entre pessoas plurissexuais, frequentemente associada à estigmatização tanto fora como dentro da comunidade LGBTQIA+ e uma maior propensão para internalizar as ideias negativas sobre si (Fehling, 2019; Lee et al., 2022, Liu et al., 2019; Rosario et al., 2002; Swannell et al., 2016), essa tendência não se verificou neste estudo onde não foram encontradas diferenças na história de ALNS, nem nos níveis de HI entre os grupos plurissexual e homossexual. Podemos contextualizar estes resultados tendo em conta que essa vulnerabilidade a maiores níveis de HI se pode manifestar em dimensões mais específicas do que no seu global, sendo influenciada por fatores contextuais, individuais e sociais, como o suporte social, aceitação ou perceção subjetiva do estigma (Meyer, 2003; Mohr & Fassinger, 2003).

Assim, ao analisar as dimensões específicas da HI observou-se que os participantes

plurissexuais apresentaram valores mais elevados na dimensão social, o que poderá sugerir uma maior sensibilidade aos julgamentos e fatores externos. No que toca às tipologias de métodos de ALNS, foram encontradas diferenças significativas nos métodos que implicam dano corporal severo, onde os participantes plurissexuais apresentaram valores mais elevados o que poderá indicar que a vulnerabilidade pode se expressar dependendo da gravidade ou do tipo de comportamentos autolesivos.

Por outro lado, relativamente ao *outness*, os resultados obtidos foram consistentes com a literatura, mostrando que as pessoas plurissexuais tendem a ocultar mais frequentemente a sua identidade *queer* (Hunter, 2017; Renteria et al., 2023). Esta tendência pode dever-se ao facto de as orientações plurissexuais desafiarem as conceções tradicionais da sexualidade, sendo frequentemente percecionadas como instáveis ou ilegítimas, o que acentua a discriminação tanto fora como dentro da comunidade LGBTQIA+ (Dumas & Pepper, 2023). Assim, a combinação entre estigmatização externa e interna da própria comunidade contribui para a vivência de stressores específicos, que por sua vez promovem uma menor visibilidade e uma maior ocultação da identidade *queer*.

No âmbito da relação da história de ALNS com a HI e o *outness*, a ALNS não apresentou uma ligação com a HI nem com as suas diferentes dimensões, o que diverge da literatura anterior que sugere que a HI tem um impacto negativo na saúde mental, levando a uma maior história de ALNS como forma de lidar com os conflitos internos. (Igartua et al., 2003; Pineda-Rosa, 2019; Rehman et al., 2020; Spooner & Cleveland, 2023). Em contrapartida, verificou-se uma relação entre a história de ALNS e o *outness*, onde os indivíduos *queer* com maior *outness* relataram menor história de ALNS. Uma maior abertura em relação à orientação sexual está associada a diversos benefícios para a saúde mental da população LGBTQIA+, incluindo níveis mais elevados de autoestima, menor sintomatologia depressiva, ansiedade e menos comportamentos

autolesivos (Feldman & Wright, 2013; Szymanski & Sung, 2010).

No que se refere às tipologias de métodos de ALNS, tanto a HI quanto o *outness* apresentaram uma associação com os comportamentos de risco gerais, como *isolei-me socialmente*, *não cuidei da minha higiene* ou *não procurei ajuda quando tive um problema de saúde*. Estes resultados sugerem que diferentes níveis de HI e de *outness* moldam a forma como os indivíduos experienciam e gerem o sofrimento psicológico, influenciando a escolha dos métodos ALNS (Rehman et al., 2020; Spooner & Cleveland, 2023). A associação entre estas variáveis e os comportamentos de risco gerais poderá indicar que, em contextos de maior ocultação da identidade, os indivíduos tendem a recorrer a estratégias de *coping* mais internas, discretas e indiretas, que funcionam como mecanismos de proteção face ao estigma e à discriminação. Assim, comportamentos como *isolei-me socialmente* ou *não cuidei da minha higiene*, podem representar formas de autorregulação do afeto sem exposição pública, minimizando o risco de estigmatização ou julgamento (Chen et al., 2022).

Além disso, não se observou também uma associação entre a HI e *outness*, o que diverge de estudos anteriores que indicam uma correlação entre estas variáveis (Weber-Gilmore et al., 2012). Contudo, segundo Mohr & Fassinger, 2003, o impacto do *outness* pode ser mais facilmente mediado pelo contexto social em que a pessoa está inserida (familiar, profissional, religioso) e pelo grau de aceitação ou de rejeição desse contexto do que por fatores internos como a HI.

Estes resultados permitem-nos entender a ausência de relação entre a HI e a história de ALNS, embora a HI seja reconhecida como um indicador de vulnerabilidade para a saúde mental da população LGBTQIA+, o seu impacto na história de ALNS pode não ser direto, podendo depender de fatores contextuais e sociais, como suporte social, estigma e aceitação. O facto de o *outness* ter funcionado como um fator protetor na história de ALNS, pode também ter atenuado

os efeitos da HI.

Globalmente os resultados desta investigação oferecem contribuições importantes para a compreensão da história de ALNS na população *queer*, evidenciando que estes indivíduos apresentam maior vulnerabilidade a uma história de ALNS. Podemos destacar, também, o potencial papel protetor do *outness*, uma vez que os participantes mais abertos sobre a sua orientação sexual apresentaram menor história de ALNS. A HI não se associou diretamente à história de ALNS, sugerindo que seu impacto pode depender de fatores contextuais e pode ser atenuado pelo *outness*. Embora não tenham sido encontradas diferenças significativas além do *outness* entre participantes homossexuais e plurissexuais, o estudo sugere que os indivíduos plurissexuais enfrentam stressores únicos que podem influenciar a sua saúde mental. Em suma, este estudo reforça a necessidade de considerar o impacto dos stressores minoritários na saúde mental e sublinha a relevância de estratégias que promovam a visibilidade e o bem-estar desta população.

### **Implicações para a Prática Clínica**

A literatura evidencia que, no campo da saúde mental, indivíduos *queer* são frequentemente sujeitos a experiências negativas como discriminação, estigma ou julgamento por parte dos próprios profissionais de saúde, o que leva a uma menor procura destes serviços (Semlyen & Rohleder, 2021; Aleshire et al., 2018; McKay, 2011; Ard et al., 2012). Este estudo reforça a necessidade de quebrar essas barreiras, que muitas vezes são agravadas pela falta de preparação da maioria dos profissionais para intervir com esta comunidade. Tal lacuna está relacionada com currículos académicos predominantemente cis-heteronormativos e pouco inclusivos (Aleshire et al., 2018; Joseph, 2023; Sileo et al., 2022). Torna-se, portanto, urgente

apostar em formação especializada que contemple as especificidades das experiências *queer* e forneça ferramentas concretas para a promoção da saúde mental desta população. Neste sentido, a presente investigação traz contribuições importantes ao destacar a orientação sexual como uma variável com bastante impacto na saúde mental, ao evidenciar que indivíduos *queer* apresentam maior propensão a ter uma história de ALNS. Estes resultados sublinham o impacto significativo dos stressores minoritários nas vivências *queer* e a necessidade de integrar este conhecimento na prática clínica através de abordagens inclusivas e informadas (Feinstein et al., 2024; Swannell et al., 2015).

Adicionalmente, foi possível identificar o *outness* como um fator protetor para a história de ALNS, o que reforça a importância de criar contextos seguros e afirmativos nos quais os indivíduos se sintam confortáveis em expressar a sua identidade e partilhar as suas experiências (Weber-Gilmore et al., 2012). Apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas entre participantes homossexuais e plurissexuais além do *outness*, os clínicos devem estar atentos às especificidades de cada grupo, reconhecendo que mesmo dentro da comunidade LGBTQIA+ cada vivência é diferente e enfrenta formas distintas de estigma e *stress* minoritário (Dumas & Pepper, 2023). No caso das pessoas plurissexuais, importa ainda considerar fatores como a invisibilidade ou a dupla discriminação, que podem aumentar o sofrimento psicológico (Fehling, 2019).

### **Limitações do estudo e Estudos Futuros**

O presente estudo apresentou algumas limitações, começando pelo facto da amostra utilizada ser de conveniência, não sendo representativa da população em geral. Os instrumentos aplicados foram de autorrelato, o que constitui uma limitação, dado que os participantes podem ter

ocultado informações relevantes. Outro aspeto a considerar prende-se com a distribuição desigual dos participantes, na formação dos grupos devido ao seu número reduzido o que poderá ter comprometido a homogeneidade e ter influenciado os resultados. Acresce ainda como limitação a inexistência de instrumentos adequados, especificamente adaptados à população *queer* em Portugal, o que obrigou à utilização de uma escala ainda em processo de validação para avaliar a HI. A escala como se encontra ainda em processo de validação poderá não ter medido o constructo da melhor forma. Além disso, devido à natureza mais geral dos seus itens, poderá não ter captado as especificidades do estigma vivido pelos participantes plurissexuais. É importante também considerar que para medir as diferenças entre géneros, foi apenas tido em conta o género feminino e masculino, dado ao número reduzido de participantes que se identificaram com outras expressões de género.

No que diz respeito a investigações futuras, seria pertinente analisar o impacto das variáveis *outness* e HI na história de ALNS exclusivamente em populações com orientação sexual plurissexual, de modo a contemplar as experiências singulares deste grupo. Seria igualmente relevante explorar os efeitos da variável HI de forma isolada, nomeadamente no que se refere ao seu impacto na saúde mental numa amostra mais equilibrada. Para além disso, futuras investigações poderão explorar o impacto do discurso de ódio na história de ALNS da população *queer*, uma vez que é um fenómeno crescente na nossa sociedade atual com impactos negativos na saúde mental das minorias.

Finalmente, futuras pesquisas poderiam explorar as estratégias de *coping* utilizadas pela população *queer* para lidar com os comportamentos autolesivos, de forma a entender que intervenções são mais adequadas para esta população específica.

## Referências

Alexander, N., & Clare, L. (2004). You still feel different: The experience and meaning of women's self-injury in the context of a lesbian or bisexual identity. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 14*(2), 70-84.

<https://doi.org/10.1002/casp.764>

Aleshire, M. E., Ashford, K., Fallin-Bennett, A., & Hatcher, J. (2018). Primary Care Providers' Attitudes Related to LGBTQ People: A Narrative Literature Review. *Health Promotion Practice, 20*(2), 173–187.

<https://doi.org/10.1177/1524839918778835>

Ard K. L., Makadon H. J. (2013). Improving the health care of lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people: Understanding and eliminating health disparities.

Retrieved from [http://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/12-054\\_lgbthealtharticle\\_v3\\_07-09-12.pdf](http://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/12-054_lgbthealtharticle_v3_07-09-12.pdf)

Baams, L., Grossman, A. H., & Russell, S. T. (2015). Minority stress and mechanisms of risk for depression and suicidal ideation among lesbian, gay, and bisexual youth.

*Developmental Psychology, 51*(5), 688–696. <https://doi.org/10.1037/a0038994>

Batejan, K. L., Jarvi, S. M., & Swenson, L. P. (2014). Sexual Orientation and Non-Suicidal Self-Injury: A Meta-Analytic Review. *Archives of Suicide Research, 19*(2), 131–

150. <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.957450>

Bobbe, J. (2002). Treatment with Lesbian Alcoholics: Healing Shame and Internalized

Homophobia for Ongoing Sobriety. *Health & Social Work*, 27(3), 218–222.

<https://doi.org/10.1093/hsw/27.3.218>

Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55– 64.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>

Carvalho CB, Motta C, Sousa M, Cabral J. Biting myself so I don't bite the dust: prevalence and predictors of deliberate self-harm and suicide ideation in Azorean youths. *Rev Bras Psiquiatr*. 2017; 39(3), 252–62. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1923>.

Cecy, D. W. P., Antunes, M. C., & De Souza Wanderbroocke, A. C. N. (2024).

HOMOFOBIA INTERNALIZADA e SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. *Hygeia - Revista Brasileira De Geografia Médica E Da Saúde*, 20, e2074. <https://doi.org/10.14393/hygeia2071254>

Chen, D., Ying, J., Zhou, X., Wu, H., Shen, Y., & You, J. (2022). Sexual Minority Stigma and Nonsuicidal Self-Injury Among Sexual Minorities: the Mediating Roles of Sexual Orientation Concealment, Self-Criticism, and Depression. *Sexuality Research and Social Policy*, 19(4), 1690–1701. <https://doi.org/10.1007/s13178-022-00745-4>

Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>

Costa, P. A., Caldeira, S., Fernandes, I., Rita, C., Pereira, H., & Leal, I. (2013). Atitudes da

- população portuguesa em relação à homoparentalidade. *Psicologia Reflexão E Crítica*, 26(4), 790–798. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722013000400020>
- D’Agostino, A., Boni, M., Aportone, A., Pepi, R., & Monti, M. R. (2020). Direct and indirect self-injury: Is it really all the same? *DOAJ (DOAJ: Directory of Open Access Journals)*. <https://doi.org/10.6092/2282-1619/mjcp-2434>
- Da Silva Oliveira Neto, J., & Júnior, J. F. M. (2023). Homofobia internalizada: revisão sistemática de estudos em contextos universitários (2000-2020). *Folios*, 58, 3–16. <https://doi.org/10.17227/folios.58-15905>
- De Souza, D. C., Duque, A. D. N., De Castro, I. G., & Da Silva Mesquita, I. (2019). A produção literária sobre homofobia internalizada. *Revista Brasileira De Estudos Da Homocultura*, 2(5), 171–189. <https://doi.org/10.31560/2595-3206.2019.5.9937>
- Dumas, R. E., & Pepper, C. M. (2023). Bisexual-specific minority stress in nonsuicidal self-injury: The mediating role of perceived burdensomeness. *Journal of Affective Disorders Reports*, 13, 100608. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100608>
- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., Gomes, H. S., & Sampaio, D. (2018). How Do Families Represent the Functions of Deliberate Self-Harm? A Comparison between the Social Representations from Adolescents and Their Parents. *Archives of Suicide Research*, 24 (sup1), 173–189. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1545713>
- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., & Gomes, H. S. (2019a). Development and factorial validation of the inventory of Deliberate Self-Harm behaviours for Portuguese adolescents. *Psychiatric Quarterly*, 90(4), 761–776. <https://doi.org/10.1007/s11126->

- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., Gomes, H. S., & Sampaio, D. (2019b). Social representations about the functions of deliberate self-harm: Adolescents and parents. *Journal of Adolescence*, *73*(1), 113–121.  
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.05.001>
- Duarte, T. A., Paulino, S., Almeida, C., Gomes, H. S., Santos, N., & Gouveia-Pereira, M. (2019). Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry Research*, *287*, 112553. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112553>
- Dunlop, B. J., Hunter, C., Shafti, M., Coleman, S. E., Hartley, S., & Taylor, P. J. (2021). 'Why is it so different now I'm bisexual?': young bisexual people's experiences of identity, belonging, self-injury, and COVID19. *Psychology and Sexuality*, *13*(3), 756–773. <https://doi.org/10.1080/19419899.2021.1924241>
- Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., Strange, H., & Scourfield, J. (2017). Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review*, *82*, 122–129.  
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.09.020>
- Fehling, K. B. (2019). *An ecological momentary assessment study of sexual minority stress and nonsuicidal self-injury in sexual minority adults* [Unpublished Masters Dissertation] Rutgers The State University of New Jersey, School of Graduate

Studies. <https://doi.org/10.7282/t3-jc wd-v490>

Feinstein, B. A., Mereish, E. H., Mamey, M. R., Chang, C. J., & Goldbach, J. T. (2022).

Age differences in the associations between outness and suicidality among LGBTQ+ youth. *Archives of Suicide Research*, 27(2), 734–748.

<https://doi.org/10.1080/13811118.2022.2066493>

Feldman, S. E., & Wright, A. J. (2013). Dual impact: Outness and LGB Identity Formation on Mental health. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 25(4), 443–464.

<https://doi.org/10.1080/10538720.2013.833066>

Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2009). Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1),

97–109. <https://doi.org/10.1037/a0012844>

Frost, D. M. (2011). Social Stigma and its Consequences for the Socially Stigmatized.

*Social and Personality Psychology Compass*, 5(11), 824–839.

<https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00394.x>

Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 51, 101579.

<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101579>

Gonçalves, S. F., Martins, C., Rosendo, A. P., Machado, B. C., & Silva, E. (2012). Self-injurious behavior in Portuguese adolescents. *PubMed*, 24(4), 536–541.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23079348>

Igartua, K. J., Gill, K., & Montoro, R. (2003). Internalized homophobia: a factor in

depression, anxiety, and suicide in the gay and lesbian population. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 22(2), 15–30. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2003-0011>

Joseph, J. T. (2023). Queer Affirmative approach in Mental health: A need of the hour in Indian mental health care. *Journal of Psychosexual Health*, 5(2), 114–118. <https://doi.org/10.1177/26318318231181697>

Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements about Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215–219. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>

Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 22–27. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.1.22>

Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal Self-Injury: What we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 565–568. <https://doi.org/10.1177/070674371405901101>

Lee, J., Chang, Y., Tsai, C., & Yen, C. (2022). Internalized Sexual Stigma among Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals in Taiwan: Its Related Factors and Association with Mental Health Problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2427. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042427>

- Liu, R. T., Sheehan, A. E., Walsh, R. F., Sanzari, C. M., Cheek, S. M., & Hernandez, E. M. (2019). Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 74*, 101783. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101783>
- Martos, A. J., Nezhad, S., & Meyer, I. H. (2014). Variations in sexual identity milestones among lesbians, gay men, and bisexuals. *Sexuality Research and Social Policy, 12*(1), 24–33. <https://doi.org/10.1007/s13178-014-0167-4>
- McCartney, J. T. (2016). *Self-harm and lesbian, gay, bisexual, transgender and questioning (LGBTQ) people: A systematic review* [Unpublished Clinical Health Psychology Masters Dissertation]. University of Strathclyde, Glasgow, UK.
- McEvoy, D., Brannigan, R., Cooke, L., Butler, E., Walsh, C., Arensman, E., & Clarke, M. (2023). Risk and protective factors for self-harm in adolescents and young adults: An umbrella review of systematic reviews. *Journal of Psychiatric Research, 16*(8), 353–380. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.10.017>
- McKay, B. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender health issues, disparities, and information resources. *Medical Reference Services Quarterly, 30*(4), 393–401. <https://doi.org/10.1080/02763869.2011.608971>
- McLaren, S. (2015). The interrelations between internalized homophobia, depressive symptoms, and suicidal ideation among Australian gay men, lesbians, and bisexual women. *Journal of Homosexuality, 63*(2), 156–168. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1083779>

- Meidlinger, P. C., & Hope, D. A. (2014). Differentiating disclosure and concealment in measurement of outness for sexual minorities: The Nebraska Outness Scale. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*(4), 489–497. <https://doi.org/10.1037/sgd0000080>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H. (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>
- Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2*(3), 209–213. <https://doi.org/10.1037/sgd0000132>
- Michaels, M. S., Parent, M. C., & Torrey, C. L. (2015). A minority stress model for suicidal ideation in gay men. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46*(1), 23–34. <https://doi.org/10.1111/sltb.12169>
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and

young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies.

*International Journal of Public Health*, 64(2), 265–283.

<https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>

Mohr, J. J., & Fassinger, R. E. (2003). Self-acceptance and self-disclosure of sexual orientation in lesbian, gay, and bisexual adults: An attachment perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 50(4), 482–495. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.4.482>

Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 1019–1029. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.003>

Nickels, S. J. (2013). *The role of the social environment in non-suicidal self-injury among LGBTQ youth: A mixed methods study* [Masters Dissertation]. <https://digitalcommons.du.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1991&context=etd>

Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. American Psychological Association, 9–18. <https://doi.org/10.1037/11875-001>

Pineda-Roa, C. A. (2019). Risk factors for suicidal ideation in a sample of Colombian adolescents and young adults who self-identify as homosexuals. *Revista Colombiana De Psiquiatría (English Ed)*, 48(1), 2–9. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2018.12.007>

- Plöderl, M., Sellmeier, M., Fartacek, C., Pichler, E., Fartacek, R., & Kralovec, K. (2014). Explaining the Suicide Risk of Sexual Minority Individuals by Contrasting the Minority Stress Model with Suicide Models. *Archives of Sexual Behavior*, *43*(8), 1559–1570. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0268-4>
- Puckett, J. A., Newcomb, M. E., Ryan, D. T., Swann, G., Garofalo, R., & Mustanski, B. (2016). Internalized Homophobia and Perceived Stigma: a Validation Study of Stigma Measures in a Sample of Young Men who Have Sex with Men. *Sexuality Research and Social Policy*, *14*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1007/s13178-016-02585>
- Reddy, N., Silver, C. & Whitlock, J.L. (2016). The Relationship between NSSI and LGBTQ Identities. Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery. Cornell University. Ithaca, NY
- Rehman, Z., Lopes, B., & Jaspal, R. (2020). Predicting self-harm in an ethnically diverse sample of lesbian, gay and bisexual people in the United Kingdom. *International Journal of Social Psychiatry*, *66*(4), 349–360. <https://doi.org/10.1177/0020764020908889>
- Reinhardt, M., Kökönyei, G., Rice, K. G., Drubina, B., & Urbán, R. (2021). Functions of nonsuicidal self-injury in a Hungarian community adolescent sample: a psychometric investigation. *BMC Psychiatry*, *21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03613-4>
- Rentería, R., Feinstein, B. A., Dyar, C., & Watson, R. J. (2022). Does outness function the same for all sexual minority youth? Testing its associations with different aspects of

well-being in a sample of youth with diverse sexual identities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 10(3), 490–497.

<https://doi.org/10.1037/sgd0000547>

Rosario, M., Schrimshaw, E. W., Hunter, J., & Gwadz, M. (2002). Gay-related stress and emotional distress among gay, lesbian and bisexual youths: A longitudinal examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 967–975.

<https://doi.org/10.1037/0022-006x.70.4.967>

Semlyen, J., & Rohleder, P. (2021). Critical psychology perspectives on LGBTQ+ mental health: current issues and interventions. *Psychology and Sexuality*, 13(5), 1105–

1108. <https://doi.org/10.1080/19419899.2021.2019961>

Sileo, K. M., Baldwin, A., Huynh, T. A., Olfers, A., Woo, J., Greene, S. L., Casillas, G. L., & Taylor, B. S. (2022). Assessing LGBTQ+ stigma among healthcare professionals: An application of the health stigma and discrimination framework in a qualitative, community-based participatory research study. *Journal of Health Psychology*, 27(9),

2181–2196. <https://doi.org/10.1177/13591053211027652>

Spooner, R., & Cleveland, M. (2023). Exploring lesbian internalised homophobia and self-harming: A thematic analysis. *Psychology of Women and Equalities Section Review*,

6(2), 12–23. <https://doi.org/10.53841/bpspowe.2023.6.2.12>

Swannell, S., Martin, G., & Page, A. (2015). Suicidal ideation, suicide attempts and non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and heterosexual adults: Findings from an Australian national study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*,

50(2), 145–153. <https://doi.org/10.1177/0004867415615949>

Szymanski, D. M., & Sung, M. R. (2010). Minority stress and psychological distress among Asian American sexual minority persons. *The Counseling Psychologist, 38*(6), 848–872. <https://doi.org/10.1177/0011000010366167>

Tie, B., Tang, C., Ren, Y., Cui, S., & He, J. (2022). Internalized homophobia, body dissatisfaction, psychological distress, and nonsuicidal self-injury among young sexual minority men in China. *LGBT Health, 9*(8), 555–563. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2022.0007>

Watson, C., & Tatnell, R. (2019). Resilience and non-suicidal self-injury in LGBTQIA+ people: Targets for prevention and intervention. *Current Psychology, 41*(1), 307–314. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00573-7>

Weber-Gilmore, G., Rose, S., & Rubenstein, R. (2012). The impact of internalized homophobia on outness for lesbian, gay, and bisexual individuals. *The Professional Counselor, 1*(3), 163–175. <https://doi.org/10.15241/gwv.1.3.163>

Williams, D. Y., Hall, W. J., Dawes, H. C., Srivastava, A., Radtke, S. R., Ramon, M., Bouchard, D., Chen, W., & Goldbach, J. T. (2023). Relationships between internalized stigma and depression and suicide risk among queer youth in the United States: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 14*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1205581>

Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Abrams, G. B., Marchell, T., Kress, V., Girard, K., Chin, C., & Knox, K. (2011). Nonsuicidal self-

injury in a college population: general trends and sex differences. *Journal of American College Health*, 59(8), 691–698.

<https://doi.org/10.1080/07448481.2010.529626>

Worthen, M. G. F. (2023). Queer identities in the 21st century: Reclamation and stigma. *Current Opinion in Psychology*, 49.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101512>

## **Anexos**

### **Anexo A- Revisão de Literatura**

#### **1.1 Autolesão não suicida**

A autolesão não suicida (ALNS) pode ser definida como um comportamento intencional e auto infligido, não aceite socialmente que visa causar dano ou destruição corporal e sem intencionalidade suicida (Cipriano et al., 2017; Duarte et al., 2019; Klonsky et al., 2014; Liu et al., 2019; Rehman et al., 2020). A ALNS, apesar de ser particularmente frequente nos adolescentes, com uma prevalência de 36%, continua a ser uma preocupação relevante na população adulta, sendo que, cerca de 6% dos adultos reportou história de ALNS (Klonsky et al., 2014). Ao nível do panorama português, os adolescentes apresentam taxas de prevalência de ALNS ao longo da vida entre os 7.3% e os 30% tendo-se magoado intencionalmente pelo menos uma vez (Duarte et al., 2018; Duarte et al., 2019a; Duarte et al., 2019b).

Os métodos mais comuns são o cortar, queimar, bater em si mesmo, morder, impedir que as feridas saiem, espetar agulhas, beliscar, puxar/arrancar cabelo, arranhões severos e ingestão de produtos químicos com intenção de magoar, podendo ser utilizados múltiplos métodos pela mesma pessoa (Klonsky & Glenn, 2009). Investigação feita em Portugal concluiu que os métodos mais comuns a nível nacional são cortar, arranhar, morder e bater em si mesmo (Carvalho et al., 2017; Duarte et al., 2019a; Gonçalves et al., 2012).

Whitlock e colaboradores (2008) definiram três categorias para a ALNS: ALNS superficial, que envolve comportamentos com potencial para dano do tecido superficial, como arranhar ou prevenir as feridas de saírem intencionalmente; ALNS moderada, que engloba

comportamentos que podem causar hematomas ou danos ligeiros nos tecidos, como esmurrar ou bater em si próprio ou noutros objetos; e ALNS severa, que se refere a comportamentos com potencial de danos graves, como cortar, queimar ou ingerir substâncias cáusticas.

Existem várias funções psicológicas subjacentes à ALNS, sendo que a maior parte dos sujeitos com estes comportamentos reporta utilizá-los como forma de aliviar emoções negativas estando associados a dificuldades de regulação emocional (Fehling, 2019).

Segundo vários autores (e.g. Duarte et al., 2019b; Klonsky & Olin, 2008), existem duas dimensões distintas de funções da ALNS. Uma das dimensões está relacionada com as funções interpessoais, onde estes comportamentos são reforçados socialmente, incluindo funções como autonomia, influência interpessoal, fronteiras interpessoais, autocuidado, ligação aos pares, vingança, procura de sensações (Duarte et al., 2019b; Klonsky e Glenn, 2009). A outra dimensão é a das funções intrapessoais, a autorregulação do afeto, anti-dissociação, simbolização do sofrimento, mecanismo introspetivo, mecanismos de fuga e autopunição (Duarte et al., 2019b; Klonsky e Glenn, 2009). A literatura indica que as funções intrapessoais são mais prevalentes, destacando-se especialmente a autorregulação do afeto e, o uso de mecanismos de fuga e autopunição (Duarte et al., 2019b; Swannell et al., 2008). Essas funções são apontadas como preditores do uso de estratégias multimétodo nessa conduta e da sua gravidade (Reinhardt et al., 2021).

A ALNS pode estar associada a outras perturbações, nomeadamente, perturbações depressivas, perturbação obsessiva compulsiva, perturbações de ansiedade, perturbação de personalidade *borderline* e perturbações do comportamento alimentar (Cipriano et al., 2017). Outros estudos demonstram que ALNS está associada, também, a impulsividade, défice de atenção, abuso de substâncias, perturbação de *stress* pós-traumático e ideação suicida (Klonsky &

Glenn, 2009; Mendez et al., 2022; Nock, 2009).

Na revisão sistemática de MCEvoy e colaboradores (2023), foram identificados os principais fatores de risco para os comportamentos autolesivos nos adolescentes e jovens adultos. Foram identificadas cinco categorias: 1) Fatores de risco psiquiátricos ou psicológicos, sendo os mais identificados a depressão, ansiedade, outras perturbações como a perturbação bipolar, exposição à ALNS por parte de familiares ou amigos, perturbações de personalidade, entre outros (Miranda-Mendizabal et al., 2019); 2) Fatores de risco relacionados com eventos adversos da vida, como a negligência ou abuso infantil, o *bullying*, separação dos pais e traumas (Miranda-Mendizabal et al., 2019); 3) Fatores de risco comportamentais, incluindo o uso de substâncias e álcool (Miranda-Mendizabal et al., 2019); 4) Fatores de risco ambientais e sociais, como dinâmicas familiares negativas, falta de suporte social, e discriminação (Evans et al., 2017); 5) Fatores de risco individuais, englobando as diferenças de género e a pertença à comunidade LGBTQIA+ (Batejan et al., 2015).

### ***1.1.2 Autolesão não suicida na comunidade LGBTQIA+***

A Comunidade LGBTQIA+ engloba pessoas que, pelas suas características relativas à sua orientação sexual e identidade de género, fogem à norma cisgénero e heteronormativa. A sigla LGBTQIA+ é utilizada para designar, L (Lésbica), G (*Gay*), T (Transgénero), Q (*Queer*), I (Intersexo), A (Assexual), sendo + representativo à abertura às diversas possibilidades de orientação sexual e identidade de género (Joseph, 2023).

O termo *queer* é utilizado para expressar uma variedade de identidades não heteronormativas e fora da conceção binária de género. Durante muito tempo, este termo foi utilizado com uma conotação pejorativa, tendo sido reivindicado pela comunidade LGBTQIA+, servindo agora como um termo guarda-chuva abrangendo todas as identidades e orientações

sexuais (Worthen, 2023). Já o termo plurissexual refere-se a pessoas que sintam atração sexual e/ou romântica por mais do que um gênero (Costa, 2023).

Quando se fala de comportamentos autolesivos na comunidade LGBTQIA+, as elevadas taxas de suicídio e de história de ALNS não são surpreendentes devido às dificuldades não só de saúde mental, como também, de saúde física que estes indivíduos enfrentam (Fehling, 2019; Liu et al., 2019). Comparando com a população heterossexual as pessoas *queer* são mais prováveis de experienciar depressão, ansiedade, abuso de substâncias, entre outros problemas psiquiátricos, este risco é elevado pela discriminação (Fehling, 2019, Liu et al., 2019; Williams et al., 2023).

A literatura tem concluído que pessoas *queer* são mais propensas a ter história de ALNS que indivíduos cisgênero heterossexuais (Liu et al., 2019; Williams et al., 2023). A prevalência de comportamentos autolesivos na população LGBTQIA+ é de 59.4% comparando com a população heterossexual com valores entre os 12 e os 23% (McCartney, 2016; Williams et al., 2023). Um estudo com estudantes universitários com uma orientação sexual diferente da heterossexualidade concluiu que estes apresentam 2.6 vezes mais risco de terem história de comportamentos autolesivos. Ao analisarem orientações plurissexuais como a bissexualidade, a taxa aumenta para um risco de 3.8% maior que as outras sexualidades (Whitlock, et al., 2011).

A pesquisa de Reddy e colaboradores (2016) sugere que ser *queer* leva a uma maior história de ALNS, visto que, os comportamentos autolesivos servem como mecanismo para lidar com a tensão e discriminação que sofrem devido à sua identidade. Estes comportamentos podem também ser exacerbados por uma variedade de outros desafios de vida que levam a sentimentos de ódio internalizado e sofrimento emocional, ambos fatores de risco de história de ALNS. No estudo de Reddy e colaboradores (2016) foram identificados outros desafios que levam à história de ALNS, incluindo: a) experiências de vida stressantes ou traumáticas, incluindo a família, que pode ser vista como um fator de suporte e proteção para as pessoas *queer*, mas também como

uma fonte de abuso e rejeição; b) o sentimento de ser diferente que muitas vezes resulta de um ambiente que desaprova, implícita ou explicitamente, a identidade *queer* de alguém, o que leva a sentimentos de isolamento, ódio internalizado e baixa autoestima. c) a invalidação ou ocultação da identidade *queer*, devido à expectativa de ser julgado, rejeitado ou ignorado. Estas experiências desencorajam formas saudáveis de lidar com a situação como pedir ajuda, podendo manifestar-se em história de ALNS, para compensar o *stress* (Reddy et al., 2016).

Alexander & Clare (2004), chamam a atenção para o facto de estes desafios de vida estarem presentes até nas pessoas que têm história de ALNS e não se identificam como *queer*, mas as pessoas *queer* que têm história de ALNS apresentam maiores níveis de *stress* devido à sua identidade marginalizada.

A literatura demonstra que existem diferenças na história de ALNS consoante a orientação sexual dos indivíduos. Alguns estudos demonstram que pessoas que se identificam como lésbicas têm maior probabilidade de ter história de ALNS relativamente a pessoas que se identificam como *gays* (McCartney, 2016; Rehman et al., 2020). Outras investigações concluíram que indivíduos que se identificam como bissexuais apresentam um maior risco de história de ALNS, comparado aos participantes que se identificam como lésbicas ou *gays*, e que mulheres que se identificam como bissexuais têm um risco maior de apresentar história de ALNS quanto a indivíduos de outras minorias sexuais, com metade destas participantes a reportarem história de ALNS (Batejan et al., 2015; Dumas & Pepper, 2023).

## **1.2 Modelo do *Stress* Minoritário**

A elevada prevalência de comportamentos autolesivos na comunidade LGBTQIA+ pode ser compreendida à luz do Modelo do *Stress* Minoritário. Segundo Meyer (2013), este modelo refere-se às dificuldades, tensões e *stress* que alguns indivíduos enfrentam devido ao facto de

pertencerem a um grupo estigmatizado e desvalorizado pela sociedade (e.g. mulheres, minorias étnicas e raciais, ou minorias sexuais). Estes sujeitos, enfrentam, portanto, stressores únicos e crônicos durante as suas interações interpessoais diárias e nas instituições sociais, o que aumenta a probabilidade de sofrimento psicológico e consequências negativas relacionadas (Meyer, 2013). Este modelo assenta, então, no princípio de que o estigma e o preconceito contra um grupo estigmatizado provocam stressores específicos que desencadeiam respostas prejudiciais à saúde física e mental (Meyer, 2003; 2015).

O modelo do *stress* minoritário mostra que os processos de *stress* minoritário são compreendidos ao longo de um contínuo que engloba quer situações geradoras de stress distal ou externo, como também, situações geradoras de *stress* proximal ou interno (Mayer, 2003). Os stressores proximais remetem para processos que surgem da socialização onde há uma internalização do estigma via processos cognitivos e afetivos. Essa internalização resulta na rejeição da própria identidade do indivíduo. Exemplos deste tipo de stressores são a homofobia internalizada, a expectativa de rejeição e a ocultação da identidade (Frost, 2011). Já os distais, remetem para eventos externos originados por pessoas ou instituições que impactam estes indivíduos. Exemplos deste tipo de stressores são a discriminação, microagressões, crimes de ódio, leis e políticas discriminatórias, etc (Frost, 2011).

Com base em experiências anteriores, as pessoas LGBTQIA+ esperam um tratamento negativo por parte dos outros (Frost, 2011). Podem estar constantemente vigilantes para possíveis eventos de discriminação e, esta hipervigilância, pode esgotar os seus recursos cognitivos e causar *stress* (Meyer, 2003). Além disso, em resposta ao estigma antecipado, os indivíduos LGBTQIA+ acabam por escolher alterar a sua forma de se exprimir ou de se apresentar, de forma a ocultar a sua identidade *queer*, diminuindo assim a probabilidade de sofrerem de discriminação (Fehling, 2019). Estes stressores, experiências de estigmatização e as expectativas de que este

tipo de tratamento continuará a ocorrer, contribuem para uma elevada prevalência de problemas de saúde mental, como por exemplo, depressão, ideação suicida e história de ALNS (Baams et al., 2015; Newcomb & Mustanski, 2010; Watson & Tatnell, 2019).

No presente estudo, iremos estudar os stressores proximais ou internos que afetam a comunidade LGBTQIA+, mais especificamente a homofobia internalizada e o *outness*. O foco nestas duas variáveis é crucial, visto que impactam significativamente a saúde mental e o comportamento dos indivíduos *queer*. A literatura demonstra que os sentimentos e comportamentos negativos associados à homofobia internalizada podem ter uma influência mais dolorosa e disruptiva na saúde mental dos indivíduos *queer* do que as formas externas de opressão, como o preconceito e a discriminação (Bobbe, 2002; Pineda-Roa, 2019;). Outros estudos demonstram que o *outness* pode ser simultaneamente um fator de risco para problemas de saúde mental, nomeadamente ideação suicida na população *queer*, uma vez que está associado à experiência de discriminação e vitimização; como também um fator de proteção, uma vez que proporciona um sentido de comunidade e acesso ao apoio social (Feinstein et al., 2024; Plöderl et al., 2014).

### **1.2.1 Homofobia Internalizada**

A homofobia internalizada (HI) é um processo psicossocial que se refere à internalização de conjunto de atitudes e preconceitos negativos relativamente à orientação sexual não heteronormativa nos outros e no próprio indivíduo que se identifica como *queer*, como resultado direto das mensagens homofóbicas presentes na sociedade (Frost & Meyer, 2009). Este estigma interno que um indivíduo tem de si próprio, leva à desvalorização e rejeição do *self*, o que resulta em conflitos internos e baixa autoestima e, na forma mais extrema, na rejeição da própria orientação sexual. Desta forma, a HI é a apreensão do preconceito social e contextual por parte

das pessoas *queer* que passam a negar a sua própria identidade como forma de se adaptar à heteronormatividade (Cecy et al., 2024).

A HI tem várias dimensões, sendo elas, atitudes negativas globais relativas a orientações sexuais fora da heteronormatividade, desconforto com a abertura da orientação sexual, desconexão da própria comunidade e desconforto com atividades sexuais entre parceiros do mesmo gênero (Mclaren, 2015). Todas estas dimensões levam a um sentimento de mal-estar com o próprio e a consequências a nível de saúde mental. A HI resulta muitas vezes em depressão, isolamento social, ansiedade, ideação suicida, entre outros (Cecy et al., 2024; De Souza et al., 2019; Da Silva Oliveira Neto & Júnior, 2023).

A literatura demonstra que existe uma relação entre a HI e a história de ALNS. O estudo de Tie e colaboradores (2022), realizado na china com uma amostra de homens *queer*, concluiu que a homofobia internalizada é um fator de risco para a história de ALNS. Outro estudo (Spooner & Cleveland, 2023) com mulheres lésbicas revelou que as participantes demonstraram que a HI era um dos fatores por detrás dos seus comportamentos autolesivos, sendo estes uma forma de lidar com a HI.

### **1.2.2 Outness**

O *outness* diz respeito à revelação ou ocultação da orientação sexual, ou seja, o grau de abertura de uma pessoa *queer* quanto à sua sexualidade (Meidlinger & Hope, 2014). Pode ser descrito como um marco chave no desenvolvimento da sexualidade para as pessoas *queer*, visto que facilita a conexão e sentimentos de pertença com a sua comunidade, fortalecendo as relações interpessoais e melhorando o bem-estar (Frost & Meyer, 2009).

Estar aberto acerca da orientação sexual, não é um evento singular, mas sim uma série de experiências individuais. Em alguns casos a revelação de uma identidade estigmatizada pode ser

recebida com aceitação e compreensão, mas noutros casos, mesmo que seja libertadora, pode ser emocionalmente tumultuosa e levar a stressores interpessoais (Martos et al., 2014). “Sair do armário” tende a ser um processo contínuo, à medida que alguns indivíduos podem ou não divulgar a sua orientação sexual nas várias áreas da sua vida, incluindo círculos de amizade, no trabalho, a profissionais de saúde ou à família (Feldman & Wright, 2013).

Teorias como o Modelo do Stress Minoritário, tendem a enfatizar os benefícios de ser aberto relativamente à própria orientação sexual, mas esta abertura também pode levar a resultados negativos, como a, discriminação e vitimização resultante dessa divulgação (Feinstein et al., 2024). Segundo Meyer (2003), o *outness* é comumente conceptualizado como um stressor minoritário que confere risco para comportamentos autolesivos, depressão entre outros problemas de saúde mental.

A literatura demonstra que o *outness* pode ser tanto um fator de risco como de proteção no que toca à saúde mental. Alguns estudos demonstram que estar mais aberto relativamente à orientação sexual trás vários benefícios para a saúde mental da população LGBTQIA+, mostrando uma melhora na autoestima e diminuição de sintomas depressivos, ansiedade e comportamentos autolesivos (Feldman & Wright, 2013; Szymanski & Sung, 2010). Já outro estudo reportou que os níveis mais elevados de *outness* estão significativamente associados a uma maior probabilidade de ocorrer em tentativa de suicídio ou comportamentos autolesivos entre indivíduos *queer*, devido às reações negativas por parte da família, pares, e sociedade em geral (Feinstein et al., 2024).

### **1.3 O Presente Estudo**

Uma vez que a população *queer* enfrenta desafios específicos, como a homofobia internalizada e o *outness*, que podem contribuir para a história de ALNS, torna-se relevante

compreender de que forma estes fenómenos interagem. Estudar estas variáveis pode contribuir para a criação de intervenções, programas de apoio e políticas públicas voltadas para pessoas *queer*, para além de que estes conhecimentos são essenciais para os profissionais de saúde mental, ajudando-os a identificar os riscos específicos desta população e a desenvolver intervenções mais eficazes e adaptadas às suas necessidades (Feinstein et al., 2024; Swannell et al., 2015).

Contudo, são escassos os estudos que tenham focado estes fenómenos e, a nível nacional, não foram encontrados estudos que tenham explorado a relação entre os stressores minoritários proximais e a história de ALNS, sendo que os estudos existentes têm como foco stressores distais, como a discriminação. Assim, este estudo tinha como principal objetivo compreender como a homofobia internalizada e o *outness* podem estar associados à história de autolesão não-suicida em indivíduos *queer*. Paralelamente, pretendeu-se explorar a relação entre estas variáveis e diferentes orientações sexuais.

A literatura tem vindo a comparar o risco de história de ALNS entre a população heterossexual e a população *queer*, com vários estudos a indicarem que indivíduos que se identificam como *queer* apresentam um maior risco de ter uma história de ALNS e ideação suicida comparativamente aos indivíduos heterossexuais (Batejan et al., 2015; Swannell et al., 2016). Assim, espera-se que indivíduos *queer* apresentem uma maior história de ALNS comparativamente aos indivíduos heterossexuais (Hipótese 1).

A literatura sobre como *outness* se manifesta consoante as várias orientações sexuais mostra que indivíduos *gays* e *lésbicas* tendem a ter maior *outness*, seguidos por indivíduos *queer* e *pansexuais*, enquanto pessoas *bissexuais* e *assexuais* apresentam níveis mais baixos (Weber-Gilmore et al., 2012; Renteria et al., 2023). Por acréscimo, pesquisas sobre o estigma sexual internalizado indicam que os jovens *bissexuais* enfrentam mais estigma sexual internalizado do

que *gays* e lésbicas, e que sofrem maior preconceito e instabilidade de orientação sexual (Lee et al., 2022; Rosario et al., 2002). A literatura sobre as diferenças na história de ALNS entre as diversas orientações sexuais demonstra que pessoas com uma orientação sexual pluri-ssexual, enfrentam mais estigma e stressores do que pessoas *gays* ou lésbicas, frequentemente experimentando esses stressores dentro da própria comunidade (Fehling, 2019). Isso resulta em taxas particularmente elevadas de problemas de saúde mental, como depressão, ideação suicida e história de ALNS. Assim, espera-se que indivíduos que se identificam com uma orientação sexual pluri-ssexual (bissexual, pansexual, etc.), irão apresentar mais história de ALNS (Hipótese 2), maiores níveis de HI (Hipótese 3) e menores níveis de *outness* (Hipótese 4).

A literatura revela que existe uma relação entre a HI e os comportamentos autolesivos, com vários estudos a indicarem que indivíduos com altos níveis de HI são mais propensos à ideação suicida e a história de comportamentos autolesivos (Igartua et al., 2003; Pineda-Roa, 2019; Rehman et al., 2020). Assim, espera-se que indivíduos *queer*, com níveis mais elevados de HI apresentem mais história de ALNS (Hipótese 5).

Em relação ao *outness*, a literatura sugere que, embora inicialmente possa ser um fator de risco para ideação suicida, devido à associação com discriminação e vitimização, também pode funcionar como fator de proteção ao proporcionar um senso de comunidade e apoio social (Plöderl et al., 2014). O estudo de Michaels (2015) com homens *gays* e bissexuais mostrou que os indivíduos menos abertos sobre sua orientação sexual têm mais sintomas depressivos e maior risco de ideação suicida. Outros estudos indicam que indivíduos que não se assumem nos vários contextos como o trabalho têm maior probabilidade de desenvolver história de ALNS (Renteria et al., 2023). Assim, espera-se que indivíduos com maiores níveis de *outness* apresentem menos história de ALNS (Hipótese 6).

A literatura sugere também uma associação entre o *outness* e a HI, o estudo de Weber-Gilmore e colaboradores (2012) demonstrou que a HI leva a um menor *coming out* dos indivíduos perante colegas, amigos e familiares. Assim espera-se que indivíduos com mais HI tenham menos *outness* (Hipótese 7).

### Referências

- Alexander, N., & Clare, L. (2004). You still feel different: the experience and meaning of women's self-injury in the context of a lesbian or bisexual identity. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 14*(2), 70–84.  
<https://doi.org/10.1002/casp.764>
- Baams, L., Grossman, A. H., & Russell, S. T. (2015). Minority stress and mechanisms of risk for depression and suicidal ideation among lesbian, gay, and bisexual youth. *Developmental Psychology, 51*(5), 688–696. <https://doi.org/10.1037/a0038994>
- Batejan, K. L., Jarvi, S. M., & Swenson, L. P. (2014). Sexual Orientation and Non-Suicidal Self-Injury: A Meta-Analytic Review. *Archives of Suicide Research, 19*(2), 131–150. <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.957450>
- Bobbe, J. (2002). Treatment with Lesbian Alcoholics: Healing Shame and Internalized Homophobia for Ongoing Sobriety. *Health & Social Work, 27*(3), 218–222.  
<https://doi.org/10.1093/hsw/27.3.218>
- Carvalho CB, Motta C, Sousa M, Cabral J. Biting myself so I don't bite the dust:

prevalence and predictors of deliberate self-harm and suicide ideation in Azorean youths. *Rev Bras Psiquiatr.* 2017; 39(3):252–62. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1923>.

Cecy, D. W. P., Antunes, M. C., & De Souza Wanderbroocke, A. C. N. (2024).

HOMOFOBIA INTERNALIZADA e SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. *Hygeia - Revista Brasileira De Geografia Médica E Da Saúde*, 20, e2074. <https://doi.org/10.14393/hygeia2071254>

Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>

Costa, P. A., Caldeira, S., Fernandes, I., Rita, C., Pereira, H., & Leal, I. (2013). Atitudes da população portuguesa em relação à homoparentalidade. *Psicologia Reflexão E Crítica*, 26(4), 790–798. <https://doi.org/10.1590/s0102-7972201300040002>

Da Silva Oliveira Neto, J., & Júnior, J. F. M. (2023). Homofobia internalizada: revisão sistemática de estudos em contextos universitários (2000-2020). *Folios*, 58, 3–16. <https://doi.org/10.17227/folios.58-15905>

De Souza, D. C., Duque, A. D. N., De Castro, I. G., & Da Silva Mesquita, I. (2019). A produção literária sobre homofobia internalizada. *Revista Brasileira De Estudos Da Homocultura*, 2(5), 171–189. <https://doi.org/10.31560/2595-3206.2019.5.9937>

Dumas, R. E., & Pepper, C. M. (2023). Bisexual-specific minority stress in nonsuicidal self-injury: The mediating role of perceived burdensomeness. *Journal of Affective Disorders Reports*, 13, 100608. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100608>

- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., Gomes, H. S., & Sampaio, D. (2018). How Do Families Represent the Functions of Deliberate Self-Harm? A Comparison between the Social Representations from Adolescents and Their Parents. *Archives of Suicide Research, 24* (sup1), 173–189. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1545713>
- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., & Gomes, H. S. (2019a). Development and factorial validation of the inventory of Deliberate Self-Harm behaviours for Portuguese adolescents. *Psychiatric Quarterly, 90*(4), 761–776. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09660-1>
- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., Gomes, H. S., & Sampaio, D. (2019b). Social representations about the functions of deliberate self-harm: Adolescents and parents. *Journal of Adolescence, 73*(1), 113–121. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.05.001>
- Duarte, T. A., Paulino, S., Almeida, C., Gomes, H. S., Santos, N., & Gouveia-Pereira, M. (2019). Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry Research, 287*, 112553. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112553>
- Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., Strange, H., & Scourfield, J. (2017). Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review, 82*, 122–129. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.09.020>

- Fehling, K. B. (2019). *An ecological momentary assessment study of sexual minority stress and nonsuicidal self-injury in sexual minority adults* [Masters Dissertation] Rutgers The State University of New Jersey, School of Graduate Studies.  
<https://doi.org/10.7282/t3-jc wd-v490>
- Feinstein, B. A., Mereish, E. H., Mamey, M. R., Chang, C. J., & Goldbach, J. T. (2022). Age differences in the associations between outness and suicidality among LGBTQ+ youth. *Archives of Suicide Research*, 2(2), 734–748.  
<https://doi.org/10.1080/13811118.2022.2066493>
- Feldman, S. E., & Wright, A. J. (2013). Dual impact: Outness and LGB Identity Formation on Mental health. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 25(4), 443–464.  
<https://doi.org/10.1080/10538720.2013.833066>
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2009). Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 97–109. <https://doi.org/10.1037/a0012844>
- Frost, D. M. (2011). Social Stigma and its Consequences for the Socially Stigmatized. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(11), 824–839.  
<https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00394.x>
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 51, 101579.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101579>
- Gonçalves, S. F., Martins, C., Rosendo, A. P., Machado, B. C., & Silva, E. (2012). Self-

injurious behavior in Portuguese adolescents. *PubMed*, 24(4), 536–541.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23079348>

Igartua, K. J., Gill, K., & Montoro, R. (2003). Internalized homophobia: a factor in depression, anxiety, and suicide in the gay and lesbian population. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 22(2), 15–30. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2003-0011>

Joseph, J. T. (2023). Queer Affirmative approach in Mental health: A need of the hour in Indian mental health care. *Journal of Psychosexual Health*, 5(2), 114–118. <https://doi.org/10.1177/26318318231181697>

Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements about Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215–219. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107->

Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (1), 22–27. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.1.22>

Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal Self-Injury: What we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 565–568. <https://doi.org/10.1177/070674371405901101>

Lee, J., Chang, Y., Tsai, C., & Yen, C. (2022). Internalized Sexual Stigma among Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals in Taiwan: Its Related Factors and Association with

Mental Health Problems. International. *Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2427. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042427>

Liu, R. T., Sheehan, A. E., Walsh, R. F., Sanzari, C. M., Cheek, S. M., & Hernandez, E. M. (2019). Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: A systematic review and meta-analysis.

*Clinical Psychology Review*, 74, 101783. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101783>

Martos, A. J., Nezhad, S., & Meyer, I. H. (2014). Variations in sexual identity milestones among lesbians, gay men, and bisexuals. *Sexuality Research and Social Policy*, 12(1), 24–33. <https://doi.org/10.1007/s13178-014-0167-4>

McCartney, J. T. (2016). *Self-harm and lesbian, gay, bisexual, transgender and questioning (LGBTQ) people: A systematic review* [Unpublished Clinical Health Psychology Masters Dissertation] University of Strathclyde, Glasgow, UK.

McEvoy, D., Brannigan, R., Cooke, L., Butler, E., Walsh, C., Arensman, E., & Clarke, M. (2023). Risk and protective factors for self-harm in adolescents and young adults: An umbrella review of systematic reviews. *Journal of Psychiatric Research*, 168, 353–380. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.10.017>

McLaren, S. (2015). The interrelations between internalized homophobia, depressive symptoms, and suicidal ideation among Australian gay men, lesbians, and bisexual women. *Journal of Homosexuality*, 63(2), 156–168. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1083779>

Meidlinger, P. C., & Hope, D. A. (2014). Differentiating disclosure and concealment in

measurement of outness for sexual minorities: The Nebraska Outness Scale.

*Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 489–497.

<https://doi.org/10.1037/sgd0000080>

Mendez, I., Sintes, A., Pascual, J. C., Puntí, J., Lara, A., Briones-Buixassa, L., Nicolaou, S.,

Schmidt, C., Romero, S., Fernández, M., Farrés, C. C. I., Soler, J., Santamarina-

Perez, P., & Vega, D. (2022). Borderline personality traits mediate the relationship

between low perceived social support and non-suicidal self-injury in a clinical

sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 302, 204–213.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.065>

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual

populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*,

129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

Meyer, I. H. (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-](https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.s.3)

0382.1.s.3

Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and

gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3),

209–213. <https://doi.org/10.1037/sgd0000132>

Michaels, M. S., Parent, M. C., & Torrey, C. L. (2015). A minority stress model for suicidal

ideation in gay men. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46 (1), 23–34.

<https://doi.org/10.1111/sltb.12169>

Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*, *64*(2), 265–283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>

Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*(8), 1019–1029. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.003>

Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment. American Psychological Association*, 9–18. <https://doi.org/10.1037/11875-001>

Pineda-Roa, C. A. (2019). Risk factors for suicidal ideation in a sample of Colombian adolescents and young adults who self-identify as homosexuals. *Revista Colombiana De Psiquiatría (English Ed)*, *48*(1), 2–9. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2018.12.007>

Plöderl, M., Sellmeier, M., Fartacek, C., Pichler, E., Fartacek, R., & Kralovec, K. (2014). Explaining the Suicide Risk of Sexual Minority Individuals by Contrasting the

- Minority Stress Model with Suicide Models. *Archives of Sexual Behavior*, 43(8), 1559–1570. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0268-4>
- Reddy, N., Silver, C. & Whitlock, J.L. (2016). The Relationship between NSSI and LGBTQ Identities. [Information Brief] Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery. Cornell University. Ithaca, NY
- Rehman, Z., Lopes, B., & Jaspal, R. (2020). Predicting self-harm in an ethnically diverse sample of lesbian, gay and bisexual people in the United Kingdom. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 349–360. <https://doi.org/10.1177/0020764020908889>
- Reinhardt, M., Kökönyei, G., Rice, K. G., Drubina, B., & Urbán, R. (2021). Functions of nonsuicidal self-injury in a Hungarian community adolescent sample: a psychometric investigation. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03613-4>
- Rentería, R., Feinstein, B. A., Dyar, C., & Watson, R. J. (2022). Does outness function the same for all sexual minority youth? Testing its associations with different aspects of well-being in a sample of youth with diverse sexual identities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 10(3), 490–497. <https://doi.org/10.1037/sgd0000547>
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W., Hunter, J., & Gwadz, M. (2002). Gay-related stress and emotional distress among gay, lesbian and bisexual youths: A longitudinal examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 967–975.

<https://doi.org/10.1037/0022-006x.70.4.967>

Spooner, R., & Cleveland, M. (2023). Exploring lesbian internalised homophobia and self-harming: A thematic analysis. *Psychology of Women and Equalities Section Review*, 6(2), 12–23. <https://doi.org/10.53841/bpspowe.2023.6.2.12>

Swannell, S., Martin, G., & Page, A. (2015). Suicidal ideation, suicide attempts and non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and heterosexual adults: Findings from an Australian national study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(2), 145–153. <https://doi.org/10.1177/0004867415615949>

Szymanski, D. M., & Sung, M. R. (2010). Minority stress and psychological distress among Asian American sexual minority persons. *The Counseling Psychologist*, 38 (6), 848–872. <https://doi.org/10.1177/0011000010366167>

Tie, B., Tang, C., Ren, Y., Cui, S., & He, J. (2022). Internalized homophobia, body dissatisfaction, psychological distress, and nonsuicidal self-injury among young sexual minority men in China. *LGBT Health*, 9(8), 555–563. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2022.0007>

Watson, C., & Tatnell, R. (2019). Resilience and non-suicidal self-injury in LGBTQIA+ people: Targets for prevention and intervention. *Current Psychology*, 41(1), 307–314. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00573-7>

Weber-Gilmore, G., Rose, S., & Rubenstein, R. (2012). The impact of internalized homophobia on outness for lesbian, gay, and bisexual individuals. *The Professional Counselor*, 1(3), 163–175. <https://doi.org/10.15241/gwv.1.3.163>

Williams, D. Y., Hall, W. J., Dawes, H. C., Srivastava, A., Radtke, S. R., Ramon, M., Bouchard, D., Chen, W., & Goldbach, J. T. (2023). Relationships between internalized stigma and depression and suicide risk among queer youth in the United States: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 14*.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1205581>

Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Abrams, G. B., Marchell, T., Kress, V., Girard, K., Chin, C., & Knox, K. (2011). Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences. *Journal of American College Health, 59*(8), 691–698.  
<https://doi.org/10.1080/07448481.2010.529626>

Worthen, M. G. F. (2023). Queer identities in the 21st century: Reclamation and stigma. *Current. Opinion in Psychology, 49*.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.10151>

## Anexo B – Informação Sociodemográfica dos Participantes (N=383)

		N	%
<b>Género</b>	Feminino	269	70.2%
	Masculino	96	25.1%
	Não Binário	13	3.4%
	Agénero	1	0.3%
	Género Fluído	1	0.3%
	Trans Feminino	1	0.3%
	Trans Masculino	2	0.5%
<b>Orientação sexual</b>	Lésbica	20	5.2%
	Gay	21	5.5%
	Bissexual	61	15.9%
	Pansexual	28	7.3%
	Heterossexual	237	61.9%
	Assexual	9	2.3%
	Queer	4	1.1%
	Sem Rótulos	3	0.8%
<b>Estado Relacional</b>	Solteiro	162	44.3%
	Numa Relação	127	33.2%
	Casado/União de Facto	77	20.1%
	Divorciado/Separado	16	4.2%
	Várias relações afetivo-sexuais, não monogamia ética	1	0.3%
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	371	96.9%
	Brasileira	7	1.8%
	Francesa	2	0.5%
	Inglesa	1	0.3%
	Italiana	1	0.3%
	Polaca	1	0.3%
<b>Zona de residência</b>	Aveiro	4	1.0%
	Beja	1	0.3%
	Braga	7	1.8%
	Bragança	2	0.5%

	Castelo Branco	2	0.5%
	Coimbra	10	2.6%
	Évora	2	0.5%
	Faro	5	1.3%
	Leiria	8	2.1%
	Lisboa	257	67.1%
	Portalegre	1	0.3%
	Porto	19	5.0%
	Santarém	9	2.3%
	Setúbal	55	14.4%
	Vila Real	1	0.3%
<b>Meio em que reside</b>	Urbano	291	76.0%
	Suburbano	74	19.3%
	Rural	18	4.7%
<b>Habilitações</b>	Ensino Primário	1	0.3%
	Ensino Básico	9	2.3%
<b>Literárias</b>	12º Ano	76	19.8%
	Licenciatura	189	49.3%
	Mestrado	95	24.8%
	Doutoramento	6	1.6%
	Dupla Certificação	1	0.3%
	Bacharelato	2	0.5%
	CTeSP	2	0.5%
	Curso Técnico	1	0.3%
	Pós-Graduação	1	0.3%
<b>Situação</b>	Estudante	152	39.7%
<b>profissional</b>	Empregado	185	48.3%
	Desempregado	20	5.2%
	Reformado	4	1.0%
	Trabalhador-Estudante	13	3,4%
	Freelancer	5	1.3%
	Voluntária	1	0.3%
	Trabalhador Liberal	1	0.3%
	Trabalho por conta própria	2	0.5%
<b>Diagnóstico de</b>	Não	250	65.3%
<b>Doença mental</b>	Sim	133	34.7%

<b>Sente que teve problemas de saúde mental</b>	Não	206	53.8%
	Sim	174	45.4%

### Anexo C – Teste de normalidade variáveis, HI, Outness e ALNS

	<b>SW</b>	<b>P</b>
<b>HI</b>	,93	<.001
<b>Outness</b>	,98	,073
<b>ALNS</b>	,987	0,312

### Anexo D – Estatísticas Descritivas *Outness*, Homofobia Internalizada, Autolesão Não-Suicida nos Grupos *Queer*

	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>Mdn</b>	<b>DP</b>
<b>Outness</b>	130	3.1	3	0.67
Homossexual	41	3.3	3	0.62
Plurisssexual	89	3.1	3	0.64
<b>HI</b>	130	2.1	2	0.41
Homossexual	41	2.0	2	0.36
Plurisssexual	89	2.0	2	0.37
<b>ALNS</b>				
Homossexual	73	1.6	2	0.56
Plurisssexual	23	2	2	0.53

**Anexo E – Estatísticas Descritivas Autolesão Não-Suicida nos Grupos *Queer*****e Heterossexual**

	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>Mdn</b>	<b>DP</b>
<i>ALNS</i>	124	2.1	2	0.52
Heterossexual	41	1.9	2	0.49
<i>Queer</i>	83	2.2	2	0.51

**Anexo F – Frequências Absolutas e Relativas dos Métodos nos Participantes no Geral****(N=124)**

	<b>Nunca (%)</b>	<b>1 vez (%)</b>	<b>2–10 vezes (%)</b>	<b>10–50 vezes (%)</b>	<b>Mais de 50 vezes (%)</b>
Cortei-me	49 / 39,5%	12 / 9,7%	32 / 25,8%	16 / 12,9%	15 / 12,1%
Mordi-me	45 / 36,3%	9 / 7,3%	33 / 26,6%	22 / 17,7%	15 / 12,1%
Queimei-me	91 / 73,4%	11 / 8,9%	19 / 15,3%	2 / 1,6%	1 / 0,8%
Puxei/Arranquei o cabelo	60 / 48,4%	9 / 7,3%	25 / 20,2%	19 / 15,3%	11 / 8,9%
Cocei/Arranhei-me até ferida	56 / 45,2%	8 / 6,5%	29 / 23,4%	21 / 16,9%	10 / 8,1%
Consumi drogas para me magoar	108 / 87,1%	4 / 3,2%	10 / 8,1%	2 / 1,6%	0 / 0,0%
Espetei-me com agulhas	98 / 79,0%	7 / 5,6%	11 / 8,9%	7 / 5,6%	1 / 0,8%
Ingeri substâncias perigosas	111 / 89,5%	4 / 3,2%	6 / 4,8%	2 / 1,6%	1 / 0,8%
Bebi em excesso	75 / 60,5%	4 / 3,2%	26 / 21,0%	13 / 10,5%	6 / 4,8%
Bati com o corpo	27 / 21,8%	8 / 6,5%	33 / 26,6%	28 / 22,6%	28 / 22,6%
Ingeri em demasia medicamento	83 / 66,9%	25 / 20,2%	11 / 8,9%	4 / 3,2%	1 / 0,8%
Isolei-me socialmente	9 / 7,3%	5 / 4,0%	25 / 20,2%	28 / 22,6%	57 / 46,0%
Fiquei muito tempo acordado	39 / 31,5%	8 / 6,5%	34 / 27,4%	17 / 13,7%	26 / 21,0%
Procurei brigas físicas	95 / 76,6%	7 / 5,6%	16 / 12,9%	6 / 4,8%	0 / 0,0%
Fiz exercício físico excessivo	74 / 59,7%	3 / 2,4%	31 / 25,0%	9 / 7,3%	7 / 5,6%
Fiz desportos de risco	106 / 85,5%	3 / 2,4%	10 / 8,1%	2 / 1,6%	3 / 2,4%
Não cuidei da higiene	46 / 37,1%	9 / 7,3%	22 / 17,7%	28 / 22,6%	19 / 15,3%
Não cuidei de mim problema saúde	50 / 40,3%	11 / 8,9%	41 / 33,1%	9 / 7,3%	13 / 10,5%
Não procurei ajuda problema saúde	49 / 39,5%	8 / 6,5%	43 / 34,7%	12 / 9,7%	12 / 9,7%
Não comi o suficiente	34 / 27,4%	6 / 4,8%	30 / 24,2%	21 / 16,9%	33 / 26,6%

	<b>Nunca (%)</b>	<b>1 vez (%)</b>	<b>2–10 vezes (%)</b>	<b>10–50 vezes (%)</b>	<b>Mais de 50 vezes (%)</b>
Comi grandes quantidades	48 / 38,7%	6 / 4,8%	26 / 21,0%	21 / 16,9%	23 / 18,5%
Vomitei de propósito	77 / 62,1%	10 / 8,1%	27 / 21,8%	7 / 5,6%	3 / 2,4%
Consumi heroína	122 / 98,4%	0 / 0,0%	2 / 1,6%	0 / 0,0%	0 / 0,0%
Consumi cetamina	120 / 96,8%	1 / 0,8%	1 / 0,8%	1 / 0,8%	1 / 0,8%
Consumi anfetaminas	104 (83,9%)	10 (8,1%)	6 (4,8%)	1 / (0,8%)	3 (2,4%)
Fumei marijuana/canabinóides	69 (55,6%)	7 (5,6%)	18 (14,5%)	12 (9,7%)	18 (14,5%)
Fumei cigarros/tabaco/vapes	53 (42,7%)	7 (5,6%)	12 (9,7%)	12 (9,7%)	40 (32,3%)
Outros	116 (93,5%)	2 (1,6%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)	5 (4,0%)

## **Anexo G – Frequência de Métodos entre os Grupos Homossexual (n= 23) e Plurisssexual**

**(n=50)**

	<b>Homossexuais – n (%)</b>	<b>Plurilurisssexuais – n (%)</b>
Cortei-me	14 (26,4%)	39 (73,6%)
Mordi-me	14 (28,6%)	35 (71,4%)
Queimei-me	4 (16,0%)	21 (84,0%)
Puxei/arranquei cabelo	9 (22,0%)	32 (78,0%)
Cocei/arranhei-me até fazer ferida	11 (25,6%)	32 (74,4%)
Consumi drogas com intenção de me magoar	4 (33,3%)	8 (66,7%)
Espetei-me com agulhas	4 (25,0%)	12 (75,0%)
Ingeri substâncias perigosas com intenção de me magoar	3 (33,3%)	6 (66,7%)
Bebi em excesso com intenção de me magoar	9 (27,3%)	24 (72,7%)
Bati com o corpo ou em mim próprio	16 (26,7%)	44 (73,3%)
Ingeri em demasia um medicamento com intenção de me magoar	9 (33,3%)	18 (66,7%)
Isolei-me socialmente	23 (32,4%)	48 (67,6%)
Fiquei muito tempo acordado de propósito	15 (27,3%)	40 (72,7%)
Procurei brigas e conflito físico com outras pessoas	3 (18,8%)	13 (81,3%)
Fiz exercício físico excessivo	8 (25,8%)	23 (74,2%)
Fiz desportos que colocam a minha saúde em risco	3 (25,0%)	9 (75,0%)
Não cuidei da minha higiene	20 (40,0%)	30 (60,0%)
Quando tive um problema de saúde não cuidei de mim	14 (34,1%)	27 (65,9%)
Não comi o suficiente	19 (30,6%)	43 (69,4%)
Não procurei ajuda quando tive um problema de saúde	12 (26,1%)	34 (73,9%)
Comi grandes quantidades de comida em pouco tempo	13 (27,1%)	35 (72,9%)
Vomitei de propósito	9 (27,3%)	24 (72,7%)
Consumi heroína	1 (100%)	0 (0,0%)
Consumi cetamina	2 (50,0%)	2 (50,0%)
Consumi anfetaminas	6 (41,7%)	7 (58,3%)
Fumei marijuana, haxixe e outros canabinoídes	10 (33,3%)	20 (66,7%)
Fumei cigarros, tabaco de enrolar, cigarros eletrônicos, vapes	13 (31,0%)	29 (69,0%)
Outros	1 (33,3%)	2 (66,7%)

**Anexo H – Análises das Diferenças entre Género (feminino masculino) nas variáveis Autolesão Não- Suicida, Homofobia Internalizada e *Outness***

	Média dos Ranks		U de Mann-Whitney	
	Feminino	Masculino	<i>U</i>	<i>P</i>
<b>HI</b>	63,01	67,69	1628,500	0,499

	T- Student			
	IC 95%	Diferença de médias	<i>T(gl)</i>	<i>P</i>
<i>ALNS</i>	(-,21984, ,20170)	-,00907	-0.085 (107)	0.932

	T- Student			
	IC 95%	Diferença de médias	<i>T(gl)</i>	<i>P</i>
<i>Outness</i>	(-0.394, 0.112)	-0.141	-1.102 (126)	0.273

**Anexo I – Consentimento Informado**

O presente estudo insere-se no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica do ISPA – Instituto Universitário, estando a ser realizado sob a orientação da Professora Doutora

Eva Duarte.

Convidamo-lo/a a colaborar nesta investigação, que tem como objetivo **compreender** como algumas **pessoas vivenciam dificuldades pessoais no âmbito da saúde mental.**

A participação é totalmente **voluntária e anónima.** Estima-se que o tempo de resposta ronde os **15 minutos.**

Agradecemos a sua colaboração. Se tiver dúvidas ou outras questões relativas a este estudo, pode utilizar o e-mail: grupoalisp@gmail.com

Compreendo as informações acima descritas e aceito participar:

- Sim**
- Não**

#### **Anexo J – Escala de Homofobia Internalizada**

---

	<b>Discordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo</b>
--	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

	Totalmente			Totalmente
Às vezes desejava ser heterossexual				
Já tentei deixar de sentir atração por pessoas não heterossexuais				
Se houvesse um comprimido para me tornar heterossexual, eu tomava-o				
Mensagens negativas da sociedade sobre a minha orientação sexual influenciam a forma como me vejo				
Por vezes sinto vergonha da minha orientação sexual				
Na maioria das vezes, sinto-me feliz com a minha orientação sexual				
Posso expressar a minha orientação sexual livremente nas redes sociais				
A minha orientação sexual faz de mim uma pessoa inferior				
Posso ser aberto em relação à minha orientação sexual com os meus amigos				

Às vezes desejava não ter sentimentos associados à minha orientação sexual				
Quando estou no trabalho/universidade, tento ao máximo esconder a minha orientação sexual				
Sinto-me confortável em público com alguém que é aberto em relação à sua orientação sexual				
Sinto dificuldade em aceitar a minha orientação sexual quando estou com a minha família				
Sinto que a minha orientação sexual devia ser mais aceite por mim				
Se as pessoas da minha idade soubessem da minha orientação sexual, temo que muitos não quisessem ser meus amigos				
Acredito que a minha orientação sexual está errada, devido à minha religião				
Pessoas não heterossexuais demonstram a sua sexualidade de				

forma excessiva				
A forma como os media representam pessoas da comunidade LGBTQIA+, faz-me sentir desconfortável com a minha orientação sexual				
Aceito a minha orientação sexual, mas evito expressá-la em relações românticas ou sexuais				
Acredito que é moralmente errado os outros sentirem-se atraídos por pessoas da comunidade LGBTQIA+				
Seria mais aceite pelos outros se a minha orientação sexual fosse diferente				
Sinto que tenho de esconder a minha orientação sexual para me encaixar na sociedade				
Sinto-me mais confortável em espaços ou eventos da comunidade LGBTQIA+				
Sinto que não ser heterossexual é um defeito meu				

## Anexo L – Folheto Informativo do Estudo



**Ispa**  
Instituto Universitário  
de Ciências Psicológicas,  
Sociais e da Vida

# Vivências da Sexualidade e Saúde Mental

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, estamos a realizar um estudo e precisamos da sua colaboração!

Se tiver mais de 18 anos e 10 minutos livres faça scan do QR code abaixo. Agradecemos desde já a sua participação!



EM CASO DE DÚVIDA:  
GRUPOALISPA@GMAIL.COM

