

DM  
PERE/H.1


INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

A HOMOFOBIA INTERNALIZADA  
E OS COMPORTAMENTOS PARA A SAÚDE  
NUMA AMOSTRA DE HOMENS HOMOSSEXUAIS

HENRIQUE MARQUES PEREIRA

LISBOA, 2001

 ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Documentação

Registo: 14512  
Data: 17/11/2003

Tel.: 21 881 17 50 • [bibispa@ispa.pt](mailto:bibispa@ispa.pt)

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da **Professora Doutora Isabel Leal**, apresentada ao **Instituto Superior de Psicologia Aplicada** para a obtenção do grau de **Mestre** na especialidade de Psicologia da Saúde, conforme Portaria nº107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto “b” do nº2 do Artigo 5 do Decreto-Lei nº216/92 de 13 de Outubro.

## RESUMO

Este trabalho procura investigar o conceito de Homofobia Internalizada quer teoricamente, quer na prática, nomeadamente em relação à adopção de comportamentos para a saúde entre homens homossexuais. Pretendeu-se saber se existiam diferenças significativas na adopção desses comportamentos entre homens com maiores e menores níveis de homofobia internalizada e, se sim, de que maneira é que essas diferenças se manifestavam. Para tal, delineou-se uma investigação numa perspectiva comparativa recorrendo a um número significativo de participantes ( $n=304$ ). Os questionários utilizados foram o Questionário de Avaliação da Homofobia Internalizada (também validado no presente estudo -  $\alpha=0.74$ ) e o Questionário de Comportamentos para a Saúde. Da investigação concluiu-se que existem diferenças significativas entre os dois grupos que se manifestam de maneira divergente, consoante se considerava a homofobia internalizada em função da dimensão interna da percepção do estigma (quanto maiores níveis de homofobia internalizada, maiores comportamentos para a Saúde na Dimensão - Comportamento Sexual de Risco); em função da dimensão externa da percepção do estigma (quanto maiores níveis de homofobia internalizada, menores comportamentos para a Saúde na Dimensão - Dieta e Hábitos Alimentares); ou ainda, em função da dimensão global (interna e externa) de percepção do estigma (quanto maiores níveis de homofobia internalizada, maiores comportamentos para a Saúde nas Dimensões: Dieta e Hábitos Alimentares, Problemas de Saúde e Cuidados Primários e Comportamento Sexual de Risco).

## ABSTRACT

*This work aims to investigate the concept of Internalized Homophobia both theoretically and in practice in relation to health behaviour among homosexual men. We wanted to know if there were any significant differences comparing two groups of men, one with higher levels and the other with lesser levels of internalized homophobia. For this we developed a comparative investigation using a significant number of participants ( $n=304$ ). The questionnaires that we used were the Questionnaire for the Assessment of Internalized Homophobia (also validated in the present study -  $\alpha=0.74$ ) and the Questionnaire of Health Behaviour. We concluded that there were significant differences between the two groups if we considered the internalized homophobia as a result of internal perception of the stigma (men with higher levels of internalized homophobia had more health behaviour regarding the Dimension - Sexual Risk Behaviour); as a result of external perception of stigma (men with higher levels of internalized homophobia had less health behaviour regarding Diet and Eating Habits); or as a result of both internal and external perception of the stigma (men with higher levels of internalized homophobia had more health behaviour in these dimensions: Diet and Eating Habits, Health Problems and primary care, and Sexual Risk Behaviour).*

## AGRADECIMENTOS

À Professora Isabel Leal, pela aceitação do tema, pelo interesse, pela orientação e por ser alguém que sabe... escutar;

À Associação ILGA-Portugal, seus dirigentes, membros e frequentadores do Centro Comunitário Gay e Lésbico de Lisboa pela espantosa colaboração na recolha da amostra;

Ao bar-discoteca Bric-a-Bar, pessoalmente ao Mauro, ao Joca e à D.Emília, por me terem aberto as portas para o estudo;

Ao Ricardo do bar Max pela ajuda fantástica na recolha da amostra;

A todos os amigos e conhecidos que contribuíram na bola-de-neve...

A todos os anónimos que ajudaram no trabalho respondendo aos inquéritos;

À Dr.<sup>a</sup> Regina Bispo pela simpatia e ajuda preciosa no tratamento estatístico dos dados;

A toda a minha família por serem a prova de que o Amor incondicional existe;

À Esmeralda pelas suas valiosas opiniões e *feed-back*;

&

Ao Paulo pelo seu inestimável apoio material e logístico, sem o qual tudo teria sido mais difícil mas, sobretudo, pelo seu Amor.

## ÍNDICE

### A) FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	1
<b>2. DEFINIR (HOMO)SEXUALIDADE</b>	5
<b>3. A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE HOMOSSEXUAL</b>	7
3.1 ACTOS	7
3.2 AMOR E DESEJO	8
3.3 A IDENTIDADE HOMOSSEXUAL	8
3.4 CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS	9
3.5 O <i>COMING OUT</i>	11
3.6 O MODELO DE WOODMAN E LENNA	12
3.7 O MODELO DE CASS	13
3.8 O MODELO DE COLEMAN	17
<b>4. A TEORIA QUEER (<i>QUEER THEORY</i>)</b>	20
<b>5. A HOMOFOBIA, O HETEROSSEXISMO E O PRECONCEITO</b>	23
<b>6. A HOMOFOBIA INTERNALIZADA</b>	26
6.1 DEFINIÇÕES	28
<b>7. A HOMOFOBIA INTERNALIZADA COMO UM STRESS DAS MINORIAS</b>	34
<b>8. A HOMOFOBIA INTERNALIZADA COMO UM ESTIGMA A GERIR</b>	36
<b>9. AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO DO CONCEITO DE HOMOFOBIA INTERNALIZADA</b>	38
<b>10. OS COMPORTAMENTOS PARA A SAÚDE</b>	41
<b>11. DETERMINANTES E ABORDAGENS TEÓRICAS NOS COMPORTAMENTOS PARA A SAÚDE</b>	45
<b>12. RESULTADOS DA PESQUISA SOBRE HOMOFOBIA INTERNALIZADA ENTRE HOMOSSEXUAIS E IMPLICAÇÕES NA SAÚDE</b>	47

<b>13. REFLEXÃO CRÍTICA</b>	<b>50</b>
-----------------------------	-----------

## **B) METODOLOGIA**

<b>14. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO</b>	<b>53</b>
14.1 FINALIDADE DO ESTUDO	53
14.2 OBJECTIVOS	53
14.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	54
<b>15. MÉTODO</b>	
15.1 PARTICIPANTES	54
15.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	54
15.3 MATERIAL	55
15.3.1 QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO	55
15.3.2 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA HOMOFOBIA INTERNALIZADA	56
15.3.2- a) PRÉ-TESTE	57
15.3.2- b) RECOLHA DA AMOSTRA PARA VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA HOMOFOBIA INTERNALIZADA	58
15.3.2 - c) RESULTADOS DA VALIDAÇÃO	59
15.3.3 QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTOS PARA A SAÚDE	61
15.4 PLANIFICAÇÃO	63
15.4.1 TIPO DE ESTUDO	63
15.4.2 DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS	63
15.5 PROCEDIMENTOS	63
15.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	64
<b>16. RESULTADOS</b>	<b>66</b>
<b>17. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>72</b>
17.1 CONCLUSÕES	76
<b>18. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO</b>	

## 1. INTRODUÇÃO

O conceito de Homofobia Internalizada tem sido apresentado por muitos autores como um factor central na manifestação de vários aspectos relacionados com a saúde e com a doença entre pessoas homossexuais.

Considerando-se como um medo à própria homossexualidade dos indivíduos, a homofobia internalizada é um fenómeno cultural, que não é universal, nem toma as mesmas formas ou o mesmo significado consoante a sociedade em que o homossexual se insere.

O próprio conceito de Homossexualidade e a sua expressão entre as pessoas ao longo dos séculos foi variando. Existe uma vasta documentação no que diz respeito à actividade homossexual dos antecessores da homossexualidade moderna: nas antigas Grécia, Roma e China; na Europa medieval; no Japão, entre os samurais; nas tabernas inglesas do século XVII, etc.

No entanto, essas identidades e subculturas divergem das actuais. Por exemplo, na antiga Grécia, os homens envolvidos com outros homens eram, geralmente, casados e as relações sexuais tinham uma grande componente pedagógica. Eles não eram estigmatizados, nem diferentes, nem desviantes. E, aparentemente, também não eram uma minoria. Mas a principal característica residia no facto de os homens não serem definidos pela sua orientação sexual ou natureza de atracções: o homem era qualquer pessoa e não um tipo específico.

Apesar de a repressão cristã contra a sodomia ter influenciado a construção de uma subcultura homossexual com características semelhantes às de hoje em dia, há aspectos que são particulares ao século XIX. Um dos principais foi a conceptualização biomédica da homossexualidade (numa altura ansiosa de classificações dentro da medicina), como um sintoma ou degeneração. Foi esta a posição defendida pelo psiquiatra de Viena, Krafft-Ebing, que via a homossexualidade como uma *Psychopathia Sexualis*.

O sexólogo britânico Havelock Ellis, ao contrário de Krafft-Ebing, veio pela primeira vez no final do século XIX promover a aceitação dos homossexuais. Ellis rejeitava também a posição anterior de Karl Heinrich Ulrichs de que o homossexual se sentia uma mulher empriionada dentro do corpo de um homem, e defendeu que a homossexualidade seria hereditária. Para ele, tratava-se uma simples anomalia da

natureza, algo que aparecia também no reino animal e que havia sido partilhada pelos maiores génios da História: Erasmus, Leonardo da Vinci, Michelangelo, Cellini e Safo.

Com o advento da teoria psicanalítica de Freud, muitos destes pensamentos desvaneceram-se. Freud veio falar de uma combinação de factores naturais e ambientais que culminavam numa certa paragem do desenvolvimento psico-sexual que impedia o indivíduo de se 'direccionar' para membros do sexo oposto. Apesar disto, tal como demonstra a sua carta a uma mãe americana, Freud achava que não era nada de que se ter vergonha e recusava-se a classificar a homossexualidade como uma doença. De facto, Freud acreditava que todos os seres humanos eram essencialmente bissexuais e que sentimentos homo-eróticos poderiam ser sentidos em muitas fases da vida (embora muitas vezes fossem sublimados).

Por outro lado, a Revolução Industrial e as mudanças económicas permitiram a construção de um indivíduo independente, logo, fugindo à norma social do casamento, viabilizando uma relação com base numa atracção por pessoas do mesmo sexo. Juntando-se a este factor, reside o facto de a urbanização ter permitido um contacto mais anónimo entre as pessoas e fora do seio familiar tradicional. Assim, o homossexual - visto como um ser distinto - construiu também um mundo socialmente diferente.

Já na década de 1960, sobretudo na América do Norte e na Europa Ocidental, assistiu-se à legitimação e expansão da luta pelos direitos humanos. Ao politizar-se a causa homossexual, as comunidades gays, lésbicas e bissexuais começaram a ter mais consistência e visibilidade.

Em Portugal, no entanto, a causa homossexual é muito recente; a primeira Associação de Defesa dos direitos dos gays e das lésbicas só ganhou corpo jurídico em 1995 (Associação ILGA-Portugal). Isto fez com que a imagem do homossexual como um predador sexual, eternamente frustrado e solitário, que queria ser mulher e que representava um perigo para a sociedade, tivesse passado até há bem pouco tempo. Muitos desses mitos não foram, ainda demolidos; e, também, muitos desses mitos são ainda verdade também para muitos homossexuais.

O facto de a tragédia da Sida, por exemplo, ter sido logo identificada como uma epidemia homossexual, o que foi visto por muitos como um castigo divino, reforça a ideia moralista e discriminatória da sociedade em relação à homossexualidade.

Tendo em conta tudo isto, a expressão pública, comunitária ou simplesmente socializada da homossexualidade e a interiorização das mensagens e atitudes de valor negativas a ela associadas, faz-nos construir o conceito de homofobia internalizada.

Tal como foi definida por Meyer e Dean (Meyer, I., & Dean, L., 1998:161) a homofobia internalizada consiste na canalização para o *self* do próprio homossexual de todas as atitudes de valor negativas, levando à desvalorização desse *self*, resultando em conflitos internos e pouca auto-estima.

Aliada às dimensões intra-psíquicas de dano, a existência de homofobia internalizada condicionará seguramente a expressão dos comportamentos do sujeito homossexual, inclusivé a expressão dos seus Comportamentos para a Saúde.

Perceber como é que este mecanismo tão insidioso afecta a adopção de Comportamentos para Saúde é o objectivo do presente estudo. Para tal, delineou-se uma investigação em duas partes, a fundamentação teórica e a metodologia.

Na primeira parte deste trabalho (a fundamentação teórica), começa-se pela definição dos conceitos básicos que subjazem à operacionalização da homofobia internalizada, ou seja, define-se Homossexualidade, a construção de uma identidade Homossexual de acordo com várias perspectivas e, também, as teorias que colocam essa mesma identidade em questão (*Queer Theory*).

São ainda abordados pontos teóricos importantes que permitem uma compreensão mais lata do conceito de homofobia internalizada: a homofobia internalizada como um stress das minorias ou como um estigma a gerir.

Finalizando a fundamentação teórica, são apresentados conceitos fundamentais sobre a temática dos Comportamentos para Saúde, seus determinantes e abordagens teóricas.

Na segunda parte deste trabalho, procura-se dar forma metodológica à questão central de investigação. Sabendo que a homofobia internalizada tem implicações concretas a vários níveis entre os sujeitos homossexuais, como é que elas se manifestam no que diz respeito à adopção de comportamentos para a saúde, comparativamente entre sujeitos homossexuais com maiores e menores níveis de homofobia internalizada?

Para investigar esta questão, delineou-se um estudo comparativo entre dois grupos (um de homens homossexuais com maiores níveis de homofobia internalizada e outro com homens homossexuais com menores níveis de homofobia internalizada),

prefazendo um total de 304 indivíduos da cidade de Lisboa que auto-preencheram o Questionário de Avaliação da Homofobia Internalizada (também validado no presente trabalho) e o Questionário de Comportamentos para a Saúde.

Esclarecer esta questão é fundamental, sobretudo em Portugal, pois ainda não existem quaisquer estudos nesta área. As implicações da sexualidade na Psicologia da Saúde ultrapassam grandemente os desafios que a Sida veio colocar aos técnicos e aos investigadores.

Como conceito, a homofobia internalizada pode ajudar a identificar vulnerabilidades particulares ou mesmo indivíduos em risco quando se pretendem construir modelos de educação para a saúde ou mesmo modelos de prevenção.

Saber se o modo como os sujeitos homossexuais vivem a sua sexualidade influencia os seus comportamentos para a Saúde e de que maneira é que isso acontece reveste-se de uma importância extrema não só para quem trabalha na área Afirmativa e da Saúde, mas também para a Psicologia em geral.

Se os sujeitos que se identificam como homossexuais ou que têm contactos sexuais com pessoas do mesmo sexo representam cerca de 10% da população, as conclusões desta investigação trarão certamente implicações práticas não só quando se trata de delinear programas de intervenção comunitária, mas também na prática de qualquer profissional da área da Saúde.

## 2. DEFINIR (HOMO)SEXUALIDADE

Carta de Freud a uma mãe americana, 1935:

*“A Homossexualidade não é seguramente nenhuma vantagem, mas também não é nada de que se ter vergonha, vício ou degradação, não pode ser classificada como uma doença(...). Muitos indivíduos altamente respeitáveis de tempos modernos e antigos foram homossexuais, alguns dos maiores homens de sempre, Platão, Michelangelo, Leonardo Da Vinci, etc. É uma grande injustiça perseguir a homossexualidade como um crime e também uma crueldade.”*

Tal como Savin-Williams definiu (Savin-William, citado por Davies, D., 1996), a orientação sexual é *a preponderância de sentimentos, pensamentos, fantasias e/ou comportamentos sexuais ou eróticos ... Está presente desde uma idade muito precoce - talvez desde a concepção. A identidade sexual é um auto-reconhecimento consistente e persistente dos significados que a orientação e o comportamento sexuais têm para uma pessoa.*

Quando se fala de aspectos ligados à homossexualidade de um indivíduo, torna-se necessário clarificar uma série de questões. Uma das questões primordiais tem a ver com a distinção entre um comportamento homossexual (praticar sexo com alguém do mesmo sexo) e uma identidade homossexual (ver-se a si próprio como homossexual).

A diferença pode não ser clara à partida, pois para algumas pessoas que têm uma actividade homossexual, nem sempre é claro que se identifiquem como gays ou lésbicas, sobretudo se ainda não assumiram a sua sexualidade ou se o comportamento é circunstancial e não reflecte um desejo ou fantasia íntimos.

Apesar disto, é fundamental separar comportamento de identidade homossexual se quisermos obter, por exemplo, dados em relação à prevalência da homossexualidade. Afinal, a maioria das pessoas não descreve a sua sexualidade em função dos seus comportamentos ou fantasias.

Os dados obtidos por Alfred Kinsey (Kinsey, 1947) referem que 37% dos homens e 13% das mulheres tiveram, enquanto adultos, contacto sexual com ejaculação ou orgasmo com uma pessoa do seu próprio sexo. No entanto, da amostra

de 20.000 pessoas nos EUA do pós-guerra, apenas 4% dos homens e entre 0.3% a 3.0% das mulheres disseram ser exclusivamente homossexuais.

Sell *et al.* (Sell *et al.*, 1990, citado por Gonsiorek e Weinrich, 1991, citado por Davies., D. & Neal, C., 1996) fala de um estudo trans-cultural entre homens na França, Reino Unido e EUA, envolvendo 5.700 sujeitos, no qual 11.6%, 7.8% e 11.6% respectivamente, descreviam comportamentos sexuais com pessoas do seu sexo a partir dos 15 anos de idade. Ainda, 10.8%, 4.7% e 6.3% respectivamente, responderam ter tido comportamentos sexuais com pessoas do mesmo sexo nos cinco anos antecedentes.

Como podemos ver, independentemente dos estudos realizados, uma percentagem de entre 7 a 12% das pessoas admite ter tido relações sexuais com alguém do mesmo sexo.

O comportamento homossexual ocorre em todas as culturas de todo o mundo (Weinrich & Williams, 1991, citado por Davies, D. & Neal, C., 1996), embora tenha significados culturais e antropológicos diferentes.

Mas na sociedade ocidental, desenvolveu-se o conceito de Identidade gay, constituída por uma série de crenças, valores e redes de apoio, instituições, artefactos, especificidades linguísticas e linguagens que perfazem uma subcultura à qual os gays e as lésbicas se podem identificar como membros (Weeks, 1985, citado por Davies, D., & Neal, C., 1996).

Mas porque a homossexualidade é percebida de maneira diferente noutras culturas, podemos não encontrar uma identidade gay ou lésbica semelhante nessa diferença.

A homossexualidade tem sido estudada há mais de um século pela ciência moderna, mas ainda é necessária mais investigação fiável para nos informar porque é que algumas pessoas são homossexuais e outras não. No entanto, se pensarmos que ser homossexual é o mesmo que ser canhoto ou ter 1,70m de altura, aceita-se que essa característica natural faz parte do ser humano. E o dever da Psicologia neste campo é promover o respeito, o valor e a integridade das pessoas de todas as sexualidades.

### 3. A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE HOMOSSEXUAL

*“Os modelos de desenvolvimento da Identidade Homossexual são como mapas de um continente novo que há que explorar: incompletos e demasiado simplificados”* (Mondimore, 1998).

O que é que faz um indivíduo considerar-se homossexual? Apesar de este processo ser único para cada pessoa, há aspectos comuns no desenvolvimento de uma identidade gay ou lésbica.

A formação da identidade consiste no processo de auto-classificação a partir do qual um sujeito se reconhece e aplica um rótulo qualquer (Mondimore, 1998). Nesse caminho, torna-se muito importante aprender os rótulos e compreender as categorias. Infelizmente, as primeiras etiquetas com as quais as crianças tomam contacto no que diz respeito à orientação sexual são negativas e pejorativas.

“Sou homossexual?” - é uma pergunta que se coloca quase sempre com muita angústia, pois a resposta terá implicações em todas as áreas da vida e para sempre. Muitas vezes a pergunta é colocada na adolescência ou no início da idade adulta, mas muitos adolescentes têm comportamentos homo-eróticos, sem que nunca lhes passe pela cabeça serem homossexuais. Por outro lado, há jovens que nunca tiverem sexo com ninguém, mas que fazem essa pergunta todos os dias. Também há adultos que nunca questionaram a sua sexualidade até ao dia em que se apaixonaram inexplicavelmente por alguém do mesmo sexo. Por tudo isto, torna-se necessário fazer uma distinção entre actos, desejos, amor e identidade homossexual.

#### 3.1 ACTOS

Durante muito tempo, pensou-se que o sexo anal era apenas praticado entre homossexuais. Ora, sabemos que acontece frequentemente entre casais heterossexuais, como variante do coito vaginal. Por outro lado, em algumas culturas latinas é frequente alguns homens que apenas sejam activos não se considerarem gays. Para este tipo de homens, penetrar outro homem é normal, mas beijá-lo já seria impensável, pois implicaria a componente afectiva...

Partindo da diferença que Freud estabeleceu entre objecto sexual e fim sexual, percebe-se que o objecto sexual refere-se ao acto de escolher um homem ou uma

mulher como objecto sexual. O fim sexual refere-se apenas ao tipo de sexo realizado, independentemente da pessoa com quem se tenha sexo.

Estas diferenças revestem-se de grande importância, pois funcionam diferenciadamente como critérios de homossexualidade para culturas distintas. Por exemplo, nos países latinos continua a ser importante o acto da penetração, independentemente do sexo do penetrado; em países anglo-saxónicos, por exemplo, predomina muito mais o sexo biológico do objecto sexual e não o tipo de acto (Castañeda, 1999).

Assim sendo, os comportamentos *per se* não constituem um critério válido para a definição de homossexualidade, pois têm significados diferentes.

### 3.2 AMOR E DESEJO

O amor e o desejo também colocam uma série de dúvidas quando se pretende saber se alguém é homossexual ou não. Afinal, muitas vezes não se está consciente desse tipo de sentimentos. Outras vezes torna-se necessário viver experiências físicas de reconhecimento.

Uma atracção pode tomar diversas formas, mas o elemento que parece ser determinante na maioria das pessoas é o vínculo erótico, com a excitação especificamente genital. Aqui, parece que este reconhecimento é mais fácil para os homens do que para as mulheres, pois a mulher tende a ser mais difusa na sua experimentação, em termos da ligação afectiva e emocional (Castañeda, 1999).

Apesar de tudo, é possível que uma pessoa esteja apaixonada por outra sem ter excitação genital ou vice-versa. O amor pode tomar a forma de um interesse excessivo ou de dependência emocional, ciúmes ou irritação. No fundo, está-se perante a negação e o recalçamento de sentimentos homo-eróticos proibidos.

Quer tudo isto dizer que a percepção dos sentimentos de alguém nem sempre é necessariamente fidedigna. Logo, nem os comportamentos, nem os desejos, nem os sentimentos bastam para concluir que alguém é homossexual.

### 3.3 A IDENTIDADE HOMOSSEXUAL

A identidade homossexual é a consciência e a aceitação de todos os elementos descritos. Essa identidade, conseqüentemente, implica uma coincidência de desejos, comportamentos e sentimentos que culminam na aceitação de alguém como

homossexual, num acto de auto-definição. Estes elementos nem sempre surgem pela mesma ordem, nem na mesma altura da vida (Castañeda, 1999).

Quanto muito, poderíamos falar de diferentes graus ou fases de homossexualidade que vão desde experiências e desejos isolados, até chegar a uma relação amorosa e a um estilo de vida abertamente homossexual. Assumir uma identidade homossexual significa sentir, desejar, agir e pensar em conformidade.

O termo 'gay' surge exactamente da necessidade de congruência e de aceitação da homossexualidade. Por isso, identificar-se como gay não acontece de um dia para o outro, ou seja, é o resultado de uma grande história. A identidade gay constrói-se pouco a pouco; não é um facto, mas sim um processo.

Por esta razão, à pergunta "sou homossexual?" não há uma resposta necessariamente clara nem imediata. Muitas pessoas demoram anos até terem a certeza da sua orientação sexual, ao passo que outras conhecem-na e têm a certeza desde o início das suas experiências eróticas. Os processos psicológicos têm os seus próprios ritmos e, sobretudo no continente obscuro da sexualidade nem sempre é fácil expressar e entender a subjectividade.

### 3.4 CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS

A formação da identidade sexual resulta da interacção de factores sociais e psicológicos. No entanto, as teorias psicanalíticas deram mais importância a factores de raiz psíquica, nomeadamente aqueles ligados à organização primária das relações de objecto.

Tendo em vista as variações na escolha do objecto de amor e da actividade sexual real ou imaginada, a criança identificar-se-ia ao progenitor e, mais tarde, às pessoas do mesmo sexo.

Apesar de não ter desenvolvido uma teoria do erotismo homossexual, Freud teve em consideração várias dimensões distintas, que podem ser observadas ao longo da sua obra.

Em "3 Ensaio sobre a teoria da sexualidade" (Freud, 1989) descreve: "*os invertidos atravessam durante a sua infância uma fase de fixação muito intensa, mas breve pela... (sua) mãe e, para superá-la, identificam-se com a mulher e consideram-se, eles mesmos, objectos sexuais; i.e., partindo de uma base narcisista, procuram homens jovens que se pareçam com eles em pessoas que desejam amar como a sua*

*mãe os amou a eles... O seu desejo obsessivo pelo homem é determinado pela sua busca incansável da mulher”.*

Então, para Freud, a homossexualidade masculina consistia numa experiência aberrante, resultante da não resolução ou da resolução medíocre de um conflito sexual que se manifestava na vida adulta.

Quatro anos mais tarde, Freud avançou com uma explicação um pouco diferente, depois do tratamento de um menino de cinco anos que tinha fobia a cavalos.

*“A alta estima que sente o homossexual pelo órgão masculino decide o seu destino. Desde a sua infância escolhe as mulheres como objecto sexual, uma vez que elas também possuem o que, aos seus olhos, é uma parte indispensável do corpo (o pénis); quando se convence que as mulheres o decepcionaram, deixaram de ser para ele um objecto sexual. Não pode renunciar um pénis a ninguém que o atraia para manter relações sexuais; e se as circunstâncias são favoráveis, fixará a sua libido sobre a mulher com pénis - um jovem de aparência feminina”* in Análise da fobia de um menino de 5 anos, 1909 (Citado por Mondimore, 1998). Isto faz pensar que os homossexuais masculinos para Freud não teriam resolvido com sucesso o Complexo de Édipo.

O conceito de identificação torna-se para Freud (1989) fundamental na estruturação do indivíduo de acordo com as seguintes fases:

- 1) A identificação como forma imaginária da ligação afectiva a um objecto, anterior a qualquer investimento de objecto - correspondente à identificação pré-edipiana, característica da fase oral;
- 2) A identificação como substituto de uma ligação libidinal por meio de uma introjecção de objecto no Eu - correspondente à identificação secundária, com reconhecimento do outro;
- 3) A identificação por comunhão com outra pessoa por convergência de um elemento comum inconsciente, próprio da identificação terciária.

Com a Teoria das Relações de Objecto e, sobretudo, a partir das contribuições de Melanie Klein, percebe-se melhor a passagem de objecto parcial à relação de objecto total. Nesta perspectiva, considera-se que a identificação narcísica pré-edipiana resulta da identificação de uma parte do Ego a uma parte do objecto com o qual se confunde narcisicamente. Nas identificações secundárias (pós-edipianas) a capacidade

de elaborar o luto do pai e da mãe permite o reconhecimento destes como diferentes, separados e sexuados, ou seja, como objectos totais.

Apresenta-se, assim, primordial a qualidade afectiva das relações de objecto heterossexual na construção da identidade.

No entanto, Stoller (1975) afirma que a primeira relação mãe-bebé não é heterossexual, pois não seria aconselhável definir a heterossexualidade apenas do ponto de vista anatómico, mas de acordo com a identidade. Apoiado nos seus trabalhos com transexuais, o autor considera que o rapaz anatomicamente heterossexual só o é também em termos da sua identidade à custa de um trabalho intensivo, recorrente dos processos de separação e individuação da sua mãe.

Badinter (1993) refere os trabalhos de Stoller e Money para confirmar o primado psicológico na determinação da orientação sexual. O sentimento de identidade sexual é essencialmente determinado pela cultura, enraizado nos processos de aprendizagem social e condicionado pela interacção com a mãe e suas interpretações do social. Para estes autores, as raízes da masculinidade e da feminilidade são o resultado do comportamento dos pais e não a expressão de instintos básicos.

Para Stoller (1993), o sentimento de feminilidade existe antes de se ter consciência ou percepção dos órgãos genitais femininos. Mas para o rapaz, o sentimento de masculinidade fixa-se definitivamente muito antes do estado fálico clássico (3-5 anos) e o seu pénis pode contribuir para confirmar este sentimento, sem ser essencial. Stoller crê que os factores psicológicos pós-natais de natureza relacional podem dominar a sua acção, ao ponto de dominarem a direcção da identidade. Logo, não se nasce homem, torna-se homem.

### 3.5 O *COMING OUT*<sup>1</sup>

O fenómeno conhecido *coming out of the closet* é um aspecto central no desenvolvimento de uma identidade homossexual. Envolve um processo complexo de transformações intra e interpessoais, que começam muitas vezes na adolescência e que se estendem até à idade adulta, que levam ao reconhecimento da orientação sexual de alguém (Davies, 1996).

---

<sup>1</sup> Por não existir nenhum vocábulo na Língua Portuguesa que expresse o sentido integrado de *coming out*, recorre-se ao termo original na Língua Inglesa.

Trata-se de um processo de desenvolvimento complicado que envolve a consciência da pessoa e o reconhecimento dos seus sentimentos homo-eróticos. Para algumas pessoas, assumir a sua sexualidade implica identificarem-se publicamente como gays, lésbicas ou bissexuais; para outras, não.

### 3.6 O MODELO DE WOODMAN E LENNA

Woodman e Lenna (1980, citados por Davies, 1996) apresentaram um modelo primariamente intra-psíquico, pois centra-se mais no mundo interno dos indivíduos e nos seus processos psicológicos. É um modelo de 4 etapas, semelhante ao de Elisabeth Kubler-Ross (1969) para a morte e o morrer: negação, confusão de identidade, negociação e depressão (ou integração saudável da orientação sexual).

#### A NEGAÇÃO

Nesta fase, o sujeito pode ter comportamentos homossexuais, mas não percebe os seus sentimentos ou comportamentos por identificação homossexual.

Também é bastante comum assistir a operações de mecanismos de defesa para lidarem com sentimentos e comportamentos que é impossível negar: a repressão, a racionalização, a projecção... Uma forma de negação mais subtil de negar a realidade é através de mecanismos de sublimação e supressão.

#### CONFUSÃO DE IDENTIDADE

Nesta fase, o indivíduo pode suspeitar que é gay ou lésbica, mas sente-se muito desconfortável com isso, manifestando incompreensão e conflito face à sua orientação sexual.

É muito comum a projecção da raiva e da homofobia internalizada em activistas gays e lésbicas por parte de pessoas nesta fase, porque exteriorizam a sua sexualidade, dando-lhes 'um mau nome'.

#### NEGOCIAÇÃO

Nesta fase, o sujeito sente-se esmagado por todas as implicações no que diz respeito ao assumir da sua homossexualidade e pode querer ser heterossexual ou bissexual. Pode haver um desejo de mudança da realidade por iniciativa própria ou por sugestão de alguém próximo.

## DEPRESSÃO OU INTEGRAÇÃO SAUDÁVEL DA ORIENTAÇÃO SEXUAL

Entrar em depressão é, muitas vezes, o resultado do insucesso dos mecanismos de defesa mas, em vez que projectar a sua raiva nos outros, o indivíduo projecta-a em si mesmo. Surgem, então, sentimentos de culpa, sobretudo ligados à antecipação da rejeição e perda dos familiares e amigos.

Estar nesta posição de vulnerabilidade sem um apoio alternativo é altamente ameaçador. Os níveis de depressão nesta fase tornam-se muito elevados, sendo a ideação suicida muito comum, bem como o suicídio consumado ou outras formas de auto-destruição. Num inquérito realizado por um Grupo de Jovens Gays e Lésbicas de Londres (Trenchard e Warren, 1984, citados por Davies, 1996) 20% dos jovens com menos de 21 anos responderam já terem cometido tentativas de suicídio.

### 3.7 O MODELO DE CASS

Vivienne Cass, psicóloga australiana, desenvolveu um modelo muito mais interaccionista (1979, citada por Davies, 1996), baseado em dois factores:

- 1) constrói-se a identidade sexual através de um processo de desenvolvimento;
- 2) e que a mudança e a estabilidade do comportamento só acontece em função da interacção intra-psíquica e social.

O quadro de referência teórico é a teoria da congruência interpessoal (Secord e Backman, 1961, citados por Davies, 1996) entre o *self*, o seu comportamento e como estes dois factores podem ser vistos pelo mundo exterior. Estabelece-se uma interacção complexa entre estes três elementos e cada um tem que estar em harmonia com os outros.

Cass apresenta um modelo de 6 fases, no qual os sujeitos têm a oportunidade de progredir até que a incongruência os impeça de prosseguir. Quando o indivíduo começa a resolver a inconsistência entre a percepção de si e os outros quer ao nível cognitivo, quer ao nível afectivo, acontece o crescimento. As 6 fases são as seguintes: confusão de identidade, comparação de identidade, tolerância da identidade, aceitação da identidade, orgulho na identidade e síntese da identidade.

#### CONFUSÃO DA IDENTIDADE

Antes desta fase, os indivíduos consideram-se-iam normalmente como heterossexuais, uma vez que é isso o que a sociedade espera deles. No entanto, a certa

altura, quando se começa a ficar consciente de um certo sentido de diferença, isso pode levar a um sentimento de alienação - ou porque se participou em qualquer jogo ou comportamento de natureza homossexual, ou depois da tomada de consciência face a pensamentos, emoções ou respostas psicológicas a estímulos homo-eróticos.

Alguém nesta situação pode reagir de várias maneiras. Pode gostar da ideia e procurar activamente informações, livros e revistas; ou pode considerar o seu comportamento como algo negativo e sentir-se muito desconfortável, negando e evitando qualquer conotação referente à sua realidade homossexual. Levado este desconforto ao limite, as pessoas podem casar ou adoptar uma posição anti-homossexual muito forte.

Uma terceira reacção tem a ver com a percepção do seu comportamento como algo de errado e a sua identidade como não-homossexual. Aqui podem surgir confusões entre aquilo que é feito e sentido, por exemplo, entre o ter sexo com alguém do mesmo sexo e beijar essa pessoa, ou pensar 'eu não sou efeminado, logo não sou gay'. Vêem o seu comportamento homossexual como uma experiência ou como algo passageiro.

#### COMPARAÇÃO DA IDENTIDADE

Nesta fase, apresenta-se como mais importante a resolução da pergunta: "Quem sou eu?" e o lidar com a alienação social caso se aceite a homossexualidade. O sujeito sabe que se sente atraído por pessoas do seu próprio sexo, mas sabe claramente que não é isto o que a outras pessoas sentem. Sente-se alienado da sociedade, família e amigos. E mesmo que aceite a sua homossexualidade, continuará a questionar as suas ideias e valores para o futuro, não casando ou não tendo filhos...

A par e passo com este questionamento, não são encontradas alternativas que substituam os valores antigos. A alienação sentida pode fazer com que o indivíduo se isole e evite contacto social com outros gays ou outras lésbicas; pode também procurar apoio psicoterapêutico com o objectivo de 'mudar' ou deixar de ser 'diferente'.

Existem 4 abordagens que os indivíduos utilizam para ajudarem a reduzir os seus sentimentos de alienação nesta fase:

- 1) Sentir positivamente a diferença em termos de uma nova identidade e comportamento sexual.
  - evitando situações ameaçadoras;
  - controlando a informação pessoal;

- cultivando deliberadamente uma imagem heterossexual ou assexual;
  - distanciando-se de situações homossexuais para diminuir sentimento de culpa.
- 2) Aceitar o comportamento sexual, sem adoptar uma identidade homossexual
- Estratégia especial: “Se não fosse a Maria, eu já estaria casada...”
  - Estratégia ambissexual : “Já o Freud dizia que toda a gente é bissexual...”
  - Estratégia da identidade temporária: “Só sou gay nesta altura da minha vida, provavelmente acabarei por me casar...”
  - Estratégia da inocência pessoal: “Eu sou uma vítima do destino, já nasci assim, a culpa não é minha...”
- 3) Aceitar uma identidade homossexual sem adoptar um comportamento. Esta situação é particularmente verdade quando há o medo de rejeição por parte de familiares ou amigos. “Eu posso ser gay, mas não posso ter relações com ninguém...”
- 4) Ver quer a identidade quer o comportamento homossexual como indesejáveis e querer mudar os dois. Esta fase traz consequências particularmente sérias para a auto-estima dos indivíduos e é aqui que podem ocorrer ideações ou intenções suicidas.

### TOLERÂNCIA DA IDENTIDADE

No final da fase anterior, o sujeito poderá já estar a dizer para si mesmo “Bom, se calhar sou mesmo gay...” e poderá começar a gastar mais tempo útil na procura de contactos com outras lésbicas, gays ou bissexuais de modo a compensarem os sentimentos de alienação social.

No entanto, esta acção é muito mais sentida como algo que tem que ser feito do que algo é verdadeiramente desejado. O indivíduo tolera a sua identidade, mesmo sem a aceitar.

No contacto social com os outros, é a qualidade deste contacto que é importante. Se os encontros forem positivos, é provável que o sujeito tenha interesse em repeti-los. No entanto, há muito factores que podem contribuir para que essa experiência seja negativa: timidez, falta de habilidades sociais, pouca auto-estima, medo da exposição e a homofobia internalizada. “Se ser gay é ir a discotecas e ter sexo com muita gente, então eu não quero ser!”. Daqui pode resultar isolamento e retracção social, inibindo totalmente os contactos e o comportamento homossexual.

Contactar com a subcultura pode proporcionar oportunidades para, por exemplo, acontecer um envolvimento emocional ou transmitir modelos positivos que fortaleçam um maior compromisso na assumpção de uma identidade gay, lésbica ou bissexual.

De novo, nesta fase, há dois resultados possíveis: uns aceitarão a sua necessidade de afirmarem a sua sexualidade; e outros, mesmo aceitando a sua necessidade de contacto homossexual, não desejam uma identidade gay ou lésbica. Racionalizam os seus comportamentos como temporários ou ambissexuais.

### ACEITAÇÃO DA IDENTIDADE

À medida que vai socializando e criando amizades, o indivíduo vai gradualmente reconhecendo os outros gays e lésbicas de uma maneira positiva, com um significado pelo menos equivalente ao da sua própria existência.

Alguns autores consideram que é importante haver uma identidade pública e privada na assumpção da sexualidade, enquanto outros acham que é suficiente ser gay ou lésbica no privado ou num círculo reduzido de pessoas.

Esta última estratégia tem o risco de manter a necessidade de segredo através da abertura selectiva aos outros, fazendo com que reduza os contactos com os outros, especialmente aqueles que se apresentem como ameaçadores. No entanto, se para alguns esta necessidade de protecção é negativa, para outros é benéfica e traz satisfação às suas vidas. Mas, para muitos, é a exacerbação das suas homossexualidades que os fazem passar à etapa seguinte.

### ORGULHO NA IDENTIDADE

É nesta etapa que o indivíduo sente que a sua identidade é totalmente aceitável e que o facto de a sociedade a rejeitar é algo de errado. Assim, desenvolve estratégias para separar as pessoas em duas categorias: os heterossexuais discriminadores; e os 'seus', os homossexuais. O indivíduo pode, agora, participar activamente na comunidade homossexual, consumindo aquilo que estiver ao seu alcance para satisfazer as suas necessidades, desde livros, teatro, bares, discotecas, etc.

Por outro lado, podem surgir paralelamente sentimentos de agressividade em relação à sociedade heterossexual que os discrimina, que os fez sentirem-se alienados e que desvaloriza as relações entre pessoas do mesmo sexo. Esta combinação de orgulho com raiva pode resultar numa certa pulsão activista o que, inevitavelmente trará consequências mais ou menos perigosas.

## SÍNTESE DA IDENTIDADE

O indivíduo entra nesta fase quando a estratégia de visão dicotómica do mundo (nós e os hetero) deixa de fazer sentido. À medida que se vão intensificando contactos com pessoas heterossexuais simpatizantes e com atitudes de apoio. Este contacto positivo ajuda a tomar consciência das semelhanças entre as pessoas homo e heterossexuais e das diferenças entre os homossexuais.

Em vez de se verem primariamente como gays ou lésbicas, passam a ajustar a sua sexualidade como parte integrante da identidade global. Apesar de tudo, as diferenças em relação aos heterossexuais estarão sempre em jogo, influenciando a integração total.

### 3.8 O MODELO DE COLEMAN

Este modelo foi desenvolvido por Eli Coleman (1981/1982, citado por Davies, 1996) e propõe cinco etapas que descrevem os factores com papel importante na assumpção da homossexualidade: *pré-coming out*, *coming out*, exploração, primeiras relações e integração da identidade.

#### PRÉ-COMING OUT

Apesar de haver muitas pesquisas sobre o assunto, não é ainda claro porque é que algumas pessoas se sentem atraídas por pessoas do seu próprio sexo. Coleman parte do pressuposto que a construção das identidades sexual e do género começam a operar pelos 3 anos de idade. E é desde esta idade que a criança começa a adquirir toda uma série de valores e atitudes familiares que fazem com que se confrontem com a sua diferença e pela negativa. Usam, assim, uma série de mecanismos de defesa para evitarem serem rejeitados.

Na etapa do *pré-coming out*, muitos indivíduos não estão conscientes dos seus sentimentos homo-eróticos e, por isso, não conseguem perceber o que está mal. Podem demonstrar os seus problemas psicossomaticamente, ou através de problemas de comportamento.

Muitos gays e lésbicas descrevem a sensação de se terem sentido diferentes antes de terem assumido a sua identidade, às vezes mesmo muitos anos antes.

#### COMING OUT

Esta etapa começa com os primeiros acessos de consciência ou de semi-consciência, nos quais os indivíduos começam a ver-se como homossexuais. Depois,

dada a necessidade de partilhar essa consciência com outros e receber validade externa, pode haver uma abertura.

Obviamente, se a abertura corre bem, o indivíduo sentirá uma crescente auto-estima e uma atitude positiva face aos anos de repressão e condicionamento negativo. No entanto, se a abertura correr mal, está-se perante a confirmação da vergonha e da culpa internalizadas.

Esta é uma altura crítica e muitas vezes ultrapassada com a ajuda de outros gays ou lésbicas. À medida que o indivíduo vive com a sua identidade homossexual, torna-se necessário que se corram alguns riscos, nomeadamente a abertura a familiares ou amigos, para que essa identidade se instale positivamente. Aqui é fundamental averiguar as possíveis reacções e preparar cenários, mas de uma maneira geral, aqueles que amam verdadeiramente aceitarão essa identidade como parte da identidade total.

### EXPLORAÇÃO

Esta etapa envolve o processo de socialização na comunidade gay e lésbica. Torna-se necessário adquirir competências sociais entre gays e lésbicas, habilidades que só podem ser adquiridas através do contacto social com outros. Trata-se de construir auto-confiança e auto-estima específicas para o contacto com pessoas que partilham os mesmos interesses sexuais. Estas relações, de amizade ou sexuais, são fundamentais para uma integração saudável da identidade homossexual, promovendo uma auto-imagem positiva.

Algumas pessoas podem associar esta fase a uma certa exploração sexual, imatura, imoral e promíscua, mas não deixa de ser importante pois trata-se de reviver uma adolescência perdida.

### PRIMEIRAS RELAÇÕES

A necessidade de maior intimidade toma lugar e o indivíduo passa a valorizar 'relacionamentos'. Normalmente são vividos com grande intensidade, possessividade e ciúme. Muitas vezes estas primeiras relações são muito investidas, têm uma grande carga romântica; pode haver um grande desejo de que estas relações dêem certo, por contraponto a modelos heterossexuais mais ou menos obscuros, face à falta de modelos relacionais de longa duração entre homossexuais.

Muitos gays caem num certo ciclo de exploração e relações intensas, mas curtas, muitas vezes devido a uma reacção de raiva não resolvida face à separação.

## INTEGRAÇÃO DA IDENTIDADE

Finalmente, ocorre a incorporação das identidades privada e pública no sujeito. Coleman relembra que este é um processo de ocorre durante toda a vida, mas agora as relações caracterizam-se por serem mais abertas, menos possessivas, com maior liberdade e confiança mútua.

Coleman não aborda a questão da ambivalência intra-psíquica que muitos gays e lésbicas sentem quando reconhecem a sua homossexualidade. Também não identifica mecanismos de defesa e reconhece que este modelo faz mais sentido para os homens gay.

#### 4. A TEORIA QUEER (*QUEER THEORY*)

A *Queer Theory* é uma escola de crítica literária e cultural que emergiu nos Estados Unidos da América em meados dos anos 1980, com raízes intelectuais da Teoria Feminista e de filósofos franceses como Jacques Derrida e Michel Foucault.

Até ao fim dos anos '80 a Teoria não estava ainda formalizada e assentava os seus pressupostos nas críticas à Identidade Gay e Lésbica. Esta crítica assumia que as representações eram função das identidades sexuais (Hedges, 1997). Estas ideias eram construídas através da análise de textos sobre identidade, como uma narrativa de *coming out*.

A sexualidade era vista como uma capacidade de obter prazer consolidada numa identidade quando um personagem percebia a sua escolha de objecto e iniciava relações genitais de acordo com a sua escolha de objecto ou, pelo menos, reconhecia o seu desejo de o fazer (Hedges, 1997).

No entanto, a partir do início dos anos '90 a *Queer Theory* assumiu que são as identidades sexuais que são função das representações, e que as representações pré-existem e definem as identidades sexuais (se bem que também as podem complicar e quebrar).

A *Queer Theory* leva a sério a ideia de Freud que o prazer não está inevitavelmente associado à sexualidade genital, ancorada pela escolha de objecto de alguém (Hedges, 1997). Aspectos dinâmicos tradicionalmente rotulados de perversões são aqui explorados sem nenhum carácter patologizante.

Annamarie Jagose (Jagose, 1996) fala do percurso evolutivo da palavra *Queer* na língua inglesa. Tratava-se de um termo pejorativo para designar 'homossexual', inclusivamente com uma carga de abuso homofóbico. No entanto, nos últimos anos o termo *Queer* tem sido utilizado de modo diferente no mundo anglófono. Por um lado, como um termo de apoio e ligação entre identidades sexuais culturalmente marginalizadas e, por outro, para descrever um modelo teórico que se desenvolveu a partir dos Estudos Gay e Lésbicos.

De uma maneira geral, *Queer* descreve os gestos ou modelos analíticos que dramatizam as incoerências nas alegadamente estáveis relações entre sexo cromossómico, género, e desejo sexual (Jagose, 1996). Demonstrando a impossibilidade de qualquer sexualidade 'natural', a Teoria questiona tópicos gay,

lésbicos, de *cross-dressing*, hermafroditismo, ambiguidade sexual, cirurgia de correcção de género sexual e até termos aparentemente intocáveis como ‘homem’ ou ‘mulher’.

A Teoria *Queer* não é sempre vista como uma elaboração aceitável e rápida que designa uma Teoria gay e lésbica, mas está a ter um impacto estruturante nos estudos sobre este tema. Judith Butler (1993, Citada por Jagose, 1996) tenta antecipar que o *Queer* não desafia as estruturas e os discursos normativos, mas o que é facto é que Teresa de Lauretis uma das pioneiras na construção da Teoria e quem a baptizou (1994, citada por Jagose, 1996) sugere que *Queer* se tornou num termo defunto e abandonou-a três anos mas tarde alegando que se tinha deixado absorver por todas as instituições e forças que se propunha fazer frente.

Mas para Butler (1993 Citada por Jagose, 1996), o que torna a Teoria válida e eficaz é o facto de se compreender que os efeitos das suas intervenções não são singulares. Os efeitos conservadores das classificações de Identidade jazem na habilidade de se naturalizarem como categorias descritivas auto-evidentes.

De modo a evitar réplicas normativas de formações gays e lésbicas anteriores, Butler (1993 Citada por Jagose, 1996) reclama um projecto *Queer* baseado no objectivo de promover uma política de não-identidade, ou mesmo uma política de anti-identidade.

Ao contrário dos rótulos estabelecidos pelas categorias de identidade gay e lésbica, a Teoria *Queer* desenvolveu-se fora das políticas de identidade tradicionais e constrangidas e dos registos de reconhecimento, verdade e auto-identidade (Jagose, 1996).

*Queer* é, assim, uma categoria de identidade que não tem nenhum interesse em se consolidar ou em estabelecer-se a si mesma. Mantém a sua crítica em movimentos identitários, sem ser uma posição imaginada fora do circuito dos problemas que a política de identidades provoca (Jagose, 1996).

Para David Halperin (Halperin, 1995, Citado por Jagose, 1996) *Queer* é “um modo de se fazer pontaria adiantadamente sem se saber ao certo para aonde apontar”. *Queer* “descreve um horizonte de possibilidades cuja extensão precisa e dimensão heterogénea não pode, em princípio, ser delimitado com antecedência”. *Queer* é “sempre uma identidade em construção, um local onde se torna indivíduo

permanentemente”. “Utópica na sua negatividade, a Teoria curva sem fim para a realização de que a sua realização é impossível”.

Partindo do pressuposto de que todas as pessoas nascem bissexuais, Tatchell (Tatchell, 1997) desafia a imagem de uma sexualidade humana binária, considerando que a orientação sexual é influenciada culturalmente quer na sua indeterminância quer na sua fluidez.

Para o autor, a sexualidade muda de acordo com a cultura e, se por acaso a nossa cultura deixasse de ser homofóbica e as relações entre pessoas do mesmo sexo fossem normalizadas e aceites, muitas mais pessoas teriam sexo gay, mas, paradoxalmente, muito menos identificar-se-iam como gays (Tatchell, 1997). A Identidade Homossexual seria, então, o resultado da repressão social e cultural.

Peter Tatchell vai mais longe ao considerar que a Identidade Homossexual está condenada (Tatchell, 1998): “tal como outra expressão de cultura humana, a homossexualidade como a conhecemos hoje nem sempre existiu e não durará para sempre”. “Os rótulos ‘heterossexual’ e ‘homossexual’ são invenções culturais, construídas para patrulhar o desejo sexual, funcionam para sustentar a supremacia heterossexual e para marginalizar uma alternativa *queer*”. “A abolição das categorias sexuais destrói a base da homofobia. Sem diferenciação nem polaridade, não pode haver conflito.”

Assim, as provas dadas por várias correntes do saber, como a antropologia, a sociologia e a psicologia no sentido de explicar os condicionalismos culturais face à homossexualidade levam Tatchell (1998) a dizer que as pessoas constroem uma identidade homossexual como um saco-cama de segurança sexual no qual se encaixam e, como uma reacção à homofobia, emerge a identidade com uma necessidade de afirmação apenas determinada pela defesa que o saco-cama proporciona.

## 5. A HOMOFOBIA, O HETEROSSEXISMO E O PRECONCEITO

Discurso de Heinrich Himmler, General das SS, Alemanha Nazi, 1937:

*“Temos que ser claros: se continuarmos a suportar o fardo da homossexualidade na Alemanha sem lutar contra ela, então é o fim do mundo germânico. (...) Os nossos antepassados afogavam os homossexuais num pântano. Isto não era uma punição, era apenas a extinção de uma vida anormal...”*

A Homofobia apresenta-se como um conceito de extrema importância no trabalho com gays, lésbicas e homossexuais. No entanto, é importante perceber que o termo ‘homofobia’ não é percebido da mesma maneira por vários autores.

G. Weinberg (Weinberg, 1972, citado por Davies, D., 1996) foi o primeiro a defini-la de uma forma consistente: “o pavor de estar perto de homossexuais ou, no caso dos próprios homossexuais, uma auto-repugnância”.

Já Hudson & Ricketts (Hudson & Ricketts, 1980, citado por Davies, D., 1996) incluíram os sentimentos de “ansiedade, nojo, aversão, raiva, desconforto e medo que alguns heterossexuais sentem quando está algum homossexual por perto”.

De facto, para uns não se trata de uma fobia clássica conforme está descrita na literatura psicopatológica. Por isso, surgiram vários nomes alternativos, tais como: homonegativismo (englobando uma série de factores multidimensionais), homossexofobia, homoerotofobia ou vergonha devido ao heterossexismo.

Mas o que não se pode negar, tal como foi demonstrado por Freund *et al.*, Langevin *et al.* e E. Harriman, 1984 (Freund *et al.*, Langevin *et al.* & E Harriman, 1984, citados por Davies, D., 1996), é que muitos indivíduos exibem uma resposta de medo face à homossexualidade. As origens deste medo residem em factores culturais, dado que afecta mais umas pessoas do que outras.

Existem dois tipos de homofobia: a Homofobia Internalizada e a Homofobia Institucionalizada. Na internalizada, são os próprios homossexuais que receiam a sua própria sexualidade e a repugnam. Na institucionalizada, são as estruturas sociais que discriminam os homossexuais e os bissexuais. Este tipo de homofobia é também conhecida por heterossexismo. O heterossexismo assenta no princípio de que a

heterossexualidade é assumida como a única vivência viável e aceitável (Blumenfeld & Raymond, 1988, citados por Davies, D., 1996).

Afinal, todas estas questões podem ser vistas à luz da teoria de Gordon Allport (Allport, 1954) no que diz respeito às definições de Preconceito e Discriminação. Assim, para o mesmo autor, *o preconceito é uma antipatia baseada numa generalização defeituosa e inflexível. Pode ser sentida ou expressa. Pode ser direccionada para um grupo ou para um indivíduo porque ele é um membro desse grupo.* E o autor continua: *a discriminação só advém quando se nega a esses indivíduos ou grupos, a igualdade de tratamento que eles possam desejar.*

Uma das questões legítimas que se podem colocar é: “porque é que a homofobia existe?” e: “Será que serve algum propósito?”

Uma das respostas possíveis tem a ver com o facto de os homossexuais - sobretudo os masculinos - serem vistos como uma ameaça à estrutura social central das nossas sociedades: o patriarcado. Os gays são vistos como desviantes desse patriarcado e como menos ‘machos’ (Weinberg, G., 1972, citado por Davies, D., 1996).

Herek (Herek, G.M., 1991, citado por Davies, D., 1996) apresenta algumas razões psicológicas para a existência e exercício da Homofobia:

- Pode funcionar como um revigorante da auto-estima da pessoa que discrimina, às custas da opressão ao outro grupo; é o simples reforço da “nossa” identidade, atacando a dos “outros”.
- Para dar sentido a um mundo contraditório e confusional, é comum colocarem-se as pessoas em categorias e depois ter uma dada forma de relacionamento com elas. Os estereótipos são uma forma de ordenação do mundo que funciona também como pólo relacional entre as pessoas.
- Para resolver conflitos ou situações pessoais inadequadas. Por exemplo, alguns heterossexuais descarregam nos gays, lésbicas e bissexuais os seus medos ou sentimentos de inferioridade.

Tal como foi definido por Allport (Allport, 1954), a escala de preconceito funciona do seguinte modo, para os homossexuais:

1. Rejeição verbal (piadas contra os homossexuais, utilização de certos nomes perjurativos como maricas, paneleiros, fufa, etc.)

2. Discriminação (negação de igual tratamento na educação, emprego, alojamento, uma série de direitos civis, etc.)
3. Ataque físico (violência e abuso)

Herek (Herek, 1984, citado por Davies, D., 1996) apercebeu-se da existência de padrões consistentes nas reacções negativas face aos homossexuais. Para este autor, o homofóbico típico

- tem pouco contactos com pessoas homossexuais;
- não se identifica como gay, lésbica ou homossexual;
- tem uma percepção acesa de manifestações negativas;
- viveu em áreas onde as normas negativas eram dominantes;
- é mais velho e com pouca formação escolar;
- é muito religioso ou subscreve uma ideologia religiosa conservadora;
- expressa atitudes tradicionais e restritas acerca dos papéis do género;
- é menos sexualmente permissivo ou manifesta mais culpa ou negatividade acerca da sexualidade;
- manifesta elevados níveis de autoridade e características de personalidade associadas.

Por outro lado, verificou também que os heterossexuais que eram mais homofóbicos tinham mais atitudes negativas face a homossexuais do seu próprio sexo, e que os homens tinham mais atitudes mais fortes e profundas do que as mulheres.

## 6. A HOMOFOBIA INTERNALIZADA

*“Agradava-me a passividade da actividade, só me aprazia o bastante para estimular, para não deixar esquecer-me a actividade em amor daquele que me amava. Reconheço sem lesão a natureza do fenómeno. É uma inversão sexual fruste. Pára no espírito. Sempre, porém, nos momentos de meditação sobre mim, uma inquietação de que essa disposição sobre o temperamento pudesse um dia descer-me ao corpo. Não digo que praticasse então a sexualidade correspondente a esse impulso; mas bastava o desejo para me humilhar.*

*Somos vários desta espécie - pela história artística sobretudo. Shakespeare e Rousseau são dois exemplos, ou exemplares mais ilustres. E o meu receio de descida ao corpo, dessa inversão de espírito - radica-me na contemplação de como nesses dois desceu - completamente no primeiro e em pederastia; incertamente no segundo, num vago masoquismo.”*

(Fernando Pessoa,

*In Páginas Íntimas, Obra Poética e em Prosa, pág.27,28)*

As atitudes negativas face aos homossexuais e a estigmatização da homossexualidade na cultura ocidental moldaram um ambiente sócio-cultural caracterizado pela rejeição e pela discriminação das pessoas homossexuais (Herek, 1986, citado por Meyer, I. & Dean, L., 1998).

O resultado é que os gays, as lésbicas e os bissexuais estão sujeitos a factores de tensão social que variam de uma atitude negativa generalizada à rejeição por parte de familiares e amigos, passando por abusos físicos e verbais, discriminação no acesso ao emprego, à habitação e à negação de uma série de direitos civis básicos (Dean, Wu & Martin, 1992, citados por Meyer, I. & Dean, L., 1998). Tal ambiente social tem mesmo que afectar a saúde mental e física do indivíduo que se sente homossexual.

De acordo com o homonegativismo e todas as formas de preconceito, muitos indivíduos podem internalizar aspectos significativos do preconceito sentido numa sociedade heterossexista (Williamson, 2000).

Este processo é consistente com a teoria dos traços devido à vitimização de Allport (Allport, 1954). Para ele, os indivíduos estigmatizados reagem defensivamente face ao preconceito a que estão sujeitos. Estes mecanismos podem ser extrovertidos, incluindo preocupações exageradas ou obsessivas com características estigmatizantes;

ou introvertidas, incluindo auto-denegrição e identificação com o agressor (Williamson, 2000).

Muitos autores consideram que a internalização da homofobia é uma consequência inevitável porque todas as crianças são expostas a normas heterossexistas, incluindo as pessoas homossexuais (Davies, D., 1996).

De facto, o gays e as lésbicas são, na sua esmagadora maioria, criados por pais heterossexuais e socializam em ambientes que promovem muitas atitudes anti-homossexuais. A maior parte dos homossexuais não são expostos a uma atitude protectora e de apoio no seio das suas próprias famílias. Por esta razão, até que assumam a sua sexualidade, os homossexuais têm muito pouco acesso a grupos de referência (a comunidade homossexual) e a modelos afirmativos que os ajudassem no desenvolvimento de uma identidade psico-sócio-sexual saudável.

Muito antes de perceberem a natureza da sua orientação sexual, os homossexuais internalizam uma série de mensagens correspondentes aos valores negativos face à homossexualidade. Muitas vezes, reconhecem os seus sentimentos de atracção por pessoas do seu próprio sexo e iniciam um processo psicológico de auto-rotulação que não é acompanhado por nenhuma abertura interpessoal das suas próprias emoções e comportamentos. Mas, iniciado o processo de auto-rotulação, os efeitos de dano psicológico ocasionados pelas tais mensagens negativas tomam lugar.

Link (1987, citado por Meyer, I. & Dean, L., 1996) descreveu um processo semelhante em indivíduos que se auto-rotulam como doentes mentais. As atitudes sociais negativas que antes pareciam apenas um conjunto de crenças mais ou menos distantes, passam a aplicar-se pessoalmente e deixam de ser inofensivas.

Thoits (1985, citado por Meyer, I. & Dean, L., 1996) descreveu tal processo de auto-estigmatização, referindo-se a “capacidades que as pessoas têm de se verem a si próprias através da perspectiva imaginada dos outros.”

Assim, a par e passo com o reconhecimento de uma atracção homossexual, começa a emergir uma identidade desviante que pode ameaçar o bem-estar psicológico e físico do homossexual.

Por outro lado, mesmo que esteja a ocorrer um processo de assumpção da sexualidade (*coming out*), se estiverem presentes sentimentos de homofobia internalizada esse processo torna-se ameaçado e, muitas vezes, desempenha um papel

importante na dinâmica conflitual do próprio desenvolvimento da identidade sexual (Cass, 1984; Cohen & Stein, 1986; Coleman, 1982; Troiden, 1989; citados por Meyer, I. & Dean, L., 1996).

Todos sabemos que a exposição a experiências precoces de socialização são muito marcantes. Por esta razão, percebe-se facilmente que a exposição continuada a atitudes negativas face à homossexualidade faz com que os aspectos da homofobia internalizada entre os homossexuais sejam um factor muito importante no desenvolvimento psicológico equilibrado durante as suas vidas.

Em casos extremos, há pessoas que não aceitam a sua homossexualidade e que vivem uma perturbação constante, reprimindo esses mesmos sentimentos. A terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) da Associação Americana de Psiquiatria referia-se a este padrão com a categoria: “Homossexualidade Ego-distónica”.

Esta posição foi muito contestada pelos psiquiatras e psicólogos afirmativos (corrente da Psicologia e Psiquiatria Críticas que valorizam a homossexualidade como uma orientação válida e de pleno direito) e foi eliminada das edições seguintes.

Apesar de tudo, a Homofobia Internalizada aparece como o constructo mais importante no trabalho dos psicólogos e psicoterapeutas afirmativos.

Cabaj (Cabaj, 1988, citado por Ross & Rosser, 1996) argumenta que a internalização da homofobia é a dinâmica principal nos traços neuróticos dos homossexuais, sugerindo que afecta a sintomatologia, a transferência e a contra-transferência dentro do trabalho psicoterapêutico.

Por outro lado, Kahn (Kahn, 1991, citados por Ross & Rosser, 1996) faz notar que as teorias sobre a formação da identidade homossexual são baseadas na assumpção de que a homofobia internalizada é uma reacção ao homonegativismo social que tem que ser resolvida para haver uma integração psicológica da sexualidade do indivíduo.

## 6.1 DEFINIÇÕES

Falar de um constructo que é dinâmico e multidimensional nem sempre é fácil. Por isso mesmo, surgem na literatura uma série de definições e conceitos.

Ilan Meyer e Laura Dean (Meyer, I., & Dean, L., 1998: 161) definem Homofobia Internalizada como “o direccionamento das atitudes sociais negativas para

o *self* da pessoa gay, levando à desvalorização desse *self* e resultantes conflitos internos e uma auto-imagem empobrecida”.

Locke (Locke, 1998, citado por Williamson, 2000) sugere que a Homofobia Internalizada é “o auto-ódio que decorre do facto de se ser uma pessoa socialmente estigmatizada”.

Plumber (Pumber, 1986, citado por Williamson, 2000), descreve a Homofobia Internalizada como “a consciencialização do estigma que rodeia a homossexualidade, levando à vivência de sentimentos extremamente negativos; vergonha e segredo, silêncio e auto-consciência, um grande sentido de diferença - e de peculiaridade - invade a consciência”.

Gonsiorek e Rudolph (Gonsiorek & Rudolph 1991, citados por Davies, D. 1996), define-a como “os sentimentos negativos acerca da orientação sexual de uma pessoa que podem limitar todo o *self*. Os efeitos deste processo podem variar desde uma leve tendência para a auto-dúvida face ao preconceito, até uma grande carga de ódio pessoal e comportamentos auto-destrutivos.”

Richard Isay, psicanalista americano, refere ainda que “a dada altura numa psicoterapia intensiva, todo o homem gay expressa infelicidade e insatisfação com a sua homossexualidade. A socialização de todos os homossexuais envolve a internalização de uma animosidade social que ele vivência (Isay, 1989, citado por Davies, D., 1996).

Carmen de Monteflores (1986, citada por Davies, D. 1996) identificou quatro maneiras intra-psíquicas de se lidar com a homofobia entre homens e mulheres homossexuais:

1 - *Assimilação*: é a adopção de comportamentos, atitudes e linguagem de um grupo dominante, passando por heterossexuais. O resultado é um sentimento de auto-traição, em conjunto com uma série de sentimentos de raiva, culpa e ressentimento devido ao não ser-se visto pelos outros como verdadeiramente se é.

2 - *Confrontação*: a assumpção da sexualidade (*coming out*) é um exemplo, pois ocorre o desafiar dos estereótipos. Através da auto-afirmação instala-se uma ‘nova’ identidade.

3 - *Ghetificação*: viver uma parte significativa da vida numa sub-cultura psicológica e/ou geográfica.

4 - *Especialização*: ver-se como alguém especial porque tem qualidades únicas, por exemplo, ser exótico/a, ou ter habilidades especiais em grupo; este mecanismo é, muitas vezes, apenas uma racionalização defensiva.

Sophie (1988, citada por Davies, D., 1996) identificou seis estratégias empregues pelas suas clientes lésbicas quando estas se confrontavam com mudanças nas suas orientações sexuais. Para Davies, D. (1996), estas mudanças aplicam-se de igual modo aos gays e aos bissexuais:

1 - *Reestruturação Cognitiva*: está no âmago da erradicação de homofobia internalizada e na formação de uma visão positiva da sexualidade.

2 - *Evitamento de uma identidade negativa*: muitas lésbicas evitavam assumir a sua sexualidade até que tivessem sentimentos neutros ou positivos face à identidade de rótulo.

3 - *Adopção de uma identidade de rótulo*: rotular-se implica desenvolver um sentido de pertença a uma comunidade de interesse. O apoio que este sentido fornece é enorme, pois permite a consciencialização das mudanças na orientação sexual.

4 - *Abertura pessoal*: a importância do *comig out* e a declaração da diferença em relação à norma do mundo heterossexual face a pessoas significativas é, também, uma estratégia muito importante para lidar com a homofobia internalizada.

5 - *Encontrar outras lésbicas, gays e bissexuais*: isto ajuda diminuir a importância dos estereótipos negativos e é fundamental para uma reestruturação cognitiva.

6 - *Habituação à homossexualidade*: esta fase tem a ver com a consideração da homossexualidade do indivíduo como algo banal e fora do extraordinário.

É muito raro um homossexual dizer que se odeia a si próprio por ter essa orientação sexual. De facto, é muito mais provável que os homossexuais que tenham homofobia internalizada a manifestem de maneiras muito mais subtis.

Por exemplo, existe uma grande prevalência de abuso de substâncias entre os gays, as lésbicas e os bissexuais, devido ao confronto com uma identidade estigmatizada e devido ao facto de o álcool ser percebido na sociedade ocidental como uma substância tranquilizante (Davies, D., 1996).

Outros exemplos mais expressivos de homofobia internalizada incluem casos de depressão, auto-abuso e tentativas de suicídio que, segundo Davies, D. (1996) se encontram em maior número do que na população em geral.

Coyle (1993, citado por Davies, D., 1996) encontrou nos seus estudos com homens homossexuais, níveis de bem-estar psicológico semelhantes àqueles de grupos da população em geral que tinham passado por qualquer tipo de acontecimento traumático, como o divórcio, a separação ou a viuvez.

Como sabemos, é comum que os mecanismos psicológicos de defesa comecem a operar quando alguém vive *stress* emocional, apesar de também alienarem esse alguém. A negação pode levar à alienação emocional e a reacções de auto-negligência e perda de identidade (Davies, D., 1996)

Outras manifestações de homofobia internalizada têm a ver com:

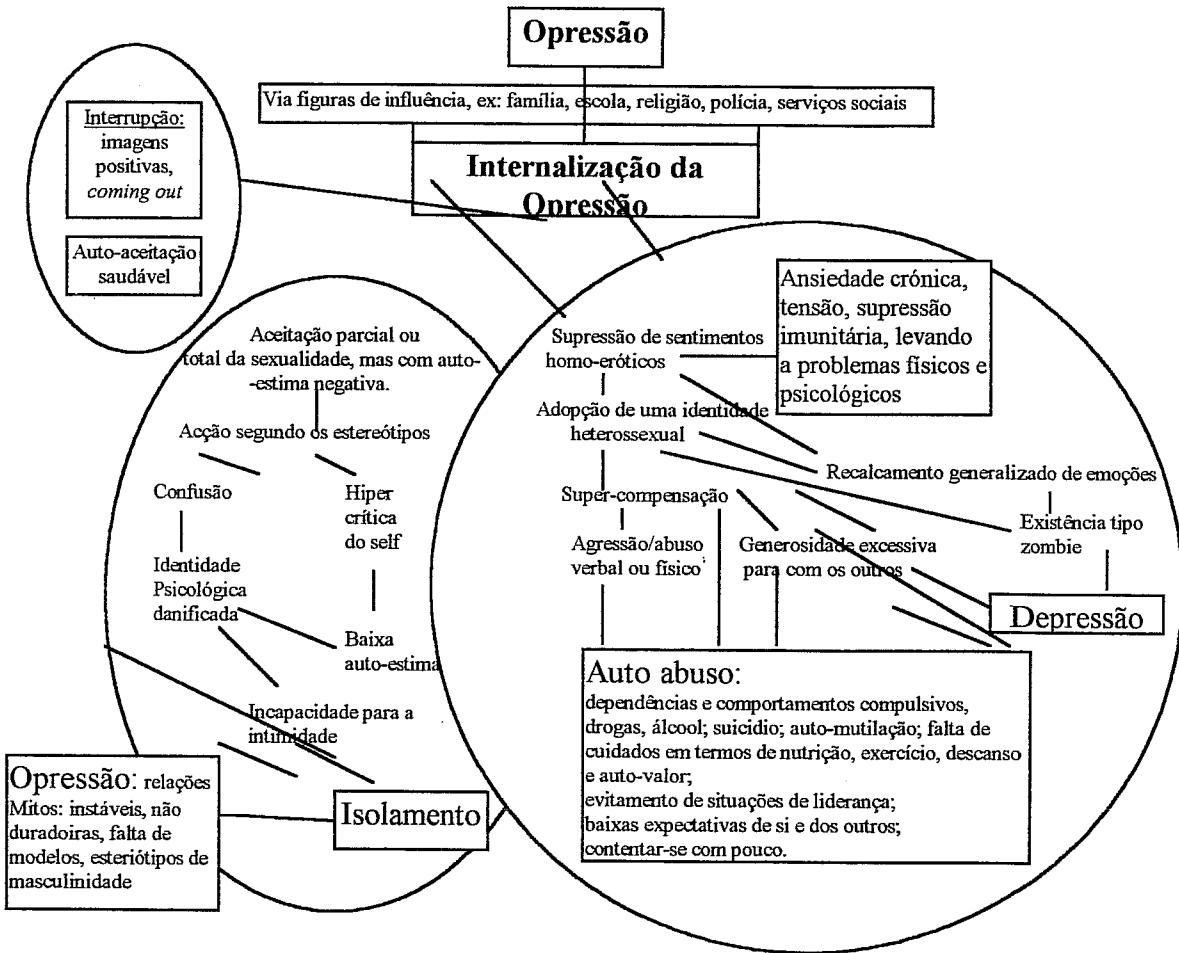
- O medo da descoberta;
- Desconforto com gays ou lésbicas que sejam mais óbvios(as);
- Rejeição de todos os heterossexuais (heterofobia);
- Sentimentos de superioridade/inferioridade em relação aos heterossexuais;
- Desconforto com crianças que estejam a ser criadas por uma só pessoa;
- Restrição das atracções emocionais a pessoas não disponíveis;
- Relações curtas e breves;

Margolies e al. (1987, citados por Davies, D., 1996) referem que a homofobia internalizada também incorpora dois medos: a erotofobia (medo da sua própria sexualidade) e a xenofobia (desconforto com estranhos). Desta maneira, a homofobia internalizada revela a luta entre as regras do ego e do super-ego e os desejos do id.

Um dos estereótipos mais comuns entre os homossexuais é que estes são incapazes de manter relações íntimas, não têm família nem filhos e morrem desesperados e sozinhos (quando não se suicidam!). Os homossexuais que internalizam tais crenças podem sentir-se inferiores e com menos valor. Podem, por exemplo, não tentar desenvolver relacionamentos íntimos estáveis e duradouros, bem como criar famílias alternativas unidas.

Anthony Hillin (citado por Davies, D., 1996) construiu dois esquemas que representam os efeitos da homofobia internalizada:

Esquema 1: Padrões através dos quais o homossexual internaliza a homofobia



## Esquema 2: Interrupção do ciclo da homofobia internalizada

### Linguagem:

O papel dos aliados

Mudança da opressão e da má informação por:

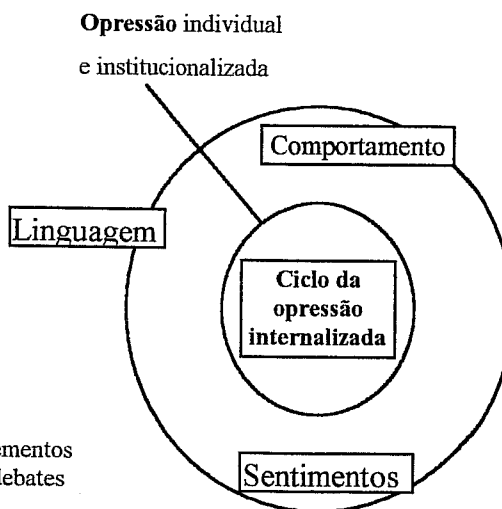
- correcção da má informação
- expressão das ideias próprias
- consciencialização das consequências da opressão, ex: injustiça
- mostrar como e porque é do interesse de todos acabar com a opressão
- exemplo pessoal, ex: comportar-se de maneira anti-discriminatória
- assegurar o acesso a modelos positivos, ex: elementos representativos, posters, tv, vídeos, filmes, livros, debates
- apoio e assistência às acções individuais

### Comportamento:

- interrupção de comportamentos de auto-abuso e abuso de outros
- aconselhamento
- modelos positivos
- agir para desafiar a opressão
- desenvolver comportamentos de auto-afirmação e de promoção da saúde
- construção de relacionamentos íntimos e de amizade
- avaliar o isolamento

### Sentimentos:

- expressão emocional através de
  - reconhecimento e validação dos sentimentos
  - psicoterapia
  - grupos de apoio
  - expressão criativa (música, dança, teatro)
  - agir para desafiar a opressão



## 7. A HOMOFOBIA INTERNALIZADA COMO UM STRESS DAS MINORIAS

*A causa inicial do stress das minorias é a atribuição social do estatuto de inferioridade a um grupo particular. Esta atribuição de ineficácia a várias categorias de pessoas, particularmente a categorias baseadas no sexo, raça ou preferência sócio-sexual, muitas vezes precipita eventos de vida negativos para o membro da minoria sobre os quais o indivíduo tem pouco controle.*

Brooks, 1991

Os gays, as lésbicas e os bissexuais representam uma minoria sexual. Como tal, enfrentam tanta discriminação, estigmatização e violência que é apenas natural que, como resultado, lhes ocorram elevados níveis de stress e ansiedade. Tanto mais é assim que a nossa sociedade heterossexista apenas os tolera se não se assumirem e permanecerem para sempre 'no armário' (DiPlacido, J., 1998). No entanto, ao contrário das outras minorias sociais, em muitos países (incluindo Portugal) aos homossexuais falta-lhes um reconhecimento constitucional que os proteja da discriminação.

Recentemente, alguns autores têm vindo a salientar a importância do factor do stress das minorias como sendo a componente principal da internalização da homofobia.

Brooks (Brooks, 1991, citado por Williamson, I.R., 2000 & DiPlacido, J., 1998), Meyer (Meyer, I., 1995, citado por Williamson, I., 2000) e DiPlacido (DiPlacido, J., 1998) desenvolveram uma série de estudos onde conceptualizaram o stress das minorias como um stress psicossocial derivado da pertença a um grupo de menor estatuto, o que foi sugerido como um bom paradigma para o estudo da Homofobia Internalizada.

Para Meyer (Meyer, 1995, citado por Williamson, I., 2000), o stress das minorias surge não só a partir de eventos negativos, mas também a partir da totalidade das experiências do indivíduo na sociedade dominante. No centro destas experiências

está a incongruência entre a cultura, necessidades e vivências da pessoa em minoria e as estruturas sociais. Neste modelo, a Homofobia Internalizada representa um (apesar de ser o mais insidioso) dos três aspectos do stress das minorias. Os outros dois seriam o 'Estigma Percebido' e a experiência de 'Eventos Preconceituosos'.

O autor referido considera também que estes três aspectos têm um impacto significativo no ajustamento psicológico do indivíduo, tendo em conta a sua interação com o que ele chama de 'efeitos psicologicamente injuriosos'. Para evidenciar esta afirmações, Meyer realizou um estudo com 741 gays e encontrou uma relação significativa entre a homofobia internalizada e as seguintes medidas de tensão psicológica: desmoralização, culpa, dificuldades sexuais, suicídio (ideação ou comportamento) e respostas traumáticas em relação ao HIV/Sida.

O estudo de DiPlacido (DiPlacido, J.,1998) sobre stress de minorias enfatiza também o papel da homofobia internalizada, mas relaciona-a significativamente com outros aspectos do funcionamento psicológico, por exemplo, a correlação entre os afectos negativos e o consumo de álcool ou a depressão.

A autora refere-se, ainda, à existência de condições sociais que podem levar a factores de tensão interna. Estes factores, manifestados no indivíduo, representam a internalização de valores sociais idealizados que não vão ao encontro dos internos. Estas condições propiciam o conflito interno e o mau-estar entre muitos gays e lésbicas.

## 8. A HOMOFOBIA INTERNALIZADA COMO UM ESTIGMA A GERIR

Ervin Goffman (1963, citado por Mondimore, 1998) apresentou a suas ideias sobre os fenómenos de intolerância e de discriminação socorrendo-se da explicação da origem da palavra *estigma*: “Os gregos, que aparentemente utilizavam muitos suportes visuais, criaram o termo *estigma* para se referirem a sinais corporais destinados a expor algo pouco usual ou negativo acerca da condição moral de quem os trazia. Faziam-se incisões ou queimavam-se sinais no corpo para advertir que quem os levava era um escravo, um delinquente, um traidor ou uma pessoa impregnada de ritos contaminados que se devia evitar, especialmente em locais públicos”.

Goffman (1963, citado por Mondimore, 1998) observou também que, em alguns casos, não existia nenhum sinal corporal de um estigma em particular. Contrariamente às pessoas estigmatizadas pela cor da pele ou por uma deficiência física, a expressão desse estigma estaria condicionada pela invisibilidade ou não do mesmo.

Tornar visível a homossexualidade (expor o estigma) passa por ir ao encontro dos estereótipos e imagens globais ou locais, o que inclui certas modas ou gostos, uma certa linguagem verbal e corporal.

Chegado ao ponto de aceitação de uma identidade homossexual, tal como foi proposta por Cass (Capítulo 3.7), os perigos externos e a internalização da estigmatização podem fazer com que muitos homossexuais adoptem uma série de estratégias diferentes para lidarem com a exposição ou não da sua homossexualidade.

A manifestação mais comum da internalização da estigmatização é a sensação de vergonha face à perspectiva de ser identificado como gay (Mondimore, 1998). Esta sensação de vergonha pode ser o resultado do confronto com possíveis ameaças externas e internas e o bem-estar emocional do indivíduo vai depender da maneira como ele as gere.

Algumas pessoas decidem que as consequências de ser identificado como homossexual são tão terríveis que não o podem revelar. Uma das estratégias que pode adoptar passa por projectar ao mundo uma identidade assexuada. Esta estratégia foi definida por Richard Troiden (1989, Citado por Mondimore, 1998) como capitulação.

Outra estratégia de gestão de estigma consiste em passar-se por heterossexual. Mesmo auto-definindo-se como gays, estes indivíduos podem levar uma vida dupla, ocultando ou mentindo.

Mas, à medida que os indivíduos vão passando por uma série de modificações internas e externas que conduzem à incorporação da identidade da sua orientação sexual na sua própria imagem global, tomam consciência da incongruência que existe entre as atitudes positivas que foram construindo devido a essas modificações e as críticas e pressões sociais. Fazer-se passar por heterossexual torna-se cada vez mais inaceitável. E, para confrontar essa incongruência, o indivíduo recorre cada vez mais à estratégia de revelação da sua homossexualidade.

Apesar disto, sobretudo em sociedades onde ainda não existem movimentos integrados ou comunidades abertas de homossexuais, a maioria dos gays pode sentir-se obrigado a recalcar os seus desejos ou sentimentos homo-eróticos (Castañeda, 1999), o que conduz a dificuldades afectivas e de intimidade em todas as áreas de vida do indivíduo, o que poderá também terminar em sentimentos de raiva.

Outra situação que pode ser o resultado da internalização do estigma é a sensação de desvantagem. Muitos homossexuais consideram-se, se não inferiores, pelos menos limitados no seu potencial pessoal, social e profissional (Castañeda, 1999).

Também é relativamente comum ocorrer um sentimento relativo à falta de limites. Por exemplo, muitos homossexuais são 'demasiado bons' e sempre atentos às necessidades dos outros, pois têm dificuldade em expressar as suas (Castañeda, 1999).

Outro fenómeno interessante em relação à gestão do estigma por parte dos homossexuais tem a ver com a maneira como estes consideram a homossexualidade dos outros. É muito frequente ouvir homossexuais a falarem de outros homossexuais como se eles não o fossem. Esta pode ser uma maneira sã de se distanciarem de certas ideias recebidas e afastarem-se dos estereótipos, mas facilmente se instala uma certa ambivalência (Castañeda, 1999).

## 9. AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO DO CONCEITO DE HOMOFOBIA INTERNALIZADA

Tradicionalmente, a Homofobia Internalizada (HI) era vista como equivalente à Homossexualidade Ego-Distónica (HED), tal como vinha descrita na terceira edição do *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders* da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-III).

No entanto, apesar de serem conceitos semelhantes, há diferenças concretas que importa reforçar: a HED foi descrita como uma condição estática e as intervenções terapêuticas realizadas tinham como objectivo reverter a orientação sexual. Por outro lado, a HI é vista pelos psicólogos e psicoterapeutas afirmativos como uma etapa primária de um processo de desenvolvimento (Meyer, I. & Dean, L., 1998). À medida que o indivíduo assume a sua sexualidade, é suposto que ocorra um ajustamento saudável e, conseqüentemente, os níveis de HI baixem.

É importante fazer esta distinção, pois no desenvolvimento da pesquisa nesta área, desde há 25 anos, surgiram alguns instrumentos que não contemplam estas diferenças de uma maneira clara.

O instrumento mais citado na literatura e que assenta nos critérios da HED é o de Ilan Meyer (Williamsom, I., 2000), que construiu uma escala de avaliação da homofobia internalizada, constituída por nove itens. As respostas cotavam as frequências com que os indivíduos tiveram os pensamentos contemplados na escala no ano prévio à realização da entrevista. Para tal, respondiam numa escala de Likert que variava de *muitas vezes* (5 pontos) até *nunca* (1 ponto). Um total de 9 pontos representava ausência de homofobia internalizada na escala.

Os nove itens da escala são os seguintes (tradução livre para homens a partir do original para mulheres - [www.psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/ihpitems.html](http://www.psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/ihpitems.html)):

1. Sinto muitas vezes que é melhor evitar um envolvimento pessoal ou social com outros homens gays ou bissexuais.
2. Já tentei deixar de me sentir atraído por homens em geral.
3. Se me dessem a oportunidade de ser completamente heterossexual, eu aceitaria.
4. Quem me dera não ser gay/bissexual.

5. Sinto-me alienado de mim próprio porque sou gay/bissexual.
6. Gostava de poder desenvolver mais sentimentos eróticos por mulheres.
7. Sinto que ser gay/bissexual limita-me a nível pessoal.
8. Gostaria de arranjar ajuda profissional para poder mudar a minha orientação sexual de gay/bissexual para heterossexual.
9. Já tentei sentir mais atracção sexual por mulheres.

Também desenvolvido a partir dos critérios da HED da DSM-III, surgiu o Instrumento de Atitudes face à Homossexualidade de Nungesser - IAHN (Nungesser Homosexuality Attitudes Instrument - NHAI). Esta escala era muito mais extensa do que a de Meyer e compreendia três sub-escalas que representavam as atitudes do sujeito face à sua própria homossexualidade, atitudes face à homossexualidade *per se*, e uma escala de abertura que media o grau de conforto com os outros sabendo que a sua homossexualidade era conhecida por eles (Williamson, I., 2000).

Mais recentemente, surgiu uma escala para medir a Homofobia Internalizada entre gays e foi desenvolvida por Ross & Rosser (Ross, M.W. & Rosser, B.R.S., 1996). Estes autores sugeriram quatro dimensões relevantes para o constructo: identificação pública como sendo gay; percepção do estigma associado ao ser gay; grau de conforto social com outros gays; e crenças em relação à aceitação religiosa ou moral da homossexualidade.

Ross & Rosser (Ross, M.W. & Rosser, B.R.S., 1996) descrevem uma série de associações significativas entre as dimensões estudadas e uma variedade de outras medidas, tais como: afiliação à comunidade, relações duradoiras e satisfatórias, e abertura pessoal e no local de trabalho.

A validade preditiva das sub-escalas ‘identificação pública’ e ‘conforto social’ parece ser muito mais forte do que nas escalas de Meyer e Nungesser (Williamson, I., 2000).

A Escala de Ross e Rosser serve de base ao trabalho deste estudo. Por esta razão é abordada com mais detalhe no capítulo ‘instrumentos’ mais à frente.

Estabelecer medidas para a Homofobia Internalizada e sua operacionalização não tem sido fácil, sobretudo devido à não-clarificação de conceitos relevantes (por

exemplo, auto-estima) e a falta de diferenciação tradicional entre a Homofobia Internalizada e consequências intra-psíquicas ou comportamentais, tais como: dificuldades de intimidade ou depressão (Williamson, I., 2000).

Outra das grandes dificuldades tem a ver com a dúvida em relação à dimensão de abertura da homossexualidade de alguém como uma medida válida de homofobia internalizada. Por um lado, o assumir da sexualidade (*coming out*) e o desenvolvimento de uma identidade gay bem integrada, podem ser indicadores válidos de reduzida homofobia internalizada, mas a literatura indica que alguns gays que se sentem bem com a sua homossexualidade vêem a comunidade gay como um lugar hostil e agressivo e também preferem não assumir as sexualidades num ambiente anti-homossexual de violência e vitimização como é a sociedade geral (Herek & Berril, 1992, citado por Williamson, 2000).

Nestas circunstâncias, o não revelar da sua homossexualidade pode ser um processo adaptativo particularmente válido para aqueles que vivem em locais isolados e não podem ter acesso a infra-estruturas sociais afirmativas ou que têm famílias e amigos altamente homofóbicos.

Apesar de tudo, o desenvolvimento de escalas que permitam medir a Homofobia Internalizada é muito importante, pois possibilita análises quantitativas fundamentais ao estudo e à prevenção de dificuldades na saúde.

## 10. OS COMPORTAMENTOS PARA A SAÚDE

*“O grande erro dos nossos dias é que os médicos separam o corpo da mente. A cura das partes não deve ser tentada sem o tratamento do todo.”*

Platão

A relação entre a mente e o corpo e os efeitos de um sobre o outro sempre foi um assunto controverso. Mas uma das principais razões para essa evolução tem a ver com as mudanças nas definições de saúde e o que significa ser saudável.

Tradicionalmente, a saúde foi sendo definida pela ausência de doença ou de patologia; contudo, o conceito evoluiu para uma definição mais holística, tal como foi apresentado pela Organização Mundial de Saúde em 1946: “é um estado de bem-estar físico, psíquico e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Acompanhando esta mudança, surgiu o desafio ao modelo dominante na medicina ocidental de então - o Modelo Bio-médico. Este modelo, apesar de ter permitido grandes avanços na terapêutica e na tecnologia, ignorou os aspectos psíquicos e sociais da doença. Isto fez com que contribuisse muito pouco para a explicação dos conceitos emergentes de Saúde e Doença.

Vários profissionais da Saúde começaram, então, a verificar a necessidade de incorporar factores psicológicos e sociais na compreensão e no tratamento das doenças.

Por outro lado, há que ter em conta as próprias mudanças nos padrões de doença. Antes dos avanços ocorridos no século XX, a maioria das doenças mortais eram as infecciosas. O aparecimento de medicamentos como os antibióticos e vacinas, bem como o tremendo avanço na área das tecnologias, vieram pôr um travão à mortalidade devido a estas doenças.

Porém, a consequência foi o aumento da longevidade e, com ela, as doenças crónicas tornaram-se a maior preocupação. Doenças cardiovasculares e vários tipos de cancro são, neste momento, as principais causas de morte no mundo ocidental.

99% das pessoas nascem saudáveis, mas tornam-se doentes devido a uma série de comportamentos inadequados ou devido a condicionamentos ambientais. Este facto trouxe a aplicação dos princípios psicológicos para a frente de batalha na luta contra as doenças.

A partir da segunda revolução da Saúde, passou-se a centralizar as atenções na Saúde propriamente dita, enquadrando o indivíduo numa perspectiva ecológica. O relatório de Lalonde reflectia as mudanças de âmbito geral e as suas influências na saúde. Conceitos como Promoção da Saúde e estilo de vida ganharam forma e peso.

Na terceira revolução da Saúde, os aspectos económicos - devido aos elevados custos na prestação dos cuidados de saúde - levaram à necessidade de controlar e de tomar medidas preventivas para a Saúde, nomeadamente a aplicação de medidas para a mudança de comportamentos não-saudáveis.

Foi-se, assim, assistindo ao desvanecimento da dicotomia físico-mental, pois as investigações foram demonstrando que a mudança no que diz respeito aos tipos de doença, estão directamente relacionados com patogénios comportamentais. Estes podem ser hábitos, como fumar ou beber em excesso; ou mesmo doenças como a malária, têm também grandes componentes comportamentais e de atitude.

Vivendo mais tempo, é a maneira como as pessoas se exprimem que condiciona a sua saúde e a sua doença. Gerir os comportamentos é a chave para prevenir a doença. Esta gestão passa pela devolução às pessoas do poder de decisão (tomar a decisão de adoptar um comportamento preventivo, por exemplo), com base na informação que lhes foi veiculada pelas campanhas de promoção para a saúde.

Promover a saúde é actuar no sentido de proteger, manter e aumentar a saúde. Implica a promoção, a implementação e a manutenção de comportamentos saudáveis. Foi Lalonde que veio chamar a atenção para a necessidade de trazer aos sistemas de saúde uma tomada de consciência no que diz respeito a programas de prevenção e de promoção para a saúde, isto é, desenvolver padrões de vida saudável.

Infelizmente, o grosso da investigação médica concentrou-se na pesquisa do como e do porque é que as pessoas adoecem, i.e., na morbilidade e mortalidade. A pesquisa dos comportamentos relacionados com a saúde é muito menor.

Apesar disso, os estudos de Alameda County tornaram-se clássicos no estudo dos factores que levam as pessoas a atingir, manter e promover a sua saúde. Estes comportamentos eram os seguintes (Matarazzo, J.D., & Leckliter, I.N., 1988):

- 1) Sete ou oito horas de sono por dia
- 2) Tomar o pequeno-almoço quase todos os dias
- 3) Nunca comer (ou raramente) entre as refeições
- 4) Peso ajustado à altura

- 5) Nunca fumar cigarros
- 6) Consumo moderado (ou nenhum) de álcool
- 7) Actividade física regular
- 8)

Na compreensão das escolhas individuais das pessoas quando têm comportamentos patogénicos, há que ter em conta os condicionalismos ambientais. Um dos exemplos claros é a religião. Matarazzo & Leckliter (Matarazzo, J.D., & Leckliter, I.N., 1988) referem, por exemplo, os casos dos Metodistas, Mórmones e Adventistas do Sétimo Dia, cujos seguidores são incentivados a terem comportamentos rotineiros que envolvem o desporto, a recreação, a educação e o evitamento de tabaco, chá ou café e álcool. Independentemente das prescrições culturais envolvidas, os indivíduos mantêm a sua boa saúde. As estatísticas comprovam-no: no estado norte-americano do Utah (onde vivem muitos Mórmones) existe uma incidência de cancro 30% inferior aos outros estados e os Adventistas do Sétimo Dia têm menos 25% de admissões nos hospitais devido a estas doenças.

Apesar da crença de que os estados emocionais e de atitude influenciam os processos fisiológicos do corpo existirem há muitos séculos, só recentemente é que obtiveram dados empíricos para o provar.

Por exemplo, Friedman & Rosenman (Friedman & Rosenman, 1959, citados por Matarazzo, J.D., & Leckliter, I.N., 1988) caracterizaram um padrão de comportamento crónico - Tipo A - associado ao risco de doença coronária: competição, agressividade geral, excesso de orientação profissional e sentido persistente de urgência temporal. Por outro lado, caracterizaram também um tipo B de comportamento, com menos risco: satisfação, relaxação e 'sem pressas'.

Parece que os componentes comportamentais da personalidade do Tipo A (hostilidade) em conjunto com situações de desafio ou frustração provocam o aumento de libertação de norepinefrina (Dembroski *et al.*, 1978; Friedman *et al.*, 1975; Glass, 1977, citados por Matarazzo, J.D., & Leckliter, I.N., 1988), a severidade da aterosclorose (William *et al.*, 1980, (Matarazzo, J.D., & Leckliter, I.N., 1988) e também a morte coronária súbita decorrente de febrilhação ventricular (Friedman *et al.*, 1973, Matarazzo, J.D., & Leckliter, I.N., 1988).

Alguns autores apontam para a necessidade de enfatizar que este tipo de características são exclusivas da nossa cultura ocidental, onde a mistura de factores relacionados com o stress se justapõem à responsabilidade individual da escolha de um comportamento patogénico do Tipo A, contra as exigências ambientais desse comportamento (Matarazzo, J.D., & Leckliter, I.N., 1988). É, por exemplo, o caso de um stress profissional de competição que acontece devido às exigências no local de trabalho, ou porque foi auto-imposto por causa do desejo pessoal de ascensão profissional.

Kasl e Cobb (Kasl & Cobb, 1996, citados por Ogden, J., 1999) definiram três tipos de comportamento relacionados com a saúde:

1. Um comportamento de saúde (cujo objectivo é impedir o aparecimento de uma doença)
2. Um comportamento de doença (cujo objectivo é encontrar uma cura para a doença)
3. Um comportamento de doente (cujo objectivo é agir para ficar saudável)

Matarazzo refere-se ainda a dois tipos de comportamentos para a Saúde (Matarazzo, J.D., & Leckliter, I.N., 1988): patogénicos e imunogénicos, tendo, respectivamente, um efeito negativo e positivo na saúde.

## 11. DETERMINANTES E ABORDAGENS TEÓRICAS NOS COMPORTAMENTOS PARA A SAÚDE

*“As doenças contemporâneas são causadas pelas influências que o indivíduo determina através do seu próprio comportamento.”*

McKeown

Desde há muito que os investigadores notaram que os comportamentos para a Saúde diferem significativamente na sua complexidade entre grupos sociais. Determinantes sociais e demográficos, como o estatuto sócio-económico ou o género sexual, devem ser tidos em conta. A par com o apoio social que o indivíduo tenha, talvez o determinante mais importante seja o simples acesso regular a um médico. Se houver este acesso, é mais provável que o indivíduo adopte comportamentos preventivos (Kirscht, 1983, citado por Bishop, G.D., 1994).

A par com os determinantes sociais, existem os determinantes situacionais. De facto, o comportamento para a Saúde pode ser influenciado pela pressão dos pares (por exemplo, quando um jovem começa a fumar) ou se provier de uma família onde determinado hábito seja aceitável.

Outro dos grandes determinantes tem a ver com a percepção dos sintomas. A saúde de uma pessoa é muitas vezes influenciada pela maneira como essa pessoa se considera ou como se sente após certas actividades físicas. Quando um fumador se apercebe que tosse demasiado, pode pensar em mudar os seus hábitos tabágicos, por exemplo, como tentativa de reduzir o risco percebido.

Por outro lado, os determinantes psicológicos têm muita importância na medida em que os comportamentos para a Saúde podem ser condicionados pelas cognições e pelas emoções de uma pessoa. Por exemplo, o acto de fumar está muito relacionado com a ansiedade ou com o aborrecimento (Laventhal, 1985, citado por Bishop, G.D., 1994). Howard Laventhal chegou ainda à conclusão que os indivíduos com maiores níveis de stress emocional tinham muito menos probabilidade de adoptar comportamentos saudáveis, tais como, o tomar o pequeno-almoço, fazer exercício físico e não fumar do que aqueles sujeitos com menores níveis de stress.

Outros autores (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984, citados por Bishop, G.D., 1994) documentaram as maneiras como o senso comum nas representações de doença influencia o comportamento das pessoas. Em resposta a várias ameaças potenciais, elas usam modelos cognitivos que têm para diferentes doenças, modelos que podem ou não corresponder à compreensão médica da doença. A importância deste ponto reside no potencial preventivo para Saúde. Se uma mulher heterossexual acha que a Sida é uma doença de homens homossexuais, provavelmente não estará preocupada em ter sexo protegido.

Um dos aspectos importantíssimos na motivação das pessoas para adoptarem práticas de saúde positivas tem a ver com a vulnerabilidade percebida. De um modo geral, uma pessoa que se ache vulnerável em relação a determinada doença, tomará medidas preventivas contra essa mesma doença (Bishop, G.D., 1994).

De acordo com os determinantes colocados em questão, assistiu-se ao desenvolvimento de várias teorias para explicar o comportamento das pessoas e também para ajudar as pessoas a adoptarem hábitos de saúde mais positivos.

Existem vários modelos que subjazem aos programas de modificação do comportamento. Entre eles, o Modelo de Crenças da Saúde (Health Belief Model - HBM) desenvolvido por Rosenstock em 1966; a Teoria da Motivação Protectora (Protection Motivation Theory) desenvolvida a partir do HBM, mas com elementos motivacionais acrescidos; o Modelo de Auto-Regulação de Leventhal (Self-Regulatory Model), que é um modelo de resolução de problemas; a Teoria da Acção Planeada (Theory of Planned Behaviour - TPB), que diz que as pessoas decidem consoante a informação que dispõem; a Abordagem do Processo de Acção para a Saúde de Schwarzer (Health Action Process Approach) que explora os factores que facilitam a adopção e a manutenção de comportamentos saudáveis; o Modelo de auto-eficácia que analisa as crenças das pessoas em relação às suas próprias capacidades; e ainda o modelo do Locus de Controle.

## 12. RESULTADOS DA PESQUISA SOBRE HOMOFOBIA INTERNALIZADA ENTRE HOMOSSEXUAIS E IMPLICAÇÕES NA SAÚDE

Apesar de as pesquisas sistemáticas dos efeitos da homofobia internalizada serem escassas, os psicólogos têm-na correlacionado com muitos resultados adversos no que diz respeito à saúde mental e física.

Malyon (Malyon, 1982, citado por Meyer, I. & Dean, L. 1996) concluiu que a homofobia internalizada influencia a formação da identidade, a auto-estima, a elaboração das defesas, padrões de cognição, a integridade psicológica e as relações de objecto.

Os estudos em relação ao comportamento de risco face ao VIH/SIDA têm mostrado uma relação inconsistente entre homofobia internalizada, afiliação comunitária e comportamento de risco (Sandfort, 1995, citado por Meyer, I & Dean, L., 1996).

Porém, Herek e Glunt (1995, citados por Meyer, I. & Dean, L., 1996) encontraram uma relação indirecta: os indivíduos que tinham homofobia internalizada tinham níveis inferiores de auto-eficácia para o sexo seguro e apresentavam mais barreiras na prática de sexo seguro. Estas, por seu turno, estavam ligadas ao aumento de comportamento de risco.

Assim, concluíram que estando assumidos em relação às suas homossexualidades e tendo sentimentos positivos acerca da sua orientação sexual, os homens gays e bissexuais eram mais sensíveis ao apoio social para a adopção de comportamentos seguros e sentiam-se com mais poder para praticarem sexo seguro com os seus companheiros sexuais.

Por outro lado, Nicholson e Long (1990, citados por Meyer, I. & Dean, L., 1996) estudaram a relação entre a homofobia internalizada e auto-estima, apoio social, e estratégias de *coping* entre gays VIH+. A homofobia internalizada foi associada ao uso de menos estratégias de *coping*.

Do mesmo modo, Wolcott, Namir, Fawzy, Gottlieb e Mitsuyasu (1986, citados por Meyer, I & Dean, L., 1996) num estudo com homens gays e bissexuais com Sida, referiram que a homofobia internalizada estava associada a perturbações do humor bem como a medidas subjectivas (e não objectivas) do estado de saúde.

O estudo de Meyer, I. & Dean, L. (1996) concluiu que mais de dois terços das suas amostras entre homens gays e bissexuais (n=912) tinham referido algum nível de homofobia internalizada, corroborando assim as evidências de outros autores. Apesar de não terem obtido respostas de grande valor em termos da homofobia internalizada (a média foi de 12.1 com um desvio-padrão de 3.9 para um máximo de 36 pontos, utilizando a escala de Meyer mencionada atrás), os referidos autores consideraram-na como um factor preditor para problemas de saúde mental, problemas de intimidade e comportamentos de risco em relação ao VIH/SIDA.

Ratti, Bakeman, e Peterson (Ratti, R., Bakeman, R. & Peterson, J.L., 2000) compararam as correlações do comportamento sexual de risco para o VIH de homens canadianos de origem asiática e europeia (n=98). Os indivíduos que apresentavam maiores níveis de homofobia internalizada tinham mais comportamentos de risco sexual, nomeadamente sexo oral e anal desprotegido.

O estudo levado a cabo por Jurak (Jurak, M.R., 1999) investigou os preditores do comportamento sexual de risco entre gays VIH negativos (n=87). A homofobia internalizada, múltiplas perdas associadas ao VIH e o uso de substâncias emergiram como sendo preditores do comportamento sexual de risco. Por outro lado, estilos atribucionais pessimistas, locus de controle externo e depressão não se apresentaram como preditores. O estudo ainda revelou que múltiplas perdas associadas ao VIH podem ser predictivas de homofobia internalizada e de abuso de substâncias, o que sugere que as perdas podem levar a atitudes e comportamentos mal adaptados.

Já Allen e Oleson (Allen, D.J. & Oleson, T., 1999) investigaram a relação entre homofobia internalizada e a vergonha e a auto-estima nos homens gays. Os participantes (n=90) que se identificaram como gays, responderam a três questionários e a um inquérito demográfico. Os resultados mostram uma relação positiva significativa entre a vergonha e a homofobia internalizada e uma relação significativamente inversa entre a homofobia internalizada e a auto-estima. Outros factores importantes encontrados incluem relações significativas entre a homofobia internalizada e as seguintes variáveis de auto-consciência: perverso, efeminado, fraco, doente/defeituoso, passivo, ter sexo anal e sujo. Todas estas variáveis, excepto sujo, estavam significativamente correlacionadas com a vergonha. Estes resultados sugerem que a vergonha pode ser um dos maiores factores patogénicos na homofobia internalizada.

Robert Cherry (Cherry, R., 1997) estudou a associação entre a homofobia internalizada e o abuso de substâncias em geral, bem como o uso de substâncias enquanto tinham um relacionamento sexual entre homens gays e bissexuais. A hipótese de que homens com maiores níveis de homofobia internalizada recorreriam mais ao uso de álcool e drogas do que os homens com menores níveis de homofobia internalizada foi confirmada e foram feitas associações estatisticamente significativas entre a homofobia internalizada e: a) abuso de álcool; b) maior frequência de problemas devido ao álcool e às drogas; c) maior uso de drogas quando envolvidos em relações sexuais.

Frederick (Frederick, R.J.Jr, 1996) encontrou uma relação positiva entre a Homofobia Internalizada e o medo de intimidade entre gays; e uma relação negativa entre a auto-estima e quer a Homofobia Internalizada quer o medo de intimidade.

No seu estudo com homens gays VIH+, Wagner, Brondolo e Rabkin (Wagner, G., Brondolo, E. & Rabkin, J., 1996) não encontraram nenhuma relação entre os estados da doença e a Homofobia Internalizada, tensão psicológica ou *coping*, mas verificaram que quanto maiores eram os níveis de Homofobia Internalizada (sobretudo em homens assintomáticos), maiores eram os níveis de stress no seguimento da doença.

Finalmente, os estudos de Cole, Kemeny, Taylor e Visscher (Cole, S.W., Kemeny, M.E., Taylor, S. E. & Visscher, B.R., 1996) examinaram a incidência de infecções e doenças neoplásticas entre 222 homens gays seronegativos que escondiam a sua homossexualidade (logo, teriam níveis de homofobia internalizada mais elevados). Aqueles que escondiam a sua identidade homossexual apresentavam uma incidência de cancro significativamente maior (proporção de 3,18) e de outras doenças infecciosas (pneumonia, bronquite, sinusite e tuberculose, com uma proporção de 2,91), durante um período de *follow-up* de 5 anos. Estes efeitos não foram atribuídos a diferenças na idade, etnicidade, estatuto sócio-económico, repressão, padrões de comportamento para a saúde, ansiedade, depressão ou outros enviesamentos.

Assim, se pensarmos que a Homofobia Internalizada está intimamente ligada a factores de inibição psicológica, pode-se adivinhar uma relação entre a mesma e resultados de saúde física, dos quais a progressão em relação ao VIH e a sintomatologia psicossomática são apenas alguns exemplos (Cole, S.W., Kemeny, M.E., Taylor, S. E. & Visscher, B.R., 1996).

### 13. REFLEXÃO CRÍTICA

A importância da teoria e das observações clínicas em relação aos trabalhos efectuados na área da homossexualidade levam-nos a criar a expectativa de que existem níveis muito altos de homofobia internalizada entre os homossexuais.

Uma das grandes questões tem a ver a extrapolação de conclusões para a população geral (neste caso toda a comunidade homossexual) a partir de amostras clínicas de estudos. Logicamente, à partida, uma população clínica, que procura ajuda para resolver os seus desequilíbrios estará mais 'recheada' de atitudes negativas acerca da sua própria homossexualidade. Assim, provavelmente, as conclusões de muitos estudos poderão estar algo enviesadas.

Por outro lado, pessoas que estejam numa fase precoce em relação à assumpção da sua homossexualidade (*coming out*), estão também mais vulneráveis, pois ainda não aceitaram plenamente a sua sexualidade, nem tiveram ocasião de estabelecer uma série de contactos de apoio.

Dada a natureza delicada do assunto (falar de sexualidade é ainda um tabu para muitas pessoas e ainda mais falar de homossexualidade), muitos indivíduos podem não responder aos inquéritos da maneira mais genuína.

Outro factor que merece uma análise crítica diz respeito ao facto de a maioria dos estudos englobarem homossexuais e bissexuais, sem fazerem distinção dos aspectos do comportamento homossexual *versus* identidade homossexual. De facto, sabemos hoje em dia que ter um comportamento homossexual não significa que essa pessoa seja homossexual ou que se identifique como tal. Assim, as amostras de estudo com pessoas que se identificam como homo ou bissexuais estão, muito provavelmente, enviesadas. Trata-se de uma dificuldade de selecção que é inerente às características da comunidade homossexual.

Finalmente, a associação leviana que se faz às pessoas homossexuais em termos da sua predisposição para o abuso de substâncias como o álcool e a droga pode não ter tanto a ver com factor 'alívio tensional' face ao *stress* provocado pelas dificuldades da vivência homossexual, mas sim com algo muito mais simples: os pontos de encontro de encontro para os gays e para as lésbicas são os bares, as discotecas e os pubs específicos que existem nas grandes cidades.

De facto, os vários estudos apontam para uma associação entre a homofobia internalizada e falta de comportamentos equilibrados no que diz respeito à busca de intimidade, saúde mental e sexo saudável. No entanto, isto não quer dizer que haja uma relação de causa-efeito.

Uma explicação alternativa e plausível pode ter a ver exactamente com o inverso: o *stress* do homossexual fá-lo dirigir para si atitudes negativas discriminatórias, levando o observador a registar maiores níveis de homofobia internalizada.

Estudar a homofobia internalizada pode levantar algumas questões e preocupações éticas. Pode levar à interpretação errónea de que os homossexuais são pessoas mais perturbadas do que os heterossexuais, apesar dos esforços da Psicologia Afirmativa que vem lutando para demonstrar precisamente que não existem quaisquer diferenças. Aqui torna-se importante esclarecer que são assuntos que não podem ser confundidos.

Apesar de ser claro que a homossexualidade não é indício de psicopatologia, os homossexuais podem sofrer uma série de desafios psicológicos que são inerentes ao seu estatuto de minoria na sociedade.

Os vários estudos sugerem que a homofobia internalizada funciona como elemento auto-opressor insidioso face à homofobia externa. Como dizem Garnets, Herek e Levy (1990, citados por Meyer, I. & Dean, L., 1996), depois de um acontecimento de natureza anti-homossexual *“a orientação homossexual de um indivíduo pode ser sentida como uma fonte de dor e punição e não como uma fonte de intimidade, amor e comunidade... Tentativas de ataque ligadas às necessidade comum de visionar o mundo como um lugar justo, podem levar à ocorrência de sentimentos de que o próprio foi justificadamente punido por ser homossexual.”*

Ao ser vitimizado, o homossexual com altos níveis de homofobia internalizada pode não ser capaz de operar defensivamente, levando à ocorrência de resultados de desempenho físico e mental mais limitados.

A homofobia internalizada está associada a uma série de factores que interferem com a saúde e os comportamentos para a saúde. Desmoralização, culpa, ideação suicida, problemas sexuais, comportamento de risco face ao VIH/SIDA, comportamentos de resposta e reacção ansiosa face ao VIH/SIDA, problemas de relacionamentos e intimidade - são alguns dos factores estudados.

Apesar de ser possível que cada um destes tipos de *stress* causem homofobia internalizada, parece mais plausível a justificação de que é a homofobia internalizada que assume um papel causal. Em última análise, a homofobia internalizada pode ser quer causa quer efeito. Obviamente, é necessária mais investigação sobre este tópico para esclarecer estas associações.

Os estudos nesta área revestem-se de grande importância ao nível da saúde pública com implicações sérias ao nível da prevenção e do tratamento. De facto, perceber como é que a homofobia internalizada opera ao nível dos comportamentos para saúde pode ajudar na necessidade de implementar programas sociais e psicológicos que reduzam o preconceito e as atitudes discriminatórias, ajudando também os gays, as lésbicas e os bissexuais a desenvolverem identidades sexuais saudáveis.

Os jovens homossexuais constituem uma população em risco particular face à intenção e ao comportamento suicida (Rotheram-Borus & Fernandez, 1995, citado por Meyer, I. & Dean, L., 1996). Por esta razão, a prevenção entre estes jovens deve abordar as questões da homofobia internalizada, ao mesmo tempo que se proporciona um ambiente de apoio.

Finalmente, estudar as implicações da homofobia internalizada nos comportamentos para a saúde reveste-se de extrema importância quando se pretende delinear programas de intervenção comunitária. Por vezes, muitos destes programas desenvolvem modelos psicológicos muito sofisticados, mas que ajudam muito pouco os gays, as lésbicas e os bissexuais a encontrarem o seu equilíbrio.

Afinal, o estudo dos comportamentos para a saúde na comunidade homossexual não pode ser efectuado sem ter em conta os aspectos da identidade homossexual e da homofobia internalizada.

## **METODOLOGIA**

### **14. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO**

#### **14.1 FINALIDADE DO ESTUDO**

Na sequência de todos os estudos levados a cabo por vários autores e referidos na fundamentação teórica, parece haver muitos indícios de que a existência de Homofobia Internalizada (HI) entre os gays compromete algumas dimensões da saúde física e mental dos indivíduos.

Assim, parece fundamental explorar em que sentido isso acontece numa amostra de homossexuais da cidade de Lisboa, tentando perceber que factores ou dimensões estão em jogo.

Pretende-se, então, com este trabalho, responder à seguinte questão de investigação: Será que existem diferenças significativas entre homossexuais com mais Homofobia Internalizada e homossexuais com menos Homofobia Internalizada no que diz respeito à adopção de Comportamentos para a Saúde? Se sim, de que maneira é que essa diferença se manifesta?

#### **14.2 OBJECTIVOS**

Da questão de investigação atrás referida, importa saber se existem diferenças significativas na adopção de comportamentos para a Saúde quando a Homofobia Internalizada está apenas condicionada por factores internos versus factores externos ou factores globais. Se sim, como é que se manifestam essas diferenças?

Por outro lado, se se verificarem diferenças significativas entre os dois grupos, pretende-se saber quais serão as dimensões em jogo no que diz respeito à adopção de comportamentos para saúde de acordo com os maiores ou menores níveis de homofobia internalizada de cada grupo.

A presente metodologia tem por objectivo tentar responder a todas estas questões.

### 14.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Por ser um trabalho totalmente novo, deparámo-nos com uma total ausência de estudos sobre as variáveis em questão em Portugal. Este facto apresenta-se como uma limitação uma vez que a construção das variáveis está intrincada em factores culturais.

Por outro lado, a obtenção dos participantes ficou restringida ao espaço geográfico de Lisboa e dos bares gay que disponibilizaram o seu apoio. Trata-se de uma limitação inerente ao processo de recolha da amostra entre homossexuais.

## 15. MÉTODO

### 15.1 PARTICIPANTES

Para levar a cabo o presente estudo pediu-se a colaboração de 304 participantes que responderam aos Questionários de Avaliação da Homofobia Internalizada e de Comportamentos para a Saúde.

### 15.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A Amostra a estudar na elaboração da presente tese é caracterizada por Homens portugueses cuja sexualidade é homo ou bissexualmente orientada e que já haviam preenchido os questionários para a validação do Questionário de Avaliação da Homofobia Internalizada. Foi recolhida junto dos membros da Associação ILGA-Portugal e frequentadores do Centro Comunitário Gay e Lésbico na cidade de Lisboa, nos bares/discotecas Bric-a-bar e Max, e através do método ‘bola de neve’ entre amigos e indivíduos que já tinham preenchido a escala. Trata-se de uma amostra de conveniência recolhida entre homens que têm um comportamento homossexual.

Na tabela a seguir (tabela 1) podem ver-se mais detalhadamente as características demográficas de todos os sujeitos:

Número total de sujeitos ( <i>n</i> )	304
Média de Idades (anos)	29,9
Solteiros	69,1%
Casados	7,2%
Comprometidos	23,7
4 anos de escolaridade	1%
6 anos de escolaridade	3,6%
9 anos de escolaridade	10,2%
12 anos de escolaridade	30,3%
Bacharelato/Licenciatura	43,1%
Mestrado/Doutoramento	11,8%
Gays	80,9%
Bissexuais	16,8%
Não Sabem/Não Respondem	2,3%

Tabela 1 - Características demográficas da amostra

### 15.3 MATERIAL

#### 15.3.1 QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO

Na construção do questionário demográfico teve-se em conta a idade, o estado marital (diferente do estado civil, devido ao não reconhecimento legal de uniões de facto entre pessoas do mesmo sexo à data da recolha da amostra), a escolaridade e a orientação sexual. O aspecto gráfico foi o seguinte:

**Idade:** \_\_\_\_\_ (anos)

**Estado marital:**  solteiro  casado  comprometido

**Escolaridade:**  4ª classe  12º ano  
 6º ano  Bacharelato/Licenciatura  
 9º ano  Mestrado/Doutoramento

**Orientação Sexual:**

Gay ( Homossexual)  Bissexual  Não sabe/não responde

### 15.3.2 - O QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA HOMOFOBIA INTERNALIZADA

A construção do Questionário de Avaliação da Homofobia Internalizada teve por base o trabalho desenvolvido por Ross e Rosser (Ross, M. W. & Rosser, B.R.S., 1996), que construíram uma escala de avaliação da Homofobia Internalizada em quatro dimensões divididas por 26 itens.

Os referidos autores utilizaram uma amostra de 184 homens, com uma média de idades de 37 anos e a análise factorial produziu quatro factores de estudo: identificação pública como gay; percepção do estigma associado à homossexualidade; conforto social com homens gays; e aceitação moral e religiosa da homossexualidade.

Com base nos vários itens desta escala, construí uma escala em português, traduzida e adaptada do original.

Originalmente, Ross e Rosser (Ross, M. W. & Rosser, B.R.S., 1996) organizaram a escala de acordo com a seguinte estrutura factorial:

#### Factor 1: IDENTIFICAÇÃO PÚBLICA COMO HOMOSSEXUAL

- 23. Não estou preocupado com que descubram que sou gay/bissexual
- 11. Sinto-me confortável ao falar sobre homossexualidade num local público
- 25. Mesmo que pudesse mudar a minha orientação sexual, não mudava
- 12. É importante para mim controlar quem sabe da minha actividade homossexual
- 21. Sinto-me confortável com a minha homossexualidade/bissexualidade
- 10. Sinto-me confortável ao ser visto em público com uma pessoa explicitamente gay
- 19. Preferia ser mais heterossexual
- 8. Não gosto de pensar na minha homossexualidade
- 1. Homens homossexuais obviamente efeminados fazem-me sentir desconfortável
- 3. A vida seria mais difícil se eu fosse heterossexual

#### Factor 2: PERCEPÇÃO DO ESTIGMA ASSOCIADO À HOMOSSEXUALIDADE

- 17. Preocupo-me com o meu envelhecimento sendo homossexual/bissexual
- 18. Preocupo-me com o deixar de ficar atraente
- 15. A sociedade ainda pune as pessoas por serem gays ou bissexuais
- 13. A maioria das pessoas tem reacções negativas à homossexualidade
- 24. A discriminação contra os homossexuais ainda é comum
- 20. A maioria das pessoas não discrimina contra os homossexuais

Factor 3:

#### CONFORTO SOCIAL COM HOMOSSEXUAIS

6. Sinto-me confortável em bares gay
4. A maioria dos meus amigos são homossexuais/bissexuais
5. Não me sinto confiante para me 'atirar' a um homem
9. Quando penso em homens homossexuais/bissexuais, penso em situações negativas
7. Situações sociais com homens gays fazem-me sentir desconfortável
2. Prefiro ter parceiros sexuais anónimos

Factor 4 :

#### ACEITAÇÃO MORAL E RELIGIOSA DA HOMOSSEXUALIDADE

14. A homossexualidade não é contra a vontade de Deus
22. A homossexualidade é moralmente aceitável
26. A homossexualidade é tão natural como a heterossexualidade
16. Eu protesto se contarem alguma piada contra os homossexuais na minha presença

A partir destes dados passei à fase da elaboração gráfica do Questionário, recorrendo a uma notação do tipo Likert para as respostas dos sujeitos. O Questionário Demográfico antecede algumas linhas de instruções e, de seguida foi apresentado o código segundo o qual os sujeitos tinham que responder:

**CÓDIGO:**

- 
- 1 - Discordo totalmente
  - 2 - Discordo moderadamente
  - 3 - Não discordo nem concordo
  - 4 - Concordo moderadamente
  - 5 - Concordo totalmente

#### 15.3.2.- a) PRÉ-TESTE .

No sentido de averiguar se haveriam dificuldades de compreensão ou erros de linguagem, foi passado o Questionário a 10 sujeitos. Emendados os erros e adaptadas as opiniões dos sujeitos, o Questionário ficou terminado.

O aspecto gráfico ficou o seguinte (ver ANEXO I para a folha total):

	1	2	3	4	5
1. Homens homossexuais obviamente efeminados fazem-me sentir desconfortável					
2. Prefiro ter parceiros sexuais anónimos					
3. A vida seria mais difícil se eu fosse heterossexual					
4. A maioria dos meus amigos são homossexuais/bissexuais					
5. Não me sinto confiante para me 'atirar' a um homem					
6. Sinto-me confortável em bares gay					
7. Situações sociais com homens gays fazem-me sentir desconfortável					
8. Não gosto de pensar na minha homossexualidade/bissexualidade					
9. Quando penso em homens homossexuais/bissexuais, penso em situações negativas					
10. Sinto-me confortável ao ser visto em público com uma pessoa explicitamente gay					
11. Sinto-me confortável ao falar sobre homossexualidade num local público					
12. É importante para mim controlar quem sabe da minha homossexualidade					
13. A maioria das pessoas tem reacções negativas à homossexualidade					
14. A homossexualidade não é contra a vontade de Deus					
15. A sociedade ainda pune as pessoas por serem gays ou bissexuais					
16. Eu protesto se contarem alguma piada contra homossexuais na minha presença					
17. Preocupo-me com o meu envelhecimento sendo homossexual/bissexual					
18. Preocupo-me com o deixar de ficar atraente					
19. Preferia ser mais heterossexual					
20. A maioria das pessoas não discrimina os homossexuais					
21. Sinto-me confortável com a minha homossexualidade/bissexualidade					
22. A homossexualidade é moralmente aceitável					
23. Não estou preocupado com que descubram que sou gay/bissexual					
24. A discriminação dos homossexuais ainda é comum					
25. Mesmo que pudesse mudar a minha orientação sexual, não mudava					
26. A homossexualidade é tão natural como a heterossexualidade					

### 15.3.2 - b) - RECOLHA DA AMOSTRA PARA VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE HOMOFOBIA INTERNALIZADA

Na fase de recolha da amostra, interessava-nos obter respostas de sujeitos homo ou bissexuais, cujo critério principal fosse o facto de terem relações sexuais com outros homens.

Esta distinção prende-se com uma dificuldade inerente à comunidade homossexual, no que diz respeito à identificação dos seus membros como homo ou bissexuais, em termos de identidade ou do comportamento, isto é, não é claro para muitos homens que o facto de terem um comportamento homossexual os torna, de facto, homossexuais. Por esta razão, contemplou-se uma opção de resposta para quem

não sabia ou não queria responder à pergunta sobre a sua orientação sexual, assegurando-se no entanto, que havia contacto com outros homens.

Para alcançar o maior número de pessoas homo, bissexuais ou apenas com comportamentos homossexuais, recorreremos a todos os meios da cidade de Lisboa que se tornaram possíveis.

O primeiro local tratou-se do Centro Comunitário Gay e Lésbico de Lisboa da Associação ILGA-Portugal, no qual obtivemos o maior apoio de todos os seus membros e participantes. Aqui foram recolhidos perto de 160 questionários. Seguidamente, contactadas directamente as saunas masculinas de conotação homossexual, foi-nos recusada a entrada pelo que não foi possível obter estes sujeitos. No entanto, obtivemos a permissão e o apoio total dos bares Bric-a-bar e Max (bares e discotecas gay) para pedir a colaboração dos frequentadores.

Aqui a receptividade foi excelente, tendo sido recolhidos cerca de 100 questionários.

Os restantes questionários (cerca de 60) foram obtidos através do método da bola de neve.

O prazo de recolha dos questionários respondidos foi entre finais de Novembro de 2000 e princípios de Fevereiro de 2001.

O total de questionários respondidos de modo válido foi de 304.

### 15.3.2 - c) RESULTADOS DA VALIDAÇÃO

Para avaliar a validade interna submeteram-se os 304 casos para os 26 itens ao  $\alpha$  de Cronbach. O resultado obtido foi  $\alpha = 0,7440$ , o que, segundo Pestana e Gageiro (Pestana, M. H., & Gageiro, J.N., pág. 418, 1999) é um valor aceitável.

Foi ainda efectuada uma correlação de variáveis transformadas (Correlations Transformed Variables) para, por tentativa e erro, eliminar os itens com menor correlação entre si e ver se o  $\alpha$  de Cronbach aumentava. Eliminando esses itens, o  $\alpha$  de Cronbach diminuiu, pelo que se decidiu manter todos os itens.

Seguidamente, uma vez que se tratava de uma escala de tipo Likert, submetemos as respostas a uma análise de correspondência - CATPCA (Principal Components Analysis for Categorical Data) para avaliar os factores (ou as dimensões)

em jogo. O computador apresentou duas dimensões principais de acordo com as tabelas 2 e 3:

	Dimensão 1	Dimensão 2
item 1	.449	.162
item 2	.248	.132
item 3	-.231	<b>.205</b>
item 4	.147	-.482
item 5	.397	.078
item 6	.458	-.263
item 7	.640	-.075
item 8	.592	-.058
item 9	.570	-.180
item 10	.506	.001
item 11	.451	.069
item 12	.394	.318
item 13	.428	<b>.466</b>
item 14	.226	-.199
item 15	.289	<b>.594</b>
item 16	.091	-.422
item 17	.137	<b>.446</b>
item 18	.142	<b>.328</b>
item 19	.576	-.222
item 20	.298	<b>.568</b>
item 21	.644	-.223
item 22	.302	.123
item 23	.682	-.029
item 24	.123	<b>.647</b>
item 25	.519	-.284
item 26	.452	-.250

Tabela 2 - Component Loadings

Dimensão	$\alpha$ de Cronbach	Variância acumulada total (Eigenvalue)
1	,816	4,651
2	,645	2,633
total	,897a)	7,284

Tabela 3 - a)  $\alpha$  de Cronbach total baseado no Eigenvalue total

Os itens foram, assim, ordenados de acordo com as seguintes dimensões:

Dimensão 1: Percepção interna do estigma associado à homossexualidade

- item 1 - Homens homossexuais obviamente efeminados fazem-me sentir desconfortável
- item 2 - Prefiro ter parceiros sexuais anónimos
- item 4 - A maioria dos meus amigos são homossexuais/bissexuais
- item 5 - Não me sinto confiante para me 'atirar' a um homem
- item 6 - Sinto-me confortável em bares gay
- item 7 - Situações sociais com homens gays fazem-me sentir desconfortável
- item 8 - Não gosto de pensar na minha homossexualidade
- item 9 - Quando penso em homens homossexuais/bissexuais, penso em situações negativas
- item 10 - Sinto-me confortável ao ser visto em público com uma pessoa explicitamente gay
- item 11 - Sinto-me confortável ao falar sobre homossexualidade num local público
- item 12 - É importante para mim controlar quem sabe da minha actividade homossexual
- item 14 - A homossexualidade não é contra a vontade de Deus
- item 16 - Eu protesto se contarem alguma piada contra os homossexuais na minha presença
- item 19 - Preferia ser mais heterossexual
- item 21 - Sinto-me confortável com a minha homossexualidade/ bissexualidade
- item 22 - A homossexualidade é moralmente aceitável
- item 23 - Não estou preocupado com que descubram que sou gay/bissexual
- item 25 - Mesmo que pudesse mudar a minha orientação sexual, não mudava
- item 26 - A homossexualidade é tão natural como a heterossexualidade

Dimensão 2: Percepção externa do estigma associado à homossexualidade

- item 3 - A vida seria mais difícil se eu fosse heterossexual
- item 13 - A maioria das pessoas tem reacções negativas à homossexualidade
- item 15 - A sociedade ainda pune as pessoas por serem gays ou bissexuais
- item 17 - Preocupo-me com o meu envelhecimento sendo homossexual/ bissexual
- item 18 - Preocupo-me com o deixar de ficar atraente
- item 20 - A maioria das pessoas não discrimina contra os homossexuais
- item 24 - A discriminação contra os homossexuais ainda é comum

### 15.3.3 QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTOS PARA A SAÚDE

De acordo com os objectivos do presente estudo (i.e., investigar os Comportamentos para a Saúde de sujeitos com Homofobia Internalizada e sem Homofobia Internalizada), utiliza-se também um questionário construído com base no Questionário Europeu de Saúde e Comportamento (European Health and Behaviour

Survey). Este Questionário foi adaptado e foram-lhe acrescentadas questões para avaliar a dimensão do comportamento sexual de risco entre homossexuais. Os aspecto gráfico foi o seguinte:

1. Quantas refeições faz por dia?	<input type="checkbox"/> Menos de 3 por dia	<input type="checkbox"/> 3 por dia	<input type="checkbox"/> Mais de 3 por dia
2. Com que regularidade toma o seu pequeno-almoço?	<input type="checkbox"/> raramente/nunca	<input type="checkbox"/> algumas vezes	<input type="checkbox"/> todos os dias
3. Quantas vezes petisca ou come snacks entre as refeições	<input type="checkbox"/> raramente/nunca	<input type="checkbox"/> 1x/dia	<input type="checkbox"/> 3x/dia
4. Com que frequência consome doces?	<input type="checkbox"/> raramente/nunca	<input type="checkbox"/> algumas vezes	<input type="checkbox"/> todos os dias
5. Com que frequência consome carne de vaca?	<input type="checkbox"/> raramente/nunca	<input type="checkbox"/> <1x/semana	<input type="checkbox"/> >1x/semana
	<input type="checkbox"/> pelo menos 1x/dia	<input type="checkbox"/> 2/3x/dia	
6. Com que frequência consome frutas e vegetais?	<input type="checkbox"/> raramente/nunca	<input type="checkbox"/> <1x/semana	<input type="checkbox"/> >1x/semana
	<input type="checkbox"/> pelo menos 1x/dia	<input type="checkbox"/> 2/3x/dia	
7. Adiciona sal extra às refeições?	<input type="checkbox"/> raramente ou nunca	<input type="checkbox"/> algumas vezes	<input type="checkbox"/> geralmente
8. Consome café?	<input type="checkbox"/> raramente ou nunca	<input type="checkbox"/> 1 chávena / dia	<input type="checkbox"/> 2/4 chávenas / dia
9. Tem a percepção de ter excesso de peso?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
10. Deseja reduzir o seu peso?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
11. Praticou exercício físico nos últimos 15 dias?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
12. Quantas horas de sono dorme?	<input type="checkbox"/> menos de 6 / noite	<input type="checkbox"/> 6 / noite	<input type="checkbox"/> mais de 6 / noite
13. Quantas vezes escova os seus dentes?	<input type="checkbox"/> algumas vezes	<input type="checkbox"/> < 1 vez/dia	<input type="checkbox"/> 1 vez/dia
		<input type="checkbox"/> 2 ou +/dia	
14. Tem problemas de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
15. Teve tratamento médico no último mês?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
16. Já consumiu medicamentos para problemas de saúde sem prescrição médica?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
17. Tem acesso regular a um médico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
18. Tem acesso regular a um dentista?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
19. Consome álcool?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> só ocasiões especiais	<input type="checkbox"/> ocasionalmente
		<input type="checkbox"/> regularmente	<input type="checkbox"/> todos/dias
20. Consumiu álcool nas duas últimas semanas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
21. Deseja reduzir o seu consumo de álcool? (caso consuma)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
22. Consome tabaco?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
23. Se sim, quantos cigarros fuma por dia?	<input type="checkbox"/> menos de 1/dia	<input type="checkbox"/> 1-10/dia	<input type="checkbox"/> 10-20/dia
		<input type="checkbox"/> + de 20/dia	
24. Se sim, deseja reduzir o consumo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
25. Consome Haxixe?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> várias vezes/mês
		<input type="checkbox"/> várias vezes/semana	<input type="checkbox"/> todos/ dias
26. Já teve experiências com heroína ou cocaína?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
27. Qual é o seu estatuto em relação ao anti-VIH (vírus da SIDA)?	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> não sabe
28. Nos seus relacionamentos sexuais pratica sexo anal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

Se respondeu 'Sim', continue por favor até à questão 36. Se respondeu 'Não', o questionário termina aqui. Muito obrigado

29. Tenho relações anais sendo receptor (passivo) com preservativo	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> poucas vezes	<input type="checkbox"/> às vezes
	<input type="checkbox"/> muitas vezes	<input type="checkbox"/> sempre	
30. Tenho relações anais sendo receptor (passivo) sem preservativo com apenas um parceiro	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> poucas vezes	<input type="checkbox"/> às vezes
	<input type="checkbox"/> muitas vezes	<input type="checkbox"/> sempre	
31. Tenho relações anais sendo receptor (passivo) sem preservativo com apenas um parceiro, mas com preservativo com vários parceiros	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> poucas vezes	<input type="checkbox"/> às vezes
	<input type="checkbox"/> muitas vezes	<input type="checkbox"/> sempre	
32. Tenho relações anais sendo receptor (passivo) sem preservativo com vários parceiros	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> poucas vezes	<input type="checkbox"/> às vezes
	<input type="checkbox"/> muitas vezes	<input type="checkbox"/> sempre	
33. Tenho relações anais sendo penetrador (activo) com preservativo	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> poucas vezes	<input type="checkbox"/> às vezes
	<input type="checkbox"/> muitas vezes	<input type="checkbox"/> sempre	
34. Tenho relações anais sendo penetrador (activo) sem preservativo com apenas um parceiro	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> poucas vezes	<input type="checkbox"/> às vezes
	<input type="checkbox"/> muitas vezes	<input type="checkbox"/> sempre	
35. Tenho relações anais sendo penetrador (activo) sem preservativo com apenas um parceiro, mas com preservativo com vários parceiros	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> poucas vezes	<input type="checkbox"/> às vezes
	<input type="checkbox"/> muitas vezes	<input type="checkbox"/> sempre	
36. Tenho relações anais sendo penetrador (activo) sem preservativo com vários parceiros	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> poucas vezes	<input type="checkbox"/> às vezes
	<input type="checkbox"/> muitas vezes	<input type="checkbox"/> sempre	

## 15.4 PLANIFICAÇÃO

### 15.4.1 TIPO DE ESTUDO

Neste estudo não se pretende fazer qualquer intervenção, mas apenas desenvolver procedimentos para obter informações sobre dois grupos e o modo como cada um deles se comporta em função da adopção de comportamentos para a Saúde.

Optou-se por fazer a recolha da amostra num só momento, quer para a validação do Questionário de Avaliação de Homofobia Internalizada quer para a operacionalização das variáveis principais, dada a questão de investigação, delineando-se para o efeito uma investigação numa perspectiva comparativa.

Esta recolha foi limitada ao espaço geográfico da cidade de Lisboa.

### 15.4.2 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Apresentam-se como variáveis principais operacionalizadas através do Questionário de Avaliação da Homofobia Internalizada e do Questionário de Comportamentos para a Saúde a **Homofobia Internalizada** e os **Comportamentos para a Saúde**.

Como variáveis secundárias apresentam-se aquelas que ficaram definidas pelo Questionário Demográfico, ou seja, a idade, a escolaridade, o estado marital e a orientação sexual.

## 15.5 PROCEDIMENTOS

Os procedimentos foram os mesmos aquando da recolha da amostra para a validação do Questionário da Avaliação da Homofobia Internalizada, ou seja, o primeiro local onde se procedeu à recolha da amostra foi Centro Comunitário Gay e Lésbico de Lisboa da Associação ILGA-Portugal, no qual obtivemos o maior apoio de todos os seus membros e participantes. Aqui foram recolhidos perto de 160 questionários. Seguidamente, contactadas directamente as saunas masculinas de

conotação homossexual, foi-nos recusada a entrada pelo que não foi possível obter as respostas destes sujeitos. No entanto, obtivemos a permissão e o apoio total dos bares Bric-a-bar e Max (bares e discotecas gay) para pedir a colaboração dos frequentadores. Aqui a receptividade foi excelente, tendo sido recolhidos cerca de 100 questionários.

Os restantes questionários (cerca de 60) foram obtidos através do método da bola de neve.

O prazo de recolha dos questionários respondidos por auto-preenchimento foi entre finais de Novembro de 2000 e princípios de Fevereiro de 2001. O total de questionários respondidos de modo válido e preparados para tratamento estatístico foi de 304.

## 15.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Depois de recolhidos e tratados os dados em SPSS para a validação do Instrumento, procedeu-se à divisão dos sujeitos de acordo com os objectivos do trabalho, ou seja, dividiram-se os 304 indivíduos em dois grupos, um grupo com maiores níveis de Homofobia Internalizada e outro grupo com menores níveis de Homofobia Internalizada.

Decidiu-se submeter todas as respostas do questionário a uma análise de frequências para se encontrar o valor mediano, acima do qual organizaria o Grupo Sem HI (G s/HI-2Dim) e abaixo do qual organizaria o Grupo Com HI (G c/HI-2Dim).

Os resultados obtidos foram os seguintes (tabela 4):

<i>N</i>	Mediana
304	86,000

Tabela 4

Com isto, os dois grupos (G s/HI-2Dim e G c/HI-2Dim) ficaram homogeneamente distribuídos (conforme mostra a tabela 5):

	Frequência	Porcentagem
Com HI (< ou = 86,000)	155	51%
Sem HI (> 86,000)	149	49%
Total	304	100%

Tabela 5

Por outro lado, no sentido de investigar se existiriam diferenças considerando apenas os factores internos ou externos da Homofobia Internalizada, estabeleceram-se dois grupos separadamente, tendo em conta as duas dimensões resultantes da validação do instrumento (Dimensão Percepção Interna do Estigma e Dimensão Percepção Externa do Estigma).

Do mesmo modo, submeteram-se os resultados a uma análise de frequências para se encontrar o valor mediano, acima do qual se organizariam os Grupos Sem HI-DimINTERNA e Sem HI-DimEXTERNA e os Grupos Com HI-Dim INTERNA e Com HI-Dimensão EXTERNA. As tabelas 6, 7, 8 e 9 resumem os resultados obtidos:

<i>N</i>	Mediana
304	70,000

Tabela 6: Dimensão Percepção INTERNA do estigma

<i>N</i>	Mediana
304	19,000

Tabela 7: Dimensão Percepção EXTERNA do estigma

	Frequência	Porcentagem
Com HI (< ou = 70,000)	160	52.6%
Sem HI (> 70,000)	144	47.4%
Total	304	100%

Tabela 8: Dimensão Percepção INTERNA do estigma

	Frequência	Porcentagem
Com HI (< ou = 19,000)	156	51.3%
Sem HI (> 19,000)	148	48.7%
Total	304	100%

Tabela 9: Dimensão Percepção EXTERNA do estigma

O Questionário de Comportamentos para a Saúde envolvia variáveis quer nominais, quer ordinais. Por esta razão, para as poder relacionar entre os grupos (Gc/HI-2Dim vs Gs/HI-2Dim, Gc/HI-DimINTERNA vs Gs/HI-DimINTERNA e Gc/HI-DimEXTERNA vs Gs/HI-DimEXTERNA) e analisar se haveriam ou não diferenças significativas entre eles em termos dos comportamentos para saúde, foi necessário submeter as respostas a testes estatísticos diferentes.

Assim, para as variáveis nominais (sim/não) e variáveis ordinais com apenas três categorias, utilizaram-se tabelas de contingência do Qui-Quadrado -  $\chi^2$ .

Para as variáveis ordinais com mais de três categorias, utilizou-se o teste de Mann-Whitney.

O critério de decisão de rejeição ou não da Hipótese Nula ( $H_0$  = Não existem diferenças significativas) foi de acordo com um  $\alpha$  de 0.05.

## 16. RESULTADOS

Da aplicação das testes referidos, obtivemos os seguintes resultados:

PARA O GRUPO C/HI-2Dim VS GRUPO S/HI-2Dim:

Apenas se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos (G c/HI-2Dim vs G s/HI-2Dim) em relação às seguintes questões do Questionário de Comportamentos para a Saúde, conforme se observa na tabela 10:

QUESTÃO	$\alpha$
Questão 3 - Quantas vezes petisca ou come snacks entre as refeições?	0.049
Questão 14 - Tem Problemas de Saúde?	0.042
Questão 28 - Nos seus relacionamentos pratica sexo anal?	0.045
Questão 30 - Tenho relações anais sendo receptor (passivo) sem preservativo com apenas um parceiro	0.029

Tabela 10

Em relação a todas as outras questões não houve diferenças significativas.

PARA O GRUPO C/HI-DimINTERNA VS GRUPO S/HI-DimINTERNA:

Apenas se verificaram diferenças significativas entre os dois em relação às seguintes questões:

Questão 30 - Tenho relações anais sendo receptor (passivo) sem preservativo com apenas um parceiro	0.004
Questão 34 - Tenho relações anais sendo penetrador (activo) sem preservativo com apenas um parceiro	0.014

Tabela 11

PARA O GRUPO C/HI-DimEXTERNA VS GRUPO S/HI-DimEXTERNA:

Apenas se verificaram diferenças significativas entre os dois em relação às seguintes questões:

Questão 1 - Quantas refeições faz por dia?	0.038
Questão 3 - Quantas vezes petisca ou come snacks entre as refeições?	0.043
Questão 5 - Com que frequência come carne de vaca?	0.002

Tabela 12

PARA O GRUPO C/HI-2Dim VS GRUPO S/HI-2Dim:

Os resultados obtidos revelam diferenças significativas em questões ligadas a três dimensões diferentes dentro dos comportamentos para a Saúde: Dieta e Hábitos Alimentares (Questão 3), Problemas de Saúde e Cuidados Preventivos (Questão 14); e Comportamento Sexual de Risco (Questão 30).

Por esta razão, decidimos proceder a uma análise do coeficiente de correlação entre as questões que apresentavam diferenças significativas e as demais questões para cada dimensão diferente, no sentido de tentar extrapolar que as diferenças para cada

questão entre os dois grupos (G c/HI vs G s/HI), são válidas para as dimensões globais dos Comportamentos para a Saúde.

Assim, obtivemos os seguintes resultados para cada uma das questões:

### Questão 3

A Questão 3 pertence à primeira Dimensão - Dieta e Hábitos Alimentares, em que as questões de 1 a 8 são ordinais e as questões 9 e 10 são nominais. A questão 3 correlaciona-se do seguinte modo com as questões 1, 2, 4, 5, 6, 7 e 8 (variáveis ordinais), após aplicação do teste de correlação de Spearman (tabela 13):

	coeficiente de correlação - ( $\rho$ ) para a Questão 3	Grau de Associação ( $\phi$ - $\Gamma\phi=0.775$ )
Questão 1	0.000	Significativo
Questão 2	0.350	Significativo
Questão 4	0.000	Significativo
Questão 5	0.705	Significativo
Questão 6	0.812	Não significativo
Questão 7	0.330	Significativo
Questão 8	0.975	Não significativo

Tabela 13

Para as questões 9 e 10 (variáveis nominais), fez-se uma análise de correlações através do  $\chi^2$  (tabela 14):

	Coeficiente de Correlação	Grau de Associação ( $p<\alpha$ )
Questão 9 vs Questão 10	0.000	São dependentes

Tabela 14

As questões que acabámos de analisar, permitem inferir que existe um elevado grau de associação entre todas as questões da Dimensão - Dieta e Hábitos Alimentares. De facto, mesmo aquelas que não são significativas, estão muito próximo do limiar de decisão (0.775).

Assim, torna-se possível dizer que existem diferenças entre os dois grupos (G c/HI vs G s/HI), no que diz respeito à Dimensão - Dieta e Hábitos Alimentares.

A questão 14 pertence à Dimensão - Problemas de Saúde e Cuidados Preventivos. Nesta Dimensão encontram-se também as questões 15, 16, 17 e 18, todas elas nominais. Este facto permitiu realizar o teste do  $\chi^2$  e determinar os coeficientes de correlação entre as questões (tabela 15):

	Questão 14	Grau de Associação ( $p < \alpha$ )
Questão 15	0.000	Não são independentes
Questão 16	0.009	Não são independentes
Questão 17	0.011	Não são independentes
Questão 18	0.144	São independentes

Tabela 15

De acordo com a tabela 15, a questão 14 está correlacionada com as questões 15, 16 e 17 ( $\alpha=0.05$ ), não estando correlacionada apenas com a questão 18. Esta questão (“Tem acesso a um dentista?”) não se apresenta como fundamental na caracterização da Dimensão - Problemas de Saúde e Cuidados Preventivos.

Assim, torna-se possível dizer que existem diferenças entre os dois grupos (G c/HI vs G s/HI), no que diz respeito à Dimensão - Problemas de Saúde e Cuidados Preventivos.

A questão 28 (“Nos seus relacionamentos pratica sexo anal?”) é meramente informativa e serve de passagem às questões seguintes relacionadas com a Dimensão - Comportamento Sexual de Risco, não estando correlacionada com nenhuma outra questão.

A questão 30 (“Tenho relações anais sendo receptor (passivo) sem preservativo com apenas um parceiro”) surge significativamente diferente entre os dois grupos. Tal como as questões 29, 31, 32, 33, 34, 35 e 36, pertence à Dimensão - Comportamento Sexual de Risco. Vejamos como se relaciona com elas, após a aplicação ao teste de correlações de Spearman (tabela 16):

	coeficiente de correlação - ( $p$ ) para a Questão 30	Grau de Associação ( $\phi$ - $\Gamma\phi=0.775$ )
Questão 29	0.722	Não Significativo
Questão 31	0.000	Significativo
Questão 32	0.000	Significativo
Questão 33	0.033	Significativo

Questão 34	0.000	Significativo
Questão 35	0.000	Significativo
Questão 36	0.000	Significativo

Tabela 16

A questão 29 ('Tenho relações sexuais sendo receptor (passivo) com preservativo') não está significativamente associada às outras questões, pois remete para a dimensão do sexo seguro. No entanto, todas as restantes questões estão muito significativamente correlacionadas com a questão 30 (que remete para a dimensão de sexo desprotegido), pelo que podemos afirmar que as diferenças nos dois grupos seguem a mesma tendência para as outras questões.

**PARA O GRUPO C/HI-DimINTERNA VS GRUPO S/HI-Dim-INTERNA:**

Os resultados obtidos revelam diferenças significativas em 2 questões ligadas à Dimensão Comportamento Sexual de Risco (Questões 30 e 34). Por esta razão, procedeu-se a uma análise de correlação entre as questões que apresentavam diferenças significativas e as demais questões da mesma dimensão, no sentido de tentar extrapolar que as diferenças entre os dois grupos para as questões são válidas para toda a dimensão.

Os resultados formam os seguintes:

	coeficiente de correlação - ( $p$ ) para a Questão 30	coeficiente de correlação - ( $p$ ) para a Questão 34	Grau de Associação ( $\phi$ - $\Gamma\phi=0.775$ )
Questão 29	0.000	0.000	Significativo
Questão 31	0.000	0.000	Significativo
Questão 32	0.000	0.000	Significativo
Questão 33	0.000	0.000	Significativo
Questão 35	0.000	0.000	Significativo
Questão 36	0.000	0.000	Significativo

Tabela 17

Pelos resultados da tabela 17 pode verificar-se que todas as questões da Dimensão Comportamento Sexual de Risco estão estatisticamente correlacionadas

com as questões 30 e 34, logo, é possível afirmar que as diferenças entre os dois grupos são extensíveis a toda a Dimensão.

PARA O GRUPO C/HI-DimEXTERNA VS GRUPO S/HI-Dim-EXTERNA:

Os resultados obtidos revelam diferenças significativas em 3 questões ligadas à Dimensão Dieta e Hábitos Alimentares (Questões 1, 3 e 5). Por esta razão, procedi a uma análise de correlação entre as questões que apresentavam diferenças significativas e as demais questões da mesma dimensão, no sentido de tentar extrapolar que as diferenças entre os dois grupos para as questões são válidas para toda a dimensão.

Os resultados foram os seguintes:

	coeficiente de correlação - ( <i>p</i> ) para a Questão 1	coeficiente de correlação - ( <i>p</i> ) para a Questão 3	coeficiente de correlação - ( <i>p</i> ) para a Questão 5	
Questão 2	0.000	0.158	0.923	
Questão 4	0.003	0.000	0.026	
Questão 6	0.002	0.116	0.005	
Questão 7	0.050	0.827	0.077	
Questão 8	0.627	0.998	0.032	
	Significativo para todas	Significativo para todas excepto 7 e 8	Significativo para todas excepto 1	Grau de Associação ( $\phi$ - $\Gamma\phi=0.775$ )

Tabela 18

Para as questões 9 e 10 (variáveis nominais), aplicou-se fez-se uma análise de correlações através do  $\chi^2$  (conforme a tabela 14).

Pelos resultados das tabelas 14 e 18 pode verificar-se que todas as questões da Dimensão Dieta e Hábitos Alimentares estão estatisticamente correlacionadas com as questões 1, 3 e 5, logo, é possível afirmar que as diferenças entre os dois grupo são extensíveis a toda a dimensão.

## 17. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

PARA O GRUPO C/HI-2Dim VS GRUPO S/HI-2Dim:

Analisando as respostas de acordo com a discussão efectuada, é possível dizer que existem diferenças significativas entre os G c/HI-2Dim vs G s/HI-2Dim para as seguintes Dimensões:

- Dieta e Hábitos Alimentares
- Problemas de Saúde e Cuidados Preventivos
- Comportamento Sexual de Risco

Vejamos como é que essas diferenças se manifestam entre os dois grupos:

Dieta e Hábitos Alimentares (De acordo com a Questão 3 - ‘Quantas vezes petisca ou come snacks entre as refeições?’)

<b>Grupo Com HI</b>	<b>Grupo Sem HI</b>
34,8% dos sujeitos petisca raramente ou nunca	24,8% dos sujeitos petisca raramente ou nunca
40,6% dos sujeitos petisca algumas vezes	54,4% dos sujeitos petisca algumas vezes
24,5% dos sujeitos petisca todos os dias	20,8% dos sujeitos petisca todos os dias

Tabela 19 - diferenças percentuais entre os dois grupos para a Questão 3

Assim, as variações encontradas no Grupo Com Homofobia Internalizada fazem pensar que estes sujeitos têm hábitos alimentares mais adequados do que os sujeitos sem HI.

No entanto, os comportamentos alimentares dos sujeitos do Grupo Sem Homofobia Internalizada demonstram um equilíbrio ligeiramente maior quando se trata de um comportamento mais extremadamente desadequado.

Problemas de Saúde e Cuidados Preventivos (de acordo com a questão 14 - 'Tem problemas de saúde?')

	<b>Grupo Com HI</b>	<b>Grupo Sem HI</b>
SIM	15,5%	24,8%
NÃO	84,5%	75,2%

Tabela 20: Diferenças percentuais entre os dois grupos para a Questão 14

Percebemos, assim que, os sujeitos sem HI têm mais problemas de saúde e cuidados preventivos do que os sujeitos com HI.

Embora a questão 28 ('Nos seus relacionamentos sexuais pratica sexo anal?') não pertença concretamente a nenhuma dimensão específica, importa verificar como se manifestam as diferenças entre os dois grupos, pois isso pode influenciar os resultados para a questão 30. A tabela 21 permite constatar que são os homens sem Homofobia Internalizada que praticam mais sexo anal.

	<b>Grupo Com HI</b>	<b>Grupo Sem HI</b>
SIM	81.9%	89.9%
NÃO	18.1%	10.1%

Tabela 21: Diferenças percentuais entre os dois grupos para a Questão 28

Finalmente, Comportamento Sexual de Risco (de acordo com a Questão 30 - 'Tenho relações anais sendo receptor (passivo) sem preservativo com apenas um parceiro').

	<b>Grupo Com HI</b>	<b>Grupo Sem HI</b>
nunca	70,1%	58,5%
poucas vezes	7,9%	9,6%
às vezes	6,3%	12,6%
muitas vezes	2,4	2,2%
sempre	13,4%	17%

Tabela 22 - Diferenças percentuais entre os dois grupos para a Questão 30

Pelos resultados apresentados na tabela 22, é possível perceber que são os sujeitos sem homofobia internalizada que estão em maior risco quando têm relações sexuais.

**PARA O GRUPO C/HI-DimINTERNA VS GRUPO S/HI-Dim-INTERNA:**

Analisando as respostas de acordo com a discussão efectuada, é possível dizer que existem diferenças significativas entre os Grupos C/HI-DimINTERNA VS S/HI-Dim-INTERNA para a Dimensão:

➤ **Comportamento Sexual de Risco**

Vejamos como é que essa diferença se manifesta entre os dois grupos:

	<b>Grupo Com HI - DimINT</b>	<b>Grupo Sem HI- DimINT</b>
Não respondeu	8,9%	4,9%
nunca	30,9%	24,3%
poucas vezes	3,6%	3,9%
às vezes	3,6%	4,6%
muitas vezes	0,6%	1,3%
sempre	4,9%	8,2%

Tabela 23 - Diferenças os dois grupos para a Questão 30

	<b>Grupo Com HI - DimINT</b>	<b>Grupo Sem HI- DimINT</b>
Não respondeu	8,6%	4,9%
nunca	28,2%	23,3%
poucas vezes	3,3%	3,6%
às vezes	5,3%	4,6%
muitas vezes	1,6%	2,0%
sempre	5,3%	8,6%

Tabela 24 - Diferenças os dois grupos para a Questão 34

Pelos resultados apresentados podemos perceber que os homens com mais Homofobia Internalizada quando medida apenas através de dimensões internas, têm mais comportamentos sexuais seguros do que os homens com menos Homofobia Internalizada.

PARA O GRUPO C/HI-DimEXTERNA VS GRUPO S/HI-Dim-EXTERNA

Analisando as respostas de acordo com a discussão efectuada, é possível dizer que existem diferenças significativas entre os Grupos C/HI-DimEXTERNA VS S/HI-Dim-EXTERNA para a Dimensão:

➤ Dieta e Hábitos Alimentares

Vejamos como é que essa diferença se manifesta entre os dois grupos:

	<b>Grupo Com HI-DimEXT</b>	<b>Grupo Sem HI-DimEXT</b>
< 3/dia	6,6%	9,9%
3/dia	19,4%	21,4%
>3/dia	25,3%	17,4%

Tabela 24 - Diferenças entre os dois grupos para a Questão 1

	<b>Grupo Com HI - DimEXT</b>	<b>Grupo Sem HI-DimEXT</b>
raramente/nunca	16,1%	13,8%
1x/dia	21,0%	26,3%
3x/dia	14,1%	8,2%

Tabela 25- Diferenças entre os dois grupos para a Questão 3

	<b>Grupo Com HI - DimEXT</b>	<b>Grupo Sem HI-DimEXT</b>
raramente/nunca	14,8%	6,9%
<1x/semana	8,9%	8,6%
>1x/semana	19,4%	21,7%
1x/dia	6,9%	8,6%
2/3x/dia	1,3%	2,9%

Tabela 26- Diferenças entre os dois grupos para a Questão 5

Pelos resultados apresentados podemos perceber que:

- Os homens com mais Homofobia Internalizada fazem um número de refeições diário menos adequado;
- Os homens com mais Homofobia Internalizada petiscam muito mais entre as refeições;
- Os homens com mais Homofobia Internalizada comem menos carne.

Assim sendo, para a dimensão Dieta e Hábitos Alimentares vemos que os homens com mais Homofobia Internalizada têm menos comportamentos adequados, quando medida pela Dimensão -Percepção Externa do Estigma.

## 17.1 CONCLUSÕES

Explorar os comportamentos para a Saúde entre homossexuais é, no mínimo, uma investigação nova e original em Portugal, pelo que os resultados obtidos foram bastante surpreendentes. Pretendeu-se investigar se menores ou maiores níveis de Homofobia Internalizada condicionavam a adopção de comportamentos para a Saúde entre homens homossexuais e que dimensões desses mesmos comportamentos estariam envolvidas.

Assim, a primeira conclusão a tirar do presente estudo é que existem diferenças significativas entre os grupos *c/HI-2Dim vs s/HI-2Dim*, *c/HI-DimINT vs s/HI-DimINT* e *c/HI-DimEXT vs s/HI-DimEXT* no que diz respeito à adopção de comportamentos para a Saúde que se manifestam do seguinte modo nas seguintes dimensões:

- Quanto maior a Homofobia Internalizada, maiores os comportamentos de saúde para as Dimensões

- Dieta e Hábitos Alimentares - *c/HI-2Dim vs s/HI-2Dim*
- Problemas de Saúde e Cuidados Primários - *c/HI-2Dim vs s/HI-2Dim*
- Comportamento Sexual de Risco - *c/HI-2Dim vs s/HI-2Dim* e *c/HI-DimINT vs s/HI-DimINT*

- Quanto maior a Homofobia Internalizada, menores os comportamentos de saúde para a Dimensão

➤ Dieta e Hábitos Alimentares - c/HI-DimEXT vs s/HI-DimEXT

Se são os sujeitos com mais Homofobia Internalizada que têm mais comportamentos para a Saúde quando se têm em conta dimensões internas e globais, mas menos comportamentos para a Saúde quando se tem em conta a dimensão externa, isso desafia as intervenções e a investigação de uma maneira importante.

Para o primeiro conjunto de conclusões parece que, ao contrário do que os psicólogos afirmativos verificaram nos estudos atrás referidos, as constatações da Teoria *Queer* fazem mais sentido quando percebemos que ser homossexual varia de cultura para cultura e que se constrói uma identidade homossexual por contraponto à repressão social e cultural. Logo, é natural que os gays da amostra do presente estudo que *inventaram* as suas identidades e se rotularam de gays - vivendo bem com esse rótulo, ou seja, tendo menos homofobia internalizada - procurem agir em termos de comportamento para a saúde de acordo com aquilo que a sociedade e a cultura vigente espera deles, isto é, que tenham comportamentos menos adequados.

Os homossexuais que expressam publicamente a sua sexualidade ou que são conotados como tal (e que terão, por isso, menos homofobia internalizada), são objecto de todo o tipo de agressões, pelo simples facto de viverem numa sociedade que discrimina a sua natureza.

Assim, os homens com mais homofobia internalizada recorrerão a mecanismos estratégicos que os levam a lidar com essa discriminação e sobretudo com a internalização desse homo-negativismo, evitando a exposição pública e contendo-se na expressão dos seus sentimentos e comportamentos.

Afinal, se o que é esperado pela sociedade é que os gays sejam mais desajustados, homens com mais homofobia internalizada (que terão mais renitência em se identificarem como gays) terão mais comportamentos ajustados, inclusive comportamentos para a saúde, quando essa homofobia implica a percepção interna do estigma. Instalar-se-á uma resistência à própria identificação como gay que traz repercussões ao nível da adopção de comportamentos de saúde.

Muitos homossexuais cresceram num ambiente de isolamento emocional, social e mesmo cognitivo, que os levaram a interiorizar uma série de estereótipos, vividos como fracassos, limites, defeitos ou obstáculos.

Este dano a nível da auto-estima pode ser sobre-compensado a nível da adopção de comportamentos de saúde, ou seja, para compensarem o “defeito” de serem homossexuais, constroem uma saúde física isenta de falhas, demonstrando para si próprios que é aceitável, apesar de tudo, serem homossexuais.

Sobretudo à luz da percepção interna ou global do estigma, repetidas vezes surgirá no gay a ideia de que se fracassar, se não adoptar comportamentos positivos para a sua saúde (incluindo os do comportamento sexual de risco), então é porque ele é homossexual.

Por outro lado, ao questionarem internamente como é que deve ser um homossexual através do confronto com estereótipos ou ideias normativas, o facto de poderem ou deverem tornar explícitos esses estereótipos, suscitará dúvida ou conflito.

Difundida a ideia de que o homossexual é ‘anormal’ ou ‘doente’ e promíscuo, ou seja, “os gays são assim...”, instala-se uma dissonância cognitiva (por sustentar ao mesmo tempo ideias incompatíveis). Esta situação produz ansiedade, incerteza crónica e retracção emocional. “Eu não sou como os outros gays, logo tenho que me comportar de modo diferente!” Logo, adoptam mais comportamentos para a saúde.

Assim como os heterossexuais aprendem uma maneira muito particular de serem heterossexuais de acordo com o seu ambiente cultural, também os homossexuais aprendem uma forma socializada de exprimirem a sua orientação sexual. E a primeira coisa que aprendem são os estereótipos.

Assimilam as imagens da homossexualidade que incluem certas modas, gostos, linguagem verbal ou corporal... Ao construírem uma identidade homossexual, aprendem também que é esperado que sejam promíscuos, instáveis, imaturos, etc. Ou seja, quando se trata de medir a homofobia internalizada em função da expressão pública da homossexualidade (percepção externa do estigma), o homossexual internaliza e age de acordo com os papéis e comportamentos que a sociedade espera dele.

Tal como afirmou Vivienne Cass (1979, citada por Davies, 1996), a construção da identidade sexual dá-se através de um processo de desenvolvimento aonde factores de natureza intra e extra-psíquica têm extrema importância. Nesta construção, de acordo com a Teoria da Incongruência Pessoal (Modelo de Cass - 3.7), a resultante surge da gestão entre o *self*, o seu comportamento e a maneira como estes dois podem ser vistos pelo mundo exterior. Esta visão serve para explicar os resultados do segundo

conjunto de conclusões. Quando se trata de expor esse mesmo estigma, há muito maior retracção e, aqui, os mecanismos terão mesmo a ver com canalização para o *self* de todos os valores negativos, de acordo com a internalização da homofobia.

Tal como nos diz a Teoria do Estigma, os homens com mais homofobia internalizada quando medida pelas dimensões global e interna, reactivam mais sentimentos de vergonha face à perspectiva de serem identificados como gays e, para evitarem o confronto com possíveis ameaças, adoptam mais comportamentos para a saúde. Trata-se de um modo de se distanciarem dos estereótipos negativos, preservando o seu equilíbrio.

Mas para os homens com menos homofobia internalizada, quando medida pela dimensão externa da percepção do estigma, a estratégia passa por eles próprios adoptarem os estereótipos negativos, agindo de acordo com aquilo que lhes é esperado, ou seja, tendo menos comportamentos para a saúde.

As conclusões deste trabalho colocam desafios importantes na prática clínica - afirmativa e da saúde. Afinal, ao intervir ao nível dos comportamentos para a saúde entre homossexuais, parece fundamental investigar se a criação de uma identidade própria ou de uma individuação implica questionar os estereótipos.

Percebemos como a homofobia internalizada depende de factores externos e internos. E percebemos como, hoje em dia, muitos homossexuais preferem um estilo masculino, evitam a imagem do gay efeminado, e desejam cada vez mais alternativas ao sexo fácil, tentando formar relacionamentos estáveis.

Este fenómeno confronta-nos com um paradoxo que se está a construir: para se ser um homossexual mais livre, há que ser 'menos' homossexual. E esta noção assenta nas ideias da *Queer Theory* de que, assim que se desfizerem os estereótipos tradicionais, tenderão a desaparecer as diferenças sociais entre homossexuais e heterossexuais.

Quando a homossexualidade desaparecer como um critério de classificação das pessoas, e a homossexualidade se diluir no mundo social como mais uma característica dos indivíduos, o próprio conceito de homofobia internalizada deixará de fazer sentido e, para se ser um homossexual mais livre, há que deixar de se preocupar com o facto de ser homossexual ou não.

## 25. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allen, D.J. & Oleson, T. (1999). Shame and Internalized Homophobia in gay men. *Journal of Homosexuality*: 37(3):33-43

Allport, G.W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley.

American Psychological Association: *Internalized Homophobia Scale for Lesbians*. [www.apa.org/divisions/div44/lesbianscale.html](http://www.apa.org/divisions/div44/lesbianscale.html)

Badinter, E. (1993) *Um é o outro*. Lisboa: Relógio d'Água.

Bain, J. (2000). *So your child is gay*. Toronto: Harper Collind Publishers.

Berggren, N. *The Emotional Origin of Homophobia*.  
<http://hem.passagen.se/nicb/emotion/htm>

Bishop, G.D., (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Singapore: National University of Singapore

Castañeda, M (1999). *La Experiencia Homosexual - Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera*. Barcelona: Paidós

Cherry, R. (1997). The relationship between internalized homophobia and substance abuse in gay and bisexual men. *Dissertation Abstracts International: Section B - The Sciences and Engineering*, 58 (5-B): 2659

Cole, S.W., Kemeny, M.E., Taylor, S. E. & Visscher, B.R., (1996). Elevated Physical Health Risk Among Gay Men who conceal their Homosexual Identity. *Health Psychology*, 15 (4): 243-251

Davies, D., (1996). Homophobia and Heterosexism. In Dominic Davies & Charles Neal (Eds) *Pink Therapy - A Guide for Counsellors and Therapists working with lesbian, gay and bisexual clients*. Buckingham: Open University Press. pp 41-65

Davies, D. & Neal, C (1996). An Historical overview of homosexuality and therapy. In Dominic Davies & Charles Neal (Eds) *Pink Therapy - A Guide for Counsellors and Therapists working with lesbian, gay and bisexual clients*. Buckingham: Open University Press. pp.11-23

DiPlacido, J. (1998). Minority Stress among Lesbians, Gay men and Bisexuals: a consequence of Heterosexism, Homophobia, and Stigmatization. In Herek, G (Ed.), *Stigma and Sexual Orientation*. Sage: Thousand Oaks, CA, pp. 138-159

Frederick, R.J.Jr. (1996). Internalized Homophobia, gender roles, self-esteem and fear of intimacy in gay men. . *Dissertation Abstracts International: Section B - The Sciences and Engineering*, 56 (9-B): 5169

Freud, S. (1922). Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade In *Teoria da Sexualidade*. Mem Martins: Publicações Europa-América, 1989.

Hedges, W. (1997). *Queer Theory Explained*. In SOU English Department, [www.sou.edu/English/Hedges/Sodashop/RCenter/Theory/Explained/queer.htm](http://www.sou.edu/English/Hedges/Sodashop/RCenter/Theory/Explained/queer.htm)

Jagose, A. (1996). *Queer Theory*. Melbourne University Press.

Jurek, M. R. (1999). Psychosocial factors predicting high risk sexual behavior in hiv negative gay men (immune deficiency). *Dissertation Abstracts International: Section B- The Sciences and Engineering*, 60 (6-B): 2947.

Kinsey, A.C. (1953). *The Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: W. B. Saunders.

McIntyre, T. M., Soares, V., & Silva, S. (1997) Hábitos de Saúde e Comportamentos de Risco na Adolescência: Implicações para a Prevenção. *Psicologia: Teoria, Prática e Investigação*, 2, 233-240

Matarazzo, J.D., & Leckliter, I.N. (1988). Behavioral Health: the role of good and bad habits in health an illness. In Maes, S., Spielberger, C.D., Defares, P.B., Sarason, I.G. (Eds), *Topics in Health Psychology*. John Wiley and Sons, Ltd. pp. 3-18

Meyer, I. & Dean, L. (1998). Internalized Homophobia, Intimacy, and Sexual Behavior among Gay and Bisexual Men. In Herek, G. (Ed.), *Stigma and Sexual Orientation*. Sage: Thousand Oaks, CA, pp. 160-186

Mondimore, F. M. (1998). *Una Historia Natural de la Homosexualidad*. Barcelona: Paidós

Pestana, M.H. & Gageiro, J.N.(1999). *Análise de Dados para as Ciências Sociais*. Lisboa: Ed. Sílabo

Ratti, R., Bakeman, R. & Peterson, J.L., 2000. Correlates of high-risk sexual behaviour among Canadian men of South Asian and European origin who have sex with men. *AIDS Care*, 12(2):193-202

Ogden, J. (1999). Crenças de Saúde. In Ogden, J, *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores. pp. 25-54

Ross, M.W. & Rosser, B.R.S. (1996). Measurement and Correlates of Internalized Homophobia: a Factor Analytic Study. *Journal of Clinical Psychology*, 52 (1): 15-21

Stoller, R. (1993). *Masculinidade e Feminilidade - Apresentações do género*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Stoller, R. (1975) *A Experiência Transsexual*. Rio de Janeiro: Imago, 1982

Tatchell, P.(1997). Goodbye to Gay?. *Gay and Lesbian Humanist*, 16 (4)

Tatchell, P. (1998) Just Cases of Mistaken Identity. *Tribune*, 7 (14) August

Tatchell, P. (1998) *Future Sex - More Gay Desire, but Fewer Gay People?*

[www.tatchellgayarchive.freemove.co.uk/queer%20theory](http://www.tatchellgayarchive.freemove.co.uk/queer%20theory)

Tessina, T. (1989). *Gay Relationships*. Los Angeles: Jeremy P Tarcher, Inc.

University of California: *Assessment of Internalized Homophobia*.

[www.psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/ihpitoms.html](http://www.psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/ihpitoms.html)

Williamson, I. R. (2000). Internalized Homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research - Theory and Practice*, 15 (1): 97-107

Wagner, G., Brondolo, E. & Rabkin, J., (1996). Internalized Homophobia in a sample of HIV+ gay men, and its relationship to psychological distress, coping, and illness progression. *Journal of Homosexuality*, 32(2): 91-106

## **ANEXO I**

Idade: \_\_\_\_\_ (anos)

Estado marital:  solteiro  casado  comprometido

Escolaridade:  4ª classe

12º ano

6º ano

Bacharelato/Licenciatura

9º ano

Mestrado/Doutoramento

Orientação Sexual:  Gay ( Homossexual)  Bissexual  Não sabe/Não responde

**Por favor, leia atentamente:**

Este questionário é anónimo e confidencial. Trata-se de um estudo científico sobre características associadas à orientação sexual. Não existem respostas certas nem erradas, a melhor resposta é a sua opinião pessoal.

A seguir encontra uma lista de 26 itens. Para cada item tem 5 possibilidades de resposta (desde *discordo totalmente* até *concordo totalmente*). Assinale a sua resposta com um X no quadrado apropriado, de acordo com o seguinte código:

**CÓDIGO:**

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo moderadamente
- 3 - Não discordo nem concordo
- 4 - Concordo moderadamente
- 5 - Concordo totalmente

Por favor, responda de acordo com os seus sentimentos e seja o mais honesto possível.

Tome o tempo que desejar e pense cuidadosamente. Se mudar de ideias, pode efectuar rasuras, desde que a sua emenda fique bem visível.

	1	2	3	4	5
1. Homens homossexuais obviamente efeminados fazem-me sentir desconfortável					
2. Prefiro ter parceiros sexuais anónimos					
3. A vida seria mais difícil se eu fosse heterossexual					
4. A maioria dos meus amigos são homossexuais/bissexuais					
5. Não me sinto confiante para me 'atirar' a um homem					
6. Sinto-me confortável em bares gay					
7. Situações sociais com homens gays fazem-me sentir desconfortável					
8. Não gosto de pensar na minha homossexualidade/bissexualidade					
9. Quando penso em homens homossexuais/bissexuais, penso em situações negativas					
10. Sinto-me confortável ao ser visto em público com uma pessoa explicitamente gay					
11. Sinto-me confortável ao falar sobre homossexualidade num local público					
12. É importante para mim controlar quem sabe da minha homossexualidade					
13. A maioria das pessoas tem reacções negativas à homossexualidade					
14. A homossexualidade não é contra a vontade de Deus					
15. A sociedade ainda pune as pessoas por serem gays ou bissexuais					
16. Eu protesto se contarem alguma piada contra homossexuais na minha presença					
17. Preocupo-me com o meu envelhecimento sendo homossexual/bissexual					
18. Preocupo-me com o deixar de ficar atraente					
19. Preferia ser mais heterossexual					
20. A maioria das pessoas não discrimina os homossexuais					
21. Sinto-me confortável com a minha homossexualidade/bissexualidade					
22. A homossexualidade é moralmente aceitável					
23. Não estou preocupado com que descubram que sou gay/bissexual					
24. A discriminação dos homossexuais ainda é comum					
25. Mesmo que pudesse mudar a minha orientação sexual, não mudava					
26. A homossexualidade é tão natural como a heterossexualidade					