

DM

**O Papel da Resiliência na Evolução da Ideação Suicida
e na Desejabilidade Social Percebida
em Condições Relacionadas com a Saúde Sexual**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Ana Beatriz Teixeira de Jesus

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA, DA SAÚDE E BEM-ESTAR



UNIVERSIDADE da MADEIRA

A Nossa Universidade

www.uma.pt

julho | 2024

**O Papel da Resiliência na Evolução da Ideação Suicida
e na Desejabilidade Social Percebida
em Condições Relacionadas com a Saúde Sexual**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Ana Beatriz Teixeira de Jesus

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA, DA SAÚDE E BEM-ESTAR

ORIENTAÇÃO

Dora Isabel Fialho Pereira

Agradecimentos

Esta etapa não poderia ser concretizada sem o apoio incondicional de pessoas que me acompanharam em cada passo e, por esse motivo, não poderia deixar de tornar explícito o meu profundo agradecimento.

À Professora Doutora Dora Pereira, agradeço a paciência, disponibilidade e partilha de saber, que contribuíram para a minha formação. À Doutora Carla Câmara, pela disponibilidade que sempre teve para me ouvir, pela partilha de conhecimento, momentos e oportunidades que me fizeram crescer e despertaram o gosto pela sexualidade humana.

Um obrigado à equipa do Serviço de Psiquiatria e à entidade enquadradora que me acolheu, SESARAM, pela oportunidade de estágio e possibilidade de investigação. Aos participantes do estudo, dedico um especial agradecimento, por me permitirem uma experiência humana e profissional que enriqueceu profundamente o meu olhar e por me tornarem em alguém com vontade de partilhar o que, convosco, aprendi, com aqueles que não tiveram a felicidade de cruzar o seu caminho com os vossos.

Aos meus alicerces, a minha família, que são fundamentais na minha vida e a quem devo tudo o que sou. Ao Tiago, o meu companheiro de vida, cuja presença inabalável e apoio incondicional em todas as etapas ao longo da minha vida, sejam eventuais vitórias ou fracassos. À minha mana Carolina, a minha confidente que ilumina os meus dias com alegria e carinho. Um muito obrigada por acreditarem que posso ser sempre melhor e me transmitirem isso. É ao amor e ao incentivo de vós que atribuo esta conquista e a minha eterna gratidão será sempre insuficiente para retribuir tudo o que me deram, família.

Agradeço também ao “afi” Pedro, pela disposição em ajudar, independentemente das circunstâncias. Agradeço aos colegas de curso, pelo caminho que dividimos.

A todos, o meu mais sincero agradecimento!

Resumo

A sexualidade é uma dimensão intrínseca ao ser humano com implicações no bem-estar, todavia comumente negligenciada e estigmatizada. A investigação teve como finalidade compreender a relação entre os temas: ideação suicida, desejabilidade social e resiliência, que se evidenciam no acompanhamento psicológico de indivíduos com Perturbação do Comportamento Sexual (PCS): escassamente retratado na literatura. Ademais, ampliar o conhecimento científico ao analisar estes temas em indivíduos com Disforia de Género (DG). A pertinência de abordar conjuntamente estes temas reside na mútua interação entre o estigma, a pressão para conformar-se às normas e o impacto no bem-estar e na resiliência dos indivíduos. O estudo contempla uma abordagem qualitativa, envolvendo *case series studies* e entrevista semiestruturada, analisando o papel da resiliência na evolução da ideação suicida e da desejabilidade social, no início e aos 3 meses do acompanhamento psicológico. Assim, selecionaram-se indivíduos com condição relacionada com a saúde sexual na consulta de Sexologia. Os resultados informam que, os participantes, apesar das pressões para conformidade e experiências de rejeição e estigmatização social e familiar, que geraram desânimo e pensamentos autodestrutivos, demonstram ser resilientes. Estratégias de *coping* adaptativas, rede de suporte emocional e os próprios recursos internos, fortaleceram os processos de resiliência. A investigação deixa evidente a pertinência de uma visão ecológica e desenvolvimental. Ademais, contribuiu para a compreensão da relação entre os temas, informando a prática clínica com condições relacionadas com a saúde sexual.

Palavras-chave: Condições relacionadas à Saúde Sexual, Resiliência, Ideação Suicida, Desejabilidade Social Percebida, Qualitativa

Abstract

Sexuality is an intrinsic dimension of human beings with implications for well-being, yet it is commonly neglected and stigmatized. The research aimed to understand the relationship between the themes: suicidal ideation, social desirability and resilience, which are evident in the psychological monitoring of individuals with Sexual Behavior Disorder (SBD): rarely portrayed in the literature. Furthermore, it aimed to expand scientific knowledge by analyzing these themes in individuals with Gender Dysphoria (GD). The relevance of addressing these themes together lies in the mutual interaction between stigma, the pressure to conform to norms and the impact on the well-being and resilience of individuals. The study contemplates a qualitative approach, involving case series studies and semi-structured interviews, analyzing the role of resilience in the evolution of suicidal ideation and social desirability, at the beginning and at 3 months of psychological monitoring. Thus, individuals with a condition related to sexual health were selected in the Sexology consultation. The results show that, despite pressures to conform and experiences of social and family rejection and stigmatization, which generated discouragement and self-destructive thoughts, participants demonstrated resilience. Adaptive coping strategies, an emotional support network, and their own internal resources strengthened resilience processes. The research clearly demonstrates the relevance of an ecological and developmental perspective. Furthermore, it contributed to understanding the relationship between the themes, informing clinical practice with sexual health conditions.

Keywords: Sexual Health Conditions, Resilience, Suicidal Ideation, Social Desirability, Qualitative

Índice

Introdução	7
Enquadramento Teórico	9
1. Condições relacionadas à Saúde Sexual	9
1.1. Perturbação do Comportamento Sexual.....	9
1.1.1. <i>Fatores influentes</i>	9
1.2. Disforia de Género	14
1.2.1. <i>Impacto Psicossocial</i>	14
2. Ideação Suicida	17
3. Desejabilidade Social Percebida	19
4. Resiliência	20
5. Metodologia	23
5.1. Questão de Investigação e Objetivos	23
5.2. <i>Design</i> de Investigação.....	24
5.3. Caracterização da Amostra.....	25
5.4. Instrumentos	26
5.4.1. <i>Questionário Sociodemográfico</i>	26
5.4.2. <i>Questionário Pré-Entrevista</i>	26
5.4.3. <i>Entrevista Semiestruturada</i>	27
5.5. Procedimentos	27
5.5.1. <i>Procedimentos de Análise de Dados</i>	28
5.5.2. <i>Análise dos Dados Qualitativos</i>	28
6. Resultados	29
6.1. Questionário Pré-Entrevista: M0.....	29
6.2. Entrevista: M1	42

6.3. Entrevista: M2	50
7. Discussão	55
8. Conclusão	63
Referências Bibliográficas	65
Apêndices	73
Anexos	83

Lista de Abreviaturas e Siglas

APA – Associação Psiquiátrica Americana

DE – Disfunção Erétil

DG – Disforia de Gênero

DS – Desejabilidade Social

DSM-V-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – V – Texto Revisto

DSP – Desejabilidade Social Percebida

ICD - Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

IS – Ideação Suicida

PCS – Perturbação(ões) do Comportamento Sexual

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características dos Participantes

Tabela 2. *Codebook* e Referências (M1 e M2)

Índice de Figuras

Figura 1. Organização dos Fatores de Resiliência

Figura 2. Dados do Questionário Pré-Entrevista (M0): Abordagem à Sexualidade

Figura 3. Dados do Questionário Pré-Entrevista (M0): Atitude Parental à Sexualidade

Figura 4. Dados do Questionário Pré-Entrevista (M0): Satisfação Sexual

Figura 5. Dados do Questionário Pré-Entrevista (M0): Fatores Influentes na Satisfação Sexual

Figura 6. Dados do Questionário Pré-Entrevista (M0): Opiniões quanto a Afirmções sobre Sexualidade

Figura 7. Dados Questionário Pré-Entrevista (M0): Respostas às questões 1-5: Caso 1

Figura 8. Dados Questionário Pré-Entrevista (M0): Respostas às questões 1-5: Caso 2

Figura 9. Dados Questionário Pré-Entrevista (M0): Respostas às questões 1-5: Caso 3

Figura 10. Dados Questionário Pré-Entrevista (M0): Respostas às questões 1-5: Caso 4

Figura 11. Dados do Questionário Pré-Entrevista (M0): Caracterização da Fonte de Apoio Emocional

Figura 12. Dados do Questionário Pré-Entrevista (M0): Situações decorrentes da Condição de Saúde Sexual e Influência nos Sentimentos de Desânimo e Desesperança

Figura 13. Dados do Questionário Pré-Entrevista (M0): Situações decorrentes da Condição de Saúde Sexual e Influência nos Pensamentos Autodestrutivos

Figura 14. Dados do Questionário Pré-Entrevista (M0): Situações de Bullying e/ou Violência decorrentes da Condição de Saúde Sexual e Influência nos Pensamentos Autodestrutivos e Comportamentos e Capacidade de lidar com as Dificuldades

Índice de Apêndices

Apêndice 1. Questionário Sociodemográfico

Apêndice 2. Questionário Pré-Entrevista e Estrutura de Entrevista

Apêndice 3. Consentimento Informado

Índice de Anexos

Anexo 1. Autorização do Encarregado de Proteção de Dados da Universidade da Madeira

Anexo 2. Autorização do Conselho de Administração do SESARAM

Introdução

A presente dissertação de mestrado foi concretizada no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, da Saúde e Bem-Estar pela Universidade da Madeira, como requisito para a obtenção do grau de mestre.

A sexualidade é uma dimensão intrínseca e fundamental na construção da identidade humana, que impacta significativamente o bem-estar físico, psicológico e social (Almeida et al., 2023). A sexualidade abrange as diferenças biológicas, a identidade e papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, a intimidade e a reprodução. Esta vivência engloba pensamentos, desejos, crenças, atitudes, normas, comportamentos, papéis e relacionamentos, sendo influenciada por vários fatores, nomeadamente fatores biológicos, psicológicos, políticos, históricos, religiosos, sociais e culturais (World Health Organization [WHO], 2017). A sexualidade é moldada por interações desde o microsistema – mais próximo e imediato, como a família e amigos, até ao macrosistema – influências mais amplas e indiretas, como a religião, leis e normas sociais e culturais (Bronfenbrenner, 1979; 1986), que dão o seu contributo para a formação de perceções sobre a sexualidade. Bonato e Baccarim (2023) discorrem como as normas socioculturais sexuais e identitárias sancionam condutas e influenciam a forma como os indivíduos se percebem a si e aos outros, versando invariavelmente sobre conceitos de normalidade e anormalidade. No âmbito das condições de saúde sexual e, em particular, das PCS e da DG o desvio às expectativas de normalidade poderá resultar em estigmatização e discriminação. Os temas desta investigação – resiliência, desejabilidade social percebida (DSP) e ideação suicida (IS) – emergem como manifestações desta complexa interação entre sistemas.

Apesar da importância, a sexualidade é frequentemente estigmatizada, especialmente em condições relacionadas com a saúde sexual (APA, 2023). As PCS e DG são acompanhadas por desafios significativos (Almeida et al., 2023; Meyer, 2015). A relevância desta

investigação é destacada por evidências alarmantes de IS e tentativas de suicídio de pessoas com DG, superiores à população geral (Moura et al., 2023). O desânimo e desesperança em indivíduos com PCS, exacerbada pelo estigma social, assim como a própria aceitação (Costa, 2023) também sublinha a importância de estudar este grupo. Estudos indicam que o apoio social poderá moderar os efeitos negativos, reduzindo os níveis de desesperança e IS ao promover os processos de resiliência (Juliano & Yunes, 2014; Lira & Morais, 2018; Masten & Cicchetti, 2016; Pereira, 2018).

Relativamente ao tema em específico desta dissertação, observou-se uma escassez de investigação relacionada à resiliência, DSP e IS, temas salientes no acompanhamento psicológico de sujeitos com Perturbação no Comportamento Sexual (PCS) na consulta de Sexologia. O estudo tem como objetivo explorar a relação entre três temas: a IS, a DSP e a resiliência em indivíduos com PCS e DG. Mais especificamente, visa compreender como a resiliência influencia a evolução da IS e DSP ao longo do acompanhamento psicológico. Ao focar em indivíduos com PCS e DG, o estudo contribui para uma compreensão profunda e abrangente, informando a prática clínica.

Desta forma, está organizada com uma introdução, que contextualiza o tema, define o problema de pesquisa e apresenta os objetivos e a relevância do estudo. Reserva-se uma parte ao enquadramento teórico, apresentando uma revisão da literatura sobre as condições de saúde sexual, resiliência, IS e DSP. Seguidamente, a metodologia, que descreve o *design* da pesquisa, a caracterização da amostra, os instrumentos e os procedimentos de análise de dados qualitativos; os resultados e respetiva discussão à luz da literatura, abordando implicações e limitações do estudo; e conclusão, que inclui as contribuições e sugestões futuras, seguindo-se as referências bibliográficas, apêndices e anexos.

Enquadramento Teórico

1. Condições relacionadas à Saúde Sexual

A recente versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-V-TR) alocou as PCS e a DG sob a categoria designada como “Condições relacionadas à Saúde Sexual” (APA, 2023; WHO, 2019), sendo esta última adotada como referência neste estudo.

1.1. Perturbação do Comportamento Sexual

A APA (2023) define PCS como um grupo de condições que impactam a capacidade de um indivíduo responder sexualmente ou experimentar prazer sexual. A principal característica refere-se a uma inibição no desempenho objetivo e/ou sensação subjetiva de desejo ou prazer numa ou mais fases da resposta sexual. Abrange a Ejaculação Retardada, Disfunção Erétil, Perturbação do Orgasmo Feminino, Perturbação do Interesse/Excitação Sexual Feminina, Perturbação da Dor Genitopélvica, Perturbação de Desejo Sexual Hipoativo Masculino, Ejaculação Prematura e Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicamento ou não especificada. Tais dificuldades causam prejuízos sociais e pessoais aos indivíduos (APA, 2023).

1.1.1. Fatores influentes

Na etiologia da perturbação sexual humana, pode fazer-se referência a fatores psicológicos (por exemplo, desenvolvimento, cognições, emoções e aspetos relacionais), orgânicos (destacando-se as doenças e a iatrogenia) e mistos (já que as etiologias orgânicas e psicológicas podem coexistir e interagir). Deste modo, e de acordo com Baptista e Neto (2022) os modelos explicativos da perturbação sexual humana são necessariamente multifatoriais. As fases da resposta sexual relacionam-se, verificando-se a interação de processos fisiológicos e psicológicos, incluindo processos cognitivos que influenciam a

resposta sexual (atitudes, medos e expectativas, por exemplo) e o sistema límbico, interagindo com as bases neuropsicológicas da sexualidade.

No que concerne à esfera emocional, pode pensar-se nas emoções negativas na vivência da sexualidade, seja na causa seja na manutenção. Entre os fatores emocionais associados à PCS destaca-se a ansiedade, que afeta a resposta sexual. Tal fenómeno está intimamente relacionado à cognições negativas associadas ao desempenho (Bancroft, 1989; Barlow, 1986). A ansiedade de desempenho, o medo de inadequação, o medo de falhar, o medo de perder o controlo são referidos enquanto interferências num funcionamento sexual satisfatório. Enquanto fator psicológico, a ansiedade de desempenho, coliga-se mais às dificuldades sexuais masculinas (Masters & Johnson, 1966). Barlow (1986) alude ao impacto da ansiedade sexual na qualidade de vida, resultando no evitamento de intimidade e uma tendência a estados depressivos. Respostas emocionais (por exemplo, culpa, raiva, frustração e tristeza) inibem a resposta sexual (Palha et al., 2023). McCabe e Matic (2008) associam este mal-estar à vivência da condição sexual (particularmente à DE) e à preocupação quanto à crítica e impacto que a dificuldade possa ter no par e na relação em si.

Os fatores cognitivos tem sido demonstrados nos estudos empíricos referentes à PCS, sendo processos transdiagnósticos nas PCS e respetiva associação ao *distress* sexual (Palha et al., 2023; Nobre & Pinto-Gouveia, 2003; 2006; 2008). Estes realçam o papel das cognições disfuncionais e expectativas em comportamentos desadaptativos. O “papel de espetador” ilustra a contribuição dos pensamentos intrusivos no funcionamento sexual saudável e relaxado, sendo que conduz os indivíduos a focalizarem cuidadosamente aspetos negativos do corpo e/ou a adequação do desempenho sexual e, por sua vez, ao evitamento de comportamentos sexuais (Barlow, 1986).

Alargando um pouco esta discussão, podemos fazer alusão aos esquemas sexuais, que operam como fatores predisponentes e influenciam o processamento de informação

sexualmente relevante, condicionando o comportamento sexual. Tais crenças estipulam regras condicionais para a ativação de esquemas cognitivos negativos, os quais orientam os pensamentos automáticos e as respostas emocionais numa direção não sexual ou com um foco emocional negativo, prejudicando o processamento dos estímulos eróticos e interferindo negativamente na resposta sexual. A título exemplificativo, homens com crenças acentuadas relativamente à infalibilidade sexual são mais propensos a ativar esquemas cognitivos de incompetência aquando expostos a uma experiência sexual negativa. Uma vez ativados estes esquemas de incompetência, surgem pensamentos com foco no desempenho sexual, ou seja, na resposta erétil. Simultaneamente, a ativação dos esquemas de incompetência (associada com o foco da atenção sobre a resposta sexual e as consequências da não realização) prejudica o processamento de estímulos eróticos, diminuindo a frequência de pensamentos e imagens sexuais e conduzindo a respostas emocionais negativas, nomeadamente tristeza (Nobre, 2010). O que acontece é que o homem perde a segurança e a confiança no desempenho sexual, revelando um padrão de ansiedade antecipatória. A relação sexual assume-se como fonte de frustração e constrangimento e frequentemente ocorrem comportamentos de evitamento (McCabe & Matic, 2008). Nobre e Pinto-Gouveia (2003; 2006, 2008, 2009) observam esquemas desadaptativos em indivíduos com PCS relacionados à falha, incompetência, inadequação, autodepreciação e solidão, preditores de IS (Costa, 2023; Klonsky & May, 2015)

A distração cognitiva e atribuições causais negativas são associados a níveis inferiores de funcionamento sexual. A distração cognitiva proveniente de preocupações alicerçadas à imagem corporal e a autoestima recebe relevo, na medida em que são vulnerabilidades individuais centrais na sexualidade (Baptista & Neto, 2022). Se considerarmos que os processos atribucionais são importantes na medida em que afetam o senso de autoeficácia, percebe-se que a sua compreensão tem implicações nas dificuldades sexuais. Após um

desempenho experienciado como negativo, é atribuído um determinado significado e a partir deste ponto, efetuam inferências (como incompetência pessoal) aumentando o mecanismo de autoalimentação de várias perturbações sexuais humanas (Rowland et al., 2016 citado em Pascoal, 2023).

Fatores culturais, religiosos e educacionais (por exemplo, crenças, desinformação sexual, mensagens parentais negativas acerca da atividade sexual e ortodoxia religiosa) influenciam a vivência da sexualidade. A sexualidade é um “constructo social” responsável por mitos e/ou crenças disfuncionais acerca da sexualidade com implicações no processamento erótico e resposta sexual (Ramos, 2013). Estas influências externas, nomeadamente a educação familiar, escolar e as normas sociais e culturais, possuem um papel na formação das percepções e comportamentos em relação à sexualidade (Beliz, 2018; Johnson & Ramirez, 2022; Martinez & Chen, 2023; Smith & Lee, 2021). Esta salienta as vantagens de educação sexual no seio familiar: promove a confiança dentro da família e transmite segurança, pois os elementos sabem que podem esclarecer todas as suas dúvidas num ambiente familiar; promove a proximidade e a cumplicidade entre todos os membros da família; permite esclarecer os mitos e as ideias erradas que existam; reduz os comportamentos de risco; promove a autoestima, pois conversar desde cedo sobre o corpo de forma natural fará com que o elemento ultrapasse mais facilmente as mudanças (p.ex.: na puberdade e na adolescência); promove o conhecimento e facilita a compreensão da sexualidade como um todo: afetos, emoções, relação, responsabilidade, entre outros; e capacita para a sua gestão de emoções e sentimentos. Uma revisão de Brotto et al (2016) destinada a analisar o impacto cultural e religioso na sexualidade, evidenciou que mulheres com convicções sexuais conservadoras são mais propensas a ter problemas a nível do desejo sexual, na medida em que alegam dificuldades no processamento de estímulos eróticos durante a atividade sexual, já que se presenciam processos cognitivos disfuncionais pautados por pensamentos automáticos

negativos, crenças irracionais, expectativas irreais sobre si mesmas, os parceiros e a relação e, ainda, processos cognitivos associados à ansiedade antecipatória em relação à atividade sexual. Associado à sexualidade feminina está um padrão repressivo para a mulher que inibe o desejo sexual (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006), incrementando a probabilidade de distrações e aumento do foco da atenção em pensamentos de fracasso, que moldam as seguintes (Basson, 2007). As mulheres podem sentir pressão por exigências autoimpostas, pela percepção da pressão dos parceiros e pela informação vinculada pelos *media* (Carvalheira, 2023). O estudo de Nobre e Pinto-Gouveia (2006) evidenciou que mulheres com perturbação sexual apresentavam esquemas desadaptativos relacionados à imagem corporal, à falha, incompetência e autodepreciação (Nobre, 2010), esta última associada ao desejo em alinhar-se ao socialmente valorizado (Ramos, 2013). O sentimento de falha, incompetência, autodepreciação e solidão, constituem-se preditores de IS (Costa, 2023). O conceito tradicional de masculinidade possui igualmente impacto. Em estudos com homens com perturbação sexual, foi associado o receio em compartilhar a sua dificuldade à percepção de falta de masculinidade (Brewer & Tidy, 2017). Silva et al (2021) e Butler (1990) apontam que as expectativas sociais associadas ao papel de género e respetivo desvio à norma social, contribuirão para a vulnerabilidade à IS.

Fatores de ordem familiar (comunicação pobre ou conflituosa, falta de apoio emocional) e de ordem conjugal têm um papel significativo, quer nas causas quer nas consequências das perturbações sexuais. Grande parte da atividade sexual sucede em contexto relacional, logo, as repercussões incidem no contexto diádico. Gomes (2023) foca na comunicação, intimidade, satisfação relacional, doença e perturbação sexual no parceiro (assim como a resposta do outro membro da díade-casal a essas dificuldades), enquanto mecanismos partilhados nas perturbações sexuais.

Devem ainda ser considerados fatores de vulnerabilidade individual para as PCS (por exemplo, pobre imagem corporal, autoestima e autoconceito, história de abuso sexual, sentimentos de insegurança, culpabilidade) como acima mencionado, nos aspetos comportamentais da sexualidade (por exemplo, evitamento sexual), quer com aspetos mais cognitivos (por exemplo, satisfação sexual, autoestima sexual e desejo sexual). Na DE pode observar-se uma autoestima e uma autoconfiança diminuídas (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008; McCabe & Matic, 2008). Questões de saúde mental (por exemplo, depressão, ansiedade, stress pós-traumático, perturbação do comportamento alimentar), fatores de *stress* (por exemplo, desemprego, luto, abuso sexual) e transições de vida impactam a sexualidade (Palha et al., 2023). Assim, um conjunto de evidências apontam autoconfiança diminuída, esquemas de incompetência e falha, baixa satisfação sexual, ansiedade e problemas relacionais como elementos partilhados nas PCS, conduzindo a preocupações na atividade sexual e comportamentos de evitamento de intimidade, por medo de rejeição ou julgamento pelo parceiro(a) ou por não sucumbir à norma social, com impacto na IS (Blais et al., 2018; McCabe & Matic, 2008; Reed-Maldonado & Lue, 2016).

1.2. Disforia de Género

Segundo a APA (2023), a DG refere-se ao desconforto e mal-estar psicológico causado pela incongruência de género vivido ou expresso de uma pessoa (e papel de género associado) e o sexo a ela atribuído ao nascimento. Abrange a DG em crianças; em adultos e adolescentes; especificada e não especificada. Falamos de um “homem trans” a quem foi atribuído o sexo feminino à nascença, porém, possui uma identidade de género masculina e falamos de uma “mulher trans” face a situação ao contrário (Santos & Fonseca, 2023).

1.2.1. Impacto Psicossocial

Comparativamente à população em geral, as pessoas transgénero sofrem mais violência, estigma e discriminação (Moura et al., 2023). No caso, tais experiências derivam de uma

organização societária onde o gênero é pensado de forma rígida e binária e, por isso, excludente. Rocha e colaboradores (2023) identificam conceitos chave no tocante à opressão social: a transfobia manifesta-se pela repulsa pela pessoa trans, perpetrada por uma ideologia cultural; já o genderismo perpetua julgamentos negativos acerca de pessoas que não se apresentam como mulheres/homens estereotípicos; e o ataque/insulto refere-se à hostilização e atos de violência física a pessoas que não se conformam às normas de gênero. Meyer (2003) atribui às pessoas trans stressores específicos, nomeadamente o preconceito percebido que se refere à percepção de preconceito devido à pertença de condição específica e resulta das vivências do indivíduo; o preconceito antecipado que envolve a antecipação de eventos e o stress é vivenciado pela expectativa de rejeição, estado de vigilância constante e ações de modo a evitar ou se proteger; e o preconceito internalizado ocorre quando as atitudes e o preconceito do ambiente social são internalizados pela própria pessoa pertencente a determinada condição e que poderá ter impacto negativo para enfrentar adversidades. Exposto isto, Meyer (2003) destaca a resiliência como um fator essencial neste grupo, observando que níveis mais altos de resiliência estão associados a uma capacidade notável de enfrentar experiências de violência, estigma e discriminação.

O apoio social afigura-se fulcral diante os desafios vivenciados por minorias sexuais. Moura et al (2023) e Rocha et al (2023) referem que pessoas trans que percebem apoio de relações significativas apresentam menos problemas de saúde mental. Em contrapartida, a não aceitação familiar, materializada em violência intrafamiliar, o preconceito e o julgamento social proveniente deste núcleo, em que é expectável constituir-se uma relação de apoio e de proteção, têm sido apontados no adoecimento psíquico desses indivíduos, onde a pessoa não pode expressar a sexualidade, o que gera maior falta de perspectiva de vida (Selles et al., 2022; Francisco et al., 2020). Acrescentam que a expulsão de casa adjudica maior sofrimento face à situação de vulnerabilidade já vivenciada. A disparidade entre a identidade de gênero e as

expectativas familiares é um fator significativo na DSP, porém a não afirmação associa-se ao risco de IS. Nascimento et al. (2018) e Lira e Morais (2018) referem que, quando há situação de rejeição familiar, o indivíduo normaliza sentir-se violentado em todos os contextos, favorecendo o desenvolvimento de uma interiorização de sentimentos de rejeição e de inadequação, comprometendo o desenvolvimento da sua identidade e integração na sociedade. Concomitantemente à expulsão do núcleo familiar, é frequente haver a vivência de outro contexto de violência, o que acentua fatores ligados à saúde mental do indivíduo, podendo gerar ideação e comportamentos suicidas (Chinazzo et al., 2021; Perez-Brumer et al., 2015).

Edwards et al (2019) e Gomes et al (2021) destacam que a saúde mental da população trans é lesada diariamente em decorrência da discriminação pela sociedade. Acima de tudo, é uma violação dos direitos humanos e, por não se sentirem acolhidos e amparados por uma rede de suporte, tendem a desenvolver indicadores patológicos (Almeida et al., 2023; Francisco et al., 2020; Paveltchuk et al., 2020). Costa (2023) discute as várias barreiras enfrentadas por indivíduos transgêneros. As barreiras percebidas por indivíduos transgêneros, abrange aspectos estruturais, organizacionais e ambiente físico, como a não aceitação da existência de pessoas transgênero referem-se aos espaços de atenção à saúde, como a falta de casas de banho neutras em termos de gênero e sistemas binários de documentação. As barreiras sociais ou comunitárias incluem as experiências de estigma social percebido e internalizado, discriminação e isolamento social, devido às normas culturais, estereótipos negativos, discriminação e estigma associados à identidade transgênero; dentro, incluem-se as barreiras familiares e sociais, referentes à falta de apoio e discriminação familiar, de pares ou comunidades; as barreiras interpessoais envolvem profissionais de saúde com baixo conhecimento e baixa sensibilidade e adequação, atitudes, transfobia, falta de recursos *trans-friendly*, não aceitação e estigma. Identificam-se as barreiras individuais, nomeadamente internas e externas, referentes à preocupação com a confidencialidade e custos, assim como o

medo da discriminação. Logo, é relevante reconhecer a influência destas barreiras nos diferentes níveis na manifestação de IS, DSP e respetivo impacto na resiliência.

Neste sentido, além do núcleo familiar, são modalidades de redes de apoio importantes para pessoas trans: religiosas, pares, profissionais de saúde, grupos de movimento e grupos universitários. A promoção de espaços seguros, é vital na garantia de saúde desta população (Costa, 2023; Santos & Fonseca, 2023).

2. Ideação Suicida

A IS é um indicador de sofrimento psicológico. Inclui pensamentos, planos ou desejos vagos até mais específicos relacionados à própria morte, podendo preceder tentativas de suicídio (Chinazzo et al., 2021).

Klonsky & May (2015) propõe a “ideação-a-ação”, destacando: (1) dor psicológica insuportável, (2) desesperança, (3) ligação social e (4) capacidade de agir. A junção de dor psicológica e desesperança são motivadores de IS; a falta de ligação emocional serve de propulsor para a IS mais intensa e sugerem que a transformação de IS para tentativa de suicídio dependerá da capacidade de agir. A literatura ressalta experiências de stresse em minorias sexuais que podem contribuir para a IS, nomeadamente stressores externos (por exemplo, discriminação, estigma, rejeição, falta de apoio social, não aceitação) e stressores internos (por exemplo, estigma internalizado, expectativas de rejeição e ocultação da sexualidade). Experiências como rejeição, violência e discriminação impulsionam IS ao intensificar sentimentos negativos voltados para o próprio (Perez-Brumer et al., 2017). De modo consistente com Klonsky e May (2015), a dor psicológica, a desesperança, falta de ligação social, assim como a autoconsciência crítica e a não aceitação de si (Baumeister, 1990) impulsionam a IS.

A rejeição interpessoal percebida (resultante da necessidade não atendida de ligação social) e percepção de onerosidade (percepção de que a própria existência tem um impacto negativo)

constituem-se fatores de risco para IS (Joiner & Ribeiro, 2009), porém a ligação social atenua (Klonsky & May, 2005). Ao relacionar às PCS, a influência de normas socialmente estipuladas, poderá contribuir para a sensação de inadequação, intensificando a percepção de rejeição interpessoal e isolamento social (Joiner & Ribeiro, 2009). Gomes (2023) alude que na perturbação sexual, nomeadamente DE, os indivíduos evitam relacionamentos e intimidade por receio de crítica e rejeição. A vigência de normas relativamente ao comportamento sexual conduz ao sentimento de vergonha, assim como a própria frustração face à condição e impacto na relação conjugal poderá resultar em expectativa de rejeição interpessoal e onerosidade percebida, frequentemente associadas à IS (Joiner & Ribeiro, 2009). Homens com PCS atribuem pensamentos autodestrutivos à condição sexual e divergência à norma social, corroborado por Reed-Maldonado e Lue (2016), associando DE e IS. Oliveira e Nobre (2013) evidenciaram esquemas desadaptativos em pessoas com PCS relacionados à falha, incompetência, autodepreciação e solidão, preditores de IS (Chinazzo et al., 2021).

Relativamente à vivência de pessoas trans, observa-se, comparativamente à população geral, um maior risco de IS, tentativas e suicídio (McNeil et al., 2017; Wolford-Clevenger et al., 2018). Por desvio à norma social, sucedem-se experiências de violência, discriminação, preconceito e rejeição por parte dos pares, familiares e sistemas de saúde, com implicações no sentimento de onerosidade e rejeição interpessoal, preditores de IS (Costa, 2023; Joiner & Ribeiro, 2009; Silva et al., 2021).

Cingimo-nos à IS por anomia, a qual os pensamentos e desejo de morrer emergem da relação entre o sujeito e a sociedade na qual se insere. Durkheim (1897, citado em Peters, 2020) argumenta que a IS e respetiva tentativa embora seja um ato individual, encontra motivações sociais. Desta forma, Osman e colaboradores (2004), ressaltam o apoio social, nomeadamente família, parceiro(a), pares e outros relacionamentos significativos e acesso a serviços e cuidados de saúde mental positivos, como promotores de resiliência, de forma a

regular pensamentos, sentimentos e atitudes face aos desafios, nomeadamente, que podem contribuir à IS (Costa, 2023).

3. Desejabilidade Social Percebida

Desejabilidade Social (DS) refere-se à tendência em fornecer respostas que o indivíduo percebe como socialmente desejáveis e aceitáveis que possam retratá-lo, deliberadamente, de modo mais favorável ou em conformidade com as normas sociais (Bispo-Júnior, 2022). Assim, a percepção da pressão social e o estigma encontram-se relacionados à desejabilidade social percebida (DSP), pois refletem a necessidade de conformidade com as normas e expectativas.

Butler (1990) alude à norma de género e de comportamento sexual que categoriza o que difere como anormal, desviante e doentio, violentando quem não se adequa a esse modelo social e, por esse motivo, poderá traduzir-se em DS, no que respeita às condições relacionadas à saúde sexual (Costa, 2023). No contexto da PCS, a DS configura-se associada à negação ou minimização deliberada de sintomas, que poderá levar indivíduos a subnotificar as dificuldades sexuais sentidas (Berman et al., 2003; Gomes, 2023), por receio do estigma e julgamento social ou inadequação percebida (Avik et al., 2013), juntamente com a internalização de normas convencionais do comportamento sexual, intensificando o conflito vivenciado (Nobre, 2010). Os aspetos mencionados poderão contribuir para o sentimento de frustração, inadequação, desespero, desesperança, pobre autoestima, autoconceito e autoconfiança, aumentando o risco de IS (Sewalem et al., 2022). Indivíduos com PCS manifestaram esquemas desadaptativos associados à falha, incompetência e autodepreciação (Oliveira & Nobre, 2013) e o desejo em alinhar ao socialmente aceitável (Ramos, 2013). Reed-Maldonado e Lue (2016) referem que a DE poderá vincular-se à norma social, de masculinidade, salientando, a este ponto, a importância do apoio do/a parceiro/a (Masten, 2014; Gomes, 2023). A imposição de normas impactam as pessoas trans (Silva et al., 2021). A DS poderá ter a sua expressão pela pressão

para conformar-se às expectativas de género, que conduz à repressão e inibição autêntica da identidade de género. A rede de apoio possui um papel chave (Costa, 2023; Silva et al., 2021).

Os comportamentos relacionados à DS ocorre por uma necessidade associada (Bispo-Júnior, 2022). Em ambas as condições relacionadas à saúde sexual, podem ser compreendidos como uma resposta ao estigma, preconceito e discriminação, face às normas socialmente estabelecidas (Costa, 2023; Silva et al., 2021). A DS poderá ser uma estratégia de *coping* num ambiente pontuado por discriminar a diversidade e, esta perceção da necessidade de conformidade poderá interligar-se à aceitação e proteção (Costa, 2023; Silva et al., 2021).

Deste modo, o “desvio” às normas sociais geram receio de julgamento aliado às normas convencionais, intensificam o sofrimento do individuo (Costa, 2023). Tal cenário poderá contribuir para a sensação de inadequação, onerosidade percebida e isolamento social, correlacionados à IS (Joiner & Ribeiro, 2009). Perante isto, a resiliência é crucial de forma a desenvolver estratégias face ao estigma e o julgamento (Ungar, 2021).

4. Resiliência

Compreende-se resiliência como “a capacidade de um sistema dinâmico de se recuperar ou resistir a perturbações significativas no seu desenvolvimento” (Masten, 2014, p. 22). Ao longo do desenvolvimento humano, o indivíduo segue um roteiro de inserção de relações que se expandem desde o ambiente proximal, que interage diretamente com o microsistema, destacando-se os sistemas primários, como a família e, posteriormente, escola e pares. Por sua vez, inserem-se e interagem indiretamente com sistemas distais externos, nomeadamente o exossistema como o trabalho ou macrossistema como uma comunidade que possui atitudes sociais e ideologias que influenciam a pessoa e, por sua vez, o microsistema (Bronfenbrenner, 1979; 1986). Cada um destes ambientes e sistemas de diferentes escalas, oferecem oportunidades de interação social, apoio em fases adversas ou apresentam desafios (Ungar, 2021).

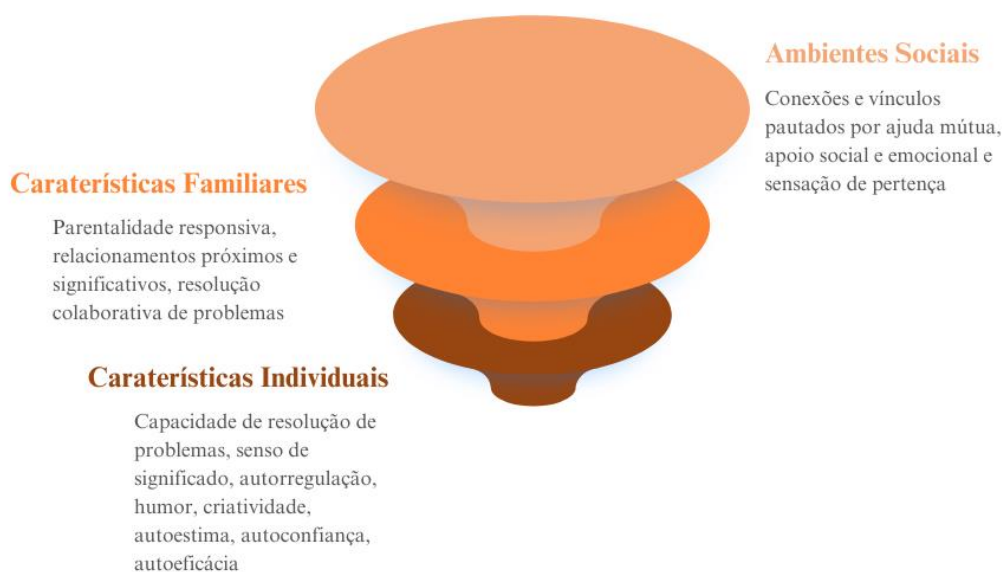
Assim, a resiliência emerge das interações contínuas entre um indivíduo em desenvolvimento e um contexto em mudança, refletindo a capacidade de se adaptar (p.ex.: capacidade para resolução de problemas, tomada de decisão, autoestima, autoeficácia) e reorganizar diante das adversidades. A resiliência é um conceito dinâmico e surge da capacidade de múltiplos sistemas coexistentes em interagir sob condições de stresse, os quais moldam o funcionamento e o desenvolvimento individual e, por sua vez, a resiliência (Masten, 2007, 2014; Ungar, 2019).

A resiliência existe face a uma perturbação significativa no sistema e/ou sistemas interdependentes. O resultado é a desestabilização que ameaça a capacidade do sistema de manter o seu funcionamento ou desenvolvimento (Masten, 2014). Averigua-se um declínio inicial no funcionamento, porém, os sistemas resilientes envolvem-se em processos que lhes dão oportunidades de persistir, resistir, recuperar, transformar estruturas existentes ou adaptar em direção à capacidade de desenvolvimento e projeção futura, refletindo-se resultados positivos ou um funcionamento superior (Masten & Cicchetti, 2016).

Brandão e Nascimento (2019) referem que falar de resiliência implica falar dos riscos impostos pelas circunstâncias vividas assim como reconhecer a presença de fatores protetores/promotores, que poderão surgir tanto interna quanto externamente ao sistema individual e que interagem com outras influências. Os recursos dentro do indivíduo e do contexto podem contrabalançar ou neutralizar os efeitos negativos associados à exposição ao risco. Ralha-Simões (2017), Masten (2014) e Ungar (2021) identificam características individuais e atributos internos, da família e ambientes sociais aos quais os sujeitos pertencem, representadas na Figura 1.

Figura 1.

Organização dos Fatores de Resiliência



A rede de apoio é o mecanismo de proteção e promoção mais preponderante, atendendo à literatura afeta à resiliência (Walsh, 1998). Normas e crenças podem ser assimiladas pelos membros familiares e gerar frustrações e situações de intolerância presentes na sociedade, à sexualidade dos membros, não sendo acolhedora como expectável. Pessoas *trans* possuem maior risco de ansiedade, depressão e IS, associado à falta de apoio social e familiar, sendo muitas vezes as relações familiares a sua única e mais íntima relação social (Pereira et al., 2018). Não falar sobre a sexualidade, especialmente em questões de identidade de género, pode conduzir à ansiedade e depressão (Francisco et al., 2020). Na PCS, há incerteza quanto à reação da família, amigos e companheiro(a) (Gomes, 2023).

A discriminação, estigma e pressão para conformidade com normas socioculturais relacionam-se a indicadores negativos de saúde mental, incluindo IS (Edwards et al., 2019). O apoio social, especialmente familiar, atenua estes fatores e fomenta a construção de resiliência. Investigações indicam que a perceção de apoio da rede associa-se a indicadores positivos de saúde mental (Costa et al., 2023). Em suma, a resiliência desenvolve-se mediante uma rede de interações e influências, tanto individuais quanto contextuais (Ungar, 2021).

Respeitante às PCS, particularmente à DE, a investigação é escassa, apesar da relevância dos temas no acompanhamento psicológico na consulta de Sexologia. É sabido que os homens

com dificuldades sexuais tendem a subexpressar as suas dificuldades e a norma de masculinidade (Berman et al., 2003), porém, pouco se conhece as percepções e vivências de indivíduos com DE referente à DSP e a forma como lidam com tal percepção de conformidade social. A relação entre IS e DSP está pouco explorada, sendo conhecido apenas o estudo (Reed-Maldonado & Lue, 2016). Reconhece-se a importância do parceiro(a) na condição de saúde sexual e dificuldades que possam surgir, um fator relevante (Gomes, 2023), mas pouco está desenvolvido acerca de estratégias de *coping*. Quanto à DG, a literatura fornece uma base substancial sobre a relação entre resiliência e IS assim como tentativa de suicídio na população trans por estigma e discriminação social, além de que diversas investigações demonstram que a resiliência pode atuar como um fator protetor, reduzindo a desesperança e os pensamentos suicidas ao promover apoio social e consequentemente um senso de aceitação (Lira & Morais, 2018; Masten & Cicchetti, 2016; Pereira, 2018). Desta forma, a motivação deve-se à junção desses temas, analisando-se o papel da resiliência na evolução da IS e DSP, dada a sua relevância no acompanhamento psicológico da consulta de Sexologia.

De um modo geral, a pertinência do presente estudo destaca-se pela obtenção de uma compreensão mais profunda de como estes temas interagem e influenciam o bem-estar de indivíduos que enfrentam desafios significativos associados à condição de saúde sexual, algo que não foi amplamente verificado nas evidências científicas. Assim, este estudo tem como objetivo preencher essa lacuna ao analisar conjuntamente a IS, DSP e resiliência em indivíduos com PCS e DG, ampliando o conhecimento científico e informando aspetos importantes a considerar nestas condições, e, mais especificamente, espera-se ajudar a desenvolver intervenções que promovam um ambiente de aceitação e respeito e que se centre no incentivo ao desenvolvimento de redes de apoio positivas.

5. Metodologia

5.1. Questão de Investigação e Objetivos

Formulou-se a questão: “Será que a evolução da ideação suicida e desejabilidade social percebida em indivíduos com condição relacionada à saúde sexual está associado à evolução dos processos de resiliência?”.

Pretende-se analisar a evolução da IS e da DSP e a forma como estes temas se associam à resiliência. Especificamente:

- i)* Caracterizar o impacto da desejabilidade social.
- ii)* Analisar os fatores que contribuem para a evolução da IS e DSP.
- iii)* Analisar as estratégias de *coping* utilizadas de forma a lidar com a IS e a DSP.
- iv)* Analisar os fatores que contribuem para a resiliência, explorando o seu papel no curso da IS e desejabilidade social percebida.

5.2. Design de Investigação

Coutinho (2015) refere que a investigação qualitativa possibilita a compreensão e reflexão dos fenómenos em análise. O *design* afigura-se indicado para compreender um fenómeno vivenciado por um indivíduo/grupo e as complexas relações associadas ao mesmo (Creswell, 2014). Segundo o autor, por possibilitar um contacto mais direto, permite a obtenção de um conhecimento aprofundado do objeto em estudo e retratar não só os factos mas o significado atribuído pelos indivíduos.

A ferramenta metodológica qualitativa utilizada são os *case serie studies* (Yin, 2001) adequada “quando o contexto é complexo e entrecruza um conjunto complexo de temas” (Yin, 2001, p. 44) e proporciona maior compreensão e robustez. A entrevista semiestruturada foi privilegiada para obter informações profundas das perceções e experiências dos indivíduos (Guilham, 2000), com os resultados de investigação “apresentados com recurso a citações dos dados recolhidos, aproveitando o mais possível a riqueza dos dados” (Bogdan e Biklen, 1994, p. 127). Costa et al (2018, p. 11) mencionam que “o objetivo é descrever, comparar e relacionar respostas”. O estudo não inclui um grupo de comparação e baseia-se em casos

prevalentes e uma amostra de conveniência. O *case series studies* não pretende uma generalização dos resultados, mas a compreensão da forma como os temas evoluíram através da análise comparativa entre entrevistas no M1 e M2. Consiste numa investigação longitudinal, descritiva e exploratória e não experimental, ou seja, as questões em investigação e as conclusões alcançadas refletem uma relação de influência mútua. Foram realizadas entrevistas, de forma a compreender as experiências e percepção dos participantes quanto aos temas, inicialmente e aos três meses do acompanhamento psicológico. Os indivíduos já estavam em acompanhamento psicológico, por decisão e reconhecimento da necessidade de apoio profissional para lidar com aspetos relacionados à sua condição sexual, antes de serem convidados a participar. O convite ao estudo foi efetuado em conjunto com o profissional responsável pela consulta e a possível participação no estudo não constituiria um obstáculo ao trabalho de acompanhamento psicológico a ser desenvolvido. Optou-se pelos três meses de intervalo entre as entrevistas, de forma a observar a evolução dos temas e o desenvolvimento de competências pelos participantes de forma a lidar com desafios.

5.3. Caracterização da Amostra

A amostra foi obtida por amostragem não probabilística e por conveniência (Costa et al., 2018). Selecionaram-se utentes que (i) estavam em acompanhamento psicológico na consulta de Sexologia do Serviço de Psiquiatria, (ii) encontravam-se em início de acompanhamento psicológico e (iii) possuíam condição relacionada com a saúde sexual.

A amostra inclui quatro elementos com idades entre os 26 e os 59 anos. O caso 1 e o caso 2 com DE, o caso 3 e caso 4 com DG. A nível laboral, dois encontram-se empregados (na área logística e defesa/segurança) e dois desempregados, sendo que o caso 4 realiza atividades sexuais remuneradas conforme a necessidade económica. Os participantes qualificaram a frequência com que mantêm relações de amizade ou familiares. Embora outras condições

pudessem ser incluídas devido a relação aos temas, a DE e DG deveram-se à prevalência clínica. As características dos participantes estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1.

Características dos participantes

Caso	Idade	Gênero	Estado civil	Residência	Habilitações Literárias	Situação Laboral	Situação Económica	Religião	Agregado familiar	Filhos	Relações familiares	Relações de amizade
1	26	masculino	solteiro	rural	ensino superior	desempregado	satisfatória	católica	vive com os pais	não	muito frequente, satisfatórias	frequente, satisfatórias
2	33	masculino	solteiro	urbano	ensino secundário	empregado	satisfatória	sem religião	vive com a mãe	não	muito frequente, pouco satisfatórias	frequente, pouco satisfatórias
3	59	feminino	viúvo	urbano	ensino superior	empregado	muito satisfatória	católica	vive só	sim	ocasional, satisfatórias	ocasional, satisfatórias
4	37	feminino	solteiro	urbano	ensino básico	desempregado	nada satisfatória	católica	vive só	não	inexistente, pouco satisfatórias	inexistente, pouco satisfatórias

5.4. Instrumentos

Utilizou-se o questionário sociodemográfico, o questionário pré-entrevista e a entrevista semiestruturada. Demarcam-se três diferentes fases do estudo: o M0 representa o preenchimento do questionário sociodemográfico e do questionário pré-entrevista, que serviu de base à condução das entrevistas individuais semiestruturadas realizada posteriormente (M1 e M2) e ao qual se acrescentaram algumas questões.

5.4.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (Apêndice 1) foi elaborado atendendo a pertinência para a investigação, incorporando questões relacionadas à idade, gênero, área de residência, escolaridade, situação laboral e económica, estado civil, agregado familiar, as relações familiares e de amizade e práticas religiosas dos participantes.

5.4.2. Questionário Pré-Entrevista

O questionário pode também possuir um papel na investigação qualitativa (Rodríguez et al., 1999). Foi construído um questionário (Apêndice 2) composto por 14 questões de escolha múltipla, escala e posicionamento, que proporcionou uma compreensão inicial dos temas em

análise e uma estrutura preliminar na condução das entrevistas subsequentes. A literatura e predominância dos temas no acompanhamento psicológico na consulta de Sexologia estruturaram o questionário pré-entrevista.

5.4.3. *Entrevista Semiestruturada*

A entrevista, uma técnica crucial na recolha de informação em *case series studies*, capta a diversidade de descrições e interpretações dos indivíduos sobre a realidade (Yin, 2001). A entrevista implicou a elaboração e utilização de um guião (Creswell, 2014), materializado no questionário pré-entrevista, que forneceu uma estrutura preliminar para a condução das entrevistas e questões que foram aprofundadas nesta ocasião (entrevista) (Apêndice 2). Foi utilizada com quatro participantes em momentos diferentes, resultando em oito unidades de análise. Costa et al (2018, p. 22) destacam que “a entrevista semiestruturada é a forma adequada para aprofundar e verificar a evolução de um domínio” e, esta dissertação, centrou-se em compreender os temas de interesse e respetiva evolução. O M1 decorreu com participantes em início de acompanhamento psicológico, sucedendo-se o M2 aos 3 meses de acompanhamento psicológico. Ambos contemplaram os mesmos participantes e seguiram um guião de entrevista ajustado ao momento do estudo, de forma a analisar a evolução da IS e da DSP e a forma como se relacionavam com a resiliência.

Creswell (2014) recomenda gravar as entrevistas para uma documentação fiel das interações, o que foi efetuado de modo a facilitar a análise dos dados através da análise temática que envolve a familiarização com os dados na entrevista – gravadas e transcritas na íntegra, a codificação dos dados para identificar os temas principais, a categorização dos temas e subtemas e a interpretação dos significados subjacentes a esses temas, com recurso ao software *NVivo* (Costa et al., 2018).

5.5. Procedimentos

A realização da investigação requereu: a) autorização do Conselho de Administração do SESARAM (Anexo 2); b) autorização do Encarregado de Proteção de Dados da Universidade da Madeira (Anexo 1); e c) consentimento informado aos participantes (Apêndice 3). Considerações éticas foram rigorosamente consideradas, através do consentimento informado, em que os participantes ficaram cientes dos objetivos da investigação e concordaram voluntariamente em participar; a confidencialidade dos participantes assim como uma recolha e análise dos dados transparente (Guilham, 2000). O M0, com a duração aproximadamente de 20 minutos, abordou aspetos éticos e preenchimento do questionários sociodemográficos e pré-entrevista, que orientaram as entrevistas semiestruturadas subsequentes e, seguidamente, a marcação da primeira entrevista (M1) e nesta ocasião, a marcação da entrevista seguinte (M2), cada uma com duração de 60 minutos (Apêndices 1 e 2). A recolha de dados ocorreu entre dezembro e abril de 2024. Os dados foram transcritos para o WORD e importados, analisados e codificados com o *QSR Nvivo*, versão 14.

5.5.1. Procedimentos de Análise de Dados

5.5.2. Análise dos Dados Qualitativos

A análise de dados nos *case series studies* envolve a organização, categorização e interpretação das evidências recolhidas (Guilham, 2000). Fortin (2003) sugere a análise de conteúdo para dados da entrevista. Assim, recorreu-se à análise temática dos dados de forma a analisar, identificar e interpretar, proporcionando organização, descrição e explicação detalhada dos dados. As entrevistas (totalizando, 8 unidades de análise) foram transcritas na íntegra em suporte informático com recurso ao *WORD* e seguidamente, foram importadas e analisadas com o programa *NVivo 14*. Efetuaram-se leituras dos dados para desenvolver um *Codebook*, que contém as várias categorias e subcategorias possibilitando a codificação do material e as respetivas descrições (Clarke, 2017). A qualidade da pesquisa foi garantida pelo acordo intercodificadores com um investigador, conferindo validade interna. Para efeitos de

análise, inicialmente, caso a caso, permitindo analisar as peculiaridades de cada situação; paralelamente, por condição, destacando as tendências e em grupo, facilitando a análise de semelhanças e diferenças no conjunto de casos (Clarke, 2017).

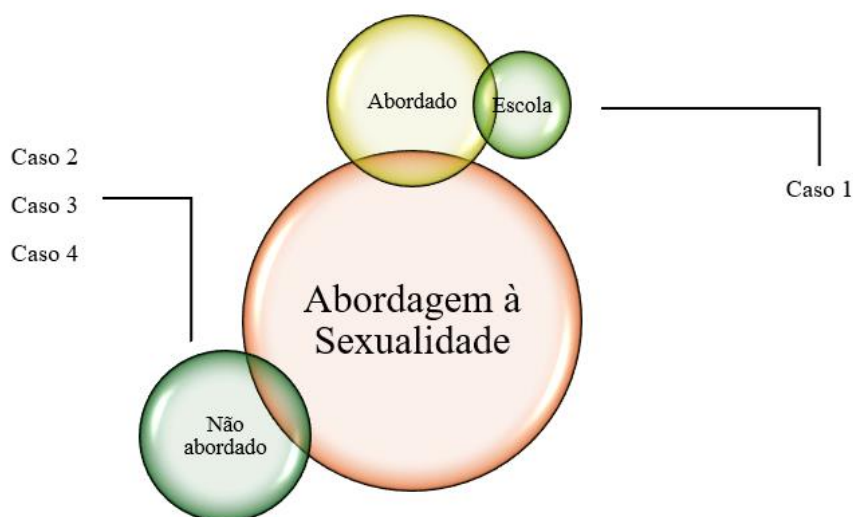
6. Resultados

6.1. Questionário Pré-Entrevista: M0

Nas figuras encontram-se os dados do questionário pré-entrevista (M0), explorados na entrevista: M1. Na Figura 2, 3 dos 4 participantes consideraram que a sexualidade não foi abordada durante a sua infância/adolescência.

Figura 2.

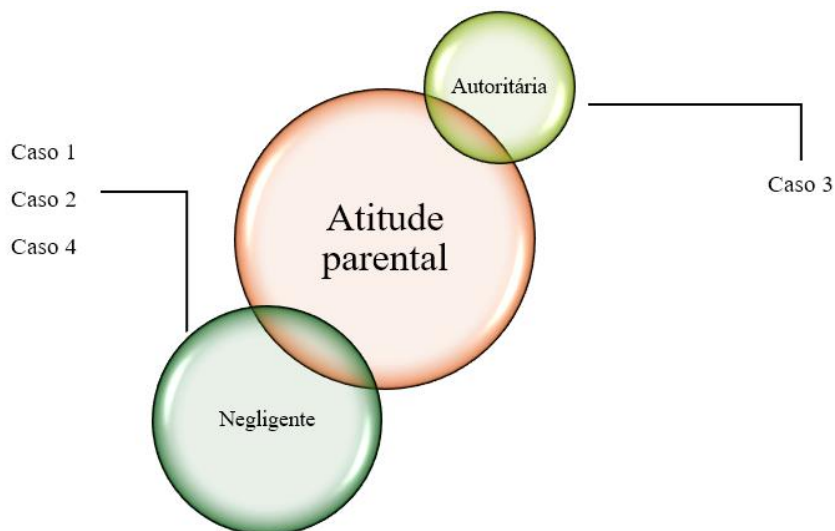
Dados do Questionário Pré-Entrevista (M0): Abordagem à Sexualidade



Relativamente à Figura 3, quanto à atitude parental relativamente à sexualidade, 3 dos 4 participantes apontaram uma atitude negligente, apenas um apontou autoritária.

Figura 3.

Dados do Questionário Pré-Entrevista (M0): Atitude Parental relativamente à Sexualidade



Na Figura 4, quanto à satisfação sexual, 1 participante considera-se satisfeito, 1 neutro e 2 dos participantes consideram-se insatisfeitos.

Figura 4.

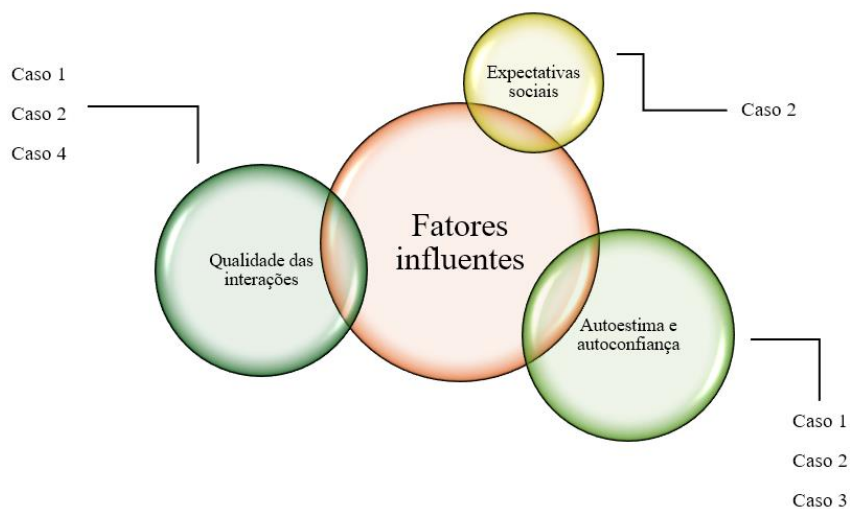
Dados do Questionário Pré-Entrevista (M0): Satisfação Sexual



Relativamente à Figura 5, quanto aos fatores influentes na satisfação sexual, 3 participantes mencionaram Qualidade das interações, 3 participantes apontaram Autoestima e autoconfiança, apenas 1 participante considerou Expectativas sociais.

Figura 5.

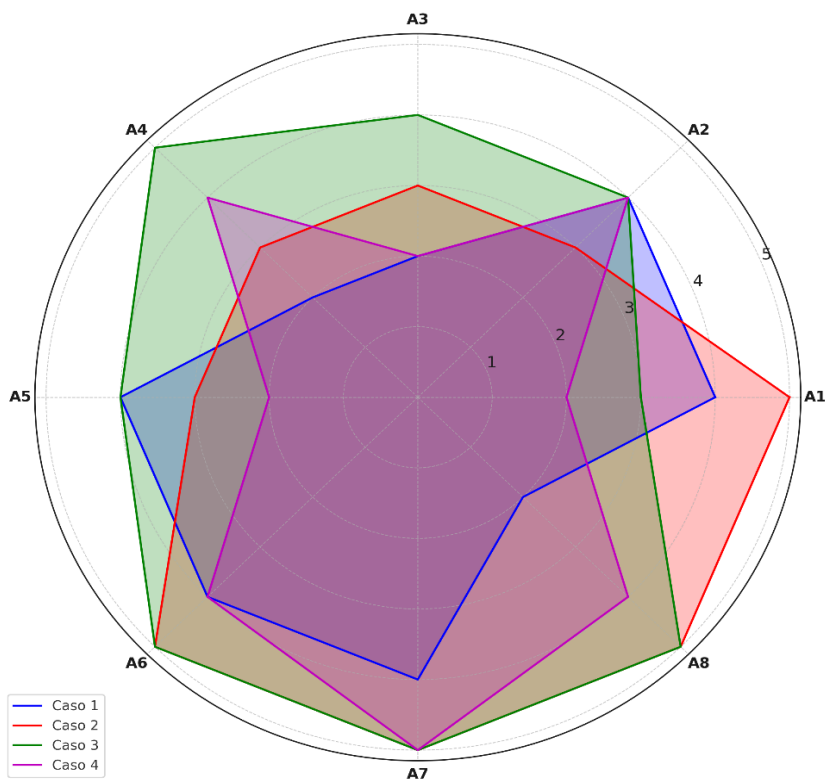
Dados do Questionário Pré-Entrevista (M0): Fatores Influentes na Satisfação Sexual



Na Figura 6, quanto à opinião referente ao conjunto de afirmações, observou-se uma heterogeneidade das respostas em A1, A3, A4 e A8. Em contraste, na A2, a maioria assinalou 4; na A5, prevaleceram as escolhas de 4; na A6, concentraram-se em 5 e 4; na A7, a maioria assinalou 5. Os participantes com DE atribuíram um nível 2 (concordo) à A3 e um deles também à A4.

Figura 6.

Dados do Questionário Pré-Entrevista (M0): Afirmações sobre Sexualidade

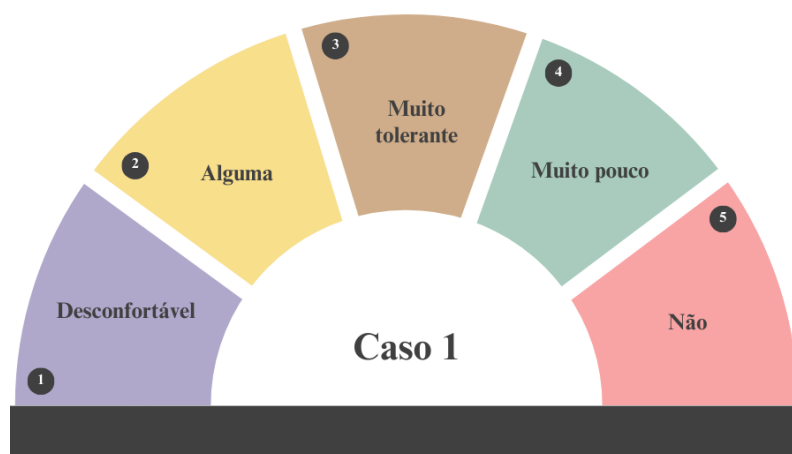


Nota. Escala: (1: Concordo totalmente; 2: Concordo; 3: Nem concordo nem discordo; 4: Discordo; 5: Discordo totalmente); A (Afirmação); A1 – “uma mulher é difícil quando não quer ter relações sexuais e acessível quando quer”; A2 – “um homem deve estar sempre pronto para relações sexuais”; A3 – “um homem deve ter sempre um ótimo desempenho”; A4 – “homens de verdade não tem problemas sexuais”; A5 – “mulheres devem agradar sexualmente os parceiros, independentemente da sua satisfação”; A6 – “o sexo só deve ocorrer por decisão do homem”; A7 – “é errado ter fantasias sexuais”; A8 – “falar acerca da sexualidade é tabu”.

Relativamente às Figuras 7, 8, 9 e 10, tomemos como nota uma sequência de questões 1-5. Relativamente às respostas à Q1, observou-se uma heterogeneidade. Na Q2, 1 participante assinalou “nenhuma”, 2 “alguma” e 1 “muita”. Quanto à Q3, prevaleceu um posicionamento da família “muito tolerante”, 1 assinalou “intolerante”. Na Q4, 2 participantes assinalaram moderadamente, 1 participante assinalou bastante e 1 participante assinalou muito. Na Q5, as respostas dividiram-se igualmente.

Figura 7.

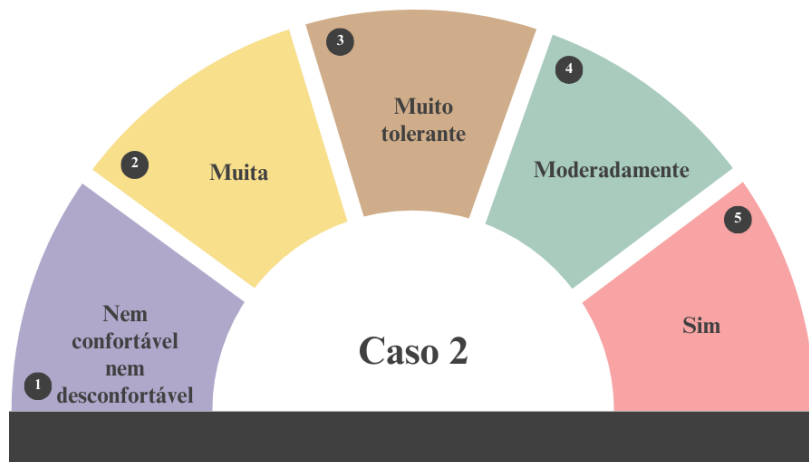
Dados Questionário Pré-Entrevista (M0): Respostas às questões 1-5: Caso 1



Nota. Q1: Sentimento associado ao falar sobre o comportamento sexual; Q2: Percepção de pressão social em termos de comportamento sexual; Q3: Posicionamento da família face às diferenças às normas sociais em termos de comportamento sexual; Q4: Influência de pensamentos autodestrutivos na consideração de término à vida; Q5: Situações de bullying e/ou violência associadas ao comportamento sexual.

Figura 8.

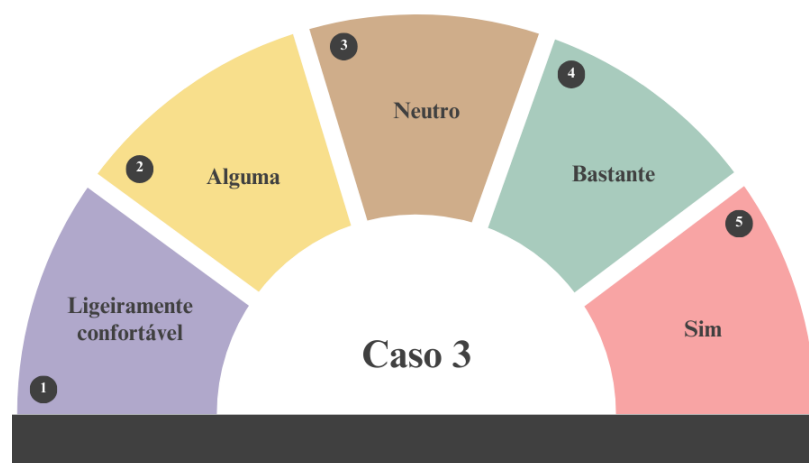
Dados Questionário Pré-Entrevista (M0): Respostas às questões 1-5: Caso 2



Nota. Q1: Sentimento associado ao falar sobre o comportamento sexual; Q2: Percepção de pressão social em termos de comportamento sexual; Q3: Posicionamento da família face às diferenças às normas sociais em termos de comportamento sexual; Q4: Influência de pensamentos autodestrutivos na consideração de término à vida; Q5: Situações de bullying e/ou violência associadas ao comportamento sexual.

Figura 9.

Dados Questionário Pré-Entrevista (M0): Respostas às questões 1-5: Caso 3

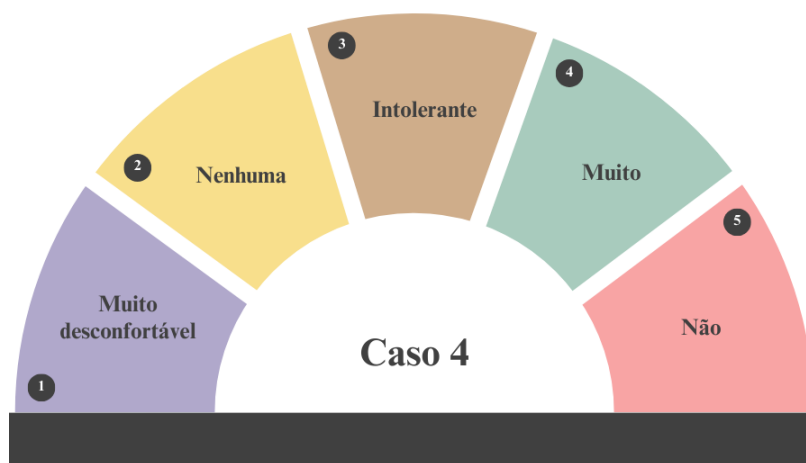


Nota. Q1: Sentimento associado ao falar sobre o comportamento sexual; Q2: Percepção de pressão social em termos de comportamento sexual; Q3: Posicionamento da família face às diferenças às normas sociais em termos de comportamento sexual; Q4: Influência de pensamentos autodestrutivos

na consideração de término à vida; Q5: Situações de bullying e/ou violência associadas ao comportamento sexual.

Figura 10.

Dados Questionário Pré-Entrevista (M0): Respostas às questões 1-5: Caso 4

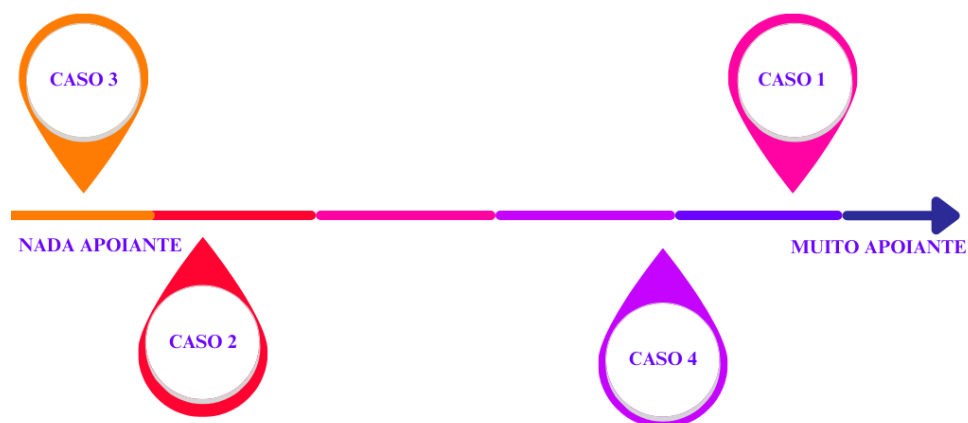


Nota. Q1: Sentimento associado ao falar sobre o comportamento sexual; Q2: Percepção de pressão social em termos de comportamento sexual; Q3: Posicionamento da família face às diferenças às normas sociais em termos de comportamento sexual; Q4: Influência de pensamentos autodestrutivos na consideração de término à vida; Q5: Situações de bullying e/ou violência associadas ao comportamento sexual.

A Figura 11, relativamente à fonte de apoio emocional, 2 participantes inclinaram-se para “nada apoiante” e 2 para “muito apoiante”.

Figura 11.

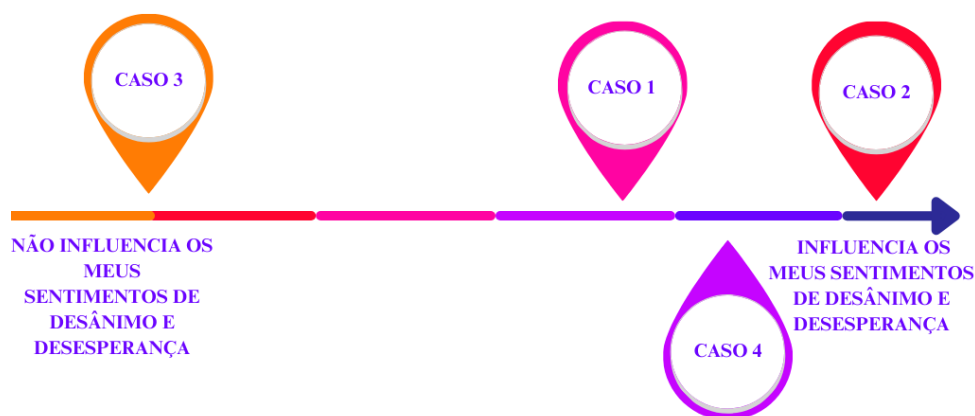
Dados Questionário Pré-Entrevista (M0): Caracterização da Fonte de Apoio Emocional



Na Figura 12, 1 participante inclinou-se para as situações decorrentes da condição de saúde sexual não influenciam os sentimentos de desânimo e desesperança, enquanto 3 indicaram a sua influência.

Figura 12.

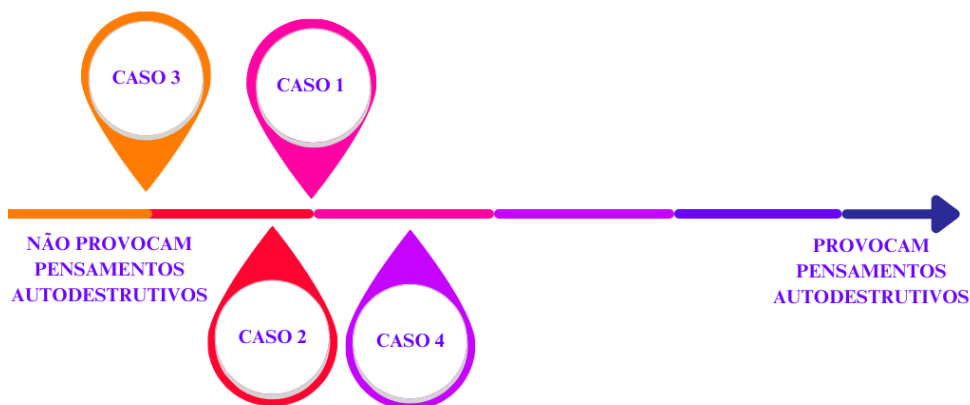
Dados Questionário Pré-Entrevista (M0): Situações decorrentes da Condição de Saúde Sexual e Influência nos Sentimentos de Desânimo e Desesperança



Na Figura 13, relativamente às situações decorrentes da condição de saúde sexual e influência nos pensamentos autodestrutivos, os 4 participantes inclinaram-se para não provocam pensamentos autodestrutivos.

Figura 13.

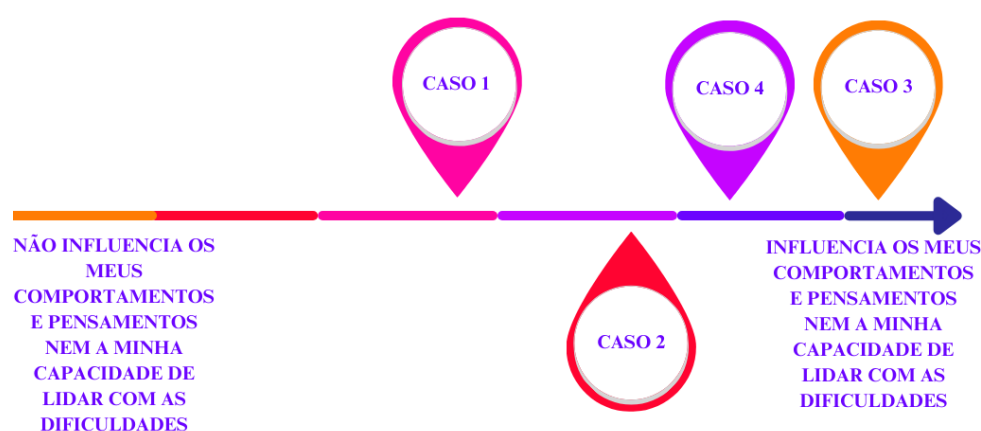
Dados Questionário Pré-Entrevista (M0): Situações decorrentes da Condição de Saúde Sexual e Influência nos Pensamentos Autodestrutivos



Na Figura 14, relativamente às situações de bullying e/ou violência decorrentes da condição de saúde sexual e influência nos pensamentos autodestrutivos e comportamentos e capacidade de lidar com as dificuldades, 3 inclinaram-se para a influência negativa dessas situações nos comportamentos e pensamentos e a capacidade de lidar com as dificuldades.

Figura 14.

Dados Questionário Pré-Entrevista (M0): Situações de Bullying e/ou Violência decorrentes da Condição de Saúde Sexual e Influência nos Pensamentos Autodestrutivos e Comportamentos e Capacidade de lidar com as dificuldades



Na tabela 2, observamos as principais categorias, nomeadamente a resiliência, a DSP e a IS e respetivas subcategorias provenientes da Análise Temática das entrevistas (M1 e M2).

Tabela 2.

Codebook e Descrição (M1 e M2)

Nome	Descrição	Referências
Desejabilidade Social Percebida	Referências relacionadas à forma como os indivíduos percebem e internalizam as expectativas sociais em relação à identidade de género e comportamento sexual, de forma a serem aceites e valorizados	120

Estratégias de <i>Coping</i>	Referências relacionadas às estratégias utilizadas para enfrentar a pressão da desejabilidade percebida	47
Percepção de Pressão Social e Estigma	Referências relacionadas à forma como é percebida e experienciada a pressão social e o estigma em relação à identidade de gênero e comportamento sexual	88
Percepção da Família relativamente à Condição de Saúde Sexual	Referências relacionadas à forma como o indivíduo percebe a posição e compreensão dos membros da família relativamente à identidade de gênero e comportamento sexual	19
Ideação Suicida	Referências relacionadas à presença de pensamentos e intenções suicidas exacerbadas pelas dificuldades e estigma associados às condições de saúde sexual	122
Impacto das Dificuldades decorrentes da Condição de Saúde Sexual	Referências relacionadas às situações e desafios relacionados às condições de saúde sexual que impactam a expressão de ideação suicida	101
Desesperança e Desânimo	Referências relacionadas aos sentimentos de desesperança e	72

	desânimo decorrentes de dificuldades relacionados à condição de saúde sexual	
Estratégias de <i>Coping</i>	Referências relacionadas às estratégias utilizadas de forma a lidar com sentimentos de desânimo ou desesperança decorrentes da condição de saúde sexual	46
Experiências de Bullying e ou Violência	Referências relacionadas a experiências de intimidação, discriminação ou violência devido à condição de saúde sexual.	11
Estratégias de <i>Coping</i>	Referências relacionadas às estratégias desenvolvidas para lidar com as consequências do bullying e/ou violência relacionadas à condição de saúde sexual	8
Pensamentos Autodestrutivos	Referências relacionadas à presença de pensamentos e sentimentos negativos (tais como sentimentos de inadequação, desesperança e/ ou baixa autoestima) decorrentes de dificuldades enfrentadas em relação à condição de saúde sexual	73
Estratégias de <i>Coping</i>	Referências relacionadas às estratégias adotadas de modo a lidar e mitigar os pensamentos autodestrutivos decorrentes de	51

	dificuldades e/ ou desafios associados à condição de saúde sexual	
Autoestima e autoconfiança	Referências relacionadas à percepção sobre a forma como a autoestima e autoconfiança influenciam a capacidade de lidar com dificuldade e/ou desafios decorrentes da condição de saúde sexual	8
Perspetiva otimista	Referências relacionadas ao impacto da perspetiva positiva de futuro na capacidade de lidar com dificuldades e/ou desafios relacionadas à condição de saúde sexual	13
Eventos, Situações e Sentimentos associados	Referências relacionadas aos eventos, situações e sentimentos associados aos pensamentos autodestrutivos relacionados à condição de saúde sexual.	14
Resiliência	Referências relacionadas à capacidade de enfrentar e superar adversidades	150
Apoio Emocional	Referências relacionadas às fontes de apoio emocional (tais como amigos, família, profissionais de saúde) e estratégias de forma a lidar com dificuldades relacionadas à condição de saúde sexual.	84
Características da Rede de Apoio	Referências relacionadas às qualidades e atributos da rede de	33

	apoio consideradas importantes na capacidade de lidar com dificuldades relacionadas à sexualidade.	
Impacto na Autoestima e Autoconfiança	Referências relacionadas à percepção acerca de como o apoio emocional influencia a autoestima e confiança em relação à condição de saúde sexual.	37
Impacto nas Dificuldades relacionadas à Condição de Saúde Sexual	Referências relacionadas ao impacto do apoio emocional na capacidade de lidar com dificuldades relacionadas à condição de saúde sexual.	68
Fatores de Influência na Resiliência	Referências relacionadas aos diversos fatores que contribuem para a resiliência face aos desafios relacionados à condição de saúde sexual	143
Fatores de Risco	Referências relacionadas aos elementos que aumentam vulnerabilidade face às dificuldades da condição de saúde sexual	60
Fatores Promotores	Referências relacionadas aos fatores que promovem a saúde emocional e sexual e fortalecem a resiliência	88
Sexualidade	Referências relacionadas à abordagem da sexualidade que moldam a compreensão,	64

	expressão e percepção dos indivíduos	
Atitudes e Crenças	Referências relacionadas às atitudes e crenças em relação à sexualidade	21
Influência dos Cuidadores	Referências relacionadas à influência dos cuidadores na formação de atitudes, comportamentos e aprendizagens referentes à sexualidade do indivíduo	8
Satisfação Sexual e Expectativas	Referências relacionadas à satisfação sexual e como a mesma se relaciona às expectativas em relação à atividade sexual	10
Fatores Influentes	Referências relacionadas aos fatores que influenciam a satisfação sexual e as expectativas do indivíduo	6
Sentimentos na Comunicação sobre Sexualidade	Referências relacionadas às emoções vivenciadas na comunicação sobre a sexualidade	40
Conforto	Referências relacionadas ao grau da facilidade na abordagem à sexualidade e como isso influencia as suas interações sociais e sentimentos	17
Desconforto	Referências relacionadas ao grau de dificuldade na abordagem à sexualidade e como isso	19

	influencia as suas interações sociais e sentimentos	
Influência das Características de Pessoas e Contextos	Referências relacionadas à percepção sobre como as pessoas e contextos influenciam o nível de conforto e desconforto na discussão da sexualidade	15

6.2. Entrevista: M1

Relativamente à categoria “Sexualidade”, o caso 1 refere que o tema da sexualidade foi abordado através da escola e descreve a atitude dos pais em termos da abordagem à sexualidade como negligente, enquadrando-se na subcategoria “Influência dos Cuidadores”. Refere estar ligeiramente satisfeito com a sua vida sexual (“Satisfação Sexual e Expectativas”), sendo os “Fatores Influentes” a qualidade das interações e a autoestima e confiança. No que toca à “Desejabilidade Social Percebida”, o participante sente pressão para se conformar às normas masculinas de desempenho sexual, resultado em sentimentos de inadequação e desânimo (*“um homem deve estar sempre pronto para relações sexuais, deve ter sempre um ótimo desempenho e homens de verdade não têm problemas sexuais. Tendo em conta que sou homem e a minha condição (...) são coisas que eu acho que está implícito que isto tem de acontecer e acontecer bem (...) e isso é difícil”*); *“Eu acho que duas pessoas vem ao mundo não só para uma razão só mas uma delas é para fazer mais pessoas. Claro que se uma pessoa não consegue fazer isto claro que (...) se as pessoas soubessem podia ficar rotulado de pronto “não presta nada” e eu senti isso durante algum tempo”*) (“Atitudes e Crenças”), contribuindo para o “Desconforto” a falar sobre a sua condição relacionada à saúde sexual (“Sentimentos na Comunicação sobre Sexualidade”), referindo *“Eu sinto-me desconfortável (...) sempre foi para mim durante muito tempo e continua a ser (...) porque também é uma coisa muito pessoal e é estranho chegar ao pé de alguém, e amigos, e falar sobre isso (...) Não gosto de estar ali “ah.. eu faço isto e isto” eu prefiro ficar no meu*

cantinho e não falar". Recorre ao "Apoio Emocional" da parceira como "Estratégias de Coping" ("Desejabilidade Social Percebida"), referindo que "(...) *ela tem uma postura ativa e aberta faz-me sentir melhor (...) Ajuda a não fazer com que o problema seja maior que não me faça ver e sentir que sou e isto é um problema enorme e que nunca vai ser resolvido.*" A família desconhece a condição e o acompanhamento psicológico, acrescentando que "(...) *não é tolerado porque nem sabem mas também se soubessem não iam dizer nada*". O participante relatou "Pensamentos Autodestrutivos" relacionados à falta de amor próprio, motivados pelas dificuldades de desempenho sexual e ansiedade "(...) *Não mereço ser amado porque eu comecei a sentir que tinha um problema e eu tinha muito o pensamento "não vou conseguir; não vou ter ninguém", levando-me a desacreditar em mim e desanimar (...)*" ("Impacto das Dificuldades decorrentes da Condição de Saúde Sexual"). Referiu a pressão social como instigadora de comportamentos e pensamentos autodestrutivos "*A pressão que é.. o homem tem de estar sempre pronto não pode falhar... claro que coloca pressão e quando não acontece com a minha condição, penso coisas más de mim*" ("Perceção da Pressão Social e Estigma"). Mencionou não ter passado por "Experiências de *Bullying* e/ou Violência".

Concernente ao caso 2, a abordagem à "Sexualidade" decorreu no âmbito escolar, nomeadamente, junto de amigos e uma atitude negligente por parte dos pais quanto à abordagem ao tema da sexualidade, enquadrando-se na subcategoria "Influência dos Cuidadores". Reporta estar muito insatisfeito com a sua vida sexual ("Satisfação Sexual e Expectativas"), sendo os "Fatores Influentes" a qualidade das interações, autoestima e autoconfiança e expectativas sociais. No que toca à "Desejabilidade Social Percebida", o participante referente ao caso 2 afirma sentir pressão para seguir normas de comportamento sexual ("*Eu sinto que não consigo dizer em alto e bom som o que eu estou a passar*"; *Eu não me aceito; Estávamos a falar da masculinidade, posso já não ser tão macho porque os meus amigos por exemplo naquelas experiências contadas são uns grandes homens*"; *O homem*

deve estar sempre pronto para relações sexuais (...) é fonte de estigma e pressão social (...) e vão influenciar sempre como a pessoa depois olha para o que está ou tem de fazer sexualmente”; *“Escondo, Refugio-me, fisicamente não, porque ninguém sabe”* (“Atitudes e Crenças”) e de modo a lidar com a mesma recorreu à omissão, mentira, evitamento cognitivo e comportamental à intimidade (“Estratégias de *Coping*”). Revelou ter o “Apoio Emocional” da mãe e o acompanhamento psicológico e descreveu as restantes relações interpessoais superficiais, evitando discussões sobre o assunto preponderante que é a sexualidade devido à condição lhe ser extremamente desconfortável abordar (“Influência das Características de Pessoas e Contextos”), nas quais, em tal caso, ter recorrido como “Estratégias de *Coping*” a omissão e a mentira (“Desejabilidade Social Percebida”). O pai desconhece a sua condição, sendo descrito como alguém incompreensivo e rígido (“Perceção da Família relativamente à Condição de Saúde Sexual”), havendo por parte do participante a expectativa de julgamento por crenças quanto à masculinidade (“Fatores de Risco”), potenciando o sentimento de inadequação, “Desesperança e Desânimo” e “Pensamentos Autodestrutivos” (*“O meu pai (...) pura hipocrisia (...) com ele não falo da condição (...) é homem... há muito presente nele a noção de masculinidade e eu sou exceção a regra”*). Também quanto ao “Impacto das Dificuldades decorrentes da Condição de Saúde Sexual”, relatou dificuldades relacionadas à aceitação da condição (*“Penso: “para quê que me vou continuar a esforçar e a tentar se eu não vou conseguir?” “De quê que serve eu estar aqui se nem é pela pessoa que eu vou arranjar com medo que ela não me aceite é por eu próprio não me aceitar a mim! Se o problema fosse dela eu aceitava, mas eu não posso aceitar que eu seja o problema”*). Sofreu “Experiências de *Bullying* e/ou Violência” devido à condição de saúde sexual e interliga a sua condição a uma relação tóxica que o levou a desacreditar em si (“Fatores de Risco”). Como “Estratégias de *Coping*” face aos “Pensamentos Autodestrutivos”, afastou-se das situações, utilizou a companhia do animal de estimação e *“(...) Falar com a Dra. Carla e com a minha*

mãe". Relativamente ao caso 3, o tema da "Sexualidade" não foi abordado e referiu uma atitude autoritária por parte dos pais quanto ao tema, enquadrando-se na subcategoria "Influência dos Cuidadores". Não se encontra satisfeita nem insatisfeita com a sua vida sexual ("Satisfação Sexual e Expectativas"), identificando como "Fatores Influentes" a autoestima e confiança. No que toca à "Desejabilidade Social Percebida", afirmou que a sociedade e a cultura influenciam fortemente a perceção e aceitação da sexualidade, resultando numa pressão constante para se conformar às expectativas de género, influenciando, inclusive, a escolha profissional (*"eu creio que há sempre o estigma na mulher ser sempre a má da fita. E até se crê que o homem (...) tá sempre disposto, mas não é assim... eu como tive de viver sempre este papel ainda mais sofrimento me trazia porque eu já não me sentia de acordo, e depois ainda havia estas expectativas"*) ("Atitudes e Crenças"). De modo a enfrentar a pressão social recorre ao humor e à escrita, além do apoio social ("Estratégias de Coping"). Segundo o participante, a sua ex-mulher (*"duas mulheres em casa não, uma chega, e eu tive que sair"*); irmão e os pais não aceitaram a sua identidade de género, acrescentando que o filho demonstra uma mentalidade mais aberta ("Características da Rede de Apoio"), embora a identidade de género do pai não lhe tenha sido claramente transmitida por "Desconforto" e receio. Relatou *"Na minha fase da adolescência, como já tinha alguma noção da identidade, por isso é que a situação me tocou, eu era gordinha e comecei a desenvolver peito e numa brincadeira de amigos toda a gente tirou a t-shirt e uma amiga disse "olha ele tem peitos!" e eu fechei-me na t-shirt com medo, até porque a partir dali fui sempre olhado de uma maneira um pedacinho de lado como aquele que não se define"*; *"A minha mãe quando apanhou as minhas roupas mais femininas tratou-me mal chamou-me imensos nomes o meu pai a mesma coisa que ela foi lá contar ao meu pai ele veio falou comigo chamou-me todos os nomes imagináveis"*; *"Quando ia para o trabalho na minha mala com roupa ia sempre umas cuecas de senhora o meu irmão ou mãe ponham lá"*, como "Experiência de Bullying e/ou Violência"

decorrente da sua condição. Todos estes aspetos conduziram a sentimentos de “Desesperança e Desânimo”, mas encontrou “Estratégias de *Coping*” (“Desesperança e Desânimo”) face aos desafios decorrentes da condição relacionada à saúde sexual e “Pensamentos Autodestrutivos” através de atividades ligadas à prática desportiva “*Temos de ser proativos, temos de ser diferentes e ter em mente que temos de trabalhar em nós porque caso contrario não acontece!*”, recorrendo também ao “Apoio Emocional” de pessoas que compartilhavam a condição “*(...) eu arranjo sempre maneira de me automotivar e depois tenho um ciclo de amigos que já passaram pelo mesmo processo e me ajudam também. Não estou sozinho neste processo.*” Além disso, “*(...) refletir “afinal de contas o quê que eu quero? Quem é que eu sou? Se é isto que eu quero se eu sou isto não tenho de ter vergonha de mim tenho de avançar” As minhas amigas que estão neste processo diziam-me “levanta a cabeça não deves nada a ninguém”, assim como adotou uma “Perspetiva Otimista” que refere “Ajudar bastante porque se não tivermos essa perspetiva, aí as coisas ficam mesmo negras, pois as coisas vão acontecendo e é assim acontece porque nos queremos que aconteça”, assim como procurou fomentar a “Autoestima e Autoconfiança” em cursos de autoajuda, sendo “Fatores Promotores” na “Resiliência”. O caso 4 também relatou que o tema da “Sexualidade” nunca foi abordado, e descreve uma atitude por parte dos pais na abordagem ao tema em apreço como negligente, enquadrando-se na subcategoria “Influência dos Cuidadores”. Mostrou-se muito insatisfeita com a sua vida sexual (“Satisfação Sexual e Expectativas”), identificando como “Fatores Influentes” a qualidade das interações. No que toca à “Desejabilidade Social Percebida”, destacou o poder das normas religiosas quanto à sexualidade no âmbito familiar, o que intensificou os sentimentos de inadequação (“Perceção da Família relativamente à Condição de Saúde Sexual”), referindo “*Os meus pais nunca falaram sobre isto, são muito fechados da igreja (...) o meu pai... era muito difícil a minha mãe ia atrás (...) eles nunca aceitaram e criticavam-me até*” (“Atitudes e Crenças”). Relatou o sentimento constante de*

juízo e discriminação (“Percepção de Pressão Social e Estigma”), referindo “*eu sinto-me e sou uma mulher (...) se disser isto a uma pessoa, ela goza, critica, olham de lado ou chamam nomes; “a minha família brigava comigo para não ser assim, como não tinha liberdade, decidi ir para a rua”*. Como “Estratégia de Coping”, adotou uma postura de autenticidade (“*tenho de ser eu mesma (...) não me importa as outras pessoas (...) sigo o que vai no meu coração (...) apresento o meu cartão de cidadão que mostra-me como mulher*”) e apoio social (“*as Doutoradas ajudaram-me; outras pessoas amigas que fui fazendo ao passar de casa para casa e ajudam-me com alimentos e eletrodomésticos para casa*”) de forma a enfrentar a pressão social. Relativamente à “Ideação Suicida”, mencionou sentimentos de “Desesperança e Desânimo” que conduziram a “Pensamentos Autodestrutivos” e tentativas suicidas. Revelou que a rejeição familiar e a pressão social levaram à tentativa de suicídio (“Fatores de Risco”; “Características da Rede de Apoio”), citando “*se a minha família tava a julgar-me a meter-me coisas na cabeça para eu não ser assim, então fiquei mesmo triste e quis e tentei acabar com a minha vida...*”. Teve “Experiências de Bullying e/ou Violência” devido à identidade de género (“*Bateram-me tanto (...) por ter tiques e prostituir-me*”), salientando como “Estratégias de Coping” (“Experiências de Bullying e/ou Violência”; “Desesperança e Desânimo”; “Pensamentos Autodestrutivos”) o foco na autoaceitação, perspectiva otimista “*ajuda-me a suportar tudo, estou mais alegre a correr o que eu quero que eu estou nas consultas para concretizar o meu sonho. Olho para o futuro sabendo que vou ser mulher. Se com o cartão de cidadão já fiquei de cara lavada em lágrimas*”) e em atividades, tais como ouvir música, cuidar de animais (“*sempre foi rádio alto e os meus animais*”), devoção religiosa e uso de substâncias psicoativas (“Fatores de Influência na Resiliência”).

Efetuada uma análise por condição, relativamente ao caso 1 e 2 (ambos com perturbação sexual, nomeadamente, DE) relatam pressão para se conformar às normas masculinas de desempenho sexual (“Desejabilidade Social Percebida”), evidenciando a internalização dessas

normas (“Atitudes e Crenças”). O caso 1 utiliza o apoio da parceira como “Estratégia de *coping* ”, o caso 2 prefere evitar pensar, conversar sobre a situação e confrontar-se com qualquer situação de intimidade. Ambos referem o impacto na “Autoestima e Autoconfiança” decorrente do “Impacto das Dificuldades decorrentes da Condição de Saúde Sexual”. Referem sentir “Desconforto” ao falar sobre o tema sexualidade por “Percepção de Pressão Social e Estigma” e em acréscimo, o caso 2 referiu ser um tema que pré-condição gostava de discutir e quanto ao caso 1 a natureza íntima. A percepção de falta de apoio familiar foi referida (“Apoio Emocional”), seja no caso 1 seja por questões de intimidade ou, no caso 2, pela vergonha, expectativa de julgamento e relação com o pai (“Percepção da Família relativamente à Condição de Saúde Sexual”; “Fatores de Risco”). Os sentimentos de “Desesperança e Desânimo” e “Pensamentos Autodestrutivos” estão presentes, exacerbados pelas dificuldades relacionadas à sua condição relacionada à saúde sexual. Similarmente, as “Estratégias de *Coping* ” (“Desesperança e Desânimo”; Pensamentos Autodestrutivos”) foram acima referidas. Relativamente ao caso 3 e 4 (ambos com DG) relataram pressão para se conformar às expectativas sociais de género (“Desejabilidade Social Percebida”). Ambos mencionam o apoio social, especificamente o caso 3 utiliza o humor e a escrita como “Estratégias de *Coping* ”, enquanto o caso 4 adota uma postura de autenticidade. Ambos enfrentaram julgamento e discriminação, socialmente e no âmbito familiar (“Percepção de Pressão Social e Estigma”; “Percepção da Família relativamente à Condição de Saúde Sexual”), tendo a falta de aceitação resultado em sentimentos de “Desesperança e Desânimo”). O caso 4 experienciou “ *Bullying* e/ou Violência”, substâncias psicoativas, sentimentos de “Desesperança e Desânimo”, “Pensamentos Autodestrutivos” “Ideação Suicida” e tentativa de suicídio devido às dificuldades decorrentes da identidade de género, enquanto o caso 3, experienciou “ *Bullying* e/ou Violência” e sentimentos de “Desesperança e Desânimo” decorrentes da identidade de género, encontrou “Estratégias de *Coping* ” em experiências comuns quanto à

condição proveniente de pares e recursos internos, como perspectiva positiva de futuro, a autoestima e autoconfiança, assim como atividades físicas (“Fatores Promotores”).

Efetuada uma análise em grupo, foi um tema comum entre os participantes a percepção de pressão social e estigma relacionados à condição de saúde sexual (“Desejabilidade Social Percebida”; Percepção de Pressão Social e Estigma”), nomeadamente às normas de comportamento sexual e expectativa de género, contribuindo para o isolamento, vergonha, inadequação e desespero. Especificamente, é tema recorrente a percepção da família enquanto fonte de pressão social e estigma, sendo que muitas vezes transportam crenças rígidas e normas convencionais seja na percepção de género seja no comportamento sexual (“Percepção da Família relativamente à Condição de Saúde Sexual”); em conjunto com a falta de aceitação, também a compreensão. As dificuldades relacionadas à condição de saúde sexual impactaram a autoestima e autoconfiança dos participantes (“Impacto das Dificuldades decorrentes da Condição de Saúde Sexual”), contribuindo em alguns para sentimentos de desconforto ao falar sobre o tema, também devido à percepção de pressão social e estigma. Tudo os aspetos em apreço foram identificados como gatilhos para sentimentos de inadequação e desânimo e “Pensamentos Autodestrutivos”. Os “Pensamentos Autodestrutivos” demonstram-se mais prevalentes nos participantes com DE, ligados à preocupação com o desempenho sexual ligado à conformidade social e medo do fracasso, embora o caso 4 (com DG) tenha demonstrado maior intensidade quanto aos pensamentos catalisadores de “Ideação Suicida”, recorrendo à tentativa de suicídio numa fase inicial. Os participantes com DG relatam maior julgamento e discriminação social (“Desejabilidade Social Percebida”; “Percepção de Pressão Social e Estigma”; “Percepção da Família relativamente à Condição de Saúde Sexual”, vivenciando situações de “*Bullying* e/ou Violência”. Foram identificadas diferentes “Estratégias de *Coping*” (“Desejabilidade Social Percebida”; “Resiliência”; “Ideação Suicida”) entre os participantes, com alguns focando na

autenticidade, apoio emocional (pares, família, profissional de saúde, animais de estimação), humor e atividades prazerosas, outros mentem, omitem, evitam confrontar a situação.

6.3. Entrevista: M2

No que toca à “Desejabilidade Social”, o caso 1 *“desde a primeira entrevista, ainda sinto uma certa pressão para me conformar às expectativas da sociedade em relação ao comportamento sexual mas houve algumas mudanças subtis.”* (“Perceção da Pressão Social e Estigma”), que contribui para ligeiros sentimentos de “Desânimo e Desesperança” e “Pensamentos Autodestrutivos”, já que refere *“Óbvio a sociedade tem expectativas em relação ao comportamento sexual agora com cada vez mais acompanhamento não faz tanta diferença mas era aquela coisa... Eu penso sempre no “e se...? E se corre mal? E se não acontece? Fico mal”*. Embora ainda sinta “Desconforto” ao falar sobre o seu comportamento sexual, refere uma melhoria atribuída ao “Apoio Emocional” contínuo da sua namorada enquanto *“principal fonte de apoio emocional (...) desempenha mesmo um papel fundamental na forma como lido com os desafios emocionais relacionados ao meu comportamento sexual... Demonstra compreensão da situação e nunca julga”* (“Fatores Promotores”), ainda que continue a privilegiar discutir o tema em contextos íntimos e seguros como o acompanhamento psicológico (“Influência das Características de Pessoas e Contextos”). A “Perceção de Pressão Social e Estigma” mantiveram-se constantes, mas a manutenção do apoio da namorada, do acompanhamento psicológico e agora *“(...) reflexão e conhecimento de mim mesmo (...)”* funcionam como “Estratégias de Coping” para a redução da perceção de pressão social. Também como “Estratégia de Coping”, mencionou que o envolvimento em atividades agrícolas *“(...) melhora o bem-estar emocional”* e “Autoestima e Autoconfiança”, ajudando a lidar com os desafios numa “Perspetiva Otimista”, evidenciando uma redução dos sentimentos de “Desânimo e Desesperança” e “Pensamentos Autodestrutivos”, embora *“(...) os desafios relacionados ao meu comportamento sexual, há ainda momentos que podem ser*

subtis”. O caso 2 relatou uma leve melhoria no “Conforto” ao falar sobre a sua condição referente ao comportamento sexual no contexto de acompanhamento psicológico. Embora a expectativa de falta de aceitação por parte do pai e a pressão social continuam a afetar a sua autoestima, autoconfiança e autoaceitação (“Perspetiva da Família relativamente à Condição de Saúde Sexual”, “Impacto na Autoestima e Autoconfiança”, “Fatores de Risco”), referindo “*Compartilhei que sinto uma falta de tolerância ou aceitação por parte de meu pai... É difícil para mim... A sua falta de aceitação ainda afeta a minha autoestima e autoaceitação*”; *Ainda sinto uma grande pressão social para me comportar de forma que seja considerada sexualmente aceite pela sociedade... Continuo a sentir que há uma expectativa para me comportar de certa maneira... A pressão social ainda influencia bastante a forma como expresso a minha sexualidade... Muitas vezes acabo por esconder ou reprimir certos aspetos de quem sou simplesmente para evitar julgamento ou confronto (...) os pensamentos autodestrutivos ainda persistem e estão ligados aos desafios que enfrento em relação ao meu comportamento sexual. A sensação de desespero e incapacidade diante desses desafios leva-me a questionar o meu valor*”. Face a isto, adotou novas “Estratégias de Coping”, nomeadamente, a desafiar internamente as expectativas sociais, “*(...) trabalhar na autoaceitação e autoestima*” e ser mais honesto consigo, reduzindo as mentiras e omissões, atribuindo tais mudanças ao “Apoio Emocional” da mãe e o acompanhamento psicológico (“*Agora reconheço que há pessoas próximas que estão dispostas a ajudar se eu me abrir com elas. Abrir-me com minha mãe e com a Dra. Carla foi um passo importante para mim, para a minha capacidade de lidar com as dificuldades*”). Consequentemente, evidencia uma redução dos sentimentos de “Desesperança e Desânimo” e “Pensamentos Autodestrutivos”, embora ainda estejam presentes (“*Reduziram, pois tenho feito algumas reflexões sobre esses sentimentos de desânimo e desesperança em relação à vida, especialmente em relação aos desafios relacionados ao meu comportamento sexual... e ao longo do tempo tenho aprendido*

a lidar com esses sentimentos de desânimo”). O caso 3 relatou uma evolução na forma como se sente e expressa em termos da sua identidade de gênero, devido ao “Apoio Emocional” contínuo de profissionais de saúde mental e pessoas significativas “Tenho sido mais consciente da presença de amigos, familiares e profissionais que estão disponíveis para me ouvir e apoiar quando necessário!”, pese embora ainda enfrente desafios devido à sua profissão e à sociedade conservadora (“Percepção de Pressão Social e Estigma”). A nível das “Estratégias de Coping”, continua a utilizar o humor, a escrita “Continuo e até que novas abordagens se revelem mais eficazes, pretendo continuar com estas estratégias”, o conforto no apoio de amigos e familiares e, além disso, possui uma “Perspetiva Otimista” maior em relação ao futuro. Estas estratégias contribuem para uma melhor gestão dos sentimentos de “Desesperança e Desânimo”, sentindo-se mais confiante para enfrentar os desafios “...esses desafios podem surgir e ter o seu impacto mas o meu desejo de seguir em frente e superá-los continua sendo mais forte”, mantendo nulo os “Pensamentos Autodestrutivos”. O caso 4 demonstrou uma evolução significativa na expressão da sua identidade de gênero (“Então agora não quero saber mais do que os outros pensam sobre a minha identidade de gênero. Quando alguém critica eu mostro o meu cartão de cidadão com orgulho que mostra que sou uma mulher. Não me importo mais com as reações negativas pois estou confiante em quem sou e feliz gosto de mim assim e chega”). Relata sentir-se mais confiante e não se importar com as reações negativas de terceiros (“Desejabilidade Social”), tendo o “Apoio Emocional” de amigos, profissionais de saúde e alguns familiares um papel nesta mudança positiva (“aceito-me e valorizo a minha identidade de gênero como mulher. Então se não tinha antes, agora também não porque o apoio e aqui com vocês as psicólogas, os meus animais têm sido importantes para eu continuar a ser forte mesmo quando existem coisas que possam surgir” ;”recebi apoio que ajudou e ajuda a pensar formas diferentes de lidar” ; “Claro ainda existem momentos em que os desafios afetam os meus sentimentos de desânimo mas eu como

encontrei apoio significativo em pessoas que me compreendem e apoiam é fundamental para enfrentar esses momentos difíceis”). A “Percepção de Pressão Social e Estigma” e julgamento familiar diminuíram após o falecimento do pai (“começaram a perceber melhor e não sei aceitar mais quem sou”), embora a mãe ainda mostre alguma resistência (quando me vê chama-me pelo nome de homem e diz para tirar a roupa que estou a usar claro mais feminina”) (“Percepção da Família relativamente à Condição de Saúde Sexual”). A nível das “Estratégias de Coping”, continua a enfrentar desafios de forma autêntica, privilegiando a autoaceitação e o “Apoio Emocional” proveniente dos profissionais de saúde, dos seus animais de estimação e a música (“Agora tenho a psicóloga aqui o apoio de amigos e algum já dos meus familiares e claro eu tenho os meus animais, música e Deus para enfrentar esses momentos que são mais difíceis”). Quanto aos pensamentos autodestrutivos e tentativas de suicídio, referiu “já não faria isso agora não existem causas... Tenho ajuda aqui e o apoio de amigos e pessoas de confiança eu tenho os meus animais. E sempre acreditar em Deus acreditando que há um futuro bom no outro e no outro dia”.

Em termos da análise por condição, no que concerne à “Desejabilidade Social”, os participantes com DE continuam a sentir a pressão para se conformar às normas masculinas de desempenho sexual (“Percepção de Pressão Social e Estigma”). O caso 1 relatou uma leve melhoria no “Conforto” ao discutir a sua condição, devido ao “Apoio Emocional” da sua namorada e a “Estratégias de Coping” como o envolvimento em atividades agrícolas (“Desejabilidade Social”). O caso 2 também notou uma mudança, tentando ser mais honesto consigo mesmo e desafiando internamente as expectativas sociais, como “Estratégias de Coping” para combater a “Desejabilidade Social”. Ambos ainda enfrentam desafios relacionados à “Autoestima e Autoconfiança”, exacerbados pela pressão social. O “Apoio Emocional” e o acompanhamento psicológico são essenciais para lidar com a pressão social, sentimentos de “Desespero e Desesperança” e “Pensamentos Autodestrutivos” que, embora

tenham diminuído, reincidem. Os participantes com DG relataram uma evolução na expressão da sua identidade e no “Conforto” ao falar sobre as suas experiências. O caso 3 continua a utilizar o humor, a escrita e apoio social como “Estratégias de *Coping*”, apesar da pressão social persistente (“Perceção de Pressão Social e Estigma”). O caso 4 demonstrou uma evolução significativa, sentindo-se mais confiante, devido ao “Apoio Emocional” de amigos, profissionais de saúde e alguns familiares, desvalorizando possíveis reações negativas. Ambos os participantes ainda enfrentam julgamento e discriminação, mas com recurso a “Estratégias de *Coping*” evidenciam maior autoaceitação, capacidade para lidar com a situação e “Perspetiva Otimista” de futuro, após três meses de acompanhamento psicológico.

Efetuada uma análise em grupo, os participantes continuam a demonstrar “Perceção de Pressão Social e Estigma” relacionados à sua condição de saúde sexual. No entanto, após três meses de acompanhamento psicológico, descrevem uma evolução na forma como percebem e lidam com a percepção de pressão social. Pese embora os desafios relacionados ao comportamento sexual e identidade de género continuem a impactar a “Autoestima e Autoconfiança” dos participantes, o apoio emocional (nomeadamente, amigos, parceiro(a), acompanhamento psicológico) e as estratégias de *coping* desenvolvidas mostraram-se úteis para facilitar a forma como lidam com essas questões, refletindo um impacto positivo nas dificuldades enfrentadas. Os participantes relataram sentimentos de “Desesperança e Desânimo” e “Pensamentos Autodestrutivos” de alguma forma no primeiro momento. Os participantes 1 e 3 não consideravam realmente pôr término à vida (“Ideação Suicida”), postura que se mantém, destacando “Fatores Promotores” como o “Apoio Emocional” proveniente da família, pares e profissionais de saúde e atividades que promovem bem-estar (“Caraterísticas da Rede de Apoio”). Os participantes 2 e 4 relataram “Pensamentos Autodestrutivos”, associados ao estigma e rejeição familiar (“Perceção da Família relativamente à Condição de Saúde Sexual”). Especificamente, o participante 4, relatou

comportamentos autodestrutivos, associados a um histórico de tentativas de suicídio. No entanto, atualmente, ambos conseguem lidar com esses pensamentos utilizando “Estratégias de *Coping*” adaptativas, mencionando a terapia e o “Apoio Emocional”. Após três meses do acompanhamento, todos os participantes descreveram uma diminuição da intensidade dos seus “Pensamentos Autodestrutivos”, associada a “Estratégias de *Coping*” desenvolvidas como mecanismo de adaptação. Além do seu papel para a redução dos sentimentos de “Desesperança e Desânimo” e dos “Pensamentos Autodestrutivos”, as “Estratégias de *Coping*” relatadas mostraram-se importantes para lidar com a pressão social e a “Desejabilidade Social Percebida”, nomeadamente pelo “Apoio Emocional”, caracterizado pelo não-julgamento e porventura autoaceitação (“Fatores Promotores”). Apesar das diferenças nas experiências individuais, todos destacam a importância do apoio social e da autoaceitação (“Estratégias de *Coping*”) para lidar com sentimentos de “Desesperança e Desânimo” e “Pensamentos Autodestrutivos”. A autenticidade, o “Apoio Emocional” (animais de estimação, pares, profissionais de saúde e familiares), autorreflexão e autoconhecimento, a promoção de autoaceitação, “Perspetiva Otimista”, humor e o envolvimento em atividades prazerosas (no caso, a escrita, a música e atividades agrícolas) foram “Estratégias de *Coping*” identificadas.

7. Discussão

A presente dissertação apresentada, que compreende *case series studies*, explorou a interação entre resiliência, IS e DSP em indivíduos com DE e DG.

Os resultados evidenciam uma lacuna na educação sexual pelos participantes e uma atitude dos cuidadores relativamente à sexualidade predominantemente como negligente ou autoritária (nenhum participante apontou uma atitude democrática). Beliz (2018), Johnson e Ramirez (2022), Martinez e Chen (2023) e Smith e Lee (2021), destacam a importância da exposição precoce e transparente na educação sexual para desmistificar concepções erróneas

assim como potencializar a capacidade de enfrentamento dos indivíduos mediante questões sexuais. A junção de fatores educacionais e familiares poderão ter tido um papel na inibição e desconforto em relação à sexualidade expressos pela maioria dos participantes. Nos casos presentes nesta investigação, há dificuldade em abordar as dificuldades sexuais e inibição da condição (Gomes, 2023), indicativo de pressão para se conformar às expectativas sociais percebidas (Bispo-Júnior, 2022). Os participantes com DE que manifestaram maior desconforto associado à abordagem à sexualidade, referiram o impacto na autoestima (Bonato & Baccarim, 2023) e dificuldade em compartilhar as dificuldades sexuais devido à norma de masculinidade, que impõe uma expectativa de desempenho sexual constante e competente, que desencoraja a expressão de vulnerabilidades, exacerbando, por sua vez, a pressão para atender a tais expectativas sem falhas (Berman et al., 2003; Ramos, 2013, Reed-Maldonado & Lue, 2016). Nobre e Pinto-Gouveia (2006; 2008; 2009; 2010) discutem a contribuição da internalização de normas referente ao desempenho sexual e respetivo sofrimento psicológico, relevantes no contexto das expectativas e pressões descritas concretamente pelos participantes com DE. O caso 2, manifesta uma autoimagem negativa e uma dificuldade de autoaceitação, resultado da percepção de pressão para atender às expectativas de desempenho e funcionalidade (Bonato & Baccarim, 2023). A internalização de normas socioculturais pode contribuir para crenças e pensamentos automáticos negativos (Nobre e Pinto-Gouveia, 2006; 2008; 2009; 2010). Poderá sustentar-se na concordância dos participantes com DE relativamente às afirmações referentes às normas sociais (A3; A4 na Figura 6), exacerbando a pressão e as expectativas em relação à função sexual e impacto na saúde mental e sexual. Considerando as evidências correspondentes às crenças relativamente ao papel da mulher na atividade sexual e influências culturais quanto à vivência da sexualidade (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006), seria pertinente expandir a investigação para incluir perturbações sexuais

femininas, possibilitando uma análise da compreensão das respostas às afirmações (A1; A5; A6; A7; A8 da Figura 6).

Embora as expectativas de gênero e as normas de desempenho sejam promulgadas pelo macrosistema, a adesão ao nível do microsistema será variável (Bronfenbrenner, 1979; 1986). O caso 2 evidencia a percepção de normas socioculturais e expectativas familiares, especialmente do pai, que valoriza a visão de masculinidade, influenciada e determinada pelo macrosistema. O participante refere, por esse motivo, impacta o conforto em abordar esta questão, por expectativa de julgamento (Joiner & Ribeiro, 2009). Torna-se igualmente importante as fontes de apoio (mãe e profissional de saúde mental) empoderaram o indivíduo a resistir ou adaptar-se a influências (Bronfenbrenner, 1979; 1986), reconhecendo como elementos críticos na resiliência (Masten, 2014; Ungar, 2021). A resistência apresentada pelo microsistema, pode ser superada (Bronfenbrenner, 1979; 1986). O caso 4, com pais com convicções religiosas afincadas e renegado pela questão identitária, demonstra que há uma evolução da aceitação no microsistema, essa transformação foi um aliado nos resultados benéficos reportados pelo indivíduo (M2) no bem-estar, destacando a importância do apoio familiar (Ungar, 2021).

Os sentimentos de vergonha reportados pelo caso 3, podem ter sido incutidos pela atitude autoritária dos cuidadores e falta de diálogo sobre sexualidade (Beliz, 2018; Johnson & Ramirez, 2022; Martinez & Chen, 2023; Smith & Lee, 2021), reforçando o desconforto e inibição da condição identitária no M1 (Brotto et al., 2016), atenuado no M2 devido ao apoio psicológico e emocional, refletindo a importância desses recursos (Masten, 2014; Ungar, 2021). Apesar da restrição educacional e convicções religiosas dos cuidadores do caso 4, possui uma trajetória de resiliência distinta. Demonstrou conforto em expressar a sexualidade, empregando a autenticidade como estratégia de *coping*. Esta abordagem, inicialmente, levou-o a abandonar o ambiente familiar, enfrentando condições adversas, consumo de substâncias

psicoativas e ideação e tentativas de suicídio. A estratégia de autenticidade, ao longo do tempo, promoveu uma expressão saudável de si e autoestima, destacando a importância das características individuais na resiliência (Figura 1. Masten, 2007; 2014; 2019; Ungar, 2021) na superação e adaptação face à exclusão imposta pelo microsistema familiar e macrosistema, que contribuíram potencialmente para os consumos de substâncias psicoativas e ideação e tentativa de suicídio (Klonsky & May, 2015), reportado no M1 e solidamente no M2, suportada por fontes de apoio social (Masten & Cicchetti, 2016; Ungar, 2021). Os participantes percebem a família como maioritariamente incompreensiva e discriminatória face às condições de saúde sexual, exacerbando a intensidade da pressão social neles exercida e potencializando a vulnerabilidade e inadequação (Francisco et al., 2020). O caso 4 exemplifica como o ambiente familiar opressivo leva à adoção de estratégias de *coping*, como sair de casa, em resposta à violência intrafamiliar e à impossibilidade de expressar a sexualidade, evidente no estudo e em Selles e colaboradores (2022) que salientam a violência intrafamiliar como fator no adoecimento psíquico, particularmente quando os indivíduos são impedidos de expressar a sua sexualidade, intensificando a vulnerabilidade e sofrimento psicológico, resultando em uma falta de perspectiva de vida (observado no caso 4), tais fatores culminaram em ideação e na capacidade para agir (Klonsky & May, 2015). É pertinente interligar à educação sexual, sendo que prevenção de efeitos negativos que surgem da falta de aceitação e compreensão de condições relacionadas à saúde sexual, evidente na investigação, depende, em grande medida, da educação sexual, transmitida tanto no âmbito familiar quanto nos meios educativos formais, ao longo do ciclo de vida (Beliz, 2018; Johnson & Ramirez, 2022; Martinez & Chen, 2023; Smith & Lee, 2021).

Observam-se desafios díspares quanto à (in)visibilidade das condições de saúde sexual. A investigação explora a “dança” entre o que é público e privado. Na DG, a visibilidade da condição, torna mais suscetível o julgamento e discriminação social, conforme evidenciado

por Costa (2023) e nos resultados. A resiliência dos participantes parece ser moldada pela (in)visibilidade da condição. Esta visibilidade parece facilitar a mobilização de redes de apoio e, por sua vez, o desenvolvimento estratégias de *coping*, como a autoaceitação e autenticidade, que estes participantes já possuíam no início da investigação. Por outro lado, a DE, por ser menos visível, reduz a exposição ao estigma direto, mas dificulta a expressão das dificuldades, intensificando o sofrimento, isolamento, autojulgamento e desconforto, conforme discutido por Berman et al. (2003), levando a estratégias menos positivas evidenciadas nos resultados, como evitamento e mentira. Porém, a investigação não identificou evidências diretas de que a visibilidade facilite o acesso ao apoio social, apontado para estudos futuros. Nesta lógica, podemos, ainda, discutir a aplicação da DSP à própria investigadora. Muitos participantes, embora reticentes em discutir as suas condições com a família, sentiram-se confortáveis em compartilhá-las no contexto de investigação. A realização de estudos sobre esta temática requer uma atitude securizante e de não julgamento (Costa, 2023; Ungar, 2021) por parte do investigador, que pode (também) contribuir para reforçar os processos de resiliência, quer a nível individual quer do próprio macrossistema.

Os participantes relataram no M1 desânimo e desesperança e pensamentos autodestrutivos associados à sua condição de saúde sexual, acentuados pela pressão social e estigma, corroborando Costa (2023). No caso dos participantes com DG, esses sentimentos decorrem da rigidez social. No caso dos participantes com DE também, além da própria condição de saúde sexual e desafios na autoaceitação (Costa, 2023; Gomes, 2023). Klonsky e May (2015) destacam que estes sentimentos reportados pelos participantes, são exacerbados pela falta de ligação emocional significativa, constituindo-se catalisadores para IS. A experiência de alguns participantes ilustra como a percepção de estigma social e a falta de aceitação, tanto no ambiente familiar quanto social, podem intensificar a IS (Klonsky & May, 2015). No caso 1 com DE, a pressão para conformar-se às normas de desempenho sexual masculino gera

sofrimento psicológico e sentimentos de inadequação, como refletido nas suas descrições. Porém, o apoio da parceira reduz o que Joiner e Ribeiro (2009) descrevem como pertencimento frustrado e percepção de onerosidade, fatores de risco para a IS. Todavia, o caso 2 também com DE, enfrenta dificuldades com a visibilidade da condição e autoaceitação que Klonsky e May (2015) identificam como um propulsor para IS. As consequentes estratégias de *coping* adotadas, como mentira e evitamento por expectativa de julgamento negativo, acentuam a sensação de isolamento, alienando o indivíduo de potenciais apoios que mitigam a IS (Klonsky & May, 2015; Gomes, 2023).

Os casos com DG, evidenciam as repercussões da não conformidade com as normas de género socialmente estipuladas. A discriminação e a violência enfrentadas por esses participantes, como evidenciado pelo *bullying* e rejeição tanto na esfera pública quanto privada reportado, amplificam o sofrimento psicológico e a desesperança (Meyer, 2015). No caso 4, ideação e tentativa de suicídio foram relatadas, afincando as evidências destacadas por Moura et al (2023) e Perez-Brumer et al. (2017), que materializam como a violência e rejeição familiar manifestada na expulsão de casa, precipita IS e comportamentos autodestrutivos. Nos casos 1 e 2, cingiram-se aos pensamentos autodestrutivos.

Após 3 meses do acompanhamento, ou seja, no M2, a investigação registou uma redução na necessidade de conformidade social, desânimo, desesperança e pensamento autodestrutivos, associada à adoção de estratégias de *coping* e suporte emocional crucial na diminuição do sofrimento psicológico (Klonsky & May, 2015). Costa (2023) corrobora, uma menor ênfase na conformidade às expectativas sociais pode resultar em bem-estar. A adoção de estratégias de *coping* adaptativas foi outro elemento central observado neste momento da investigação, na medida em que os resultados decorrem da adoção dos participantes, nomeadamente, autoaceitação, atividades agrícolas, atividade física, música, humor, escrita, com maior ênfase por todos os participantes no apoio emocional (familiares, amigo e o

acompanhamento psicológico) cruciais na reestruturação emocional, que reduz a IS e mitiga e ajuda a enfrentar adversidades, fortalecendo a capacidade de lidar com a pressão e expectativa social e a resiliência, sendo apontados por Masten (2014) e Ungar (2021). Este aspecto ressalta a importância de uma rede de apoio sólida, que não apenas provê um ambiente seguro para a expressão de vulnerabilidades, mas valida as experiências e sentimentos do indivíduo, reduzindo a sensação de isolamento e inadequação (Costa, 2023). Ou seja, a capacidade de adaptação e recuperação no meio da adversidade, característica da resiliência, é ampliada pela utilização de estratégias de *coping* e apoio social pelos participantes em investigação, em linha com as observações de Masten (2014) e Ungar (2021).

A forma como os participantes lidam com as pressões e desafios/dificuldades relacionados à condição de saúde sexual, podem ter sido impactadas por influências externas (Brotto et al., 2016). Participantes que cresceram em ambientes onde discutir sexualidade era tabu, nomeadamente o caso 1, 2 e 3 desenvolveram estratégias de *coping* desadaptativas, marcadas pelo evitamento – e conseqüentemente não enfrentamento do problema – referindo sentir desconforto na comunicação na abordagem à sexualidade e condição. Em contrapartida, o caso 4, sente conforto na abordagem e expressão da sexualidade. Considerando as normas como fatores de risco, fatores como rejeição familiar, experiências de bullying e/ou violência, falta de apoio social, autoestima e autoeficácia impactam a capacidade de enfrentar situações adversas (Masten, 2014; Ungar, 2021). Todavia, os relatos também permitem identificar fatores promotores de resiliência, corroborados nas evidências científicas, nomeadamente apoio emocional (parceiro, família, pares, profissionais de saúde, animais de estimação), autoaceitação, humor e atividades promotoras de bem-estar (escrita, música, atividades agrícolas, atividade física). O acompanhamento psicológico, revelou-se unanimemente promotor de resiliência, conforme a visão de Costa (2023) ao proporcionar um espaço, que desafie normas culturais e permita a expressão da sexualidade sem medo de julgamento.

A investigação demonstrou que, embora a família e outros sistemas de apoio sejam inegavelmente importantes, o papel central na construção de resiliência é do próprio indivíduo. Conforme as evidências, a mudança interna permite encontrar formas de fortalecer a sua resiliência, independentemente do contexto. No acompanhamento psicológico, incentiva-se o desenvolvimento de estratégias adaptativas e proativas, ao invés de esperar mudanças externas; isso foi consensual entre os participantes, este facilitou estratégias, com destaque para aquelas que promovem a resiliência, alinhando-se a Costa (2023). A forma como os indivíduos percebem o seu valor e interpretam as normas socioculturais, é determinante para a resiliência. Observou-se uma percepção de evolução do contexto, mas, o compromisso interno destacou-se no enfrentamento das adversidades.

O acompanhamento psicológico facilitou desenvolvimento de estratégias adaptativas. No M2, as estratégias de *coping* desadaptativas identificadas no M1, deixaram de prevalecer, dando lugar a estratégias adaptativas. A resiliência, definida por Masten (2014) e Ungar (2021), como a capacidade de recuperar-se das adversidades, funcionando como indicativo de saúde mental e bem-estar, evidenciou-se nos participantes no M2. No contexto das entrevistas realizadas, evidência como os conceitos teóricos afetos à resiliência de Masten (2014) e Bronfenbrenner (1979; 1986) se materializam nas vivências dos participantes. A resiliência manifesta-se através da interação dinâmica entre os indivíduos, e no caso, participantes e respetivos ambientes, abrangendo as redes de suporte, como família, amigos e profissionais de saúde. Os microsistemas e mesossistema, descrito por Bronfenbrenner (1979; 1986) desempenham um papel fundamental no desenvolvimento da resiliência. As interações neste nível, especialmente a família, amigos e profissional de saúde mental, proporcionam um desenvolvimento de fatores de resiliência individuais, o que esta investigação confirma. Ao nível do exossistema e macrossistema, as normas socioculturais e outros fatores de risco, realçados nesta investigação pela evidência nos casos, ameaçam o desenvolvimento e o bem-

estar. Porém, a capacidade de adaptar-se, aliado a estratégias de coping, apoio social e o compromisso na promoção de recursos internos, transformam adversidades em oportunidades para crescimento, refletindo resiliência (Ungar, 2021; Masten, 2014).

8. Conclusão

Neste estudo, investigou-se a relação entre resiliência, IS e DSP em indivíduos com DE e DG.

Considerando a sexualidade uma dimensão que ocupa uma posição basilar na vida do indivíduo, uma vivência gratificante da mesma é uma condição essencial para o bem-estar (Pascoal, 2023). Falar sobre sexualidade é falar de nós enquanto pessoas, de relações e de valores, é refletir sobre a nossa humanidade e convivência em sociedade, sendo um construto social (Beliz, 2018; Johnson & Ramirez, 2022; Martinez & Chen, 2023; Smith & Lee, 2021). Existem exigências referentes ao comportamento sexual e identidade de gênero, que podem ser contrários à experiência individual de uma sexualidade satisfatória (Costa, 2023) e os resultados desta investigação apontam neste sentido. As normas socioculturais impõem expectativas incompatíveis com as vivências individuais, impactando negativamente a saúde sexual e mental, evidente no estudo. Deve-se constantemente atentar em prevenir o sofrimento de outros, assimilando que a sexualidade é ampla e diversa (Gomes et al., 2021) e, portanto, aponta-se para a necessidade de programas de educação sexual (Beliz, 2018; Johnson & Ramirez, 2022; Martinez & Chen, 2023; Smith & Lee, 2021).

Resultante das dificuldades associadas à condição de saúde sexual, predominaram no M1 indicadores de saúde mental adversos, nomeadamente IS e DSP. Contudo, observou-se uma diminuição destes no M2, atribuída a estratégias de *coping* adaptativas e apoio emocional (proveniente de animais de estimação, parceiros, amigos, familiares e profissional de saúde mental) que facilitaram a adaptação, superação e construção de resiliência (Masten, 2007; 2014; Ungar, 2021). O acompanhamento psicológico foi unanimemente identificado como um

fator de resiliência, promovendo o desenvolvimento de estratégias de *coping*. A resiliência é resultado de múltiplos fatores e avistou-se incontornável a influência das normas sociais nos casos analisados, ilustrando vivamente como podem moldar as trajetórias de resiliência de várias maneiras. É um processo assente nas interações dinâmicas com os ambientes proximais e distais, como teorizado por Bronfenbrenner (1976; 1989), Masten (2014) e Ungar (2021). Os participantes, apesar das pressões para conformidade e experiências de rejeição e estigmatização, que geraram desânimo e pensamentos autodestrutivos, demonstram ser resilientes. Sublinha-se a importância de intervenções focadas na promoção da autoestima e autoaceitação; no fortalecimento de redes de apoio positivas, e ofereçam um espaço seguro e facilitador de resiliência, como o acompanhamento psicológico (Costa, 2023; Gomes et al., 2021).

Métodos parcelares não consideram o contexto mais amplo da vida dos indivíduos, ficando evidente a pertinência de uma abordagem ecológica. Ademais, é imperativo adotar uma perspectiva desenvolvimental (Beliz, 2018; Johnson & Ramirez, 2022; Martinez & Chen, 2023; Nobre, 2010; Smith & Lee, 2021) reconhecendo a importância da educação sexual ao longo de todo o processo de desenvolvimento (e não apenas na adultez, como se averigua nos casos analisados). A prevenção das condições relacionadas com a saúde sexual, nomeadamente DSP e IS (fatores que impactam na saúde sexual e mental) passa, em grande medida, pela educação sexual na infância e adolescência, transmitida quer a nível familiar quanto nos meios educativos formais, pelo que estes resultados destacam a importância do papel da educação sexual na saúde pública (Costa, 2023). Mais, ao abordar a sexualidade deve-se considerar a sua interligação ao desenvolvimento humano, que é influenciado por fatores que encerram normas quanto aos papéis de género e ao comportamento sexual (intimamente ligados às condições de saúde sexual analisadas).

Finalmente, importa reconhecer as limitações, a complexidade quanto à análise de dados assim como o foco quanto a possíveis aspectos mais amplos. Os resultados reportados refletem dois momentos de avaliação separados por três meses, no entanto, não é possível garantir a sua continuidade. Sugere-se futuros estudos quantitativos de modo a obter generalização e replicabilidade destes resultados. Também se recomenda que continuem a explorar estas dinâmicas, reavaliando os participantes a longo prazo para observar a sustentabilidade das estratégias de *coping* e construção da resiliência (apoio emocional, atividades prazerosas, acompanhamento psicológico e atributos internos). Se forem mantidas a longo prazo, poder-se-ia inferir um impacto mais significativo na DSP e na IS, com indicadores de resiliência mais predominantes. Seria pertinente ouvir as parceiras (os) dos participantes; expandir à perturbação sexual feminina, de modo a compreender a complexidade do impacto da DSP, assim como os restantes temas de interesse à investigação, permitindo comparar as perturbações incididas, consolidar e fundamentar os resultados obtidos. Ademais, a construção de um modelo compreensivo para estas condições de saúde sexual e temas e estudos sobre a (in)visibilidade da condição e mobilização de recursos, são promissores. Em suma, a investigação forneceu a compreensão da interação entre resiliência, IS e DSP, oferecendo informações a considerar no acompanhamento de condições de saúde sexual.

Referências Bibliográficas

- Almeida, J., Moita, G., & Pascoal, P. (2023). Direitos Sexuais e Sexologia Clínica. In P. Pascoal (Ed.), *Intervenção Psicológica em Sexologia Clínica*. Pactor.
- American Psychiatric Association. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5 ed., texto revisado*. Artmed.
- Avik, T., Aavik, A., & Punab, M. (2013). Are Self-Reported Symptoms Contaminated by Socially Desirable Responding. *Journal of Men's Health, 10*(4), 134–138. <https://doi.org/10.1089/jomh.2013.0015>.

- Bancroft, J. (1989). The biological basis of human sexuality. *Human sexuality and its problems*, 2, 12-145.
- Baptista, T., & Neto, D. (2022). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Perturbações e Grupos Específicos*. Edições Sílabo.
- Barlow, D. (1986). Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *J. Consult. Clin. Psychol.* 54, 140–148.
- Basson, R. (2007). *Sexual desire/arousal disorders inn women*. The Guilford Press.
- Baumeister, R. (1990). Suicídio como fuga de si. *Revista Psicológica*, 97, 90–113.
- Beliz, V. (2018). *Chamar as coisas pelos nomes - como e quando falar sobre sexualidade*. Arena.
- Berman, L., Berman, J., Felder, S. Pollets, D., Chhabra, S., & Miles, M. (2003). Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril*, 79(3), 572-576. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(02\)04695-2](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(02)04695-2).
- Bispo-Júnior, J. P. (2022). Viés de deseabilidade social na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 56, 101. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004164>.
- Blais, R. K., Monteith, L. L., & Kugler, J. (2018). Sexual dysfunction is associated with suicidal ideation in female service members and veterans. *Journal of affective disorders*, 226, 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.079>.
- Bogdan, R. & Bilken, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto Editora.
- Bonato, F. & Baccarim, R. (2023). Sexualidades e géneros em retrospecto: um olhar sobre o estudo e desenvolvimento dos critérios diagnósticos no DSM-5-TR e CID-11. *Contribuciones a las Ciencias Sociales* 16(8), 12643-12667. <http://dx.doi.org/10.55905/revconv.16n.8-221>.

- Brandão, J. M., & Nascimento, E. (2019). Resiliência psicológica: da primeira fase às Abordagens Baseadas em Trajetória. *Memorandum: Memória E História Em Psicologia*, 36, 1–31. <https://doi.org/10.35699/1676-1669.2019.6875>
- Brewer, G., & Tidy, P. (2017). Premature ejaculation: therapist perspectives. *Sexual and Relationship Therapy*, 32(1), 22–35. <https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1188200>.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *A ecologia do desenvolvimento humano*. Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Dev. Psychology*, 22, 723–742.
- Brotto, L., Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosenbaum, T., Abdo, C., Byers, E. S., ... & Wylie, K. (2016). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 538-571. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.019>.
- Butler, J. (1990). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Routledge.
- Carvalho, A. (2023). Perturbação do Interesse/Excitação Sexual (Feminino). In P. Pascoal (Ed.), *Intervenção Psicológica em Sexologia Clínica*. Pactor.
- Chinazzo, Í. R., Lobato, M. I. R., Nardi, H. C., Koller, S. H., Saadeh, A., & Costa, A. B. (2021). Impacto do estresse de minoria em sintomas depressivos, ideação suicida e tentativa de suicídio em pessoas trans. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 5045-5056. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.28532019>.
- Costa, D. (2023). Transgender Health between Barriers. *A Scoping Review and Integrated Strategies, Societies*, 13(5), 125. <https://doi.org/10.3390/soc13050125>.
- Coutinho, C. P. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas - Teoria e Prática* (2.^a edição). Edições Almedina.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). SAGE Publications.

- Edwards, L., Goodwin, A., & Neumann, M. (2019). An ecological framework for transgender inclusive family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 41, 258–274.
- Francisco, L., Barros, A., Pacheco, M., Nardi, A., & Alves, V. (2020). Ansiedade em minorias sexuais e de gênero: uma revisão integrativa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 69(1), 48–56. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000255>.
- Gomes, L. (2023). Disfunção Erétil. In P. Pascoal (Ed.), *Intervenção Psicológica em Sexologia Clínica*. Pactor.
- Gomes, M., Brum, T. G., Zanon, B. . P., Moreira, S. X., & Anversa, E. T. R. (2021). A violência para com as pessoas LGBT: uma revisão narrativa da literatura / Violence to LGBT people: a narrative review of literature. *Journal of Health Review*, 4(3), 13903–13924. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-327>.
- Guilham, B. (2000). *Case Study Research Methods*. Real World Research.
- Johnson, M. K., & Ramirez, L. S. (2022). Gender-focused sexuality education and its effects on adolescent health. *Sexuality Research and Social Policy*, 19, 123–145. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00674-8>.
- Joiner, T. E., & Ribeiro, J. D. (2009). The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Current status and future directions. *Journal of clinical psychology*, 65(12), 1291-1299. <https://doi.org/10.1002/jclp.20621>.
- Juliano, M., & Yunes, M. (2014). Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambiente & Sociedade*, 17(3) 135-154. <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2014000300009>.
- Klonsky, E. & May, A. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *Cognitive Therapy*, 8, 114–29. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>.

- Lira, A. N., & Morais, N. A. (2018). Estratégias metodológicas de investigação da resiliência em LGBT: revisão integrativa de literatura. *Temas em Psicologia*, 26(3), 1427–1445. <https://doi.org/10.9788/TP2018.3-11Pt>.
- Martinez, P., & Chen, Y. (2023). Parental involvement in sexual education: Enhancing effectiveness and communication. *Sex Education*, 24(2), 189–205. <https://doi.org/10.1080/14681811.2024.2347939>.
- Masten, A. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19(3) 921-930. <https://doi.org/10.1017/S0954579407000442>.
- Masten, A. S. (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Development*, 85(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/cdev.12205>.
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2016). Resilience in Development: Progress and Transformation. *Developmental Psychopathology*, (4), 1–63. <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy406>.
- Masters, E. H., & Johnson, V. (1966). *Sexual Response*. Little Brown.
- McCabe, M., & Matic, H. (2008). Erectile dysfunction and relationship: Views of men with erectile dysfunction and their parents. *Sexual and Relationship Therapy*, 27(4), 310-321.
- McNeil, J., Ellis, S. J., & Eccles, F. J. R. (2017). Ideation and Suicide in trans populations: A systematic review of prevalence and correlates. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(3), 341–353. <https://doi.org/10.1037/sgd0000235>.
- Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209–213. <https://doi.org/10.1037/sgd0000132>.

- Moura, L. P. de., Silva, K. V. ., Santos, A. T. dos ., Capellari, C. ., & Berg, M. (2023). Saúde e vulnerabilidade da população LGBT+: uma revisão integrativa. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 12(5), 25-40. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i5.38966>.
- Nascimento, G., & Comin, F. S. (2018). A revelação da sexualidade na família: revisão integrativa da literatura científica. *Temas em Psicologia*, 26, (3), 1527–1541. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2018.3-14Pt>.
- Nobre, P. (2010). Psychological determinants of erectile dysfunction: Testing a cognitive-emotional model. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 1429-1437.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2003). Sexual modes questionnaire: Measure to assess the interaction among cognitions, emotions, and sexual response. *Journal of Sex Research*, 40(4), 368-382.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of sex research*, 43(1), 68-75.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Cognitions, emotions, and sexual response: Analysis of the relationship among automatic thoughts, emotional responses, and sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 652-661.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Questionnaire of Cognitive Schema Activation in Sexual Context. *Handbook of sexuality-related measures*.
- Oliveira, C., & Nobre, P. J. (2013). Cognitive structures in women with sexual dysfunction: the role of early maladaptive schemas. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(7), 1755-1763. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02737.x>.
- Osman, A., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., Wrangham, J. J., Kopper, B. A., Truelove, R. S., & Linden, S. C. (2004). The Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory: Psychometric evaluation with adolescent psychiatric inpatient samples. *Journal of personality assessment*, 79(3), 512-530. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7903_07.

- Palha, A., Sulemane, S., & Almeida, N. (2023). Sexologia Clínica na Doença Mental. In P. Pascoal (Ed.), *Intervenção Psicológica em Sexologia Clínica*. Pactor.
- Pascoal, P. (2023). *Intervenção Psicológica em Sexologia Clínica*. Pactor.
- Paveltchuk, F., Borsa, J., & Damásio, B. (2020). Apoio social, resiliência, estresse de minorias e saúde mental. *Psico-USF*, 25(3), 403–414. <https://doi.org/10.1590/1413-82712020250301>.
- Pereira, A. (2018). Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 23(11), 3767-3777. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>.
- Perez-Brumer, A., Day, J. K., Russell, S. T., & Hatzenbuehler, M. L. (2017). Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation Among Transgender Youth in California: Findings From a Representative, Population-Based Sample of High School Students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(9), 739–746. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.06.010>.
- Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., Oldenburg, C. E., & Bockting, W. (2015). Individual- and Structural-Level Risk Factors for Suicide Attempts Among Transgender. *Behavioral medicine*, 41(3), 164–171. <https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1028322>.
- Peters, G. (2020). The Durkheim: for a culturalist analysis of suicide. *Revista Social*. 35(104). <https://doi.org/10.1590/3510419/20>.
- Ramos, S. (2013). *Vivência da sexualidade: Atitudes de pais e de profissionais*. Psicossoma.
- Reed-Maldonado, A. B., & Lue, T. F. (2016). A syndrome of erectile dysfunction in young men. *Translational andrology and urology*, 5(2), 228. <https://doi.org/10.21037/tau.2016.03.02>.
- Rocha, A. S., Moura, L. W. F., da Cunha, A. M. S., da Silva Rodrigues, J., & da Silva, J. M. (2023). Violência Doméstica e População LGBT+: uma revisão integrativa. *Psicologia e Saúde*, 9(1), 440-455. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V9N1A29>.

Santos, G., & Fonseca, L. (2023). Intervenção Psicológica na Disforia de Género/Incongruência de Género e Pessoas Transgénero. In P. Pascoal (Ed.), *Intervenção Psicológica em Sexologia Clínica*. Pactor.

Selles, B., Almeida, P., Ahmad, A., Lemos, A., & Ribeiro, C. (2022). Redes sociais de apoio às pessoas trans: ampliando a produção de cuidado. *Saúde em Debate*, 46(6), 148–161. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E613>.

Sewalem, J., Kassaw, C., & Anbesaw, T. (2022). Sexual dysfunction among people with mental illness attending follow-up treatment at a tertiary hospital, Jimma University Medical Center: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.805034>.

Silva, G. W. S, Meira, K. C., Azevedo, D. M., Sena, R. C. F., Lins, S. L. F., Dantas, E. S. O., & Miranda, F. A. N. (2021). Fatores associados à ideação suicida entre travestis e transexuais assistidas por organizações não governamentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, (3), p. 4955–4966. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.32342019>.

Silva, K., & Nakano, T. D. C. (2019). Avaliação da resiliência: uma revisão internacional. *Psicologia em Revista*, 25(3), 1021-1043. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n3p1021-1043>.

Smith, J. A., & Lee, R. T. (2021). Impact of school-based sexuality education on youth sexual health outcomes: A meta-analysis. *Cogent Education*, 8(1), 2309752. <https://doi.org/10.1080/23311908.2024.2309752>.

Ungar, M. (2021). *Multisystemic Resilience: Adaptation and Transformation in Contexts of Change*. Oxford.

Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. The Guilford.

Wolford-Clevenger C, Frantell K, Smith P, Flores L., & Stuart G. (2018). Correlates of suicide ideation and behaviors among transgender people: a systemic review guided by ideation-to-

action theory. *Clin Psych Review*, 6, (3), 93-105.

<https://doi.org/10.1016%2Fj.cpr.2018.06.009>.

World Health Organization (WHO). (2019). ICD-11 for mortality and morbidity statistics. *Eleventh Revision*. WHO. Disponível em <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

World Health Organization. (2017). Sexual health. WHO. http://www.who.int/topics/sexual_health/en/.

Yin, R. (2001). *Estudos de caso: Planeamento e Métodos*. Bookman.

Apêndices

Apêndice 1. Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico n.º ____

- Idade: ____ anos
- Sexo: _____
- Estado civil:
Solteiro(a) Casado(a) ou União de Facto Divorciado(a) / Separado(a) Viúvo(a)
- Área de Residência:
Rural Urbano
- Habilitações Literárias:
Até ao 1.º Ciclo – Ensino Básico
2.º – 3.º Ciclo – Ensino Básico
Ensino Secundário
Ensino Superior
- Situação Laboral:
Empregado Qual é a sua profissão? _____
Desempregado
Reformado Qual era a sua antiga profissão? _____
Estudante
- Situação Económica:
Muito Satisfatória Satisfatória Pouco satisfatória Nada satisfatória
- Religião _____ Praticante Não Praticante Sem Religião
- Agregado Familiar Atual:
Vive só Vive com o cônjuge e terceiros Vive com os pais
Vive com o cônjuge Vive com terceiros Outro Qual? _____
- Tem filhos? Não Sim Quantos? ____
- Relações Familiares e de Amizade

- Relativamente às suas Relações Familiares, como descreve o grau do contacto?
Muito frequente Frequente Ocasional Inexistente
- Relativamente às suas Relações Familiares, como descreve a qualidade do contacto?
Muito satisfatórias Satisfatórias Pouco satisfatórias Nada satisfatórias
- Relativamente às suas Relações de Amizade, como descreve o grau do contacto?
Muito frequente Frequente Ocasional Inexistente
- Relativamente às suas Relações de Amizade, como descreve a qualidade do contacto?
Muito satisfatórias Satisfatórias Pouco satisfatórias Nada satisfatórias

Obrigada pela atenção disponibilizada!

Apêndice 2. Questionário Pré-Entrevista e Estrutura de Entrevista Aprofundada

NOTAS:

O questionário pré-entrevista a ser aplicado engloba a questão 1 à questão 14.

As questões a aprofundar na entrevista, estarão assinaladas da seguinte forma: **xE**

Questionário Pré-Entrevista

1. Como foi abordado o tema da sexualidade ao longo da sua educação?

Assinale as opções que se aplicam:

- a) Através de palestras e workshops
- b) Por meio de materiais educativos (livros, panfletos, etc.)
- c) Envolvimento dos pais em conversas educativas
- d) Não foi abordado
- e) Outro

1E: De acordo com a resposta dada em 1, perguntar:

- Poderia compartilhar uma situação em que os seus pais se envolveram em conversas educativas sobre sexualidade?
 - Lembra-se de uma palestra ou workshop em particular que tenha tido impacto na sua compreensão da sexualidade?
 - Como é que a forma como a sexualidade foi abordada ao longo da sua educação influencia a forma como lida com a sexualidade atualmente, no seu dia-a-dia?
- 2.** Como caracterizaria o estilo parental dos seus pais/cuidadores em termos da sua abordagem à sua sexualidade e comportamento sexual?
-

Escolha a frase que melhor descreve a abordagem dos seus pais/cuidadores à sua sexualidade e comportamento sexual.

- a) Estilo autoritário (*Exemplo: Os meus pais/cuidadores foram pouco abertos ao diálogo, impuseram regras rígidas, deram pouco suporte emocional e criaram poucas oportunidades para discutir temas sobre sexualidade*)
- b) Estilo democrático – (*Exemplo: Os meus pais/cuidadores estiveram disponíveis para conversar sobre sexualidade, deram-me apoio emocional e respeitaram a minha autonomia, embora colocassem limites claros*)
- c) Estilo permissivo – (*Exemplo: Os meus pais/cuidadores foram muito abertos ao diálogo, colocaram poucas restrições ou limites em relação à sexualidade*)
- d) Estilo negligente – (*Exemplo: Os meus pais/cuidadores foram pouco envolvidos ou disponíveis em questões de sexualidade*)

2E: De acordo com a resposta dada em 2, perguntar:

- Poderia dar um exemplo de uma situação em que seus pais/cuidadores demonstraram um estilo (de acordo com a opção) em relação à sua sexualidade?
- Considera que esse estilo influenciou a sua visão em relação à sua própria sexualidade e comportamento sexual? De que forma?
- Considera que as crenças culturais ou religiosas da sua família desempenharam um papel na maneira como estes abordaram a sua sexualidade? De que forma?

3. Em relação à sua satisfação sexual, indique o grau no qual a sua atividade sexual corresponde às suas expectativas.

- 1: Muito insatisfeito(a)
- 2: Insatisfeito(a)
- 3: Ligeiramente insatisfeito(a)
- 4: Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)
- 5: Ligeiramente satisfeito(a)
- 6: Satisfeito(a)
- 7: Muito satisfeito(a)

4. Liste qual ou quais são os fatores que considera mais influentes na sua satisfação sexual?

- 1: Qualidade das interações sexuais
- 2: Quantidade das interações sexuais
- 3: Comunicação sobre sexualidade

4: Autoestima e confiança

5: Expectativas sociais

6: Outro(s)

5. Indique se concorda ou discorda de cada afirmação com base na sua própria opinião, utilizando a escala de resposta fornecida: 1: *Concordo totalmente*; 2: *Concordo*; 3: *Nem concordo nem discordo*; 4: *Discordo*; 5: *Discordo totalmente*
- Uma mulher é “frígida” quando não quer ter relações sexuais e “acessível” quando quer.
 - Um homem deve estar sempre pronto para relações sexuais.
 - Um homem deve ter sempre um ótimo desempenho.
 - Homens de verdade não têm problemas sexuais.
 - Mulheres devem agradar sexualmente os parceiros, independentemente de sua própria satisfação.

5E: De acordo com a resposta dada em 5, perguntar:

- Pode dizer-me porque concorda/discorda com esta afirmação?
- Considera que a(s) seguinte(s) afirmações podem causar pressão/estigma? Como é que acha que podem influenciar a maneira como encara a sexualidade?

6. Numa escala de 1 a 7, como descreveria a forma como se sente ao falar sobre o seu comportamento sexual com outras pessoas?

1: Muito desconfortável

2: Desconfortável

3: Ligeiramente desconfortável

4: Nem confortável nem desconfortável

5: Ligeiramente confortável

6: Confortável

7: Muito confortável

6E: De acordo com a resposta dada em 6, perguntar:

- Poderia explicar um pouco mais sobre por que se sente dessa forma ao falar sobre o seu comportamento sexual?
- Poderia partilhar uma situação em que se sentiu desconfortável/confortável ao falar acerca da sua sexualidade?

- Considera que há pessoas ou contextos específicos que possam fazer-lhe sentir mais ou menos confortável ao falar sobre a sua sexualidade? Que características têm essas pessoas/contextos?
7. Numa escala de 1 a 7, qual é o seu nível de perceção de pressão social para se comportar de forma "sexualmente" aceite pela sociedade?

- 1: Nenhuma pressão social
- 2: Muito baixa pressão social
- 3: Baixa pressão social
- 4: Alguma pressão social
- 5: Moderada pressão social
- 6: Alta pressão social
- 7: Muita pressão social

7E: De acordo com a resposta dada em 7, perguntar:

Em caso afirmativo – perceção de pressão social

- Pode pensar em exemplos de situações em que tenha sentido essa pressão social?
- Considera que a cultura vigente na sociedade em que vive exerce uma influência significativa na pressão social que sente? De que forma?
- Considera que a sociedade tem expectativas em relação ao comportamento sexual? Como isso o faz sentir?
- Considera que é importante ser fiel a si mesmo em relação ao comportamento sexual, independentemente da pressão social? Porquê?
- Que tipo de atitude/verbalização pode levar uma pessoa a sentir-se discriminada ou julgada?
- Que tipo de estratégias procura adotar caso sinta pressão social?

Em caso negativo – ausência de pressão social

- O que considera que contribui para o facto de não sentir pressão social em relação ao seu comportamento sexual?
 - Considera que essa “ausência de pressão” impacta a forma como expressa a sua sexualidade? Considera que não sentir pressão social influencia positivamente a sua satisfação sexual e relacionamentos?
8. Numa escala de 1 a 7, como é que a sua família se posiciona em relação a pessoas com comportamentos sexuais diferentes do considerado “normal”?

1: Totalmente intolerante

2: Muito intolerante

3: Intolerante

4: Neutro

5: Tolerante

6: Muito tolerante

7: Totalmente tolerante

8E: De acordo com a resposta dada em 8, perguntar:

Em caso afirmativo - tolerante

- Como é que a posição tolerante da sua família influencia a forma como fala com outras pessoas acerca de questões relacionadas com a sexualidade?
- E como influencia a forma como lida com a pressão social relativa a estas questões?

Em caso negativo – intolerante

- Como é que essa atitude da sua família afeta a forma como se sente em relação à sua própria sexualidade?

9. Como é que caracteriza a sua principal fonte de suporte emocional?

Assinale a sua posição na linha abaixo.

(nada apoiante) | _____ | (muito apoiante)

9E: De acordo com a resposta dada em 9, perguntar:

- Que características tem a sua rede de suporte (positiva/negativa)?
- Como é que a obtenção de apoio emocional influencia a sua capacidade de lidar com dificuldades?

10. Considera que situações ou desafios relacionados com comportamento sexual, poderão influenciar sentimentos de desânimo ou desesperança em relação à sua vida?

Assinale a sua posição na linha abaixo.

|-----|

Não influencia os meus sentimentos
de desânimo ou desesperança

Influencia significativamente os meus
sentimentos de desânimo ou desesperança

11. Indique se dificuldades/desafios de vida decorrentes do comportamento sexual originam pensamentos autodestrutivos?

(Exemplo: Sou uma pessoa ruim e não mereço ser amado(a), porque tenho desejos e preferências sexuais que não são considerados normais pela sociedade, por isso não posso contar pois serei julgado(a) pelos outros).

Assinale a sua posição na linha abaixo.

Não originam pensamentos autodestrutivos	Originam intensamente pensamentos autodestrutivos

12. Indique de 1 a 7, dentro dos parâmetros acima referidos, em que medida os pensamentos autodestrutivos levam à consideração o término da vida?

- 1: Não levam à consideração do término da vida
- 2: Levam muito pouco à consideração do término da vida
- 3: Levam moderadamente à consideração do término da vida
- 4: Neutro
- 5: Levam bastante à consideração do término da vida
- 6: Levam muito à consideração do término da vida
- 7: Levam intensamente à consideração do término da vida

12E: De acordo com as respostas dadas, perguntar após questões 10, 11 e 12:

Em caso afirmativo

- Que tipo de evento, situação ou sentimento está associado a esses pensamentos?

Em caso negativo

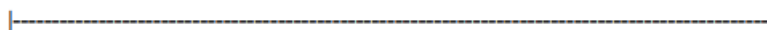
- Pode compartilhar algumas estratégias que usa para manter uma perspectiva positiva?

13. Já vivenciou situações de *bullying* e/ou violência associadas ao comportamento sexual?

- 1: já vivenciei situações de *bullying* e/ou violência associadas ao comportamento sexual
- 2: não vivenciei situações de *bullying* e/ou violência associadas ao comportamento sexual

14. Considera que a ocorrência de situações como *bullying* ou violência associadas ao comportamento sexual e à forma como tais experiências vividas ou assistidas relativamente a outras pessoas, podem influenciar os seus próprios comportamentos e pensamentos autodestrutivos bem como a sua capacidade de lidar com as dificuldades que enfrenta?

Assinale a sua posição na linha abaixo.



Não influencia os meus comportamentos e pensamentos nem a minha capacidade de lidar com as dificuldades que enfrento

Influencia os meus comportamentos e pensamentos bem como a minha capacidade de lidar com as dificuldades que enfrento

14E: De acordo com a resposta dada em 13, perguntar:

- Pode explicar-se por que escolheu essa classificação específica para descrever a sua capacidade de enfrentar tais situações?
- Que tipo de estratégias acredita que poderia ajudar a combater estes pensamentos autodestrutivos?
- Em que medida considera que a sua autoestima e autoconfiança a ajudam a enfrentar desafios e superar obstáculos na vida?

Obrigada pela atenção disponibilizada!

Apêndice 3. Consentimento Informado



Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Participação em estudos de Investigação

Identificação do Investigador: Ana Beatriz Teixeira de Jesus

Título do estudo: O papel da resiliência na evolução da ideação suicida e da desajuda social percebida

O estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, da Saúde e Bem-Estar, levado a cabo por Ana Beatriz Teixeira de Jesus, aluna da Universidade da Madeira e tem como objetivo obter uma compreensão aprofundada da relação entre a ideação suicida, a desajuda social e a resiliência em sujeitos com Perturbação do Comportamento Sexual (PCS) em acompanhamento psicológico e, especificamente, como a resiliência pode influenciar a evolução da ideação suicida e da desajuda social percebida em sujeitos com PCS, em três momentos: consulta inicial, aos 3 e 6 meses do acompanhamento psicológico, estimando-se a duração média de 1 hora.

A recolha de dados será feita através do questionário sociodemográfico, um questionário pré-entrevista, que servirá de base à condução de entrevistas individuais semiestruturadas a realizar posteriormente, na qual serão aprofundadas algumas questões. Para registar as respostas das entrevistas, optar-se-á pelo uso de gravador, com a permissão da pessoa entrevistada. Serão recolhidas informações como a idade dos participantes, habilitações literárias, situação laboral, estado civil, área de residência e frequência da prática religiosa; como os participantes lidam com as dificuldades e desafios na vida e que estratégias utilizam para lidar com os mesmos; presença e a intensidade de pensamentos autodestrutivos e o impacto da Perturbação do Comportamento Sexual na perceção de aceitação social. Irei conservar os dados recolhidos durante o período que estarei a realizar o meu projeto de mestrado – Setembro a Junho, comprometendo-me a destruir os dados posteriormente à data referida. Para o estudo, selecionarei seis pessoas com Perturbação do Comportamento sexual, sendo uma amostra por conveniência, pois é recolhida âmbito do local de estágio curricular – na consulta de Sexologia do Serviço de Psiquiatria no Hospital dos Marmeleiros, onde o estudo será desenvolvido. Os participantes que concordem voluntariamente em participar, faremos um acordo acerca da data e hora dos encontros presenciais (no próprio serviço, até para garantir a privacidade dos participantes) com antecedência para os momentos de entrevista.

O estudo não implica qualquer pagamento de deslocações ou contrapartidas. A participação neste estudo é totalmente voluntária e não acarretará nenhum tipo de prejuízo, seja ele assistencial ou de qualquer outra natureza. É importante ressaltar que o estudo foi analisado e obteve um parecer favorável da Comissão de

Ética. Asseguro ao participante que todas as informações que sejam fornecidas serão tratadas com total anonimato e confidencialidade e serão utilizadas exclusivamente para este estudo.

Todos os contatos serão realizados em um ambiente de máxima privacidade, respeitando a sua confidencialidade. Estou à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que tenha, a partir do email beatrizjesus13072000@gmail.com ou a partir do seguinte contacto telefónico 962247283.

Assinatura de quem pede consentimento: _____



Declaração de Consentimento do Participante

Eu, [nome] declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Assinatura legível e manuscrita: _____

Data: ___ / ___ / _____

Anexos

Anexo 1. Autorização do Encarregado de Proteção de Dados da Universidade da Madeira



PARECER

Na qualidade de Encarregado de Proteção de Dados da Universidade da Madeira, e após análise pela equipa de proteção de dados desta instituição, do Projeto de Investigação "***O papel da resiliência na evolução da ideação suicida e da desejabilidade social percebida***" é nosso parecer que o mesmo cumpre com o Regulamento Geral da Proteção de Dados.

Funchal, 28 de setembro de 2023

Encarregado de Proteção de Dados

Assinado por: **Filipa Isabel Sousa Mota**
Num. de Identificação: 10993715
Data: 2023.09.28 10:05:20+01'00'



Anexo 2. Autorização do Conselho de Administração do SESARAM

C/Conhecimento
Dra Ivone Nunes
Email: ivone.nunes@sesaram.pt

Exmas. Senhoras
Dra. Ana Beatriz Teixeira de Jesus
Email: beatrizjesus13072000@gmail.com

Dra. Carla Alexandra Câmara
Email: carlacamara1@sapo.pt

Serviço de Saúde da RAM, EPERAM
SAIDA
S.23005244 2023/11/27
Classificação: 18.63

Sua Referência:
E.23100655

Sua Comunicação:
2023.08.02

Nº Ofício:

Assunto: Projeto de Investigação: “Estudos de casos múltiplos com sujeitos com Perturbação do Comportamento Sexual, em consulta hospitalar: O papel da resiliência na evolução da ideação suicida e deseabilidade social”

Na sequência do vosso pedido de 2023.08.02, sobre o assunto mencionado em epígrafe, informamos V. Exa. que o pedido de autorização para a realização de estudo/projecto de investigação, mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde e da Comissão Científica para a Investigação Clínica do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM, os quais se anexam.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração



Herberto Jesus

CA/BJ