

PARA ALÉM DO SILÊNCIO:
**RELAÇÕES ENTRE O ESTIGMA DA SURDEZ, A
VINCULAÇÃO E A REGULAÇÃO EMOCIONAL**

ANA LUÍSA GANCHINHO COMÉRCIO

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO JOSÉ DOS SANTOS

Orientador do Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO JOSÉ DOS SANTOS

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor António José dos Santos, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica

AGRADECIMENTOS

Este trabalho simboliza o concretizar de um ciclo, o culminar de cinco anos de caminho nesta casa que é o ISPA. Um caminho não apenas acadêmico, mas profundamente humano. Levo comigo muito mais do que conhecimento, levo a transformação que só acontece quando o que estudamos se cruza com quem somos. Foram anos de descoberta, de confronto e de crescimento. Aprendi a escutar o silêncio e a reconhecer nele o que tantas vezes fica por dizer. Aprendi a olhar para a dor com curiosidade e respeito. E aprendi também que investigar é, antes de tudo, um ato de encontro. Encontro com o outro e encontro comigo mesma. Cada leitura, cada dado, cada reflexão foi uma forma de compreender mais profundamente o que significa ser humano, com tudo o que isso implica de fragilidade e de força. Este trabalho nasceu da escuta e da vontade de dar voz a experiências que raramente são ouvidas.

Neste sentido, quero agradecer aos meus pais, por cuidarem de mim em todos os momentos, por me ajudarem a ser uma pessoa melhor e por me ensinarem, pelo exemplo, o valor do esforço, da empatia e da perseverança. Obrigada por nunca deixarem que me esquecesse de onde venho e por me lembrarem sempre que posso chegar mais longe, desde que o faça com honestidade e com o coração inteiro. Este trabalho é também vosso, porque foi construído sobre tudo o que me ensinaram: o amor, a coragem e a paciência que sempre me deram.

Quero agradecer ao meu namorado por todo o apoio e por toda a compreensão ao longo deste caminho. Pelas palavras de carinho e motivação que tantas vezes me deram força quando o cansaço parecia maior. Obrigada pelo amor, pelo companheirismo e pela amizade, por estares sempre presente com paciência, humor e ternura. Foste, sem dúvida, a melhor coisa que o ISPA me deu e a tua presença tornou este percurso muito mais bonito.

Obrigada, Madrinha. Mesmo que este título tenha chegado mais tarde, ele sempre te pertenceu. Obrigada pela tua paciência infinita, por seres a calma quando em mim só há tempestade, por me ofereceres abrigo nos dias em que o mundo pesa mais. Obrigada pelas gargalhadas partilhadas, pelo carinho, pela preocupação que nunca falha e por estares sempre perto, mesmo quando o silêncio é o que fica. Obrigada por seres tu, e por me deixares ser eu, com todas as minhas inquietações, fragilidades e sonhos.

Alexandra, Beatriz e Rita, serão sempre as minhas bebês, independentemente do tempo que passe. Não há palavras que cheguem para expressar o quanto sou grata por vos ter na minha vida. Levo comigo a promessa de honrar para sempre esta relação e o amor imenso que tenho por cada uma de vocês. Obrigada por estarem sempre ao meu lado, de forma tão pura e incondicional, por me procurarem mesmo quando me perco no meio das responsabilidades e do cansaço. Terão sempre um lugar no meu coração, e eu continuarei sempre por perto, para vos ralar com carinho, para vos ajudar, para nos rirmos juntas (ou umas das outras). Obrigada por me escolherem.

Aos meus amigos, obrigada por fazerem parte deste percurso e por estarem sempre presentes de tantas formas. João, estiveste sempre aqui, atento e genuinamente preocupado. Bruna, desde o tempo em que sonhávamos com este momento, seguimos caminhos diferentes, mas continuamos no coração uma da outra. Maria Nunes, obrigada por estares comigo desde o início, pelas palavras, pelas gargalhadas e pela amizade que nunca falha. Beatriz Almeida, obrigada pela tua amizade, pela compreensão e pelo apoio constante. A todos os que passaram pela minha vida nestes cinco anos, em especial aos que permanecem nela, obrigada por fazerem parte da minha história e por contribuírem para a pessoa que sou hoje.

À Clara e à Valéria, obrigada pelo companheirismo, pela entajuda e pelas partilhas ao longo deste ano. Tornaram este caminho mais leve e mais bonito.

Ao Professor António José dos Santos, o meu sincero agradecimento por ter acreditado em mim e neste tema desde o primeiro momento. Obrigada por me ter ajudado a lutar por ele mesmo quando tudo parecia desmoronar, por ter sido uma presença firme nos momentos de maior incerteza e por me lembrar de que o que realmente importa é a curiosidade pelo que se procura compreender. Agradeço as palavras de alento, a paciência, as aprendizagens e a preocupação genuína. Mais do que um orientador, foi um exemplo de rigor e paixão pela psicologia.

Concluo este ciclo com gratidão por tudo o que aprendi, pelas pessoas que o tornaram possível e pelas versões de mim que ficaram pelo caminho para dar lugar a outras, mais inteiras e conscientes. Levo comigo o silêncio, agora habitado de sentido, e a certeza de que este fim é também um começo: o início de um modo mais sensível de estar e de escutar o mundo.

RESUMO

O presente estudo procurou compreender as relações entre a vinculação, a regulação emocional e o estigma da surdez. Participaram 22 adultos com experiência de surdez, que responderam a um questionário online composto por medidas sociodemográficas, do *Measures of Deaf and Hard-of-Hearing Stigma* (MEPIS-DHH), do *Experiences in Close Relationships – Relationship Structures Questionnaire* (ECR-RS), do *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ) e do *Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire* (IERQ). Os resultados revelaram níveis de consistência interna adequados em todos os instrumentos. Verificou-se que a segurança nas relações de vinculação se associou a maior utilização de estratégias adaptativas de regulação emocional, particularmente a reavaliação cognitiva, e a uma menor utilização da supressão emocional. De forma inesperada, níveis mais elevados de segurança na vinculação também se associaram a níveis mais elevados de experiência, percepção e internalização de estigma, sugerindo que a vivência do estigma e simbolização do mesmo, poderá depender da abertura emocional. A regressão hierárquica indicou que a segurança na vinculação explicou 52,3% da variância da internalização do estigma, enquanto a reavaliação cognitiva apresentou um contributo marginalmente significativo. Estes resultados sustentam a relevância das relações de vinculação e da regulação emocional na forma como o estigma é vivido e integrado, sublinhando a importância de uma perspectiva relacional na compreensão da surdez.

Palavras-Chave: Vinculação, Regulação Emocional, Estigma, Surdez

ABSTRACT

The present study aimed to understand the relationships between attachment, emotion regulation, and deafness-related stigma. Twenty-two adults with experience of deafness participated by completing an online questionnaire that included sociodemographic measures, the Measures of Deaf and Hard-of-Hearing Stigma (MEPIS-DHH), the Experiences in Close Relationships – Relationship Structures Questionnaire (ECR-RS), the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), and the Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ). Results revealed adequate internal consistency across all instruments. Attachment security was associated with greater use of adaptive emotion regulation strategies, particularly cognitive reappraisal, and lower use of emotional suppression. Unexpectedly, higher attachment security was also associated with higher levels of experienced, perceived, and internalized stigma, suggesting that the experience and symbolization of stigma may depend on emotional openness. Hierarchical regression indicated that attachment security explained 52.3% of the variance in stigma internalization, while cognitive reappraisal made a marginally significant contribution. These results support the relevance of attachment relationships and emotion regulation in how stigma is experienced and integrated, emphasizing the importance of a relational perspective in understanding deafness.

Keywords: Attachment, Emotion Regulation, Stigma, Deafness

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO.....	V
ABSTRACT.....	VI
ÍNDICE.....	VII
LISTA DE TABELAS	VIII
INTRODUÇÃO.....	1
Vinculação.....	1
Regulação Emocional.....	4
Estigma.....	8
Surdez.....	11
Objetivo do Estudo.....	17
MÉTODO	18
Participantes	18
Instrumentos.....	19
Questionário Sociodemográfico.....	19
Measures of Deaf and Hard-of-Hearing (d/DHH) Stigma (MEPIS-DHH)	20
Experiences in Close Relationships—Relationship Structures Questionnaire (ECR-RS).....	21
Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)	22
Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ).....	23
Procedimento.....	24
Análise de Dados.....	25
RESULTADOS	27
Análise da Fiabilidade dos Instrumentos	27

Estatística Descritiva das Variáveis	27
Análise das Correlações de Spearman, de Pearson Sem Imputação e Com Imputação	29
Análise Comparativa entre Grupos	32
Análise de Regressão Linear Hierárquica	35
DISCUSSÃO.....	37
Contributos e Implicações na Prática Clínica	45
Limitações e Estudos Futuros	46
REFERÊNCIAS.....	49
ANEXOS.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Códigos das dimensões em estudo.....	26
Tabela 2. Coeficientes Alfa de Cronbach	28
Tabela 3. Estatísticas descritivas das variáveis principais dos instrumentos utilizados	29
Tabela 4. Estatísticas descritivas da análise comparativa entre grupos	33
Tabela 5. Testes de efeitos entre sujeitos para o fator de segurança na vinculação	35
Anexo A – Correlações de Spearman e Pearson entre as Variáveis em Estudo	56
Anexo B - Correlações de Pearson entre as Variáveis em Estudo com e sem Imputação.....	57
Anexo C – Estatísticas descritivas por grupo de segurança na vinculação.....	58
Anexo D - Resumo dos modelos de regressão hierárquica da internalização do estigma.....	59

INTRODUÇÃO

Vinculação

A Teoria da Vinculação, desenvolvida por John Bowlby e Mary Ainsworth integra psicologia do desenvolvimento, etologia e teoria dos sistemas, constituindo uma forma de compreensão para explicar como as experiências relacionais precoces se organizam em estruturas internas que influenciam a regulação emocional, a motivação e o comportamento ao longo do ciclo de vida (Bretherton, 1992; Bowlby, 1988). Através do seu trabalho com crianças institucionalizadas, Bowlby defendeu que a necessidade de proximidade com uma figura percebida como cuidadora e sensível, não deriva apenas de necessidades fisiológicas. Reflete sim um sistema inato de proteção, o qual tem como objetivo garantir que a criança permaneça próxima a quem pode assegurar a sua segurança (Bretherton, 1992; Bowlby, 1988).

Nos seus trabalhos teóricos (e.g., *The Nature of the Child's Tie to His Mother* em 1958, *Separation Anxiety* em 1959, *Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood* em 1960), Bowlby descreveu a sequência emocional que as crianças experienciam perante a separação da figura de vinculação (protesto, desespero e distanciamento); documentou que as crianças manifestam reações de luto perante a perda ou separação da figura de vinculação; e defendeu que comportamentos como o choro, o sorriso ou o agarrar-se à figura de vinculação, são formas que o bebé tem para garantir a proximidade, reduzindo o mau estar emocional e restabelecendo o equilíbrio, quer fisiológico quer emocional (Bretherton, 1992; Bowlby, 1988).

A colaboração de John Bowlby com Mary Ainsworth acrescentou sustentação empírica consolidando a teoria, ao demonstrar que o conceito de base segura explica a forma como a disponibilidade e a responsividade do cuidador promovem a exploração do ambiente e a autonomia da criança para tal. O procedimento experimental da Situação Estranha permitiu, por sua vez, identificar diferentes padrões de vinculação, designadamente vinculação segura, vinculação insegura ansiosa e vinculação insegura evitante. A estes foi posteriormente acrescentado o padrão de vinculação desorganizada, observado quando o cuidador é visto, simultaneamente, como figura de conforto e de ameaça (Sroufe & Waters, 1977; Sroufe, 1995; Waters & Valenzuela, 1999).

As relações de vinculação não se desenvolvem de forma isolada, mas sim em conjunto com outros sistemas descritos por Bowlby, como o cuidado e a exploração, dos quais depende também o desenvolvimento da regulação emocional. O sistema de cuidado, tem como principal

foco a proteção do outro percebido como em sofrimento, relacionando-se de forma interdependente com o sentimento de segurança interna. Indivíduos com padrões de vinculação insegura ansiosa, tendem a recorrer a estratégias de hiperativação do sistema de vinculação, intensificando a procura de proximidade e a sensibilidade à rejeição; enquanto indivíduos com padrões de vinculação insegura evitante, tendem a utilizar estratégias de desativação, suprimindo emoções e evitando a dependência do outro. Ambos os padrões tendem a comprometer tanto a procura de apoio como a capacidade de dar respostas emocionais ajustadas (Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver et al., 2016).

Do ponto de vista da psicologia do desenvolvimento, a Teoria da Vinculação afasta-se da ideia de que o desenvolvimento humano segue etapas fixas e universais, propondo que o desenvolvimento se organiza através de percursos dinâmicos, moldados pelas experiências precoces e pela qualidade das relações de vinculação. As experiências relacionais precoces tendem a manter-se ao longo do tempo, criando padrões estáveis de vinculação. Ainda assim, estes padrões podem ser ajustados existindo novas experiências, positivas, de cuidado e confiança, nomeadamente em contextos de relação terapêutica relações românticas ou de amizade, suficientemente consistentes para desafiar e substituir as expectativas estabelecidas das relações primárias (Bowlby, 1988; Bretherton, 1992).

É neste sentido que surge o conceito de Modelos Internos Dinâmicos (MID), definidos como representações mentais relativamente estáveis sobre si próprio e de outros significativos. Estas representações formam-se a partir das experiências precoces de vinculação e integram recordações, avaliações e expectativas que orientam a forma como o indivíduo percebe, interpreta e responde às situações relacionais futuras (Bowlby, 1988; Bretherton, 1992; Collins et al., 2004). Os MID desempenham uma dupla função de regulação, permitindo ao indivíduo procurar proximidade e segurança quando se sente ameaçado e favorecendo uma exploração mais autónoma quando a segurança interna está assegurada. Quando a criança recebe cuidados de forma consistente, sensível e previsível, tende a formar representações mentais de si mesma como digna de amor e de confiança, e dos outros como disponíveis e fiáveis.

Estas representações promovem o equilíbrio entre a dependência e a autonomia, bem como o desenvolvimento de estratégias de autorregulação emocional, as quais se consolidam ao longo da adolescência e da vida adulta (Sroufe & Waters, 1977; Shaver et al., 2016). Por outro lado, a exposição a experiências de rejeição, negligência ou inconsistência, promove representações de vulnerabilidade do próprio e de indisponibilidade do outro, associando-se a

estratégias de regulação desadaptativas de hiperativação ou de desativação da relação de vinculação (Collins et al., 2004; Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver et al., 2016).

Importa frisar que os MID se organizam de forma hierárquica em modelos globais (generalizados), modelos de domínio (e.g., família, amizades, relações românticas) e modelos específicos de relação (e.g., mãe, pai, parceiro, amigo), podendo divergir entre si e responder de forma diferente consoante os contextos e as figuras (Collins et al., 2004). Este modelo permite compreender fenómenos de aparente contradição intrapessoal (e.g., sentir segurança na relação com o parceiro e insegurança nas relações parentais) sem que isso represente incoerência teórica. As experiências vividas em cada contexto relacional contextualizam representações específicas, que constituem um papel regulador próprio. Desta forma, MID mais seguros, tendem a associar-se a uma maior flexibilidade emocional e cognitiva, capacidade de mentalização e comportamento pró-social; enquanto MID mais inseguros, por sua vez, tendem a recorrer mais a estratégias comunicacionais e regulatórias menos adaptativas, refletindo-se em dificuldades de confiança, estabilidade e satisfação nas relações (Waters et al., 2002; Collins et al., 2004; Shaver et al., 2016).

A partir destes fundamentos teóricos, é possível compreender a organização dos padrões e vinculação e o seu impacto nos contextos relacionais. Ainsworth demonstrou que a sensibilidade e a responsividade do cuidador são determinantes na forma como a criança regula a proximidade, a exploração e o desconforto. Quando o cuidador é consistente e disponível, a criança procura conforto de modo eficaz e recupera rapidamente do stress, formando um padrão de vinculação seguro com esse cuidador. Por outro lado, cuidados inconsistentes tendem a conduzir a uma vinculação insegura ansiosa, caracterizada por ambivalência, baixa exploração e dificuldades em ser consolada. Já os cuidados que remetem à rejeição, favorecem padrões de vinculação evitante, nos quais a criança tende a inibir a procura de proximidade e a desenvolver uma aparente autossuficiência. Por fim, a exposição a cuidadores que são, simultaneamente, fonte de proteção e de medo pode originar padrões de vinculação desorganizados, marcados pela ausência de estratégias coerentes de regulação (Bowlby, 1988; Sroufe & Waters, 1977; Sroufe, 1995).

A estabilidade dos padrões de vinculação ao longo do tempo é relativa, uma vez que é possível observar uma tendência de continuidade entre a infância e a idade adulta, ainda que possam acontecer mudanças significativas quando as condições relacionais e contextuais mudam de forma positiva e consistente. Este entendimento reforça a perspetiva de Bowlby de

que o desenvolvimento segue um percurso mais provável, mas permanece aberto a processos de reorganização (Bowlby, 1988; Hazan & Shaver, 1994).

Na idade adulta, a vinculação representa a continuidade do sistema relacional construído a partir das relações de cuidado primárias, mantendo um papel central na organização da vida psíquica e das relações interpessoais do indivíduo. A relação de vinculação estabelecida com as figuras de cuidado primárias, mantém um papel importante como referência interna, funcionando como um alicerce representacional das experiências precoces de vinculação. Contudo, na idade adulta, a centralidade emocional desloca-se progressivamente para os parceiros românticos e para as amizades próximas. Nestas relações, o parceiro pode assumir, simultaneamente, as funções de porto seguro e de base segura, integrando três sistemas que, na infância, operavam de forma mais separada: a vinculação (procura de segurança), o cuidado (oferta de proteção) e a sexualidade (expressão do desejo e da intimidade física) (Bowlby, 1988; Hazan & Shaver, 1994; Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver et al., 2016).

Sentir o parceiro como responsivo reforça a segurança interna necessária à exploração e à autonomia, atuando simultaneamente como função protetora para com o stress. Esta percepção transmite a ideia de que o outro está disponível para acolher o mal-estar, legitimar as emoções, oferecer uma perspectiva equilibrada e encorajar estratégias ativas de resolução de problemas. Por outro lado, o afastamento ou a perda de uma figura significativa tendem a reativar memórias e estratégias de regulação formadas nas relações primárias, tornando mais visíveis as respostas de hiperativação ou de desativação disponíveis que cada pessoa tende a mobilizar (Bowlby, 1988; Bretherton, 1992; Mikulincer & Shaver, 2007; Collins et al., 2004).

Regulação Emocional

A compreensão da regulação emocional provém diretamente dos princípios estabelecidos pela Teoria da Vinculação, uma vez que a forma como as emoções são vividas, expressas e reguladas, é resultado das interações precoces da criança com as suas figuras de vinculação. É através destas relações que se desenvolve a capacidade de compreender, avaliar e regular os próprios estados afetivos, processo que, ao longo do desenvolvimento, evolui de uma co-regulação para uma autorregulação cada vez mais autónoma (Bowlby, 1988; Sroufe, 1995).

A regulação emocional, enquanto processo fundamental do funcionamento psicológico e social, envolve os processos intrínsecos e extrínsecos, através dos quais os indivíduos identificam, avaliam e ajustam respostas emocionais, de forma a gerir o tipo, a intensidade e a expressão das emoções considerando os objetivos e as exigências do contexto (Gross, 2014; Thompson, 2014). Apesar de se relacionar com o *coping*, a regulação emocional distingue-se do mesmo por contribuir de forma constante ao longo da experiência emocional, intervindo desde os primeiros momentos em que a emoção é desencadeada; enquanto o *coping* tende a ser uma resposta reativa a situações percebidas como exigentes, stressantes ou potencialmente ameaçadoras (Gross, 2014; Marroquín et al., 2017).

Entre os modelos teóricos mais influentes destaca-se o Modelo Modal da Emoção de Gross (2014), o qual descreve o processo que conduz à experiência emocional (situação, atenção, avaliação e resposta), indicando que a experiência emocional é passível de ajuste em cada uma dessas fases. A partir desta ideia, o Modelo de Processo da Regulação Emocional organiza as estratégias conforme o momento em que atuam nesta sequência, distinguindo cinco grupos: seleção de situações (escolher ou evitar contextos com determinado impacto emocional); modificação de situações (alterar o ambiente ou o curso da interação para influenciar a emoção); redirecionamento da atenção (redirecionar o foco para diminuir ou aumentar o impacto afetivo); reavaliação cognitiva (reinterpretar o significado do evento); e modulação da resposta (ajustar componentes fisiológicas, expressivas e comportamentais depois da emoção estar ativa, como na supressão expressiva).

No conjunto, as estratégias antecedentes (isto é, inerentes a fases mais iniciais do processo), sobretudo a reavaliação cognitiva, tendem a produzir efeitos mais adaptativos, com menor custo fisiológico e social, enquanto estratégias com foco na resposta emocional, como a supressão da expressão emocional, se associam a uma maior ativação, redução da autenticidade e da comunicação afetiva (Gross, 2014). A eficácia da regulação emocional está intimamente associada à flexibilidade emocional, ou seja, à capacidade de ajustar as estratégias de regulação ao contexto, à intensidade e às metas pessoais (Sheppes, 2014). Uma adaptação emocional saudável depende desta flexibilidade, a qual permite ao indivíduo alternar entre estratégias cognitivas e comportamentais conforme as exigências da situação. Estes princípios ajudam a enquadrar a evolução da regulação emocional ao longo do desenvolvimento.

Desde o nascimento, o bebé depende quase inteiramente do cuidador para regular os seus estados emocionais. Através das interações repetidas com o cuidador, com respostas de

conforto e de ajustamento sensível, o bebé aprende a antecipar com previsibilidade e segurança (Thompson, 1991). O desenvolvimento do sistema nervoso central e do córtex frontal favorece a regulação da atenção e expressão emocional (Thompson, 2014), e por volta do fim do primeiro ano de vida, a formação da relação de vinculação traduz-se na capacidade de utilizar esta figura como base segura para a exploração e regulação, algo essencial no desenvolvimento emocional do bebé (Sroufe, 1995).

Durante a idade pré-escolar, a linguagem torna-se também ela uma ferramenta de autorregulação, permitindo significar estados afetivos, expressar intenções e internalizar regras de regulação emocional. O pensamento verbal possibilita estratégias como distração deliberada, reinterpretação de eventos ou formulação de discursos internos positivos (Thompson, 2014). Com o avanço da socialização, emergem emoções autoconscientes (e.g., vergonha, culpa, orgulho) que exigem integração entre as representações de si mesmo e as expectativas sociais (Sroufe, 1995).

A adolescência constitui uma fase importante de reorganização da regulação emocional, marcada pela transição de co-regulação, ainda dependente do suporte interpessoal, para formas de autorregulação progressivamente mais autónomas. Trata-se de um período de grande reatividade emocional e de maior vulnerabilidade à desregulação, decorrente do desfasamento entre o amadurecimento dos sistemas subcorticais, responsáveis pela reatividade afetiva, e os sistemas corticais, implícitos no controlo inibitório e na regulação cognitiva da emoção (Riediger & Klipker, 2014). A relação de vinculação com os pais e com os pares assume aqui um papel central, numa fase em que o desenvolvimento das funções executivas do córtex pré-frontal permite maior controlo das emoções, da atenção e dos impulsos (Shaver et al., 2016).

Embora coexistam estratégias menos adaptativas, como a ruminação ou a expressão emocional exacerbada, com um progressivo refinamento cognitivo, o equilíbrio da regulação depende fortemente da segurança na vinculação e do suporte social. Estudos longitudinais confirmam que a qualidade da vinculação precoce influencia a regulação emocional na idade adulta, como o caso de Zuo (2023) que demonstrou que a insegurança nas relações de vinculação na infância, se associa, décadas mais tarde, ao recurso frequente a estratégias desadaptativas, como a supressão e o evitamento emocional, sobretudo em contextos de conflito conjugal, reforçando a continuidade entre padrões precoces e competências emocionais na idade adulta, tal como proposto por Bowlby (1988).

Na vida adulta, a regulação emocional constitui um indicador de saúde mental e relacional. Indivíduos com relações de vinculação segura, tendem a demonstrar maior flexibilidade de regulação, recorrendo a estratégias adaptativas como aceitação e reavaliação cognitiva e utilizando de forma mais eficaz o apoio social (Shaver & Mikulincer, 2014; Mena et al., 2025). A segurança na vinculação promove o equilíbrio entre a atenção às próprias emoções e sensibilidade às emoções dos outros, favorecendo a empatia e o comportamento pró-social. Por outro lado, os indivíduos com relações de vinculação insegura ansiosa tendem a perceber mais intensamente ameaças e emoções negativas, utilizando estratégias de hiperativação como ruminação, catastrofização ou culpabilização do próprio; os indivíduos com relações de vinculação insegura evitantes, por sua vez, tendem a desativar as respostas emocionais, suprimindo sentimentos e evitando a dependência afetiva, o que tende a dificultar a reciprocidade emocional (Shaver & Mikulincer, 2014).

Este processo constitui a base sobre a qual se formam os modelos internos que irão orientar, mais tarde, a regulação emocional e os padrões relacionais do indivíduo ao longo da vida (Bowlby, 1988; Bretherton, 1992; Sroufe, 1995). O modo como as figuras de vinculação respondem às emoções da criança, constitui assim a base a partir da qual se desenvolvem futuras competências de regulação emocional. Crianças com relações de vinculação mais seguras, tendem a usar estratégias mais flexíveis e adaptativas de regulação emocional, mostrando-se mais tolerantes à frustração e com maior capacidade de empatia (Shaver et al., 2016; Sroufe, 1995). Por outro lado, crianças com relações de vinculação inseguras, tendem a interferir com o equilíbrio da regulação emocional.

Em relações de vinculação inseguras ansiosas, destaca-se uma maior preocupação com a rejeição e o medo de separação, o que representa uma hiperativação da relação de vinculação, intensificando a necessidade de contacto e a reatividade emocional. Nas relações de vinculação inseguras evitantes, supressão e o distanciamento emocional surgem como estratégias defensivas de desativação (Shaver et al., 2016). Hazan e Shaver (1994) demonstraram que estes padrões de regulação não se restringem à infância, estendendo-se para as relações adultas. Indivíduos com relações de vinculação insegura ansiosa tendem a amplificar e ruminar aquando sinais de rejeição ou afastamento, enquanto os indivíduos com relações de vinculação insegura evitante tendem a suprimir afetos e manter um distanciamento afetivo. Contrastando, indivíduos com relações de vinculação segura tendem a desenvolver estratégias de regulação

mais equilibradas, favorecendo a confiança, a exploração e a reciprocidade afetiva (Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver et al., 2016).

A investigação tem também destacado o papel mediador da regulação emocional na relação entre a vinculação e ajustamento psicológico. Sousa-Gomes et al. (2023) verificaram que dificuldades de regulação emocional se tendem a associar a menor confiança, maior ambivalência e pior qualidade relacional. Mena et al. (2025) identificaram que a vinculação insegura ansiosa se tende a relacionar diretamente a sintomatologia depressiva, e indiretamente a estratégias cognitivas desadaptativas, como a ruminação e a culpabilização do próprio. A vinculação insegura evitante, sobretudo nos homens, mostrou associar-se a uma menor utilização de estratégias adaptativas, com impacto negativo no seu bem-estar psicológico.

Para além da regulação intrapessoal, a dimensão interpessoal desempenha um papel crucial. A regulação emocional interpessoal diz respeito ao processo pelo qual as pessoas procuram ajustar os seus estados emocionais através da interação social (Zaki & Williams, 2013). Pode assumir uma forma intrínseca, quando o indivíduo procura os outros para regular as suas próprias emoções, ou extrínseca, quando tenta regular as emoções do outro (Williams et al., 2018). A eficácia deste processo depende quer da qualidade da resposta recebida, quer de processos internos como a identificação emocional e a partilha social (Zaki & Williams, 2013). A partilha de emoções positivas tende a fortalecer a conexão interpessoal, enquanto que a partilha de emoções negativas promove a validação, a empatia e a coesão social (Rimé, 2007). A literatura recente destaca que a capacidade de recorrer à regulação interpessoal, e a perceção da sua eficácia, se associam a níveis mais significativos de bem-estar emocional e relacional (Williams et al., 2018).

Estigma

O estigma pode ser entendido como um processo relacional, tendo por base dinâmicas de poder, através do qual as diferenças humanas são transformadas em hierarquias de valor. Este processo envolve a atribuição de rótulos e estereótipos, a construção de fronteiras simbólicas entre o “nós” e o “eles”, a perda de estatuto social e, por fim, a discriminação, processos suportados por assimetrias de poder que lhes conferem persistência e legitimidade (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001).

Para Goffman (1963), o estigma caracteriza-se por ser um atributo desacreditador através do qual se redefine a perceção social de um indivíduo, ou grupo de indivíduos,

transformando-o em alguém reduzido ao que o diferencia em vez de ser reconhecido na sua totalidade. Esta perspetiva passa o foco das características pessoais para as dinâmicas relacionais, reforçando que a característica socialmente desvalorizada depende do contexto e da forma como é gerido perante os outros. Link e Phelan (2001) procuram reformular estas ideias de Goffman, reforçando que o estigma não se encontra no indivíduo em si, mas sim nas dinâmicas relacionais que produzem e reproduzem significados de diferença.

O estigma pode manifestar-se quando algumas características são rotuladas, associadas a estereótipos socialmente disponíveis e utilizadas para criar fronteiras entre grupos, reforçando a desigualdade e a exclusão, sustentadas por estruturas de poder. Este processo vai ao encontro de modelos de ameaça à identidade, nos quais a pertença aos grupos desvalorizados tende a aumentar a probabilidade de perceção de ameaça, despoletando respostas automáticas de stress (e.g., ansiedade, hipervigilância, sobrecarga cognitiva) e, posteriormente estratégias conscientes de *coping* e gestão da impressão que é passada ao outro (Major & O'Brien, 2005).

A classificação proposta por Goffman (1963) procura distinguir três formas principais de estigma: estigmas corporais, associadas a características físicas visíveis percebidas como desvios à norma; os estigmas de carácter, associadas a características da esfera moral ou comportamental; e os estigmas de pertença grupal, associados à diferenciação étnica, nacionalista ou religiosa. Esta distinção assume maior rigor quando articulada a outras dimensões, como a visibilidade da característica e o grau de conhecimento social sobre o mesmo. Isto permite distinguir entre estigmas desacreditados, quando a característica é visível ou conhecida, e desacreditáveis, quando tem uma forma de ser ocultada (Goffman, 1963).

Goffman (1963) acrescenta ainda a distinção entre estigma público e autoestigma, os quais correspondem a dois níveis complementares do processo de estigmatização. O estigma público refere-se ao conjunto de crenças, normas e atitudes negativas, as quais são socialmente partilhadas para com um dado grupo, manifestando-se através de comportamentos de rejeição, discriminação ou afastamento. Por outro lado, o autoestigma, ocorre quando estas crenças são interiorizadas pelo próprio, levando-o a aceitar uma visão social negativa sobre si mesmo. Este processo interno pode traduzir-se em sentimentos de vergonha, baixa autoestima e retraimento social, reforçando a exclusão (Crocker & Major, 1989; LeBel, 2008; Vogel et al., 2013; Lepage & Niner, 2024). Nas últimas décadas, o conceito de estigma passou a ser abordado de forma mais crítica, integrando perspetivas de justiça social que problematizam as estruturas e relações de poder (Hyers et al., 2015).

As consequências do estigma manifestam-se em diversas dimensões psicológicas, identitárias, relacionais e materiais, que se influenciam e reforçam mutuamente. Do ponto de vista psicológico, a experiência de desvalorização constante tende a traduzir-se em sofrimento, vergonha, ansiedade e hipervigilância. Estes sentimentos tendem a agravar-se quando a pessoa tenta ocultar a característica estigmatizada, o que constitui uma estratégia de *coping* que pode reduzir a exposição imediata, mas acaba por aumentar o esforço cognitivo e o isolamento social (Tran & Lumley, 2019). Do ponto de vista identitário, o estigma adquire estatuto de “rótulo mestre”, reduzindo a pessoa a uma única dimensão e reforçando processos de desumanização. Relacionalmente, fragiliza laços, compromete a confiança interpessoal e intensifica a gestão da impressão, sobretudo nas relações em que a assimetria de poder é mais saliente (Goffman, 1963; Susman, 1994).

Estruturalmente, o estigma não funciona isoladamente, mas sim como parte de um sistema que reforça desigualdades sociais, com impacto na educação, oportunidades de trabalho, os rendimentos, o acesso a cuidados de saúde e a qualidade de vida em si. Este impacto têm sido estudado no caso da surdez, no qual o audismo e as barreiras de comunicação se associam a menor acesso a oportunidades, salários mais baixos e perceção de bem-estar reduzido (Link & Phelan, 2001; Oyewumi et al., 2013; Lepage & Niner, 2024; Ma et al., 2022).

Perante estes contextos de desvalorização, as pessoas tendem a recorrer a diferentes estratégias de *coping*. Entre as quais, é possível destacar estratégias de autoproteção, como atribuir resultados negativos ao estigma sentido em vez de falhas pessoais, comparar-se com outros membros do próprio grupo ou mesmo desvalorizar aspetos em que a desvantagem persistente. Estas formas de *coping* podem ajudar a preservar o autoconceito. Contudo, quando se tornam mais rígidas, tendem a reduzir a ambição e o envolvimento social (Crocker & Major, 1989). Por outro lado, estratégias mais adaptativas, como a reavaliação cognitiva ou a resolução de problemas, tendem a associar-se a um bem-estar mais significativo e a um menor impacto do autoestigma (Tran & Lumley, 2019).

O estigma, enquanto processo relacional que envolve a atribuição de rótulos, a formação de estereótipos, a separação, a perda de estatuto e a discriminação, é intrinsecamente emocional. Sentimentos de vergonha, ansiedade, tristeza, raiva e isolamento surgem como respostas esperadas em contextos de avaliação negativa (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001; Crocker, 1999). Muitas das estratégias identificadas na literatura, podem ser compreendidas como formas de regulação emocional: atribuir o insucesso ao preconceito, e não a falhas

personais, funciona como uma forma de reavaliação cognitiva que protege o autoconceito; comparar-se com outros membros do próprio grupo e desvalorizar áreas onde a desvantagem é persistente, ajuda a reorganizar hierarquias de valor pessoal; fortalecer a identidade coletiva e participar em atividades de grupo, permite transformar a vergonha em pertença e orgulho, fortalecendo recursos emocionais e sociais (Crocker & Major, 1989; Susman, 1994).

Contudo, a eficácia com que estas estratégias são mobilizadas depende da história de desenvolvimento e da segurança de vinculação. Indivíduos com relações de vinculação insegura, autoestima mais fragilizada e elevada sensibilidade à rejeição, tendem a internalizar mais facilmente estas mensagens desvalorizadoras de estigma e a recorrer com maior frequência à supressão emocional. Esta estratégia pode reduzir a expressão afetiva no imediato, mas aumentar a tensão interna e dificultar a elaboração das experiências de discriminação (Graber & Sontag, 2009; Mikulincer & Shaver, 2016).

Surdez

A surdez, frequentemente conhecida como deficiência auditiva (DHH – *deaf or hard of hearing*), consiste num fenómeno multidimensional que envolve dimensões audiológicas, do desenvolvimento, da linguagem, da cultura e da identidade, com efeitos duradouros na vida psíquica e social do indivíduo. Crescer com perda auditiva implica ter de gerir as limitações constantes ao nível da perceção da fala e dos sons do ambiente/contexto. Estas limitações representam mais um obstáculo a ultrapassar na aquisição da linguagem e na comunicação interpessoal, o que pode, por sua vez, impactar esferas importantes do desenvolvimento, como a autoestima, a autoeficácia, o ajustamento emocional e a competência social (Oyewumi et al., 2013).

Na idade adulta, as consequências estendem-se à saúde mental e ao bem-estar psicossocial, com elevada prevalência de perturbações psicopatológicas e dificuldades persistentes no acesso a cuidados ajustados à língua e à cultura (Fellinger et al., 2012; Oliveira et al., 2024). Adicionalmente, a perda auditiva é, regra geral, impercetível na observação quotidiana, o que dificulta o reconhecimento das necessidades comunicativas e a implementação dos apoios adequados (Dunn, 2024).

Em Portugal, estima-se que existam cerca de 120.000 pessoas com algum grau de perda auditiva, sendo que, aproximadamente 30.000, são falantes nativos de Língua Gestual Portuguesa (LGP), na sua maioria com um grau de surdez severa ou profunda (Federação

Portuguesa das Associações de Surdos [FPAS], 2021). Estes indicadores reforçam a presença simultânea de uma dimensão biomédica e de uma dimensão sociolinguística, as quais implicam diretamente respostas educacionais, clínicas e sociais (Leigh et al., 2023).

Na contemporaneidade, existem duas concepções acerca da surdez. Por um lado, a perspetiva biomédica, entende a surdez como uma *disability* (com d minúsculo), isto é, um défice mensurável que deve ser prevenido, tratado ou compensado através de tecnologias e/ou reabilitação (Freedman, 2003; Leigh et al., 2023). Por outro lado, a perspetiva sociocultural descreve a *Deaf Culture* (D maiúsculo) como uma minoria linguística com língua própria (e.g., LGP) e identidade positiva, recusando a surdez enquanto um défice (Lane, 1995; Rutherford, 1988; Leigh et al., 2023; Oliveira et al., 2024).

O sentido de pertença à comunidade surda não depende apenas da condição auditiva, mas si da atitude e identificação pessoal. Implica o sentimento de autoidentificação, mas também o reconhecimento pelos pares. Pessoas surdas que não utilizam língua gestual podem não ser reconhecidas como membros desta comunidade ou cultura. Pessoas que adquirem a surdez tardiamente tendem a manter-se associadas a identidades ouvintes (Rutherford, 1988; Lane, 1995; Freedman, 2003; Hauser et al., 2010). Identidades surda e bicultural (integração das culturas surda e ouvinte), associam-se a maior autoestima e satisfação com a vida, enquanto identidades marginais (sem pertença plena nem à comunidade surda nem à ouvinte) tendem a relacionar-se com maior vulnerabilidade psicossocial (Chapman et al., 2023).

Nos contextos educativos, os ambientes mais segregadores (frequentados apenas por alunos surdos) favorecem o desenvolvimento de competências em língua gestual e de uma identidade surda positiva, contudo podem enfraquecer o domínio na língua oral dominante. Por outro lado, os ambientes mais inclusivos (alunos surdos e ouvintes partilham o mesmo espaço) tendem a promover um melhor desempenho académico e maior domínio da língua oral, ainda que possam aumentar o risco de isolamento social se não existirem apoios linguísticos adequados. Os modelos parcialmente integrados procuram equilibrar a convivência entre pares surdos e ouvintes, beneficiando das vantagens de ambos os contextos (Musselman et al., 1996; Oyewumi et al., 2013).

Do ponto de vista audiológico, a perda auditiva é geralmente quantificada em decibéis (dB) na melhor orelha, sendo classificada em níveis que vão de normal a profunda (≥ 91 dB). Distinguem-se perdas condutivas (ouvido externo/médio), sensorineurais (cóclea ou vias

auditivas) e mistas. Acresce a perturbação do espectro da neuropatia auditiva, em que o som é detetado, mas existem falhas na sincronização neuronal que comprometem o reconhecimento claro da fala (Leigh et al., 2023). As causas da perda auditiva podem ter uma origem não genéticas (e.g., infeções, meningite, efeitos de medicamentos ototóxicos, traumatismos ou exposição prolongada a ruído) ou genéticas, representando cerca de 50 a 60% das perdas neurossensoriais infantis. (Freedman, 2003; Leigh et al., 2023).

A surdez deve ser compreendida como uma experiência minoritária marcada por processos de estigmatização e audismo. O audismo é uma ideologia que valoriza a audição e a oralidade como norma, sustentando práticas discriminatórias, subtis ou explícitas, com impacto no acesso à educação, ao emprego, à saúde e às relações sociais. (Ma et al., 2022; Dunn, 2024). O fenómeno conhecido como *dinner table syndrome* refere-se a situações em que a pessoa surda é excluída das conversas informais, como as que ocorrem durante as refeições em família, por falta de acessibilidade comunicativa. Esta exclusão limita as oportunidades de aprendizagem espontânea, podendo criar lacunas na literacia, na autonomia e na tomada de decisão destes indivíduos (Leigh et al., 2023). Ainda assim, a comunidade surda constitui um fator protetor, oferecendo pertença, apoio e afirmação cultural reduzindo o impacto da exclusão e da discriminação (Ma et al., 2022; Dunn, 2024).

O acesso precoce a uma língua, seja gestual ou oral, é fundamental para o desenvolvimento cognitivo e emocional. A ausência desse acesso pode provocar défices duradouros na cognição, na regulação emocional, na literacia e na participação social. (Fellinger et al., 2012; Leigh et al., 2023). Os implantes cocleares são dispositivos eletrónicos que estimulam diretamente o nervo auditivo e permitem a perceção do som em pessoas com surdez severa ou profunda. Ainda que proporcionem acesso ao som, os resultados variam significativamente entre indivíduos e não substituem a necessidade de exposição consistente a estímulos visuais (e.g., língua gestual, expressões faciais, leitura labial, movimentos corporais). Por essa razão, a abordagem bilingue, combinando a língua gestual com a língua oral ou escrita, é amplamente reconhecida como mais eficaz para um desenvolvimento educativo e psicossocial positivo. (Fellinger et al., 2012; Duarte et al., 2013; Leigh et al., 2023; Oliveira et al., 2024).

Apesar dos avanços alcançados, continuam a existir desigualdades no acesso à saúde mental. As pessoas com surdez apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão, frequentemente relacionados com situações de discriminação, com a ausência de intérpretes

qualificados e com a falta de profissionais que compreendam a língua e a cultura surda (Fellinger et al., 2012; Leigh et al., 2023).

O enquadramento jurídico português reconhece e protege a LGP como expressão cultural e instrumento de acesso à igualdade. A Constituição da República Portuguesa reconhece a igualdade e a não discriminação e protege a LGP (Assembleia da República, 2005). A Lei n.º 38/2004 estabelece as bases da prevenção, habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência, garantindo o seu direito a formatos acessíveis e à sua participação política e social (Assembleia da República, 2004). Ao nível da educação, o Decreto-Lei n.º 54/2018 reforça o direito a uma educação bilingue, em que a LGP é considerada a primeira língua e o português escrito a segunda. São ainda previstas Escolas de Referência, docentes especializados e intérpretes (Governo de Portugal, 2018). No plano internacional, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) (Organização das Nações Unidas, 2006) reconhece as pessoas surdas como uma minoria linguística e cultural, assegurando os direitos à educação, acessibilidade, participação política e justiça comunicacional.

Compreender a surdez enquanto condição que influencia o desenvolvimento das relações de vinculação requer uma abordagem integrativa, capaz de articular dimensões biológicas, comunicacionais, culturais e emocionais. A surdez precoce cria desafios significativos à reciprocidade afetiva e à formação de vínculos seguros com cuidadores maioritariamente ouvintes, sobretudo quando o diagnóstico e a adaptação da comunicação à modalidade visual não ocorre atempadamente (Chovaz McKinnon et al., 2004; Hauser et al., 2010).

A ausência de acesso auditivo conduz a um maior enfoque no olhar, nos gestos e nas pistas táteis, exigindo dos cuidadores uma sensibilidade adaptada e respostas visualmente sintonizadas. A literatura indica que mães ouvintes, em momentos de stress, tendem a recorrer a interações mais intrusivas na tentativa de manter a atenção visual da criança, aumentando assim o risco de dessincronização afetiva (Koester, 1994; Weisel & Kamara, 2005; Majorano et al., 2020). Ainda assim, a vinculação segura em crianças surdas é possível e comparável à de crianças ouvintes, desde que a comunicação (e.g., oral, gestual) seja fluente, acessível e emocionalmente sintonizada (Koester, 1994; Schaefer-Salins, 2022).

As mães surdas tendem a recorrer a estratégias visuais intuitivas favorecendo a co-regulação, confirmando que a qualidade da comunicação, independentemente de esta ocorrer

através da audição ou da visão, é o principal determinante da segurança na vinculação (Koester, 1994). Na adolescência e na idade adulta, estas experiências precoces repercutem-se na capacidade de elaborar narrativas emocionais mais coesas e de regular as emoções. A pertença à comunidade surda e a validação identitária podem, contudo, promover processos de reorganização emocional positivos, conhecidos como segurança adquirida, através dos quais os vínculos seguros são construídos a partir de experiências relacionais reparadoras (Chovaz McKinnon et al., 2004; Leigh et al., 2004). A literatura mostra que a distribuição dos padrões de vinculação entre pessoas surdas e ouvintes é semelhante (Leigh et al., 2004; Schaefer-Salins, 2022).

No caso da surdez adquirida, as relações românticas tendem a sofrer dificuldades significativas, inerentes à frustração, ao isolamento e à redefinição de papéis. A ausência de estratégias de apoio à comunicação e de apoio psicossocial, aumenta o risco de insegurança nestas relações e de deterioração da intimidade (Freedman, 2003; Chovaz McKinnon et al., 2004).

A regulação emocional surge como uma competência profundamente influenciada pelo acesso linguístico e pela qualidade das relações precoces. A ausência de uma língua plenamente acessível nos períodos críticos do desenvolvimento pode comprometer a identificação, significação e expressão emocional, potenciando o risco do desenvolvimento de alexitimia e de sofrimento internalizante (Peñacoba et al., 2019; Ashori & Jalil-Abkenar, 2020). Crianças surdas tendem a demonstrar menor eficácia na regulação emocional e maior rigidez nas estratégias utilizadas para tal, sugerindo dificuldades em avaliar o contexto e ajustar as respostas emocionais ao mesmo (Rieffe, 2012).

Por outro lado, em famílias com comunicação mais fluente, o uso combinado de modalidades de comunicação e o envolvimento ativo na comunidade surda funcionam como fatores protetores, ampliando o vocabulário emocional e fortalecendo a reparação afetiva (Peñacoba et al., 2019). Em contextos familiares com crianças que utilizam implante coclear, a qualidade da comunicação entre pais e filhos desempenha um papel importante no desenvolvimento emocional. Quando existe reciprocidade comunicativa e capacidade materna de reparar conflitos emocionais, observa-se uma melhor regulação emocional nas crianças. Pelo contrário, níveis mais elevados de stress parental e a presença de emoções negativas tendem a associar-se a maior rigidez emocional e a dificuldades de ajustamento (Majorano et al., 2020).

Na idade adulta, identificação com a comunidade surda continua a desempenhar um papel protetor, promovendo resiliência emocional e bem-estar psicológico (Chovaz McKinnon et al., 2004; Leigh et al., 2004, 2023; Schaefer-Salins, 2022). A relação entre surdez e estigma mostra com clareza a dimensão emocional e relacional deste fenómeno. No caso da surdez, o audismo e o linguicismo reforçam hierarquias de poder ao privilegiarem a audição e a oralidade como normas dominantes, reforçando barreiras estruturais e subtis que condicionam o acesso à educação, ao emprego e aos cuidados de saúde (Leigh et al., 2023; Dunn, 2024).

As respostas emocionais ao estigma (e.g., vergonha, ansiedade, tristeza, raiva e isolamento) podem ser compreendidas como formas de regulação emocional. Diversas estratégias descritas na literatura, como atribuir o insucesso ao preconceito (reavaliação protetora do autoconceito), procurar comparação intragrupal ou reforçar a identidade coletiva, funcionam como mecanismos de *coping* regulador. Estas estratégias podem transformar emoções de vergonha em sentimentos de pertença e orgulho, sobretudo quando existe apoio e validação identitária (Crocker & Major, 1989; Susman, 1994).

Contudo, a eficácia destas respostas é modulada pela história de desenvolvimento e pelos padrões de vinculação individuais. A insegurança na vinculação, tendencialmente associada a baixa autoestima e elevada sensibilidade à rejeição, tende a facilitar a internalização de mensagens estigmatizantes e o recurso à supressão emocional, estratégia que reduz a expressão imediata do afeto, mas aumenta a tensão interna e dificulta a elaboração do sofrimento (Graber & Sontag, 2009; Mikulincer & Shaver, 2016).

A sociedade, tendencialmente ouvinte, influenciada por práticas de audismo e linguicismo, tende a valorizar a oralidade como norma e a desvalorizar a língua gestual. Esta visão sustenta modelos educativos e institucionais centrados na audição e na fala, perpetuando estereótipos como o do “surdo-mudo”. As consequências manifestam-se em diversos níveis: laboral, através de barreiras no acesso e na progressão profissional; educacional e de saúde, pela dificuldade de comunicação e pela escassez de recursos acessíveis; familiar e social, pela ausência de uma língua partilhada e pela exclusão de conversas informais; e clínico, pelo aumento da exposição a stress, ansiedade, depressão e trauma quando carecem apoios linguísticos e psicossociais adequados (Hauser et al., 2010; Dougherty, 2017; Leigh et al., 2023; Lepage & Niner, 2024). Quando as fontes de stress surgem de fatores mais estruturais e não dependem exclusivamente da pessoa, deve procurar-se criar condições sociais que assegurem acesso linguístico pleno, intérpretes qualificados, educação bilingue e bicultural,

serviços clínicos sensíveis à cultura surda e políticas que valorizem a diversidade linguística (Hauser et al., 2010; Ma et al., 2022; Lin et al., 2025; Dunn, 2024).

Objetivo do Estudo

A relevância do presente estudo assenta na escassez de investigação que integre, as dimensões da vinculação (ansiedade e evitamento) nas diferentes relações; da regulação emocional (intra e interpessoal); e do estigma da surdez (experenciado, percebido e internalizado). Embora existam estudos que abordem estas variáveis de forma isolada ou em pares (e.g., Chovaz McKinnon et al., 2004; Fellingner et al., 2012; Mikulincer & Shaver, 2016), não se encontram, até à data, evidências empíricas que explorem a articulação entre estas três dimensões. Assim, este trabalho procura preencher uma lacuna significativa na literatura, propondo uma perspetiva relacional e desenvolvimental sobre o estigma da surdez, procurando compreender os processos emocionais e relacionais inerentes à forma como o estigma é vivido e internalizado.

Espera-se que os resultados possam contribuir para o avanço do conhecimento científico nesta área e para a criação de práticas clínicas e interventivas mais ajustadas às necessidades emocionais e relacionais das pessoas surdas. Portanto, o presente estudo tem como objetivo avaliar, em adultos com experiência de surdez, as relações entre o estigma, as relações de vinculação e a regulação emocional, procurando compreender de que modo as dinâmicas relacionais influenciam a vivência e a integração emocional do estigma.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste trabalho foi obtida através de uma amostragem não probabilística por conveniência, uma vez que a participação foi voluntária e dependente do acesso ao questionário online. Foram incluídos/as no estudo adultos com experiência de surdez, independentemente do grau de perda auditiva, desde que compreendessem a Língua Portuguesa e concordassem com o Consentimento Informado. O critério de exclusão consistiu na não conclusão integral do questionário, o que levou à exclusão de 42 respostas. Assim, a amostra final foi constituída por 22 participantes válidos/as, cujas características sociodemográficas e audiológicas são descritas de seguida.

A amostra foi composta por participantes do sexo feminino ($n = 17$; 77,27%; $M_{idade} = 39,94$; $DP_{idade} = 12,04$) e masculino ($n = 5$; 22,73%; $M_{idade} = 40,60$; $DP_{idade} = 18,74$). A maioria era solteira ($n = 9$; 40,91%), seguindo-se casados/as ($n = 7$; 31,82%), em união de facto ($n = 3$; 13,64%) e divorciados ($n = 3$; 13,64%). O número médio de filhos foi de 0,95 ($DP = 0,90$), indicando que grande parte dos participantes não tinha filhos ou tinha apenas um. É possível destacar também que, 31,82% dos participantes concluíram o ensino secundário, 27,27% possuíam licenciatura, 9,09% tinham ensino básico e 4,55% mestrado, enquanto 27,27% não especificaram o nível de habilitação. Em termos de situação profissional, 54,55% encontravam-se empregados/as, 13,64% desempregados/as, e os restantes distribuíram-se entre atividade por conta própria, estudo, reforma ou doméstico (31,81%). As áreas de atividade incluíram saúde, educação, intervenção social e cultural, administração e finanças, engenharia e ciências, bem como comércio e serviços, refletindo diversidade na amostra.

A idade de identificação da surdez variou entre o nascimento e os 25 anos ($M = 8,20$; $DP = 6,99$), sugerindo um reconhecimento geralmente precoce da condição auditiva. Quanto ao grau de perda auditiva, observou-se uma predominância de perda profunda em ambas as orelhas (45,45% na esquerda e 54,55% na direita) seguida de perdas severas e moderadas. Nenhum participante relatou perda ligeira. Metade dos participantes (50,00%) relatou que utilizava aparelhos auditivos, 27,27% implantes cocleares e 22,73% nenhum dispositivo, não havendo referência a amplificadores sonoros. Apenas três participantes (13,64%) reportaram outras condições de saúde (epilepsia, Síndrome de Ménière e deficiência intelectual ligeira), enquanto 86,36% não indicaram dificuldades adicionais.

Relativamente à autoidentificação, 40,91% identificaram-se como “Pessoa com perda de audição”, 36,36% como “Surdo/a” e 13,64% como “Deficiente auditivo/a”, enquanto 9,09% optaram por outra forma de identificação, expressando percepções pessoais como “Normalmente digo que oiço mal” ou “Tenho perda auditiva unilateral”. Nenhum participante se identificou como “Pessoa com audição”. No que concerne ao nível de integração na comunidade surda, 27,27% afirmaram sentir-se totalmente integrados/as, 13,64% parcialmente integrados/as, 27,27% mantiveram uma posição neutra e 31,82% discordaram totalmente dessa pertença ($M = 2,95$; $DP = 1,62$). A maioria cresceu em contextos sobretudo ouvintes (63,64%), 31,82% em comunidades mistas (surda e ouvinte) e apenas 4,55% em comunidades predominantemente surdas. A língua oral foi o modo de comunicação predominantemente referido (68,18%), seguindo-se a língua gestual (13,64%) e formas mistas ou alternativas (13,64%), enquanto 4,55% comunicavam com recurso a intérprete, familiar ou amigo. As respostas abertas revelaram flexibilidade comunicacional, como “Oral, escrita quando é impossível ouvir” ou “Comunico normalmente, sou surda de um ouvido”, ilustrando diferentes estratégias de adaptação comunicativa.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Foi desenvolvido um Questionário Sociodemográfico com base no instrumento *Measures of Deaf and Hard-of-Hearing (d/DHH) Stigma* (MEPIS-DHH) de Stockton et al. (2024). A versão utilizada no presente estudo, intitulada *Inquérito para Pessoas Surdas ou com Deficiência Auditiva (ao longo da vida)*, corresponde a uma adaptação parcial da bateria original, realizada no contexto português e ajustada aos objetivos específicos da investigação.

O questionário sociodemográfico do presente estudo é constituído por 16 itens distribuídos por diferentes domínios: características sociodemográficas gerais (idade, sexo, identidade de género, estado civil, número de filhos, habilitações literárias, profissão e situação laboral); informação sobre a identidade auditiva e pertença comunitária (modo de comunicação, comunidade em que cresceu, forma preferida de identificação e nível de integração na comunidade surda); e características audiológicas específicas (idade de identificação da surdez, grau de perda auditiva em cada orelha, utilização de dispositivos auditivos e existência de outras condições físicas, mentais ou dificuldades de aprendizagem).

Este instrumento permitiu caracterizar a amostra em termos sociodemográficos, educacionais e audiológicos, bem como contextualizar as experiências pessoais de surdez e de

autoidentificação com a comunidade surda, assegurando coerência com as dimensões exploradas pelos restantes instrumentos do estudo.

Measures of Deaf and Hard-of-Hearing (d/DHH) Stigma (MEPIS-DHH)

O Measures of Deaf and Hard-of-Hearing (d/DHH) Stigma (MEPIS-DHH) foi desenvolvido por Stockton et al. (2024) e posteriormente validado em amostras dos Estados Unidos e do Gana, no âmbito da Lancet Commission on Hearing Loss. Trata-se de um conjunto de escalas de autorrelato desenvolvidas com o objetivo de avaliar quantitativamente o estigma associado à experiência de ser surdo ou de ter deficiência auditiva (d/DHH). O instrumento foi criado com o propósito de colmatar a escassez de instrumentos que permitissem avaliar e comparar diferentes vivências de estigma em populações e contextos socioculturais distintos (Stockton et al., 2024; Stelmach et al., 2024a).

Conceptualmente, os autores fazem a distinção entre estigma experienciado (situações interpessoais de discriminação), estigma percebido (crenças e atitudes negativas atribuídas pelos outros) e estigma internalizado (aceitação, pelo próprio, de crenças depreciativas), mas também abordam dimensões complementares relevantes (e.g., registos de eventos de vida com discriminação) (Stelmach et al., 2024a, 2024b; Stockton et al., 2024). As análises fatoriais exploratórias e os índices de fiabilidade indicaram uma estrutura unidimensional e boa consistência interna das subescalas (entre $\alpha = .73$ e $\alpha = .95$) (Stelmach et al., 2024a).

No presente estudo foi utilizada uma versão parcial do instrumento em adaptação para português designada Inquérito para Pessoas Surdas ou com Deficiência Auditiva (ao longo da vida) (IPSLV), mantendo o formato de resposta e o modo de pontuação das versões originais. Na adaptação constaram três blocos principais: Experiências Sociais (Secção B), Eventos Negativos na Vida (Secção C), Estigma Internalizado (Secção D). A dimensão das Experiências Sociais procura avaliar a frequência de comportamentos discriminatórios vividos no quotidiano relativamente à surdez ou deficiência auditiva. É composta por oito itens avaliados numa escala Tipo Likert de quatro pontos (1- *Nunca* e 4- *Frequentemente*), e a pontuação total resulta da soma dos itens, sendo que valores mais elevados indicam níveis superiores de estigma experienciado.

A dimensão Eventos Negativos na Vida, procura registar situações de discriminação institucional ou estrutural inerentes à surdez ou deficiência auditiva, em contextos distintos, como o emprego, a educação, a habitação, os serviços financeiros e de saúde, e o contexto

familiar. As respostas assumem um formato dicotômico (*Sim* ou *Não*), sendo a pontuação obtida através da contagem do número de eventos mencionados como *sim*, refletindo o grau de exposição a situações de discriminação. Por fim, a dimensão do Estigma Internalizado, procura avaliar o grau em que a pessoa aceita e interioriza as crenças negativas sobre a sua condição auditiva, conduzindo a sentimentos de auto-depreciação ou vergonha (e.g., sentir-se “um fardo”, “envergonhado/a” ou “um(a) estranho/a”). É composta por cinco itens avaliados numa escala de cinco pontos Tipo Likert (1- *Discordo totalmente* e 5-*Concordo totalmente*). A pontuação total é obtida através da soma dos itens, sendo que valores mais elevados indicam um maior nível de internalização do estigma.

Foi ainda incluída uma secção adicional do instrumento base, que contempla dimensões de saúde e bem-estar (Secção E), que engloba indicadores de qualidade de vida, limitação funcional atribuída à condição auditiva, satisfação com a vida, resiliência, solidão e indicadores de sintomatologia depressiva.

Experiences in Close Relationships—Relationship Structures Questionnaire (ECR-RS)

O Experiences in Close Relationships - Relationship Structures Questionnaire (ECR-RS) é um instrumento de autorrelato desenvolvido por Fraley et al. (2011), com o objetivo de avaliar as relações de vinculação em diferentes contextos relacionais, representando assim um avanço importante na avaliação da vinculação em adultos, permitindo a comparação entre figuras significativas com base no mesmo conjunto de itens e dimensões.

O ECR-RS foi desenvolvido a partir do ECR-R (Fraley et al., 2000), o qual foi criado a partir da Teoria de Resposta ao Item com o objetivo de ultrapassar as limitações da Teoria Clássica dos Testes e avaliar com maior precisão as dimensões de ansiedade e evitamento nas relações de vinculação. Embora o ECR-R, composto por 36 itens (18 por dimensão), tenha representado um avanço, continuou centrado nas relações românticas e mostrou menor sensibilidade em indivíduos com padrões de vinculação mais seguros. Surgiu assim, o ECR-RS foi desenvolvido para ultrapassar estas limitações, selecionando os itens psicometricamente mais robustos e de conteúdo neutro, aplicáveis a diferentes tipos de relações. Seguindo a Teoria da Vinculação de Bowlby, o instrumento avalia duas dimensões centrais: a Ansiedade, associada a preocupações com disponibilidade, responsividade e medo de rejeição; e o Evitamento, relacionado com desconforto face à intimidade e tendência à autossuficiência emocional. Perfis de vinculação mais seguros caracterizam-se por níveis baixos em ambas as dimensões (Fraley et al., 2011; Moreira et al., 2015; Roazzi et al., 2017).

O ECR-RS é composto por nove itens para cada uma das quatro figuras (figura materna, figura paterna, companheiro romântico, melhor amigo), perfazendo trinta e seis itens, avaliados numa escala Tipo Likert de sete pontos (1- Discordo Fortemente; 7- Concordo Fortemente). A partir das respostas, é possível calcular, para cada domínio relacional, as médias das dimensões de ansiedade e de evitamento, bem como valores globais obtidos pela média das pontuações nos diferentes domínios (Fraley et al., 2011; Roazzi et al., 2017).

O ECR-RS demonstrou boas propriedades psicométricas nos estudos originais de Fraley et al. (2011), com coeficientes de alfa de Cronbach elevados (entre $\alpha = .80$ e $\alpha = .92$) para as dimensões de ansiedade e evitamento, tanto nos domínios relacionais (mãe, pai, parceiro romântico e amigo) como de forma global, o que revela uma boa consistência interna. O instrumento foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Moreira et al., (2015), designado Experiências nas Relações Próximas – Estruturas Relacionais, mantendo as dimensões da ansiedade e do evitamento apresentando níveis de consistência interna elevados (entre $\alpha = .72$ e $\alpha = .91$), demonstrando fiabilidade adequada e estabilidade das propriedades psicométricas na população portuguesa.

Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

O *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ) é um instrumento de autorrelato desenvolvido originalmente por Gross & John (2003), com o objetivo de avaliar as diferenças no recurso a estratégias intrapessoais de regulação emocional: a Reavaliação Cognitiva e a Supressão Emocional (Gross & John, 2003; Vaz & Martins, 2009; Preece et al., 2023). O instrumento tem por base o Modelo Processual da Regulação Emocional de Gross, segundo o qual a regulação tende a ocorrer em diferentes fases do processo emocional, desde a seleção e interpretação da situação até à modulação das respostas emocionais (Gross & John, 2003).

A Reavaliação Cognitiva consiste na reinterpretação cognitiva de uma situação emocional de forma a ajustar o seu impacto, reduzir as respostas negativas e promover experiências emocionais positivas (Gross & John, 2003; Preece et al., 2023). A Supressão Emocional consiste na inibição da expressão comportamental e emocional após a experiência de uma situação afetiva, sendo considerada menos adaptativa por não ajustar a experiência subjetiva da emoção e poder dificultar a comunicação e a relação interpessoal (Gross & John, 2003; Preece et al., 2023).

O ERQ é composto por 10 itens, avaliados numa escala Tipo Likert de sete pontos (1- *Discordo Totalmente*; 7- *Concordo Totalmente*) (Gross & John, 2003), organizados em duas dimensões: Reavaliação Cognitiva (itens 1, 3, 5, 7, 8 e 10) e Supressão Emocional (itens 2, 4, 6 e 9) (Gross & John, 2003). As instruções do questionário solicitam aos participantes que reflitam sobre a sua vida emocional, distinguindo entre a experiência emocional (o que sentem internamente) e a expressão emocional (como demonstram externamente as emoções) (Vaz & Martins, 2009). O instrumento demonstrou boas propriedades psicométricas nos estudos originais de Gross e John (2003), apresentando coeficientes de alfa de Cronbach adequados (entre $\alpha = .68$ e $\alpha = .82$) para as dimensões de Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional, o que demonstra uma consistência interna satisfatória (Gross & John, 2003).

O instrumento foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Vaz & Martins (2009), mantendo as dimensões de Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional e apresentando níveis de consistência interna adequados (entre $\alpha = .65$ e $\alpha = .76$), demonstrando fiabilidade e estabilidade das propriedades psicométricas na população portuguesa (Vaz & Martins, 2009). Mais recentemente, Preece et al. (2023) desenvolveram uma versão mais curta do instrumento, Emotion Regulation Questionnaire - Short Form (ERQ-S), composto por seis itens que mantêm a avaliação das dimensões originais de Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional.

Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ)

O *Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire* (IERQ) é um instrumento de autorrelato desenvolvido por Hofmann et al. (2016) com o objetivo de avaliar estratégias de regulação emocional interpessoal, isto é, as formas através das quais os indivíduos recorrem aos outros para regular as suas emoções. O IERQ representa um avanço significativo na avaliação da regulação emocional ao focar-se nos processos interpessoais que, uma vez que esta dimensão havia recebido pouca atenção por parte da comunidade científica (Hofmann et al., 2016).

O IERQ tem por base a ideia de que a regulação emocional não se limita a processos internos envolvendo também mecanismos interpessoais influenciados pelas relações sociais. Esta perspetiva vai ao encontro da definição de Thompson (1991), que descreve a regulação emocional como um conjunto de processos intrínsecos e extrínsecos responsáveis por regular e modificar as respostas emocionais com vista a alcançar objetivos pessoais. A partir desta ideia, Hofmann et al. (2016), definem a regulação emocional interpessoal como um processo

através do qual o indivíduo regula as suas emoções com o apoio de outras pessoas, distinguindo-a do suporte social pelo foco na influência emocional direta decorrente destas interações (Hofmann et al., 2016).

O instrumento avalia quatro dimensões: Aumento do Afeto Positivo, que corresponde à tendência para procurar os outros com o objetivo de intensificar sentimentos de alegria e entusiasmo; Tomada de Perspetiva, que reflete o uso dos outros como forma de relativização cognitiva e reinterpretação das experiências negativas; Consolo, que diz respeito à procura de conforto, empatia e apoio emocional em situações de sofrimento; e Modelagem Social, que remete para a observação do comportamento dos outros como estratégia de aprendizagem e autorregulação emocional (Hofmann et al., 2016).

O IERQ é composto por 20 itens distribuídos pelas quatro dimensões: Aumento do Afeto Positivo (itens 3, 6, 8, 13 e 18), Tomada de Perspetiva (itens 2, 7, 10, 14 e 17), Consolo (itens 4, 9, 12, 16 e 19) e Modelagem Social (itens 1, 5, 11, 15 e 20). Os itens são avaliados numa escala Tipo Likert de cinco pontos (1- *Nada verdadeiro para mim*; 5- *Extremamente verdadeiro para mim*), refletindo o grau em que cada afirmação descreve a experiência emocional do participante (Hofmann et al., 2016). Nos estudos originais, o instrumento demonstrou excelentes propriedades psicométricas, apresentando coeficientes de consistência interna elevados em todas as subescalas (entre $\alpha = .85$ e $\alpha = .94$), o que reflete a sua elevada fiabilidade.

Atualmente, o IERQ encontra-se em processo de adaptação para uma versão portuguesa, sob a designação de *Questionário de Regulação Interpessoal das Emoções (QRIE)*.

Procedimento

Os participantes começaram por aceder ao Consentimento Informado onde lhes foi explicado o objetivo do estudo, bem como assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados, o carácter voluntário da sua participação e possibilidade de desistência a qualquer momento, sem quaisquer consequências. Adicionalmente, foram disponibilizados contactos para a existência de dúvidas ou esclarecimentos.

A recolha de dados decorreu entre maio e junho de 2025, através de um questionário online criado na plataforma *Qualtrics*, de preenchimento individual e anónimo, com uma duração média de 20-30 minutos.

O questionário foi divulgado através de diversos meios digitais e institucionais, incluindo as páginas de *Facebook* dos municípios de Portugal, envio de e-mails para as Câmaras Municipais, partilha em grupos de *WhatsApp*, contacto com associações de pessoas surdas e divulgação em páginas de *Instagram* relacionadas com a comunidade surda e a Língua Gestual Portuguesa.

O questionário iniciava-se com o consentimento informado, seguindo-se as questões sociodemográficas e, posteriormente, escalas incluídas no estudo, apresentadas pela seguinte ordem: a versão parcial e em adaptação do *Measures of Deaf and Hard-of-Hearing (d/DHH) Stigma*, a versão adaptada do *Experiences in Close Relationships – Relationship Structures Questionnaire* (ECR-RS), a versão adaptada do *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ) e a versão em adaptação do *Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire* (IERQ).

Análise de Dados

Os dados foram analisados com recurso ao software *IBM SPSS Statistics* (versão 30). Procedeu-se à verificação de casos omissos, outliers e normalidade, seguindo-se a imputação múltipla dos dados ausentes. Foram ainda comparadas as análises com e sem imputação, de forma a garantir a robustez dos resultados. Foram realizadas análises descritivas (médias e desvios-padrão), análises de fiabilidade interna (coeficientes α de Cronbach), correlações de Pearson e Spearman para avaliar as associações entre variáveis contínuas. Posteriormente, realizaram-se análises de regressão linear hierárquica e modelos lineares generalizados (GLM). O nível de significância adotado foi de $p < .05$ e $p < .01$.

A Tabela 1, apresenta os códigos das dimensões utilizadas nas análises.

Tabela 1. Códigos das dimensões em estudo

Instrumento	Dimensão	Código
ECR-RS	Evitamento Geral	Evit_G
	Ansiedade Geral	Ansi_G
	Evitamento Mãe	Evit_M
	Ansiedade Mãe	Ansi_M
	Evitamento Pai	Evit_P
	Ansiedade Pai	Ansi_P
	Evitamento Companheiro	Evit_C
	Ansiedade Companheiro	Ansi_C
	Evitamento Amigo	Evit_A
	Ansiedade Amigo	Ansi_A
ERQ	Reavaliação Cognitiva	ReavCog
	Supressão Emocional	Supress
IERQ	Afeto Positivo	PosAff
	Tomada de Prespetiva	PerTak
	Consolo	Sooth
	Modelagem Social	SocMod
MEPIS-DHH	Estigma Experienciado	ExpEst
	Estigma Percebido	PerEst
	Estigma Internalizado	IntEst

RESULTADOS

Análise da Fiabilidade dos Instrumentos

A fiabilidade interna dos instrumentos utilizadas no presente estudo foi realizada através da análise dos coeficientes Alfa de Cronbach para cada uma das subescalas dos instrumentos aplicados. De um modo geral, os resultados obtidos revelaram níveis de consistência interna adequados a excelentes, indicando uma boa fiabilidade das medidas utilizadas. De acordo com os critérios aceites na literatura, valores de $\alpha \geq ,70$ são considerados aceitáveis, valores de $\alpha \geq ,80$ consideram-se com boa consistência interna e $\geq ,90$ refletem uma consistência interna excelente. Importa referir que valores demasiado elevados, por norma $> ,95$, podem indicar que os itens avaliam exatamente o mesmo aspeto do constructo, comprometendo a diversidade do instrumento (Field, 2013; Marôco, 2007).

Estatística Descritiva das Variáveis

As análises de consistência interna (alfa de Cronbach) indicaram valores adequados em todos os instrumentos utilizados (ver Tabela 2). No ECR-RS, os valores das subescalas de Evitamento variaram entre $\alpha = .839$ (Geral) e $\alpha = .926$ (Figura Paterna), enquanto nas dimensões de Ansiedade oscilaram entre $\alpha = .869$ (Geral) e $\alpha = .976$ (Melhor Amigo), evidenciando excelente consistência interna em todas as subescalas. No ERQ, referente à regulação emocional intrapessoal, foram obtidos valores aceitáveis ($\alpha = .775$ para Reavaliação Cognitiva; $\alpha = .817$ para Supressão), consistentes com estudos prévios que validaram o instrumento em diferentes contextos culturais e amostras (e.g., Cabello et al., 2013; Balzarotti et al., 2010). O IERQ apresentou valores de α entre $.728$ (Modelagem Social) e $.905$ (Afeto Positivo). A subescala de Modelagem Social obteve o valor mais baixo ($\alpha = .728$). A análise das correlações item-total corrigidas identificou um item com contributo reduzido (IERQ_1: “Faz-me sentir melhor saber como os outros lidaram com as suas emoções”; $r = .144$). A exclusão deste item aumentou o alfa para $.796$, o que levou à criação de uma versão alternativa (SocMod2) composta por quatro itens, utilizada nas análises subsequentes. Relativamente às escalas de estigma da surdez, a Experiência apresentou excelente consistência interna ($\alpha = .915$), tal como a Internalização ($\alpha = .954$). A Perceção do Estigma registou um valor mais baixo ($\alpha = .702$), ainda dentro do intervalo aceitável. Este resultado poderá ter sido influenciado pela reduzida variabilidade de alguns itens.

Tabela 2. Coeficientes Alfa de Cronbach

Instrumento	Dimensão	α
ECR-RS	Evit_G	.839
	Ansi_G	.869
	Evit_M	.861
	Ansi_M	.883
	Evit_P	.926
	Ansi_P	.944
	Evit_C	.880
	Ansi_C	.958
	Evit_A	.889
	Ansi_A	.976
ERQ	ReavCog	.775
	Supress	.817
IERQ	PosAff	.905
	PerTak	.784
	Sooth	.776
	SocMod	.728 / .796 ¹
MEPIS-DHH	ExpEst	.915
	PerEst	.702 / .715 ²
	IntEst	.954

Nota: ¹ Valor de $\alpha = .796$ obtido após exclusão do item IERQ_1 (“Faz-me sentir melhor saber como os outros lidaram com as suas emoções”).

² Foram testadas duas versões da subescala de Percepção de Estigma; ambas mantiveram fiabilidade aceitável.

As estatísticas descritivas das principais variáveis encontram-se na Tabela 3. Relativamente às dimensões da vinculação (ECR-RS), o Evitamento apresentou médias mais elevadas na relação com a Figura Paterna ($M = 4.28$, $DP = 1.97$, $N = 23$) e mais baixas na vinculação com o/a Companheiro/a Romântico/a ($M = 2.35$, $DP = 1.70$, $N = 23$) e com o Melhor Amigo ($M = 2.83$, $DP = 1.70$, $N = 23$). Já a Ansiedade na vinculação apresentou média mais baixa na relação com a Figura Materna ($M = 2.79$, $DP = 2.11$, $N = 24$) e mais elevada na relação com o Melhor Amigo ($M = 3.87$, $DP = 2.26$, $N = 23$). A Ansiedade Geral situou-se em níveis igualmente elevados ($M = 3.80$, $DP = 1.77$, $N = 25$). No ERQ, verificou-se uma utilização ligeiramente superior da Reavaliação Cognitiva ($M = 4.82$, $DP = 1.23$, $N = 22$) em comparação com a Supressão ($M = 4.09$, $DP = 1.40$, $N = 22$). Quanto ao IERQ, a subescala de Afeto Positivo registou a média mais elevada ($M = 4.18$, $DP = 1.32$, $N = 22$), seguida pela Modelagem Social ($M = 3.65$, $DP = 1.10$, $N = 22$), Perspetiva Interpessoal ($M = 3.20$, $DP = 1.11$, $N = 22$) e Conforto Emocional ($M = 2.83$, $DP = 1.32$, $N = 22$). No caso do estigma da surdez, a Internalização foi a dimensão mais elevada ($M = 3.15$, $DP = 1.47$, $N = 27$), seguida da Experiência ($M = 2.64$, $DP = 0.79$, $N = 30$) e da Percepção ($M = 1.78$, $DP = 0.25$, $N = 27$).

Tabela 3. Estatísticas descritivas das variáveis principais dos instrumentos utilizados

Instrumento	Dimensão	M	DP	N
ECR-RS	Evit_G	3.52	1.84	23
	Ansi_G	4.28	1.97	23
	Evit_M	2.35	1.7	23
	Ansi_M	2.83	1.7	23
	Evit_P	2.79	2.11	24
	Ansi_P	3.87	2.26	23
	Evit_C	3.8	1.77	25
	Ansi_C	4.82	1.23	22
	Evit_A	4.09	1.4	22
	Ansi_A	4.18	1.32	22
ERQ	ReavCog	3.65	1.1	22
	Supress	3.2	1.11	22
IERQ	PosAff	2.83	1.32	22
	PerTak	2.64	0.79	30
	Sooth	3.15	1.47	27
	SocMod	1.78	0.25	27
MEPIS-DHH	ExpEst	3.52	1.84	23
	PerEst	4.28	1.97	23
	IntEst	2.35	1.7	23

Nota: M = Média; DP = Desvio-padrão; N = Tamanho amostral. Os valores de N variam ligeiramente consoante o número de respostas válidas em cada instrumento.

Análise das Correlações de Spearman, de Pearson Sem Imputação e Com Imputação

Importa referir que, após a análise da normalidade das distribuições (Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk), verificou-se que diversas variáveis não seguiam uma distribuição normal, o que justificou a utilização do coeficiente de correlação de Spearman. Para comparação, foram também calculadas correlações de Pearson, apresentadas de forma detalhada em anexo, onde se observam padrões consistentes com os resultados obtidos por Spearman (ver Anexo A).

Considerando a presença de valores ausentes em algumas variáveis, bem como o reduzido tamanho da amostra ($N = 22$), recorreu-se à Imputação Múltipla como método para o tratamento dos dados em falta, de forma a atenuar o impacto das ausências e preservar a consistência das relações observadas (Marôco, 2007; Schafer & Graham, 2002). Com o objetivo de avaliar a estabilidade dos resultados, procedeu-se à comparação entre os coeficientes de Correlação de Pearson obtidos com e sem imputação, considerando as mesmas

variáveis e dimensões teóricas (ver Anexo B). A análise revelou padrões altamente consistentes entre ambos os conjuntos de dados, com variações pontuais na magnitude e significância dos coeficientes.

De acordo com os critérios habitualmente utilizados na literatura, a magnitude das correlações pode ser interpretada segundo as Regras de Cohen (1988): valores abaixo de .10 refletem uma correlação muito fraca; entre .10 e .29 uma correlação fraca; entre .30 e .49 uma correlação moderada; e valores superiores a .50 indicam uma correlação forte. Esta classificação deve, contudo, ser articulada com o contexto psicológico das variáveis em estudo e com o seu significado teórico (Field, 2013; Marôco, 2007).

No domínio da vinculação, os resultados revelaram estabilidade, sobretudo nas correlações relativas à dimensão de evitamento. Tanto sem como com imputação (respetivamente), o Evitamento Geral apresentou correlações positivas, fortes e significativas com o Evitamento nas relações com a Figura Materna ($r = .669, p < .01$; $r = .547, p < .01$), Figura Paterna ($r = .651, p < .01$; $r = .469, p < .01$) e Amigo/a ($r = .554, p < .01$; $r = .607, p < .01$), confirmando a estabilidade das relações entre as dimensões da vinculação. A magnitude destas correlações sofreu ligeiras variações apresentando valores ligeiramente inferiores após a imputação, mantendo-se, em geral, dentro dos intervalos de associação forte, indicando a estabilidade do construto.

O mesmo verificou-se na associação entre o Evitamento Geral e a Supressão Emocional, que embora tenha apresentado uma ligeira redução do coeficiente ($r = .563, p < .01$; $r = .407, p < .01$), permaneceu significativa. Importa referir que surgiram novas correlações significativas com o Evitamento Geral, nomeadamente com a Internalização de Estigma ($r = -.399, p < .01$) e com a Perceção de Estigma ($r = -.284, p < .05$). Apesar de estatisticamente significativas, estas associações apresentam magnitudes fracas a moderadas, pelo que devem ser interpretadas com cautela. Ainda assim, ao incluir os dados imputados, tende a emergir um padrão mais claro de relação negativa entre o evitamento e a vivência do estigma.

No caso da Ansiedade Geral, as correlações mantiveram-se fortes e consistentes com as diferentes figuras relacionais, particularmente com a Figura Paterna ($r = .712, p < .01$; $r = .763, p < .01$) e com o/a Amigo/a ($r = .776, p < .01$; $r = .795, p < .01$), reforçando a estabilidade do padrão de insegurança ansioso, o qual se mostra transversal às relações significativas. A correlação negativa com a Reavaliação Cognitiva manteve-se significativa, mas ligeiramente

mais forte ($r = -.530, p < .05$; $r = -.545, p < .01$). Destaca-se, contudo, o desaparecimento da correlação com a idade ($r = -.438, p < .05$) após a imputação, sugerindo que esse efeito era possivelmente mediado por outras variáveis relacionais. Com a imputação, emergiram ainda novas correlações positivas e significativas com dimensões de regulação emocional interpessoal, nomeadamente com o Consolo ($r = .413, p < .01$) e o Afeto Positivo ($r = .348, p < .01$), o que pode indicar que indivíduos com maior ansiedade nas relações de vinculação, embora emocionalmente reativos, também tendem a mobilizar recursos relacionais para a procura de apoio e validação emocional.

As correlações entre as figuras parentais e o/a Companheiro/a Romântico/a também se mantiveram consistentes. O Evitamento com a Figura Materna e o Evitamento com a Figura Paterna continuaram fortemente correlacionados ($r = .847, p < .01$; $r = .915, p < .01$), reforçando a coerência de um padrão mais evitante nas relações parentais. No entanto, a imputação revelou novas correlações significativas entre o Evitamento com a Figura Materna e indicadores emocionais, nomeadamente com o Afeto Positivo ($r = -.295, p < .05$), bem como com o/a Companheiro/a Romântico/a ($r = .365, p < .01$). Da mesma forma, o Evitamento com o/a Companheiro/a Romântico/a apresentou correlações negativas com as dimensões da regulação emocional, nomeadamente o Afeto Positivo ($r = -.290, p < .05$), a Reavaliação Cognitiva ($r = -.281, p < .05$) e a Modelagem Social ($r = -.463, p < .01$), consolidando a associação negativa entre o evitamento e as estratégias adaptativas de regulação emocional.

No domínio da regulação emocional, observou-se elevada estabilidade nas principais correlações. A relação entre Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional manteve-se positiva e moderada ($r = .473, p < .01$; $r = .489, p < .01$), confirmando a coexistência funcional destas estratégias, ainda que representem formas distintos de gerir as emoções. A imputação revelou novas correlações de interesse teórico, nomeadamente entre a Supressão Emocional e o Afeto Positivo ($r = .345, p < .01$). Também as dimensões interpessoais da regulação emocional, nomeadamente o Consolo, a Tomada de Perspetiva e a Modelagem Social, apresentaram padrões consistentes, com um ligeiro aumento na magnitude após a imputação. A correlação entre o Consolo e a Modelagem Social manteve-se forte e significativa ($r = .618, p < .01$; $r = .583, p < .01$), tal como a associação entre o Afeto Positivo e a Tomada de Perspetiva ($r = .533, p < .05$; $r = .561, p < .01$).

Por fim, no que respeita às relações com o estigma da surdez, a consistência global dos resultados foi igualmente elevada. A relação positiva entre a Experiência de Estigma e a

Internalização manteve-se ($r = .450, p < .05$; $r = .430, p < .01$), assim como a correlação entre a Percepção de Estigma e a Internalização ($r = .498, p < .01$; $r = .591, p < .01$), passando de moderada para forte após imputação. As correlações negativas entre a Internalização de Estigma e as dimensões da vinculação (Ansiedade e Evitamento) mantiveram-se estáveis e significativas, ainda que com pequenas oscilações de magnitude. A associação entre a Ansiedade Geral e a Internalização de Estigma permaneceu forte e negativa ($r = -.740, p < .01$; $r = -.678, p < .01$), tal como entre o Evitamento com a Figura Paterna e a Internalização de Estigma ($r = -.584, p < .01$; $r = -.660, p < .01$). Assim, mesmo após imputação, o padrão central manteve-se: indivíduos com padrões de vinculação mais inseguros, especialmente ansiosos ou evitantes, tendem a relatar níveis mais baixos de internalização de estigma.

Análise Comparativa entre Grupos

Com o objetivo de explorar diferenças nas variáveis de regulação emocional e estigma em função dos padrões de vinculação, foi conduzida uma análise comparativa entre grupos independentes utilizando a amostra imputada. Para tal, os participantes foram divididos em dois grupos a partir da média das dimensões de Ansiedade Total (Ansi_T) e Evitamento Total (Evit_T). Esta divisão permitiu distinguir os participantes com níveis mais baixos de segurança nas relações de vinculação, isto é, aqueles que apresentavam valores acima da média nas dimensões de ansiedade e evitamento (ou em pelo menos uma delas), representam o Grupo 1. E os participantes com níveis mais elevados de segurança na vinculação, correspondentes a valores abaixo da média em ambas as dimensões, representando o Grupo 2.

Através da análise das estatísticas descritivas (ver Tabela 4), observam-se diferenças claras entre os grupos. O Grupo 1 apresentou médias mais elevadas nas dimensões de Evitamento Total ($M = 4,10$; $DP = 0,78$) e Ansiedade Total ($M = 3,97$; $DP = 1,07$) em comparação com o Grupo 2 ($M = 2,46$; $DP = 0,66$; $M = 1,89$; $DP = 0,74$). No domínio da regulação emocional, o Grupo 1 destacou-se por apresentar valores superiores de Supressão Emocional ($M = 4,46$; $DP = 1,00$), Afeto Positivo ($M = 3,95$; $DP = 0,85$), Tomada de Perspetiva ($M = 3,37$; $DP = 0,68$) e Consolo ($M = 3,00$; $DP = 0,87$). Este padrão sugere uma predominância de estratégias de regulação menos adaptativas, com tendência para a contenção emocional e a compreensão cognitiva do outro, em detrimento da expressão afetiva direta.

Tabela 4. Estatísticas descritivas da análise comparativa entre grupos

Dimensão	Grupo	M	DP	N
Evit_T	1	4,096	0,779	40
	2	2,457	0,659	19
	Total	3,568	1,067	59
Ansi_T	1	3,965	1,066	40
	2	1,892	0,740	19
	Total	3,298	1,374	59
ReavCog	1	4,664	0,880	40
	2	5,391	0,524	19
	Total	4,898	0,850	59
Supress	1	4,461	1,000	40
	2	3,969	1,500	19
	Total	4,303	1,194	59
PosAff)	1	3,949	0,845	40
	2	3,718	1,463	19
	Total	3,875	1,075	59
PerTak	1	3,372	0,676	40
	2	2,923	0,986	19
	Total	3,227	0,808	59
Sooth	1	3,004	0,869	40
	2	2,202	0,837	19
	Total	2,746	0,932	59
SocMod	1	3,398	0,743	40
	2	3,544	0,695	19
	Total	3,445	0,725	59
ExpEst	1	2,518	0,687	40
	2	3,008	0,543	19
	Total	2,676	0,680	59
PerEst	1	17,193	1,871	40
	2	18,910	1,172	19
	Total	17,746	1,853	59
IntEst	1	2,379	0,754	40
	2	4,328	1,006	19
	Total	3,007	1,241	59

Por outro lado, o Grupo 2 revelou valores superiores na Reavaliação Cognitiva ($M = 5,39$; $DP = 0,52$) e Modelagem Social ($M = 3,54$; $DP = 0,70$), evidenciando um maior recurso

a estratégias adaptativas de regulação emocional. No que respeita às variáveis associadas ao estigma, o Grupo 2 apresentou também valores mais elevados na Experiência de Estigma ($M = 3,01$; $DP = 0,54$), Perceção de Estigma ($M = 18,91$; $DP = 1,17$) e Internalização de Estigma ($M = 4,33$; $DP = 1,01$).

Foi utilizada uma MANOVA, cujo objetivo foi verificar se, em conjunto, as médias das variáveis dependentes diferiam significativamente entre os grupos definidos pela segurança na vinculação. Optou-se por utilizar o Rastreio de Pillai, por se considerar o teste mais robusto e conservador entre os critérios multivariados, adequado quando os tamanhos amostrais são desiguais e os critérios de homogeneidade das covariâncias podem não estar plenamente assegurados (Field, 2013; Tabachnick & Fidell, 2019). Para a interpretação do tamanho do efeito, foram considerados os critérios de Cohen (1988), segundo os quais valores de $\eta^2_p \approx .01$ indicam um efeito pequeno, valores em torno de $.06$ correspondem a um efeito médio, e valores iguais ou superiores a $.14$ representam um efeito grande.

Esta análise revelou um efeito significativo do nível de segurança na vinculação sobre o conjunto das variáveis dependentes de acordo com o Rastreio de Pillai ($V = 0.755$, $F(11, 47) = 13.14$, $p < .001$, $\eta^2_p = .755$, poder observado = 1.00). Este resultado indica que existe uma diferença multivariada estatisticamente significativa entre os grupos com diferentes níveis de segurança na vinculação, considerando simultaneamente as variáveis de regulação emocional e estigma. O tamanho do efeito foi muito elevado ($\eta^2_p = .755$), sugerindo que cerca de 75,5% da variância combinada das variáveis dependentes, é explicada pela segurança na vinculação.

Foram analisados os efeitos entre sujeitos, de forma a identificar em que variáveis específicas se verificaram diferenças significativas entre os grupos (ver Tabela 5). Considerou-se um critério de significância de $p < .05$, e as magnitudes dos efeitos foram interpretadas de acordo com os critérios de Cohen (1988).

Os participantes com diferentes níveis de segurança na vinculação apresentavam diferenças significativas nas dimensões de Evitamento Total ($F(1,57) = 62.63$, $p < .001$, $\eta^2_p = .524$), e Ansiedade Total ($F(1,57) = 58.24$, $p < .001$, $\eta^2_p = .505$), ambas com efeitos de magnitude elevada. No domínio da regulação emocional, verificaram-se diferenças significativas na Reavaliação Cognitiva ($F(1,57) = 11.05$, $p = .002$, $\eta^2_p = .162$), na Tomada de Perspetiva ($F(1,57) = 4.19$, $p = .045$, $\eta^2_p = .068$) e no Consolo ($F(1,57) = 11.24$, $p = .001$, $\eta^2_p = .165$).

Tabela 5. Testes de efeitos entre sujeitos para o fator de segurança na vinculação

Dimensão	F(1,57)	p	η^2_p	Poder Observado
Evit_T	62,631	0,000	0,524	1,000
Ansi_T	58,243	0,000	0,505	1,000
ReavCog	11,049	0,002	0,162	0,904
Supress	2,237	0,140	0,038	0,313
PosAff	0,589	0,446	0,010	0,117
PerTak	4,189	0,045	0,068	0,521
Sooth	11,237	0,001	0,165	0,909
SocMod	0,517	0,475	0,009	0,109
ExpEst	7,431	0,009	0,115	0,764
PerEst	13,422	0,001	0,191	0,950
IntEst	69,094	0,000	0,548	1,000

Nota. Foram considerados significativos os resultados com $p < .05$.

Por outro lado, não se observaram diferenças significativas na Supressão Emocional, ($F(1,57) = 2.24, p = .140$), no Afeto Positivo ($F(1,57) = 0.59, p = .446$), nem na Modelagem Social ($F(1,57) = 0.52, p = .475$). No que respeita às variáveis de estigma da surdez, observaram-se diferenças significativas na experiência de estigma ($F(1,57) = 7.43, p = .009, \eta^2_p = .115$), na perceção de estigma ($F(1,57) = 13.42, p = .001, \eta^2_p = .191$), e na internalização de estigma ($F(1,57) = 69.09, p < .001, \eta^2_p = .548$), sendo estas diferenças de magnitude moderada a elevada.

A análise dos intervalos de confiança (95%) das médias ajustadas (ver Anexo C), confirma a direção das diferenças observadas. O Grupo 1 apresentou médias superiores nas dimensões de evitamento e ansiedade na vinculação, enquanto o Grupo 2 apresentou médias mais elevadas em reavaliação cognitiva, modelagem social e nas dimensões de experiência, perceção e internalização de estigma.

Análise de Regressão Linear Hierárquica

Com o objetivo de avaliar o contributo das variáveis de vinculação e regulação emocional na predição da internalização de estigma procedeu-se a uma regressão múltipla hierárquica.

O primeiro modelo, que consistia nas variáveis sociodemográficas sexo e idade, não explicou uma proporção significativa da variância ($R^2 = .012, F(2,45) = 0.265, p = .768$). Com a introdução da segurança na vinculação no segundo bloco, verificou-se um aumento

significativo da variância explicada ($\Delta R^2 = .512, p < .001$), passando o modelo a explicar 52,3% da variância. No terceiro bloco, que incluía as estratégias de regulação emocional intrapessoal (supressão emocional e reavaliação cognitiva), observou-se um aumento não significativo de variância ($\Delta R^2 = .035, p = .203$). A inclusão das estratégias de regulação interpessoal no quarto bloco também não resultou num aumento significativo ($\Delta R^2 = .045, p = .385$) (Anexo D).

No modelo final, a segurança na vinculação apresentou um contributo significativo ($\beta = .435, p = .017$), enquanto a reavaliação cognitiva evidenciou uma tendência marginal para a significância ($\beta = .375, p = .051$), sugerindo uma relação positiva entre o uso desta estratégia e a internalização de estigma (Anexo E). Em conjunto, o modelo final explicou 60,3% da variância da internalização de estigma ($R^2 = .603$), evidenciando que os padrões de vinculação e as estratégias de regulação emocional desempenham um papel relevante na forma como os indivíduos internalizam o estigma associado à surdez.

DISCUSSÃO

De forma geral, os resultados do presente estudo revelaram que as dimensões relacionais e emocionais desempenham um papel importante na forma como o estigma é vivido e internalizado. Assim a segurança nas relações de vinculação mostra associar-se a estratégias de regulação emocional mais adaptativas, em especial a um maior recurso à reavaliação cognitiva e a uma menor tendência à utilização de supressão emocional. Por outro lado, níveis mais elevados de ansiedade e evitamento nas relações de vinculação mostraram relação com padrões de regulação menos adaptativos, reforçando a associação entre a insegurança relacional e estratégias de regulação emocional menos adaptativas (Mikulincer & Shaver, 2007; Gross & John, 2003). No que respeita ao estigma da surdez, foi possível observar que níveis mais elevados de segurança na vinculação se associaram também a níveis mais elevados de experiência, percepção e internalização de estigma. Este resultado vai contra as expectativas teóricas iniciais, propondo que a forma como o estigma é reconhecido poderá depender do nível de abertura emocional e da capacidade de consciência relacional dos indivíduos (Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver et al., 2016). Assim, a segurança nas relações de vinculação poderá promover uma maior consciência e expressão do impacto do estigma, enquanto a insegurança poderá relacionar-se com uma menor verbalização dessas experiências (Gross & John, 2003; Mikulincer & Shaver, 2016).

Estes resultados vão ao encontro do objetivo do presente estudo: avaliar, em adultos com experiência de surdez, as relações entre o estigma, a vinculação e a regulação emocional. Isto sugere que a forma como o estigma é vivido não depende apenas de fatores sociais, mas também de processos emocionais e de relações de vinculação que influenciam a forma como a desvalorização é sentida e assimilada emocionalmente (Mikulincer & Shaver, 2007; Gross & John, 2003). Assim, a vivência e internalização do estigma parece refletir tanto a qualidade das experiências relacionais precoces (Bowlby, 1988; Mikulincer & Shaver, 2016), como o recurso a estratégias de regulação emocional (Gross, 2001; Balzarotti et al., 2010), sustentando a importância de uma perspectiva relacional e desenvolvimental na compreensão do impacto psicológico da surdez (Fellinger et al., 2012).

A Teoria da Vinculação de Bowlby (1988), descreve as relações de vinculação como dinâmicas, formando-se a partir das experiências precoces de proximidade e responsividade com as suas figuras de cuidado, e podendo ajustar-se ao longo da vida conforme as relações

significativas que venham a estabelecer (Bowlby, 1988; Bretherton, 1992). Os resultados revelaram diferenças consistentes nos níveis de ansiedade e evitamento entre as figuras relacionais avaliadas, o que reforça a ideia de que a vinculação não representa um traço único, mas sim um conjunto de modelos relacionais específicos que variam consoante a figura em questão (Bowlby, 1988; Sroufe & Waters, 1977; Sroufe, 1995). Estudos posteriores confirmaram esta heterogeneidade. La Guardia et al. (2000), num estudo realizado com estudantes universitários, demonstraram que a segurança nas relações de vinculação não é um traço fixo, mas sim um padrão relacional que tende a oscilar conforme a qualidade e o contexto de cada relação significativa. Fraley et al. (2011) desenvolveram o *ECR-RS* precisamente para captar esta estrutura multirrelacional na idade adulta, permitindo avaliar simultaneamente as relações de vinculação nos domínios como mãe, pai, parceiro e amigo. Os autores descreveram correlações moderadas a fortes entre estes domínios, sugerindo alguma coerência interna, mas salientaram também diferenças específicas entre relações (Fraley et al., 2011; Moreira et al., 2015). No caso da surdez, esta diversidade pode ser explicada por experiências de comunicação desiguais com cada figura relacional. Relações parentais marcadas por barreiras na compreensão emocional podem favorecer padrões de evitamento, enquanto relações de vinculação estabelecidas com amigos ou parceiros românticos tendem a promover maior segurança e abertura afetiva (Chovaz McKinnon et al., 2004; Fellingner et al., 2012). Assim, em adultos com experiência de surdez, as relações de vinculação parecem funcionar como um sistema relacional dinâmico, que se tende a ajustar à qualidade e acessibilidade emocional das relações estabelecidas ao longo da vida, em vez de representar um traço fixo e imutável (Mikulincer & Shaver, 2016).

A natureza dinâmica da vinculação reflete-se igualmente nas estratégias de regulação emocional que cada indivíduo mobiliza nas diferentes relações. No presente estudo, a associação negativa entre a Ansiedade Geral e a Reavaliação Cognitiva, sugere uma menor capacidade para reinterpretar cognitivamente os estados emocionais de forma reguladora. Este padrão é coerente com relações de vinculação inseguras, particularmente marcadas pela ansiedade relacional e associadas à hiperativação do sistema de vinculação, isto é, a intensificação do afeto negativo, vigilância acrescida face à ameaça e dificuldade em regular internamente a emoção (Ein-Dor et al., 2011; Mikulincer & Shaver, 2007, 2016; Shaver & Mikulincer, 2014). A menor utilização de estratégias de regulação emocional intrapessoal, como a reavaliação cognitiva, é consistente com a literatura, a qual descreve que indivíduos com relações inseguras ansiosas, tendem a apresentar menor eficácia de autorregulação e maior

tendência para respostas emocionais mais reativas (Gross & John, 2003). Contudo, os resultados também indicaram que a Ansiedade Geral se associa positivamente a estratégias interpessoais de regulação emocional, como o consolo e o afeto positivo, sugerindo que estes participantes tendem a recorrer mais frequentemente ao outro como forma de regulação emocional. Esta tendência para procurar proximidade e apoio interpessoal em situações de stress tem vindo a ser abordada (Simpson et al., 1992; Shaver & Mikulincer, 2014) e pode funcionar como um mecanismo de compensação quando as estratégias intrapessoais mostram ser insuficientes (Marroquín et al., 2017). De acordo com a perspectiva da regulação interpessoal, a procura de conforto, validação e partilha emocional pode reduzir o impacto afetivo de experiências negativas, promovendo sentimentos de pertença e segurança (Zaki & Williams, 2013). De forma semelhante, outros estudos no domínio do desenvolvimento emocional, salientam que a capacidade de recorrer ao outro enquanto regulador externo é um processo aprendido através das relações precoces, particularmente no contexto parental, e constitui uma base fundamental para a regulação emocional na idade adulta (Morris et al., 2017). Assim, ainda que a ansiedade na vinculação envolva uma vulnerabilidade acrescida à reatividade emocional, pode simultaneamente refletir uma tentativa adaptativa de co-regulação afetiva, funcionando como um recurso relacional potencialmente protetor em contextos de ameaça e estigmatização.

Por sua vez, os resultados revelaram uma associação significativa entre o Evitamento Geral e a Supressão Emocional, sugerindo um padrão desativador do sistema de vinculação. Indivíduos com níveis mais elevados de evitamento tendem a conter a expressão emocional e a evitar recorrer ao outro para co-regulação, mesmo em contextos de proximidade relacional, como nas amizades e relacionamentos amorosos. Este funcionamento é coerente com a literatura sobre relações de vinculação evitante, que descreve a supressão emocional e a autossuficiência como estratégias de proteção perante a perceção de rejeição ou falta de responsividade (Bowlby, 1988; Hazan & Shaver, 1994; Mikulincer & Shaver, 2016). Embora a supressão emocional possa minimizar a exposição emocional imediata, estudos demonstram que essa estratégia tem implicações significativas a nível interpessoal, isto é, menor proximidade, apoio percebido e satisfação relacional (Gross & John, 2003; Srivastava et al., 2009). Ao restringir a partilha emocional, estes indivíduos limitam o acesso a processos de co-regulação fundamentais ao seu bem-estar (Rimé, 2007; Williams et al., 2018). Ou seja, a aparente estabilidade emocional observada em indivíduos com relações mais evitantes pode refletir sobretudo uma defesa afetiva e não um verdadeiro ajustamento.

Neste sentido, a menor internalização de estigma entre participantes mais evitantes pode corresponder a uma estratégia de autoproteção identitária, baseada na negação ou minimização do impacto emocional do estigma (Crocker & Major, 1989; Major & O'Brien, 2005). Estudos realizados com outras populações minoritárias apresentam mecanismos semelhantes. Mohr e Fassinger (2006), num estudo com casais do mesmo sexo, verificaram que níveis mais elevados de homonegatividade internalizada (atitudes negativas internalizadas face à própria orientação sexual) e sensibilidade ao estigma, se associavam a menor satisfação e intimidade relacional, enquanto a perceção de semelhança na identidade entre parceiros atenuava parcialmente este efeito. Isto sugere que a minimização ou negação do estigma pode funcionar como uma estratégia de autoproteção identitária, permitindo ao indivíduo manter uma sensação de estabilidade, mas reduzindo a abertura e a proximidade emocional, tal como observado nos participantes mais evitantes do presente estudo.

A correlação positiva entre Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional propõe que estas estratégias não são utilizadas de forma oposta, mas sim complementar. Este resultado desafia uma perspetiva mais tradicional de que a reavaliação é tendencialmente mais adaptativa e a supressão mais desadaptativa, reforçando a ideia de que a utilidade das estratégias depende sim do contexto (Gross & John, 2003; Aldao et al., 2010). Este padrão pode traduzir um funcionamento de controlo emocional elevado, caracterizado pela tentativa de reinterpretar cognitivamente a emoção enquanto se restringe a sua expressão em público (Bonanno et al., 2004; Butler et al., 2007). Em populações mais expostas a stress social, como as pessoas com surdez em contextos maioritariamente ouvintes, esta combinação pode refletir uma adaptação funcional. A expressão emocional aberta pode ser percecionada como arriscada ou incompreendida, levando à aprendizagem de estratégias de autoproteção baseadas na contenção e no controlo afetivo (Hatzenbuehler, 2009; Fellinger, Holzinger, & Pollard, 2012). Estudos indicam que dificuldades de comunicação que persistem desde a infância e menor validação emocional parental contribuem para o desenvolvimento de estilos regulatórios mais internalizados e autocentrados (Chovaz et al., 2004; Thompson, 2014). Assim, os resultados sugerem que a reavaliação e a supressão funcionam aqui como sistemas complementares: ambos servem a necessidade de manter coerência interna e segurança relacional num contexto em que a vulnerabilidade emocional pode representar risco social ou identitário.

Um dos resultados mais surpreendentes do presente estudo foi a associação negativa entre menor segurança nas relações de vinculação e a internalização de estigma. Observou-se

que níveis mais elevados de Ansiedade Geral e de Evitamento com a Figura Paterna se relacionaram com níveis mais baixos de internalização. Este padrão contraria a direção esperada pela literatura, segundo a qual relações de vinculação menos seguras tenderiam a aumentar a vulnerabilidade psicológica e, em particular, a favorecer a aceitação e incorporação de narrativas que desvalorizam o *self* (Cook et al., 2016; Sommantico et al., 2021).

Uma possível explicação aponta para um funcionamento defensivo desativador, típico de indivíduos com relações de vinculação evitante. A Teoria da Vinculação descreve que estas pessoas regulam o stress através da inibição do sistema de vinculação, suprimindo necessidades de apoio, afastando-se emocionalmente e minimizando o impacto de experiências dolorosas (Bartholomew, 1990; Bowlby, 1988; Mikulincer & Shaver, 2007, 2016; Shaver & Mikulincer, 2014). Esta estratégia pode estender-se ao modo como o estigma é vivido, isto é, o contacto emocional com a dor associada à desvalorização é evitado, e as mensagens estigmatizantes são cognitivamente rejeitadas. Assim, uma menor internalização observada poderá refletir supressão emocional, mais do que a verdadeira ausência de impacto emocional. Este padrão é coerente com os resultados deste estudo, nomeadamente, a associação positiva entre evitamento e supressão emocional, e com a literatura que descreve a supressão como um mecanismo de autoproteção que reduz a expressão do sofrimento, mas tem custos relacionais e psicológicos a longo prazo (Bonanno et al., 2004; Srivastava et al., 2009).

Outra opção de interpretação, refere-se ao padrão hiperativador das relações de vinculação ansiosa. Indivíduos ansiosos tendem a procurar proximidade e validação de forma intensa, mantendo a vigilância para com sinais de rejeição e reagindo com forte ativação emocional (Hazan & Shaver, 1994; Mikulincer & Shaver, 2007; Simpson et al., 1992). Nos dados deste estudo, a Ansiedade Geral correlacionou-se positivamente com estratégias de regulação interpessoal, como o consolo e o afeto Positivo, sugerindo que estes participantes recorrem ativamente ao outro como recurso de regulação emocional (Williams et al., 2018; Zaki & Williams, 2013). Este comportamento pode funcionar como resistência identitária, ou seja, em vez de internalizar o estigma, o indivíduo procura por ser reconhecido e valorizado, transformando a dor num protesto relacional. Esta perspetiva é suportada na literatura sobre mecanismos de autoproteção face ao estigma, segundo a qual a atribuição da discriminação a fatores externos, e não a falhas pessoais, preserva a autoestima e reduz a internalização (Crocker & Major, 1989; Major & O'Brien, 2005). Assim, embora os indivíduos ansiosos

revelem sofrimento elevado, a sua reatividade emocional e procura de validação podem funcionar como barreira à aceitação passiva da narrativa desvalorizadora.

Por fim, uma interpretação metodológica e conceptual também ajuda a clarificar estes dados. A literatura distingue entre experiência, percepção e internalização de estigma (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001; Hatzenbuehler, 2009). Nem todas as pessoas que vivenciam estigma, acabam por o internalizar. Muitas delas conceptualizam a dor como exclusão social ou falha comunicacional, e não como inferioridade pessoal. No caso da surdez, estudos descrevem precisamente este tipo de sofrimento relacional mais do que autoacusação (Chovaz McKinnon et al., 2004; Fellingner et al., 2012; Leigh et al., 2023). Assim, é plausível que os participantes com maior insegurança nas relações de vinculação vivenciem sofrimento essencialmente relacional, expresso através do medo de rejeição, da frustração e do isolamento, em vez de o reconhecerem como estigma internalizado.

Em conjunto, estas perspetivas sugerem que a relação entre vinculação e estigma é complexa e não linear. A vinculação parece modular não apenas a intensidade, mas sobretudo a forma de simbolização do sofrimento (Cook et al., 2016; Hatzenbuehler, 2009). Assim, níveis baixos de internalização de estigma não devem ser interpretados automaticamente como sinal de bem-estar, mas analisados através das relações de vinculação e dos mecanismos de defesa que moldam a relação entre a identidade e a experiência de desvalorização. Esta perspetiva da relação entre a vinculação e o estigma apoia-se nos resultados obtidos no presente estudo, que evidenciam o papel central da segurança na vinculação enquanto dimensão fundamental do funcionamento emocional e relacional. A análise multivariada revelou um efeito global muito elevado da segurança/insegurança nas relações de vinculação sobre o conjunto das variáveis dependentes, incluindo indicadores de regulação emocional intra e interpessoal e dimensões da vivência de estigma. Estes resultados são consistentes com a ideia mais clássica da Teoria da Vinculação, segundo a qual as relações de vinculação constituem um sistema biológico de regulação do stress e das emoções, fornecendo uma base segura a partir da qual o sujeito pode explorar, organizar significado e procurar suporte (Bowlby, 1988; Bretherton, 1992; Sroufe & Waters, 1977). Ao longo do desenvolvimento, a segurança na vinculação não se limita a oferecer conforto imediato perante a ameaça, mas sim estrutura de forma duradoura a forma de percepção do *self* e do outro, bem como os recursos de regulação emocional disponíveis em momentos de vulnerabilidade (Mikulincer & Shaver, 2007, 2016; Sroufe, 1995).

As diferenças entre os grupos definidos pela segurança na vinculação refletem este papel organizador. No grupo caracterizado por níveis mais baixos de segurança (isto é, maior ansiedade e/ou evitamento), observou-se um maior uso de Supressão Emocional, acompanhado de maior procura interpessoal de apoio emocional imediato, através de estratégias como Consolo e Tomada de Perspetiva. Este padrão sugere um funcionamento emocional ambivalente: por um lado, uma tendência para conter e suprimir a expressão afetiva, coerente com um estilo desativador típico do evitamento; por outro lado, a necessidade de procurar regulação emocional através do outro, o que é coerente com um padrão hiperativador típico da ansiedade na vinculação (Shaver & Mikulincer, 2014). Isto aponta para uma organização interna marcada por tensão regulatória, onde o afeto negativo não é simbolizado internamente, mas ou é comprimido (supressão) ou descarregado relacionalmente com forte urgência (protesto e procura de apoio), o que é consistente com estudos anteriores que associam estratégias de supressão emocional a custos interpessoais e de ajustamento emocional (Gross & John, 2003; Aldao et al., 2010; Srivastava et al., 2009).

Por outro lado, o grupo com maior segurança na vinculação apresentou valores superiores de Reavaliação Cognitiva e Modelagem Social. Este padrão sugere que, em indivíduos mais seguros, a co-regulação emocional ocorre em contextos relacionais percebidos como responsivos e confiáveis, e não como procura de validação ou proximidade a todo o custo (Collins et al., 2004; Shaver & Mikulincer, 2014). Isto é coerente com a ideia de que relações precocemente responsivas favorecem a internalização de relações de base segura, através das quais o sujeito antecipa a disponibilidade do outro e, por isso, consegue modular a sua própria emoção sem recurso a estratégias defensivas (Bowlby, 1988; Sroufe, 1995; Mikulincer & Shaver, 2016).

Um resultado particularmente relevante do presente estudo é que os participantes com maior segurança nas relações de vinculação reportaram também níveis mais elevados nas dimensões de estigma experienciado, percebido e internalizado. À primeira vista, estes dados parecem contraintuitivos, uma vez que a segurança é tradicionalmente associada a melhores indicadores de ajustamento psicológico (Mikulincer & Shaver, 2007, 2016). No entanto, este padrão pode ser interpretado à luz de dois processos complementares. Em primeiro lugar, indivíduos com maior segurança nas suas relações tendem a apresentar maior capacidade de mentalização, isto é, a reconhecer, nomear e simbolizar estados internos e experiências relacionais dolorosas, sem necessidade de os suprimir ou dissociar (Bateman & Fonagy, 2019).

A segurança relacional fornece um contexto emocional que permite reconhecer “isto aconteceu e magoou-me” sem comprometer a estabilidade interna. Assim, não é surpreendente que indivíduos mais seguros relatem de forma mais explícita experiências de discriminação, exclusão ou desvalorização associadas à surdez, bem como o impacto subjetivo do estigma.

Em segundo lugar, é possível que participantes com maior segurança nas relações se encontrem também mais expostos socialmente e mais envolvidos em contextos relacionais, nos quais a surdez se torna visível (Chapman et al., 2023; Hauser et al., 2010; Lane, 1995; Leigh et al., 2023). Uma maior participação comunicativa e interpessoal pode, simultaneamente, aumentar as oportunidades de contacto com situações de estigmatização, mas também potenciar a consciência crítica sobre essas experiências. A literatura sobre o estigma em grupos minoritários tem demonstrado que a consciência explícita de processos de desvalorização social não implica necessariamente aceitação passiva desses significados pelo *self*. Pelo contrário, pode ter uma função protetora, ao externalizar a origem do que magoa e ao situar o sofrimento numa estrutura de injustiça e desigualdade, em vez de assumir insuficiência pessoal (Crocker & Major, 1989; Crocker, 1999; Link & Phelan, 2001; Major & O’Brien, 2005). Neste sentido, níveis mais elevados de estigma experienciado e percebido por parte dos participantes mais seguros não devem ser entendidos como uma maior fragilidade individual, mas sim como um maior grau de consciência e elaboração simbólica da estigmatização, de acordo com os modelos que distinguem a percepção de estigma de internalização de estigma (Corrigan & Watson, 2002; Hatzenbuehler, 2009).

Os resultados de regressão hierárquica reforçam essa leitura. A internalização de estigma, entendida como a incorporação de narrativas desvalorizadoras no próprio autoconceito, foi explicada pela segurança na vinculação, mesmo após o controlo das variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e das estratégias de regulação emocional intra e interpessoal, tendo o modelo final explicado mais de 60% da variância. Esta associação sugere que a forma como o sujeito integra ou resiste às mensagens sociais de desvalorização associadas à surdez, se encontra intimamente ligada à disponibilidade percebida de relações seguras e responsivas. Esta conclusão vai ao encontro de evidência empírica que demonstra que a segurança na vinculação se associa tanto à forma como o sujeito procura apoio e atribui significado a experiências de rejeição, como ao grau com que internaliza narrativas negativas sobre si próprio em contextos de estigmatização social (Mikulincer & Shaver, 2016; Sommantico & Parrello, 2021).

Além disso, a Reavaliação Cognitiva surgiu com um contributo marginalmente significativo na predição da internalização de estigma. A reavaliação cognitiva, enquanto estratégia de redefinição interpretativa do significado emocional de uma situação, está associada a maior bem-estar psicológico, menor sintomatologia depressiva e maior adaptação face ao stress (Gross & John, 2003; Aldao et al., 2010; Bonanno et al., 2004). Esta evidência permite hipotetizar que a capacidade de reinterpretar cognitivamente experiências de exclusão, discriminação ou invalidação comunicativa poderá funcionar como um processo protetor adicional contra a integração do estigma com a identidade. Isto alinha-se com evidência que descreve a regulação emocional como mediadora entre insegurança na vinculação e ajustamento psicológico em contextos de estigmatização, sugerindo que indivíduos com mais recursos regulatórios estão potencialmente mais aptos a resistir à aceitação de mensagens de desvalorização de forma passiva (Sommanico & Parrello, 2021). Assim, os presentes resultados não destacam apenas a segurança nas relações de vinculação como uma dimensão organizadora, mas também apontam para a importância de processos cognitivos e relacionais de regulação emocional na forma como o estigma é subjetivamente significado.

Contributos e Implicações na Prática Clínica

O presente estudo representa um contributo relevante para a compreensão, de forma integrada, das dimensões relacionais e emocionais inerentes ao estigma da surdez. Ao incluir, num só modelo, as dimensões da vinculação, da regulação emocional (intrapessoal e interpessoal) e da vivência do estigma (experienciado, percecionado e internalizado), este estudo ultrapassa a fragmentação que caracteriza grande parte da literatura existente, que tende a analisar estas dimensões em pares sem as integrar num só modelo e pouco frequentemente no contexto da surdez. Esta integração permitiu evidenciar que a vinculação não é apenas uma variável relacional, mas um princípio organizador do funcionamento emocional e identitário, influenciando a forma como o indivíduo reconhece, processa e atribui significado às experiências de desvalorização social (Bowlby, 1988; Mikulincer & Shaver, 2016).

A vivência do estigma não depende apenas da sua intensidade ou frequência, mas sobretudo da capacidade relacional e emocional do sujeito para o simbolizar. Esta perspetiva relacional do estigma permite compreender a vulnerabilidade e a resiliência psicológica em populações surdas como o resultado de um equilíbrio dinâmico entre fatores intrapsíquicos e contextuais (Hatzenbuehler, 2009; Fellingner et al., 2012). O modo como o indivíduo se

relaciona e regula emocionalmente, influencia diretamente a forma como atribui significado às experiências de desvalorização, moldando o impacto psicológico do estigma.

Neste sentido, os resultados obtidos têm implicações diretas para a prática clínica com pessoas com experiência de surdez. A associação entre segurança na vinculação e maior capacidade de reconhecimento e elaboração do estigma sugere que o trabalho terapêutico centrado na relação pode constituir um fator reparador fundamental. A relação terapêutica, enquanto espaço de base segura, permite que o sujeito explore emoções e significados de forma protegida, funcionando como um contexto de co-regulação e de reconstrução identitária (Bowlby, 1988; Mikulincer & Shaver, 2016). Mais do que facilitar a expressão emocional, o vínculo terapêutico promove a reorganização do sentido atribuído às experiências de exclusão, restaurando gradualmente a confiança na responsividade do outro.

Assim, a relação terapêutica torna-se um contexto relacional reparador, onde novas experiências de responsividade e aceitação possibilitam a reconstrução de um sentido de self mais coeso e resiliente, reduzindo a vulnerabilidade à internalização de mensagens desvalorizadoras (Mikulincer & Shaver, 2016; Shaver et al., 2016). Em conjunto, estes resultados sublinham a relevância de compreender a surdez não apenas como condição sensorial, mas como experiência identitária e relacional complexa, cujo impacto psicológico é influenciado pela qualidade das relações e pela capacidade de regulação emocional.

Limitações e Estudos Futuros

Apesar da relevância teórica e empírica dos resultados obtidos, o presente estudo apresenta algumas limitações. Primeiramente, o tamanho reduzido da amostra ($N = 22$) constitui um constrangimento central, especialmente no que respeita às análises de correlação, onde os valores efetivos de casos variaram entre 22 e 30. Este número reduzido de participantes diminui a fiabilidade estatística das análises, podendo levar a estimativas instáveis e a associações que não se manteriam em amostras maiores (Cohen, 1988; Field, 2013). Assim, as associações encontradas devem ser interpretadas com cautela, particularmente aquelas que apresentam efeitos moderados ou marginais.

Em segundo lugar, o uso da imputação múltipla para tratar os dados em falta foi importante para reforçar a consistência das análises, mas pode também introduzir algum viés. Existe a possibilidade de que certas correlações observadas resultem de valores estimados e não de relações realmente presentes nos dados originais. Embora este método seja amplamente

recomendado quando aplicado de forma criteriosa, baseia-se em pressupostos sobre o padrão dos dados ausentes que nem sempre podem ser plenamente verificados (Schafer & Graham, 2002). Por isso, algumas associações observadas após a imputação, como a relação entre evitamento parental e percepção de estigma, devem ser entendidas como exploratórias e confirmadas em estudos futuros com amostras mais amplas e completas.

Adicionalmente, o desenho transversal do estudo não permite inferir de causalidade. As associações observadas entre vinculação, regulação emocional e estigma descrevem padrões relacionais e emocionais interligados, mas não permitem afirmar que a segurança na vinculação influencia a internalização do estigma e não vice-versa. Estudos longitudinais serão importantes para compreender a direção e estabilidade destas relações ao longo do tempo, bem como o papel mediador de processos de regulação emocional e da experiência relacional na elaboração do estigma.

Outro aspecto a considerar diz respeito ao método de autorrelato utilizado em todas as medidas. Este formato, embora comum na investigação em psicologia, está sujeito a enviesamentos de desejabilidade social e de consciência emocional, especialmente em variáveis como a supressão emocional ou a vivência de estigma. É possível que participantes com relações de vinculação mais evitantes tendam a minimizar a expressão do sofrimento ou a negar o impacto do estigma, o que pode reduzir artificialmente as correlações entre insegurança na vinculação e sinais de sofrimento emocional. O uso de medidas complementares, permitiria superar parte destas limitações e enriquecer a compreensão dos processos em causa.

Estudos futuros poderão beneficiar de amostras maiores e mais diversificadas, de metodologias longitudinais e de abordagens mistas (quantitativas e qualitativas) que consigam contemplar a complexidade da vivência da surdez. A integração de perspectivas narrativas e poderá revelar nuances importantes sobre como o estigma é simbolizado e integrado na identidade, especialmente em função das relações de vinculação e das oportunidades de co-regulação emocional ao longo da vida.

Para além das considerações metodológicas, os resultados levantam também questões teóricas e clínicas que merecem investigação futura. Uma hipótese particularmente interessante é a de que certos padrões de insegurança na vinculação possam reduzir a internalização consciente do estigma não por verdadeira resiliência, mas através de mecanismos de defesa

como a supressão emocional, a negação ou a dissociação afetiva. Este funcionamento, coerente com a literatura sobre estratégias autoprotetoras face ao estigma (Crocker & Major, 1989) e com a evidência de que os padrões de vinculação desativadores recorrem frequentemente à supressão emocional para evitar a dor (Mikulincer & Shaver, 2007), sugere que níveis baixos de internalização nem sempre correspondem a bem-estar psicológico. Pelo contrário, poderão refletir estratégias de defesa eficazes a curto prazo, mas potencialmente disfuncionais a longo prazo. Estudos futuros poderão explorar este paradoxo, avaliando de que forma diferentes relações de vinculação modulam o equilíbrio entre o reconhecimento emocional do estigma e a preservação defensiva da identidade.

REFERÊNCIAS

- Ablon, J. (1981). Stigmatized health conditions. *Social Science & Medicine*, 15B(1), 5–9. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(81\)90003-X](https://doi.org/10.1016/0160-7987(81)90003-X)
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Ashori, M., & Jalil-Abkenar, S. S. (2020). Emotional intelligence: Quality of life and cognitive emotion regulation of deaf and hard-of-hearing adolescents. *Deafness & Education International*, 22(4), 195–213. <https://doi.org/10.1080/14643154.2020.1766754>
- Assembleia da República. (2004). *Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto — Define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência. Diário da República: I Série-A, n.º 194, 5232–5236.*
- Assembleia da República. (2005). *Constituição da República Portuguesa (VII Revisão Constitucional). Diário da República: I Série-A, n.º 178, 5108–5145.*
- Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 26(1), 61–67. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000009>
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147–178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (Eds.). (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2nd ed.). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615372508>
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M., & Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15(7), 482–487. <https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2004.00705.x>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent–child attachment and healthy human development*. Routledge.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759–775. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
- Butler, E. A., Lee, T. L., & Gross, J. J. (2007). Emotion regulation and culture: Are the social consequences of emotion suppression culture-specific? *Emotion*, 7(1), 30–48. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.1.30>
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Gross, J. J. (2013). A Spanish adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(4), 234–240. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000150>
- Chapman, M., Dammeyer, J., Jepsen, K. S. K., & Liebist, L. S. (2023). Deaf identity, social relationships, and social support: Toward a microsociological perspective. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 28(1), 1–10. <https://doi.org/10.1093/deafed/enad019>

- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2014). Emotion regulation and aging. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 203–220). Guilford Press.
- Chovaz McKinnon, C., Moran, G., & Pederson, D. (2004). Attachment representations of deaf adults. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 9(4), 366–386. <https://doi.org/10.1093/deafed/enh043>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Collins, N. L., Guichard, A. M., Ford, M. B., & Feeney, B. C. (2004). Working models of attachment: New developments and emerging themes. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 196–239). Guilford Press.
- Cook, J. E., Purdie-Vaughns, V., Meyer, I. H., & Busch, J. T. A. (2014). Intervening within and across levels: A multilevel approach to stigma and public health. *Social Science & Medicine*, 103, 101–109. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.023>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>
- Crocker, J. (1999). Social stigma and self-esteem: Situational construction of self-worth. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35(1), 89–107. <https://doi.org/10.1006/jesp.1998.1369>
- Crocker, J., & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96(4), 608–630. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.4.608>
- Dougherty, A. M. (2017). *The stigma of deaf: Managing a stigmatized identity and well-being* [Doctoral dissertation, The Chicago School of Professional Psychology]. ProQuest Dissertations Publishing.
- Duarte, S. B. R., Chaveiro, N., Freitas, A. R., Barbosa, M. A., Porto, C. C., & Fleck, M. P. A. (2013). Aspectos históricos e socioculturais da população surda. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 20(4), 1713–1734. <https://doi.org/10.1590/S0104-597020130005000015>
- Dunn, R. (2024). *The stigma of deaf: Managing a stigmatized identity and well-being* [Dissertação de doutoramento, University of Nebraska–Lincoln]. <https://digitalcommons.unl.edu/dissunl/109>
- Ein-Dor, T., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2011). Attachment insecurities and the processing of threat-related information: Studying the schemas involved in insecure people’s coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(1), 78–93. <https://doi.org/10.1037/a0022503>
- Fellinger, J., Holzinger, D., & Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *The Lancet*, 379(9820), 1037–1044. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61143-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61143-4)
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (4th ed.). SAGE Publications.
- Fraleay, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The Experiences in Close Relationships - Relationship Structures Questionnaire: A method for assessing

- attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, 23(3), 615–625. <https://doi.org/10.1037/a0022898>
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>
- Goffman, E. (1963). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (M. Lambert, Trad.). LTC.
- Governo de Portugal. (2008). *Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro — Define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário. Diário da República: I Série, n.º 4*, 154–164.
- Governo de Portugal. (2018). *Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho — Estabelece o regime jurídico da educação inclusiva. Diário da República: I Série, n.º 129*, 2919–2928.
- Governo de Portugal. (2023, novembro 15). Mãos que falam: Hoje é Dia Nacional da Língua Gestual Portuguesa [com vídeo]. <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=maos-que-falam-hoje-e-dia-nacional-da-lingua-gestual-portuguesa#dvCentroCT>
- Graber, J. A., & Sontag, L. M. (2009). Internalizing problems during adolescence. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology: Individual bases of adolescent development* (3rd ed., pp. 642–682). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470479193.adlpsy001020>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 3–20). Guilford Press.
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707–730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>
- Hauser, P. C., O’Hearn, A., McKee, M., Steider, A., & Thew, D. (2010). Deaf epistemology: Deafhood and deafness. *American Annals of the Deaf*, 154(5), 486–492. <https://doi.org/10.1353/aad.0.0120>
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5(1), 1–22. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0501_1
- Hofmann, S. G., Carpenter, J. K., & Curtiss, J. (2016). Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ): Scale development and psychometric characteristics. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 341–356. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9756-2>
- Hyers, L., Brown, E., & Sullivan, J. (2015). Stigma, social psychology of. In J. D. Wright (Ed.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (2nd ed., Vol. 23, pp. 461–466). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.24029-4>
- La Guardia, J. G., Ryan, R. M., Couchman, C. E., & Deci, E. L. (2000). Within-person variation in security of attachment: A self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 367–384. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.3.367>

- Lane, H. (1995). Constructions of deafness. *Disability & Society*, 10(2), 171–190. <https://doi.org/10.1080/09687599550023633>
- LeBel, T. P. (2008). Perceptions of and responses to stigma. *Sociology Compass*, 2(2), 409–432. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2007.00081.x>
- Leigh, I. W., Andrews, J. F., Miller, C. A., & Wolsey, J.-L. A. (2023). *Deaf people and society: Psychological, sociological, and educational perspectives* (3rd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003183686>
- Leigh, I. W., Brice, P. J., & Meadow-Orlans, K. (2004). Attachment in deaf mothers and their children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 9(2), 176–188. <https://doi.org/10.1093/deafed/enh019>
- Lepage, J. P., & Niner, S. (2024). Assessing stigma in low- and middle-income countries: A systematic review of scales used with children and adolescents. *Social Science & Medicine*, 344, 116583. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116583>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Lin, T., Tang, M., Bauermeister, J. A., Tran, J. T., Kautz, M. M., Donnelly, H., Webster, J., Wolfe, J. R., Nathan, J. B., Arcamano, A., Oquendo, M. A., Brown, G. K., Mandell, D., Mowery, D., & Brown, L. A. (2025). Moderating effects of coping strategies on the associations between stigma and depression among emerging adults. *Journal of Affective Disorders*, 390, 119843. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119843>
- Ma, Y., Xue, W., Liu, Q., & Xu, Y. (2022). Discrimination and deaf adolescents' subjective well-being: The role of deaf identity. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 27, 399–407. <https://doi.org/10.1093/deafed/enac013>
- Madhesh, A. (2024). Quality of life of deaf adolescents in high school: A systematic literature review. *Research in Developmental Disabilities*, 151, 104764. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2024.104764>
- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393–421. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>
- Majorano, M., Guerzoni, L., Cuda, D., & Morelli, M. (2020). Mothers' emotional experiences related to their child's diagnosis of deafness and cochlear implant surgery: Parenting stress and child's language development. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 130, 109812. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.109812>
- Marôco, J. (2007). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Edições Sílabo.
- Marroquín, B., Tennen, H., & Stanton, A. L. (2017). Coping, emotion regulation, and well-being: Intrapersonal and interpersonal processes. In M. D. Robinson & M. Eid (Eds.), *The happy mind: Cognitive contributions to well-being* (pp. 253–269). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-58763-9_14
- Mena, A., Delgado, B., Carrasco, M. A., & Holgado-Tello, F. P. (2025). Romantic attachment and cognitive-emotional regulation in psychological maladjustment. *Clinical and Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.5093/clh2025a9>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2nd ed.). Guilford Press.

- Mohr, J. J., & Fassinger, R. E. (2006). Sexual orientation identity and romantic relationship quality in same-sex couples. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(8), 1085–1099. <https://doi.org/10.1177/0146167206288281>
- Moreira, H., Martins, T., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2015). Assessing adult attachment across different contexts: Validation of the Portuguese version of the Experiences in Close Relationships - Relationship Structures questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 97(1), 22–30. <https://doi.org/10.1080/00223891.2014.950377>
- Morris, A. S., Criss, M. M., Silk, J. S., & Houlberg, B. J. (2017). The impact of parenting on emotion regulation during childhood and adolescence. *Child Development Perspectives*, 11(4), 233–238. <https://doi.org/10.1111/cdep.12238>
- Musselman, C., Mootilal, A., & MacKay, S. (1996). The social adjustment of deaf adolescents in segregated, partially integrated, and mainstreamed settings. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 1(1), 52–63. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.deafed.a014281>
- Oliveira, E. A., Silva, R. O., Cabral, D. D. S. A., Cardoso, L. R. O., Anjos, R. C., Jesus, W. N., Santana, T. B., & Cerqueira, A. P. M. (2024). Caracterização dos indicadores de saúde mental em indivíduos surdos. *Revista Caderno Pedagógico*, 21(12), 1–20. <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n12-084>
- Oyewumi, A., Akangbe, T., & Adigun, O. (2013). Personality factors as correlates of perceived quality of life among adolescents with hearing impairment in selected secondary schools in Lagos State, Nigeria. *Journal of Education and Practice*, 4(9), 162–170. <https://www.iiste.org/Journals/index.php/JEP/article/view/5572>
- Peñacoba, C., Garvi, D., Gómez, L., & Álvarez, A. (2019). Emotional functioning, positive relationships, and language use in deaf adults. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 25(1), 1–11. <https://doi.org/10.1093/deafed/enz034>
- Preece, D. A., Petrova, K., Mehta, A., & Gross, J. J. (2023). The Emotion Regulation Questionnaire-Short Form (ERQ-S): A 6-item measure of cognitive reappraisal and expressive suppression. *Journal of Affective Disorders*, 340, 855–861. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.076>
- Rieffe, C. (2012). Awareness and regulation of emotions in deaf children. *British Journal of Developmental Psychology*, 30(4), 477–492. <https://doi.org/10.1111/j.2044-835X.2011.02057.x>
- Riediger, M., & Klipker, K. (2014). Emotion regulation in adolescence. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 187–202). Guilford Press.
- Rimé, B. (2007). Interpersonal emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (1st ed., pp. 466–485). Guilford Press.
- Roazzi, A., Nascimento, A. M., Campello de Souza, B., & Mascarenhas, S. A. N. (2017). O questionário Experiences in Close Relationships (ECR) para avaliar o apego em adultos: Evidências de validade para a versão brasileira em uma perspectiva multidimensional. *Revista Amazônica*, 19(1), 132–181
- Rutherford, S. D. (1988). The culture of American Deaf people. *Sign Language Studies*, 59(Summer), 129–147. <https://doi.org/10.1353/sls.1988.0022>
- Schaefer-Salins, E. (2022). Influences on the attachment style of deaf adults with hearing parents. *JADARA*, 55(1), 35–54. <https://nsuworks.nova.edu/jadara/vol55/iss1/3>

- Schafer, J. L., & Graham, J. W. (2002). Missing data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods*, 7(2), 147–177. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.2.147>
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2014). Adult attachment and emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 237–255). Guilford Press.
- Shaver, P. R., Mikulincer, M., Gross, J. T., Stern, J. A., & Cassidy, J. (2016). A lifespan perspective on attachment and care for others: Empathy, altruism, and prosocial behavior. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed., pp. 878–916). The Guilford Press.
- Sheppes, G. (2014). Emotion regulation choice: Theory and findings. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 126–139). Guilford Press.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(3), 434–446. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.3.434>
- Sommantico, M., & Parrello, S. (2021). Internalized stigma, adult attachment, relationship satisfaction, and depression in Italian gay and bisexual men: The mediating role of emotion regulation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 25(4), 1–17. <https://doi.org/10.1080/19359705.2021.1913463>
- Srivastava, S., Tamir, M., McGonigal, K. M., John, O. P., & Gross, J. J. (2009). The social costs of emotional suppression: A prospective study of the transition to college. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(4), 883–897. <https://doi.org/10.1037/a0014755>
- Sroufe, L. A. (1995). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48(4), 1184–1199. <https://doi.org/10.2307/1128475>
- Stelmach, R. D., Stockton, M. A., Kraemer, J. D., Nyarko, M. S., Adams, E. T., Bofo, N., Owusu, N. A. V., Saalim, K., Alberg, J., Tang, B., Musa, L. G., Wu, C.-H., Gyamera, E., & Nyblade, L. (2024a). Preliminary validation of measures of experienced, perceived, and internalized stigma among adults who are d/Deaf or hard of hearing in the United States and Ghana. *Ear and Hearing*, 45(Suppl. 1), 17–25. <https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000001476>
- Stelmach, R. D., Musa, L. G., West, J. S., Wallhagen, M. I., Kraemer, J. D., Francis, H. W., Stockton, M. A., McMahon, C., Smith, S. L., & Nyblade, L. (2024b). Research agenda and applications for preliminarily validated measures of d/Deaf and hard of hearing stigma. *Ear and Hearing*, 45(Suppl. 1), 70–78. <https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000001491>
- Stockton, M. A., Francis, H. W., West, J. S., Stelmach, R. D., Adams, E. T., Kraemer, J. D., Saalim, K., Wallhagen, M. I., Nyarko, M., Madson, G., Bofo, N., Owusu, N. A. V., Musa, L. G., Alberg, J., Chung, J. J. W., Preston, A., Gyamera, E., Chadha, S., Davis, L. P., Garg, S., et al. (2024). Development of measures for d/Deaf and hard of hearing stigma: Introduction to the special supplement on stigma measurement tools. *Ear and Hearing*, 45(Suppl. 1), 4S–16S. <https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000001543>
- Susman, J. (1994). Disability, stigma and deviance. *Social Science & Medicine*, 38(1), 15–22. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90295-x](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90295-x)

- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed.). Pearson Education.
- Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3(4), 269–307. <https://doi.org/10.1007/BF01319934>
- Thompson, R. A. (2014). Socialization of emotion and emotion regulation in the family. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 173–188). Guilford Press.
- Tran, A. W. Y., & Lumley, M. N. (2019). Internalized stigma and student well-being: The role of adaptive and maladaptive coping. *Social Work in Mental Health*, 17(4), 408–425. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1563023>
- Vaz, F. & Martins, C. (2009). *Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: Tradução e validação de dois instrumentos de avaliação para a população portuguesa* [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Universidade do Minho RepositóriUM.
- Waters, E., & Valenzuela, M. (1999). Explaining disorganized attachment: Clues from research on mild-to-moderately undernourished children in Chile. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 265–287). The Guilford Press.
- Waters, E., Crowell, J., Elliott, M., Corcoran, D., & Treboux, D. (2002). Bowlby's secure base theory and the social/personality psychology of attachment styles: Work(s) in progress. *Attachment and Human Development*, 4(2), 230–242. <https://doi.org/10.1080/14616730210154216>
- Williams, W. C., Morelli, S. A., Ong, D. C., & Zaki, J. (2018). Interpersonal emotion regulation: Implications for affiliation, perceived support, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 115(2), 224–254. <https://doi.org/10.1037/pspi0000132>
- Zaki, J., & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation: Implications for affiliation, perceived support, relationships, and well-being. *Emotion*, 13(5), 803–810. <https://doi.org/10.1037/a0033839>
- Zuo, Y. (2023). The association between parent–child relationship and emotional regulation. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences*, 22, 1–10. <https://doi.org/10.54097/ehss.v22i.125>

ANEXOS

Anexo A – Correlações de Spearman e Pearson entre as Variáveis em Estudo

Correlações ^a																						
	Evit_G	Ansi_G	Evit_M	Ansi_M	Evit_P	Ansi_P	Evit_C	Ansi_C	Evit_A	Ansi_A	ReavCog	Supress	PosAff	PerTak	Sooth	SocMod	SocMod2	ExpEst	PerEst	IntEst	Sexo	Idade
Evit_G		0,28	,641***	,621**	,598**	0,04	0,33	0,40	,559**	0,30	-0,03	,513*	-0,27	-0,40	-0,33	-0,33	-0,33	-0,24	-0,15	-0,27	-0,06	-0,09
Ansi_G	0,36	--	0,20	,623**	0,31	,681***	0,23	,733***	0,23	,769***	-,451*	0,18	0,09	0,08	0,39	0,23	0,20	-0,30	0,02	-,730***	-,456*	0,14
Evit_M	,669***	0,25	--	,468*	,813***	0,17	,592**	0,27	,427*	,437*	0,02	0,32	-0,32	-,423*	-0,25	-,654***	-,707***	-0,36	-,511*	-,444*	0,29	0,04
Ansi_M	,613**	,620**	0,38	--	0,38	,440*	,479*	,769***	,462*	,690***	-0,16	,461*	-0,08	-0,02	0,11	-0,04	-0,03	-0,33	-0,38	-,594**	-0,23	0,14
Evit_P	,651***	0,36	,847***	0,34	--	0,11	0,41	0,27	,454*	,460*	-0,20	0,11	-0,15	-0,31	-0,07	-0,38	-,461*	-,534**	-,453*	-,644***	0,05	0,13
Ansi_P	0,12	,712***	0,18	,448*	0,17	--	0,32	,658***	0,14	,586**	-0,03	0,10	-0,05	0,26	0,27	0,21	0,10	-0,01	-0,10	-0,39	0,02	0,12
Evit_C	0,31	0,17	,553**	0,27	,455*	0,17	--	0,23	0,25	,503*	-0,07	0,06	-0,29	0,04	0,14	-0,21	-0,32	-0,17	-0,30	-0,36	0,17	-0,11
Ansi_C	,442*	,709**	0,28	,773***	0,28	,700***	0,10	--	0,32	,654***	-0,21	0,30	0,07	0,07	0,27	0,09	0,08	-0,07	-0,12	-,456*	-0,15	0,29
Evit_A	,554**	0,29	0,39	0,41	0,37	0,21	0,15	0,28	--	0,22	0,00	0,33	0,10	0,22	0,12	0,03	0,01	-,446*	-,453*	-,421*	-0,12	-0,14
Ansi_A	0,38	,776***	,419*	,646***	,476*	,626***	,422*	,694***	0,28	--	-,433*	0,29	-0,09	0,05	0,41	-0,03	-0,07	-,455*	-0,30	-,737***	-0,31	0,04
ReavCog	-0,01	-,530*	-0,05	-0,22	-0,20	-0,23	-0,12	-0,25	0,15	-0,41	--	0,41	0,02	0,09	-0,17	-0,02	-0,01	0,32	-0,21	0,35	,439*	-0,14
Supress	,563**	0,10	0,30	,465*	0,21	0,04	0,06	0,34	,437*	0,29	,473*	--	0,09	-0,02	0,04	-0,12	-0,06	-0,16	-0,25	-0,14	-0,15	-0,19
PosAff	-0,26	0,11	-0,32	0,03	-0,20	0,00	-0,28	0,10	0,12	-0,01	0,06	0,15	--	,538**	,426*	0,40	,513*	-0,23	-0,16	0,04	-0,39	0,14
PerTak	-,484*	-0,05	-0,40	-0,14	-0,28	0,21	0,02	-0,05	0,19	-0,03	0,19	-0,13	,533*	--	,629**	,703***	,701***	-0,17	-0,23	-0,12	-0,19	-0,10
Sooth	-0,34	0,34	-0,31	0,08	-0,14	0,29	0,05	0,26	0,06	0,42	-0,11	0,06	,449*	,558**	--	,611**	,613**	-0,15	-0,24	-0,30	-0,33	-0,16
SocMod	-0,33	0,21	-,671***	0,02	-0,39	0,24	-0,32	0,09	0,05	0,02	0,02	-0,09	,459*	,636**	,635**	--	,960***	0,11	0,05	-0,08	-0,37	-0,08
SocMod2	-0,31	0,19	-,685***	0,09	-,468*	0,16	-0,39	0,12	0,10	0,00	0,09	-0,01	,558**	,641**	,618**	,963***	--	0,08	0,09	0,01	-0,42	-0,06
ExpEst	-0,23	-0,28	-0,34	-0,26	-,433*	-0,02	-0,16	-0,05	-,427*	-0,41	0,17	-0,11	-0,26	-0,14	-0,12	0,07	0,03	--	,493**	,477*	0,36	-0,03
PerEst	-0,17	0,03	-,470*	-0,28	-0,39	-0,09	-0,30	-0,13	-0,35	-0,25	-0,29	-0,32	-0,09	-0,25	-0,20	-0,01	0,00	0,37	--	,464*	-0,10	0,10
IntEst	-0,38	-,740***	-,415*	-,589**	-,584**	-,485*	-0,34	-,558**	-,498*	-,750***	0,35	-0,20	-0,06	-0,08	-0,31	-0,15	-0,09	,450*	,498**	--	0,62	0,62
Sexo	0,02	0,17	-0,01	0,16	0,09	0,13	-0,10	0,26	-0,12	0,01	-0,24	-0,23	0,16	-0,04	-0,12	-0,11	-0,11	-0,03	0,18	-0,07	--	0,05
Idade	-0,09	-,438*	0,30	-0,27	0,13	-0,02	0,19	-0,18	-0,13	-0,33	0,27	-0,18	-,430*	-0,08	-0,40	-,435*	-,468*	0,35	-0,10	0,28	0,05	--
a) Spearman Acima da Diagonal; Pearson Abaixo da Diagonal																						
*** p<0,001																						
** p<0,01																						
* p<0,05																						

Anexo B - Correlações de Pearson entre as Variáveis em Estudo com e sem Imputação

Correlações ^a																						
	LINT(Evit_G)	LINT(Ansi_G)	LINT(Evit_M)	LINT(Ansi_M)	LINT(Evit_P)	LINT(Ansi_P)	LINT(Evit_C)	LINT(Ansi_C)	LINT(Evit_A)	LINT(Ansi_A)	LINT(ReavCog)	LINT(Supress)	LINT(PosAff)	LINT(PerTak)	LINT(Sooth)	LINT(SocMod)	LINT(SocMod2)	LINT(ExpEst)	LINT(PerEst)	LINT(IntEst)	Sexo	Idade
Evit_G	--	0,24	,547***	,576***	,469***	0,08	0,22	,473***	,607***	0,25	-0,03	,407**	-0,01	-0,14	-0,04	-0,23	-0,18	-0,14	-,284*	-,399**	0,07	-0,10
Ansi_G	0,36	--	0,21	,550***	,279*	,763***	0,15	,648***	,258*	,795***	-,545***	0,07	,348**	0,21	,413**	0,25	0,23	-0,22	0,02	-,678***	0,06	-0,21
Evit_M	,669***	0,25	--	,473***	,915***	0,24	,526***	,365**	,481***	,433***	-0,14	0,15	-,295*	-0,14	-0,05	-,609***	-,620***	-0,22	-,626**	-,570***	0,11	0,15
Ansi_M	,613**	,620**	0,38	--	,443***	,412**	,270*	,749***	,567***	,622***	-,300*	,402**	0,19	0,11	,328*	0,06	0,10	-,299*	-,318*	-,644***	0,15	-0,14
Evit_P	,651***	0,36	,847***	0,34	--	0,22	,500***	,331*	,394**	,498***	-,294*	0,06	-0,23	-0,05	0,05	-,440***	-,498***	-,323*	-,581***	-,660***	0,15	0,08
Ansi_P	0,12	,712***	0,18	,448*	0,17	--	0,14	,680***	,271*	,681***	-,281*	0,07	0,21	,328*	,350**	0,21	0,16	-0,01	-0,17	-,546***	0,00	0,02
Evit_C	0,31	0,17	,553**	0,27	,455*	0,17	--	0,13	0,08	,419***	-,281*	-0,11	-,290*	0,05	0,13	-,397**	-,463***	-0,08	-0,24	-,301*	0,04	0,20
Ansi_C	,442*	,709**	0,28	,773***	0,28	,700***	0,10	--	,426***	,656***	-,309*	,266*	,276*	0,19	,401**	0,11	0,14	0,01	-0,25	-,600***	0,15	-0,09
Evit_A	,554**	0,29	0,39	0,41	0,37	0,21	0,15	0,28	--	,291*	0,12	,510***	0,26	,298*	,298*	0,07	0,13	-,341**	-,432***	-,577***	-0,06	-0,06
Ansi_A	0,38	,776***	,419*	,646***	,476*	,626***	,422*	,694***	0,28	--	-,512***	0,19	0,17	0,18	,481***	0,05	0,01	-,363**	-,270*	-,747***	0,01	-0,14
ReavCog	-0,01	-,530*	-0,05	-0,22	-0,20	-0,23	-0,12	-0,25	0,15	-0,41	--	,489***	0,00	0,02	-,266*	-0,05	0,04	0,16	-0,14	,413**	-0,25	0,05
Supress	,563**	0,10	0,30	,465*	0,21	0,04	0,06	0,34	,437*	0,29	,473*	--	,345**	0,00	0,10	0,05	0,12	-0,22	-0,21	-0,15	-0,21	-0,23
PosAff	-0,26	0,11	-0,32	0,03	-0,20	0,00	-0,28	0,10	0,12	-0,01	0,06	0,15	--	,561***	,516***	,608***	,679***	-0,23	0,01	-0,20	-0,05	-0,21
PerTak	-,484*	-0,05	-0,40	-0,14	-0,28	0,21	0,02	-0,05	0,19	-0,03	0,19	-0,13	,533*	--	,655***	,589***	,592***	-0,23	-,264*	-,321*	-0,09	0,13
Sooth	-0,34	0,34	-0,31	0,08	-0,14	0,29	0,05	0,26	0,06	0,42	-0,11	0,06	,449*	,558**	--	,601***	,583***	-0,19	-0,21	-,469***	-0,06	-0,01
SocMod	-0,33	0,21	-,671***	0,02	-0,39	0,24	-0,32	0,09	0,05	0,02	0,02	-0,09	,459*	,636**	,635**	--	,973***	-0,07	0,11	-0,14	-0,22	-0,15
SocMod2	-0,31	0,19	-,685***	0,09	-,468*	0,16	-0,39	0,12	0,10	0,00	0,09	-0,01	,558**	,641**	,618**	,963***	--	-0,07	0,12	-0,09	-0,23	-0,18
ExpEst	-0,23	-0,28	-0,34	-0,26	-,433*	-0,02	-0,16	-0,05	-,427*	-0,41	0,17	-0,11	-0,26	-0,14	-0,12	0,07	0,03	--	,278*	,430***	-0,06	0,21
PerEst	-0,17	0,03	-,470*	-0,28	-0,39	-0,09	-0,30	-0,13	-0,35	-0,25	-0,29	-0,32	-0,09	-0,25	-0,20	-0,01	0,00	0,37	--	,591***	0,10	-0,14
IntEst	-0,38	-,740***	-,415*	-,589**	-,584**	-,485*	-0,34	-,558**	-,498*	-,750***	0,35	-0,20	-0,06	-0,08	-0,31	-0,15	-0,09	,450*	,498**	--	-0,06	0,09
Sexo	0,02	0,17	-0,01	0,16	0,09	0,13	-0,10	0,26	-0,12	0,01	-0,24	-0,23	0,16	-0,04	-0,12	-0,11	-0,11	-0,03	0,18	-0,07	--	0,05
Idade	-0,09	-,438*	0,30	-0,27	0,13	-0,02	0,19	-0,18	-0,13	-0,33	0,27	-0,18	-,430*	-0,08	-0,40	-,435*	-,468*	0,35	-0,10	0,28	0,05	--
a) Acima da Diagonal com/imputação; Abaixo da Diagonal sem/imputação																						
*** p<0,001																						
** p<0,01																						
* p<0,05																						

Anexo C – Estatísticas descritivas por grupo de segurança na vinculação

Dimensão	Grupo	M	DP	IC 95% [LI, LS]
Evit_T	1	4,096	0,117	[3.86, 4.33]
	2	2,457	0,170	[2.12, 2.80]
Ansi_T	1	3,965	0,154	[3.66, 4.27]
	2	1,892	0,224	[1.44, 2.34]
ReavCog	1	4,664	0,124	[4.42, 4.91]
	2	5,391	0,180	[5.03, 5.75]
Supress	1	4,461	0,187	[4.09, 4.84]
	2	3,969	0,271	[3.43, 4.51]
PosAff	1	3,949	0,171	[3.61, 4.29]
	2	3,718	0,248	[3.22, 4.21]
PerTak	1	3,372	0,124	[3.12, 3.62]
	2	2,923	0,181	[2.56, 3.28]
Sooth	1	3,004	0,136	[2.73, 3.28]
	2	2,202	0,197	[1.81, 2.60]
SocMod	1	3,398	0,115	[3.17, 3.63]
	2	3,544	0,167	[3.21, 3.88]
ExpEst	1	2,518	0,102	[2.31, 2.72]
	2	3,008	0,148	[2.71, 3.31]
PerEst	1	17,193	0,266	[16.66, 17.73]
	2	18,91	0,386	[18.14, 19.68]
IntEst	1	2,379	0,133	[2.11, 2.65]
	2	4,328	0,193	[3.94, 4.72]

Nota. IC = Intervalo de Confiança; LI = Limite inferior; LS = Limite superior.

Anexo D - Resumo dos modelos de regressão hierárquica da internalização do estigma

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	ΔR ²	F	Sig. (ΔF)
1	0,108	0,012	-0,032	0,012	0,265	0,768
2	0,724	0,523	0,491	0,512	16,111	0,000
3	0,747	0,558	0,506	0,035	10,62	0,203
4	0,777	0,603	0,509	0,045	6,415	0,385

Nota. Variável dependente: internalização de estigma.

O Modelo 1 inclui as variáveis sociodemográficas (sexo e idade).

O Modelo 2 acrescenta a segurança na vinculação (Gr2ATTi).

O Modelo 3 adiciona as estratégias de regulação emocional intrapessoal (supressão emocional e reavaliação cognitiva).

O Modelo 4 inclui as estratégias de regulação emocional interpessoal (modelagem social, afeto positivo, consolo e tomada de perspectiva).

ΔR² = variação da variância explicada após a introdução de cada bloco de preditores; R = coeficiente de correlação múltipla; R² = variância explicada pelo modelo; F = estatística de razão F para o teste do modelo; p = nível de significância.

Anexo E - Modelo final de regressão hierárquica da internalização do estigma

Dimensão	B	EP	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	0,691	1,567		0,441	0,662
Sexo (1b)	0,086	0,387	0,025	0,222	0,826
Idade	0,005	0,013	0,042	0,370	0,713
Gr2ATTi	1,195	0,478	0,435	2,498	0,017
ReavCog	0,532	0,264	0,375	2,012	0,051
Supress	-0,281	0,191	-0,268	-1,469	0,150
SocMod	-0,020	0,320	-0,012	-0,063	0,950
PosAff	0,123	0,197	0,105	0,627	0,534
PerTak	-0,370	0,301	-0,243	-1,229	0,226
Sooth	-0,076	0,234	-0,059	-0,326	0,747

Nota. Variável dependente: internalização de estigma. Coeficientes β referem-se ao modelo final da regressão linear hierárquica. Gr2ATTi = nível de segurança na vinculação; *B* = coeficiente não padronizado; *EP* = erro padrão; β = coeficiente padronizado; *t* = estatística; *p* = nível de significância.