

MESTRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Discursos e Práticas de Profissionais de Saúde sobre Assexualidades em Portugal

Joana Alice Pinto Teixeira Marques

M

2023



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**DISCURSOS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE
ASSEXUALIDADES EM PORTUGAL**

Joana Alice Pinto Teixeira Marques

outubro, 2023

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Liliana Graciete Fonseca Rodrigues*** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações do/da autor/a no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceituais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Obrigada à Professora Liliana por todo o apoio e orientação e por me fazer sempre pensar em outras perspectivas, de forma a enriquecer este trabalho.

Obrigada ao Armário, à Tatiana e à Sandrina por acolherem todas as minhas angústias e os meus choros, ao longo destes últimos cinco anos. Não sei se teria conseguido sem vocês, *it takes a village*.

Obrigada à Inês por ser uma chata e nunca me ter deixado desistir de entregar esta tese. Fora de brincadeiras, obrigada por me aturares e aos meus testamentos e por tentares sempre compreender-me.

Obrigada à minha família por toda a paciência e apoio.

E obrigada a todas as pessoas que participaram pela disponibilidade e interesse demonstrados. Obrigada por contribuírem para o aumento do conhecimento científico sobre as assexualidades.

Resumo

Este estudo pretende compreender e explorar os discursos e as práticas de profissionais de saúde sobre as assexualidades, em Portugal. Para isso, foram realizadas 13 entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde, de áreas da Medicina e da Psicologia. Para a análise dos dados, optou-se por realizar uma análise temática, como é proposto por Braun e Clarke (2006, 2013). Desta análise, surgiram seis temas: (1) Assexualidades: Definições e terminologias; (2) As assexualidades na sociedade atual; (3) (Des)Patologização das assexualidades; (4) Perceções em torno da produção científica sobre as assexualidades; (5) Importância da formação para a prática clínica; e (6) Práticas de profissionais de saúde com pessoas assexuais. As relações entre os temas foram estabelecidas através do organizador central “Discursos e práticas de profissionais de saúde sobre as assexualidades”. Através da análise, concluiu-se que não existe um consenso entre profissionais sobre a(s) definição(ões) das assexualidades e que ainda existe algum desconhecimento quanto às definições e às terminologias adequadas. Por outro lado, vários/as profissionais definem a assexualidade como um espectro, realçando a pluralidade das experiências assexuais. Adicionalmente, várias/os profissionais deixam críticas ao DSM e à patologização que promove. No entanto, também se concluiu que existe uma grande lacuna na formação académica sobre as assexualidades. Dada a importância da formação para a existência de práticas adequadas e não patologizadoras, esta é uma área que necessita de investimento para que exista uma formação base estruturada e comum a todos/as os/as profissionais de saúde.

Palavras-chave: assexualidade(s), atração sexual, alonormatividade, profissionais de saúde, (des)patologização

Abstract

This study aims to understand and explore the discourses and practices of healthcare professionals regarding asexualities, in Portugal. To achieve this, 13 semi-structured interviews were conducted with healthcare professionals from the fields of Medicine and Psychology. Data analysis was carried out using thematic analysis, as proposed by Braun and Clarke (2006, 2013). From this analysis, six themes emerged: (1) Asexualities: Definitions and terminologies; (2) Asexualities in contemporary society; (3) (De)Pathologization of Asexualities; (4) Perceptions about scientific production on asexualities; (5) The importance of education for clinical practice; and (6) Healthcare professionals' practices with asexual individuals. The relationships between these themes were established through the central organizer "Discourses and practices of healthcare professionals regarding asexualities". Through the analysis, it was concluded that there is no consensus among professionals regarding the definition(s) of asexualities, and there is still some lack of awareness about appropriate definitions and terminologies. On the other hand, several professionals define asexuality as a spectrum, highlighting the diversity of asexual experiences. Additionally, some professionals criticize the DSM and the pathologization it promotes. However, it was also noted that there is a significant gap in academic education regarding asexualities. Given the importance of education for fostering appropriate and non-pathologizing practices, this is an area that requires investment to establish a structured and common foundational education for all healthcare professionals.

Keywords: asexuality(ties), sexual attraction, allonormativity, healthcare professionals, (de)pathologization

Résumé

Cette étude vise à comprendre et à explorer les discours et les pratiques des professionnels de la santé concernant les asexualités au Portugal. Pour ce faire, 13 entretiens semi-structurés ont été réalisés avec des professionnels de la santé des domaines de la Médecine et de la Psychologie. L'analyse des données a été effectuée à l'aide de l'analyse thématique, telle que proposée par Braun et Clarke (2006, 2013). De cette analyse ont émergé six thèmes : (1) Asexualités : Définitions et terminologies ; (2) Les asexualités dans la société contemporaine ; (3) (Dé)Pathologisation des asexualités ; (4) Perceptions sur la production scientifique sur les asexualités ; (5) L'importance de la formation pour la pratique clinique ; et (6) Les pratiques des professionnels de la santé avec les personnes asexuelles. Les relations entre ces thèmes ont été établies à travers l'organisateur central "Discours et pratiques des professionnels de la santé concernant les asexualités". L'analyse a conclu qu'il n'y a pas de consensus parmi les professionnels en ce qui concerne la ou les définition(s) des asexualités, et qu'il subsiste encore un certain manque de connaissance concernant les définitions et les terminologies appropriées. En revanche, de nombreux professionnels définissent l'asexualité comme un spectre, mettant en avant la diversité des expériences asexuelles. De plus, certains professionnels critiquent le DSM et la pathologisation qu'il promeut. Cependant, il a également été noté qu'il existe un écart important dans la formation académique concernant les asexualités. Compte tenu de l'importance de la formation pour favoriser des pratiques appropriées et non pathologisantes, il s'agit d'un domaine qui nécessite des investissements afin d'établir une formation de base structurée et commune à tous les professionnels de la santé.

Mots-clés : asexualité(s), attirance sexuelle, allonormativité, professionnels de la santé, (dé)pathologisation

Introdução

Nos últimos anos, a investigação sobre assexualidade tem vindo a crescer, assim como a população que se autoidentifica como assexual. Nomeadamente, a AVEN (*Asexual Visibility and Education Network*), criada em 2001, tem crescido exponencialmente, sendo que, em 2021, incluía mais de 100,000 membros, a nível mundial, e tornou-se na maior comunidade *online* de assexuais (Catri, 2021). Adicionalmente, a população assexual *online* também tem crescido em outras plataformas como é o caso do YouTube (Hinderliter, 2013).

Estima-se que entre 1 a 2% da população se identifique como assexual (Bogaert, 2004; Rothblum et al., 2020). No entanto, Brown et al. (2022) também destacam que esta estimativa pode estar abaixo da realidade, uma vez que muitas pessoas podem não revelar que são assexuais. Um dos maiores impedimentos à relevação será a pressão de viverem numa sociedade que parece focada em sexo/sexualidade, sendo que algumas pessoas até podem optar por se conformar às expectativas desta mesma sociedade (Przybylo, 2011). O estigma e o preconceito também podem ter um efeito dissuasor. Por exemplo, MacInnis e Hodson (2012) investigaram as atitudes de heterossexuais em relação a pessoas homossexuais, bissexuais, assexuais e heterossexuais e concluíram que as pessoas assexuais eram avaliadas de forma mais negativa e vistas como menos humanas, em comparação com os outros grupos. Os/as participantes desse estudo também teriam mais tendência para evitar contacto com uma pessoa assexual.

Deste modo, apesar do aumento da investigação sobre este tema, as assexualidades continuam a ser menos (re)conhecidas do que identidades alossexuais (identidades não-assexuais) (Hille, 2023).

1. Terminologias em torno das assexualidades

Atualmente, não existe consenso entre investigadores/as quanto à(s) definição(ões) das assexualidades (Brotto et al., 2010; Catri, 2021). No entanto, existem algumas definições que se foram destacando. Storms (1980) foi um dos primeiros a referir este termo e define assexualidade como uma atração por nenhum dos sexos/géneros, ou seja, baixo homoerotismo e baixo heteroerotismo. Mais tarde, Rothblum e Brehony (1993) referem que assexuais são pessoas que se envolvem em poucos ou nenhuns comportamentos sexuais. No

entanto, esta definição foi alvo de críticas, dado que exclui pessoas que se identificam como assexuais e que reportam ausência de atração sexual, ao mesmo tempo que referem já se terem envolvido em relações sexuais ou o fazerem no momento atual (Brotto et al., 2010). Bogaert (2004) sugere outra definição que se baseia na ausência de atração sexual dirigida a outras pessoas. A definição seguida pela AVEN vai ao encontro da sugerida por Bogaert (2004), referindo que a assexualidade consiste na ausência de atração sexual e que existe uma pluralidade de experiências no que concerne a relações, atração e excitação (Brotto & Yule, 2017). Por fim, destaca-se, ainda, a definição de Prause e Graham (2007), segundo a qual a assexualidade se caracteriza por baixos níveis de desejo ou excitação sexual.

Das definições apresentadas, as que reúnem mais consenso e são, por isso, mais utilizadas na investigação, são a de Bogaert (2004) e a da AVEN (Bogaert, 2015). Num estudo qualitativo, com 15 participantes (Brotto et al., 2010), a ausência de atração sexual foi um denominador comum na caracterização da experiência assexual, na maioria das entrevistas, apoiando, assim, estas definições, que destacam a ausência de atração sexual como fator central na caracterização das assexualidades. Para além disso, os/as participantes distinguiam o conceito de atração sexual de outros aspetos como o desejo sexual. Este último, por vezes, estava presente, mas não era direcionado a ninguém específico. Neste estudo, também era feita uma distinção clara entre relações sexuais e relações românticas, sendo que os/as participantes tinham diferentes perspetivas e expectativas sobre o tema. Alguns e algumas participantes referiram que gostavam da proximidade, companheirismo e ligação emocional e intelectual que as relações românticas proporcionam, enquanto outros/as relataram não querer qualquer relação, quer fosse sexual ou romântica. Estas evidências vêm apoiar a pluralidade de experiências destacada pela definição da AVEN.

Apesar da caracterização das assexualidades como ausência de atração sexual ser a mais consensual, também sofre algumas críticas. Nomeadamente, pelo facto de pessoas no espectro assexual como, por exemplo, demissexuais sentirem atração sexual em situações específicas. Assim, um grupo de pessoas no espectro assexual não cumpririam este critério da ausência total de atração (Catri, 2021). Deste modo, o recurso à definição das assexualidades como a ausência total de atração sexual não será abrangente o suficiente para incorporar a pluralidade de experiências de pessoas no espectro assexual (Catri, 2021).

Para além da ausência de atração sexual, o critério mais comum utilizado por investigadores/as, e também apoiado pela AVEN, é a autoidentificação (Brotto & Yule, 2017). Uma pessoa pode não sentir atração sexual, mas não ser assexual, por outro lado a autoidentificação implica, necessariamente, uma experiência enquanto assexual (Catri,

2021). No entanto, este critério também tem sido alvo de críticas, principalmente na área da investigação científica, uma vez que a autoidentificação exige que a pessoa tenha conhecimento sobre o conceito e alguns e algumas autores/as temem que este ainda não esteja difundido o suficiente (Houdenhove et al., 2017).

Cada vez mais, a definição de assexualidade é mais ampla, na tentativa de incluir todas as pessoas do espectro assexual (Houdenhove et al., 2017). Desta forma, a assexualidade funciona, nos tempos atuais, como um termo “guarda-chuva” e inclui pessoas com experiências diversas (Decker, 2014). Por esse motivo, Brotto et al. (2010) salientam a importância de uma análise aprofundada das experiências e do significado que as pessoas assexuais dão às mesmas para que melhor se compreenda esta pluralidade de abordagens sobre as terminologias.

Outra questão importante é a conceptualização das assexualidades, isto é, será que devem ser definidas como uma identidade sexual ou uma orientação sexual? De acordo com Catri (2021) não existe consenso entre investigadores/as, existindo críticas em ambos os casos. Uma divisão semelhante também ocorre entre pessoas assexuais, sendo que algumas definem como uma orientação sexual: uma pessoa assexual sente atração por ninguém (Chen, 2020). Enquanto outras preferem definir assexualidade como ausência de orientação sexual (Decker, 2014). Adicionalmente, algumas pessoas assexuais consideram a sua assexualidade como uma não identificação (Chasin, 2013). Num estudo de Gupta (2017), em que foram entrevistadas 30 pessoas assexuais, todas descreveram a assexualidade como uma identidade sexual. Ao mesmo tempo, muitas das pessoas entrevistadas também descreveram a assexualidade como uma orientação sexual.

Na generalidade, ativistas assexuais têm vindo a reforçar a conceptualização das assexualidades como uma orientação sexual única e a sua inclusão na população LGBTQIAPN¹ (Brotto & Yule, 2017). Alguns e algumas autores/as concordam com esta visão, dado que o percurso até à autoidentificação como assexuais inclui estádios semelhantes àqueles encontrados na experiência de identificação como LGBT, isto é, sentir que diverge daquilo que é a norma social, procurar explicações e, por fim, aceitar a identidade (Houdenhove et al., 2017). Uma das pessoas entrevistadas por Chen (2020) personifica esta experiência, referindo que conhecer a palavra assexual e o seu significado “Foi como o primeiro passo, a chave que abriu a caixa que tinha muitas outras caixas confusas. A assexualidade foi apenas a mais clara e ajudou-me a entrar mais nas

¹ LGBTQIAPN+ refere-se a lésbicas, gays, bissexuais, trans e transexuais, queer, intersexo, assexuais, pansexuais, não binário, etc.

complexidades da minha identidade.” (p. 8). Adicionalmente, os discursos das pessoas assexuais que participaram no estudo de Campos (2017) também vão ao encontro desta descrição. Falam como descobrir o conceito de assexualidade ajudou a eliminar dúvidas e a dar significado às suas experiências. As/os participantes também revelaram que, tal como frequentemente acontece na experiência LGBT, a aceitação e afirmação da identidade também passou pela procura de outras pessoas assexuais, com quem pudessem partilhar experiências.

2. (Des)Patologização das Assexualidades

Têm sido realizados diversos estudos com o objetivo de investigar a existência ou não de uma ligação entre as assexualidades e as perturbações mentais. Mais especificamente, num estudo quantitativo, Brotto et al. (2010) concluíram que pessoas assexuais não tinham diferenças significativas nos níveis de depressão em comparação com os valores padrão da população em geral. Ao longo dos anos, também se criou a hipótese de que as assexualidades seriam uma consequência de trauma ou uma aversão a órgãos genitais, mas esta hipótese não foi apoiada por investigações posteriores (Brotto et al., 2010), principalmente pelo facto das pessoas assexuais referirem que sempre se sentiram assim, o que sugere que esta ausência de atração sexual ocorre desde sempre e não apenas como resultado de algum trauma (Brotto & Yule, 2017). Para além disso, apesar de alguma evidência demonstrar níveis mais elevados de perturbações do humor e de ansiedade (Yule et al., 2013; Borgogna et al., 2019), dificuldades interpessoais e ideação suicida (Yule et al., 2013; Chan & Leung, 2023) em pessoas assexuais, Brotto e Yule (2017) destacam a possibilidade de estes serem consequência do estigma e das pressões da sociedade. Assim, o sofrimento e estes sintomas psicológicos que pessoas assexuais reportam parecem ser resultado da experiência de discriminação e estigma e não que as assexualidades sejam resultado de qualquer perturbação psicológica (Brotto & Yule, 2017). Deste modo, atualmente, existe consenso na investigação de que as assexualidades não devem ser consideradas uma perturbação psicológica nem o seu sintoma (Prause & Graham, 2007; Brotto & Yule, 2017).

Durante vários anos, as assexualidades também foram erradamente diagnosticadas como uma perturbação sexual, sendo que apenas em 2013, na quinta edição do DSM, é que a autoidentificação como assexual passou a ser um critério de exclusão para um diagnóstico de perturbação do interesse/excitação sexual feminina e de perturbação do desejo sexual

masculino hipoativo (Alcaire, 2015; Herbitter et al., 2021). Com esta alteração, se a pessoa se autoidentificar como assexual, então um diagnóstico de perturbação do interesse/excitação sexual feminina ou de perturbação do desejo sexual masculino hipoativo não pode ser feito. Esta mudança ocorreu graças à contestação por parte de ativistas e membros da comunidade médica (Alcaire, 2015). De destacar, no entanto, que o CID-11 (OMS, 2019) ainda não inclui este critério de exclusão. Em termos da investigação científica, existe consenso de que as assexualidades não devem ser consideradas uma forma de perturbação do desejo sexual (Catri, 2021).

Apesar da criação deste critério de exclusão, no DSM-V, ter sido uma mudança positiva para a população assexual, ainda existem algumas questões que o envolvem. Nomeadamente, Houdenhove et al. (2017) referem que, sendo a autoidentificação um critério de exclusão, então uma pessoa assexual, mas que ainda não se identifique como tal e que possa experienciar sofrimento, pode ser alvo de um diagnóstico de uma perturbação do desejo sexual.

Salienta-se que, apesar da criação deste critério de exclusão, várias/os autoras/es continuam a pôr em causa os diagnósticos de perturbações do desejo sexual, visto que são uma forma de patologizar variações na sexualidade e contribuem para a ideia de que existem níveis de desejo normativos e mais saudáveis (Meixel et al., 2015; Margolin, 2023).

A característica que, usualmente, é usada para distinguir os dois fenómenos é a presença de sofrimento, ou seja, para que ocorra um diagnóstico de perturbação do desejo sexual, tem de existir sofrimento associado, enquanto nas assexualidades não. Um estudo quantitativo de Brotto et al. (2010) vem apoiar esta distinção, já que a maioria das/os participantes ($n = 185$) reportou não sentir qualquer tipo de sofrimento causado pela sua orientação sexual. No entanto, esta distinção também tem sido alvo de escrutínio por vários/as investigadores/as, já que uma pessoa assexual também pode experienciar sofrimento, como resultado da pressão e das expectativas da sociedade (*e.g.* Chasin, 2011). Este sofrimento é provocado pelo facto de vivermos numa sociedade alonormativa, ou seja, que assume que sentir atração sexual, ter desejo sexual e envolver-se em comportamentos sexuais é a norma e, por isso, uma ausência parcial ou total de atração ou desejo sexual é considerada anormal e é estigmatizada (Hille, 2023). À alonormatividade, junta-se a sexualidade compulsória como outro fator causador de sofrimento. Para além da ideia de que todas as pessoas têm interesse sexual, a sexualidade compulsória descreve um conjunto de normas e práticas que privilegiam pessoas sexuais e marginalizam pessoas assexuais (Gupta, 2015).

Hinderliter (2013) vai além da presença ou ausência de sofrimento e defende que a maior diferença entre as perturbações do desejo sexual e a assexualidade é uma diferença social, isto é, as perturbações do desejo sexual têm um cariz médico, enquanto as assexualidades estão ligadas à justiça social. Nas perturbações do desejo sexual é o/a profissional de saúde o/a detentor/a do poder, enquanto as assexualidades transferiram esse poder para a própria pessoa, dando-lhe a possibilidade de agência. A população assexual e o ativismo assexual vieram estimular a exploração pessoal, a autodeterminação e a aceitação das variações na sexualidade, em vez de fazer disso um problema (Chen, 2020).

Deste modo, a despatologização das assexualidades é um passo importante, no entanto, como refere Gupta (2015), mesmo que a assexualidade já não seja considerada uma doença, as pessoas assexuais continuam a ser consideradas a exceção à regra da alonormatividade. A sociedade continua a assumir que a sexualidade é importante para todas as pessoas e que faz parte de uma vida saudável e adaptada.

3. Discursos e Práticas de Profissionais de Saúde sobre Assexualidades

Brown et al. (2022) realizaram uma revisão da literatura, com o intuito de compreenderem como é que as assexualidades têm sido abordadas e representadas na investigação, na última década. Para isso, analisaram 41 artigos, de revistas científicas proeminentes na área da terapia sexual, e concluíram que: (1) 41.5% dos artigos não abordavam a assexualidade como um espectro, (2) 12.2% dos artigos não distinguiam orientação sexual de romântica e (3) nenhum dos artigos patologizava as assexualidades. As/os autoras/es destacam a importância da ausência de patologização na literatura e a relevância da distinção entre orientação sexual e romântica, no entanto também salientam a ausência de apresentação da assexualidade como um espectro. Este é um ponto negativo, dado que as assexualidades passam a ser caracterizadas de uma forma mais homogênea do que na realidade são e não é tida em consideração a pluralidade de experiências, como sugerido na definição da AVEN. Em termos de implicações para a prática clínica, Brown et al. (2022) destacam a segurança que existe de que se os/as profissionais da saúde forem procurar literatura para apoiar a sua prática, os/as clientes também receberão um atendimento culturalmente competente e não patologizante. Por outro lado, as/os autoras/es também referem que, apesar desta segurança, não existe uma certeza de que os/as profissionais usem a literatura como base para o seu trabalho clínico.

Da parte das pessoas assexuais, Jones et al. (2017) reportaram que estas esperavam algum nível de patologização por parte dos/das profissionais de saúde, tal como também preveem que os/as profissionais não tenham conhecimento sobre o tema. Estas expectativas resultam numa relutância ou recusa, por parte das pessoas assexuais, em revelarem a sua identidade às/aos profissionais.

Nesse sentido, vários estudos têm sido realizados com o objetivo de analisar e compreender as experiências que pessoas assexuais têm tido com profissionais de saúde. Nomeadamente, num estudo de Flanagan e Peters (2020), os/as participantes tendiam a revelar mais a sua identidade a uma/um profissional de saúde mental do que a um/uma profissional de medicina, sendo que a principal razão apontada foi o facto desta revelação ser crucial para o processo psicoterapêutico. No caso da revelação a profissionais de saúde mental, 85% dos/as participantes reportaram, pelo menos, uma experiência positiva, enquanto 42% reportaram alguma experiência negativa. Com profissionais da medicina, os valores foram semelhantes com 81% a reportarem alguma experiência positiva e 48% alguma negativa. As experiências positivas passavam por experiências de aceitação, apoio e conhecimento do termo. Já as negativas incluíam falta de conhecimento, não acreditar ou duvidar da pessoa ou ignorar esta informação. Por fim, e apesar da literatura e investigação científica não apoiar nem justificar a patologização, vários/as participantes reportaram experiências desse tipo. Os resultados de Gupta (2017) foram ao encontro dos de Flanagan e Peters (2020), sendo que das 30 pessoas assexuais entrevistadas, cerca de metade revelou ter tido experiências de patologização por parte de profissionais de saúde. Por exemplo, uma das participantes referiu que isto lhe aconteceu com três psicólogos/as distintos/as.

A realidade em Portugal não parece ser assim tão diferente. Alcaire (2021) reuniu um *focus group* com profissionais de diferentes áreas da saúde para analisarem e reagirem a excertos de entrevistas com pessoas assexuais. Neste *focus group* identificaram-se interpretações prejudiciais e negativas sobre as assexualidades, também existiu uma necessidade de procurar causas e explicações para o comportamento das pessoas assexuais, principalmente porque os seus comportamentos eram encarados como patológicos. Nesse sentido, sendo os comportamentos patológicos, um dos participantes do grupo também referiu a necessidade destas pessoas procurarem ajuda especializada. Simultaneamente, a procura de psicoterapia, por exemplo, era encarada por estes/as profissionais como uma negação da identidade, por parte das pessoas assexuais. Pelo contrário, os/as participantes assexuais entrevistados/as revelaram que procuraram psicoterapia com o objetivo de se conhecerem melhor e conseguirem lidar com a diferença entre aquilo que sentiam e as

expectativas da sociedade (Alcaire, 2021). Por outro lado, e ainda no estudo de Alcaire (2021), alguns e/ou algumas profissionais mostraram familiaridade com o termo “assexual” e outros termos do espectro. Adicionalmente, ao longo da discussão, a maioria dos/das profissionais demonstrou interesse em compreender melhor este conceito e as experiências de pessoas assexuais. As/os profissionais também foram mostrando familiaridade com algumas das experiências descritas, sendo que foram identificando semelhanças entre essas experiências narradas e pessoas com quem já trabalharam. Para além disso, opiniões controversas também foram sendo contrariadas por outros membros do grupo.

Assim, apesar da investigação científica sobre as assexualidades não patologizar, conclui-se que essa nem sempre é a realidade na prática clínica. Ao mesmo tempo, ainda são poucos os estudos que procuram perceber essa realidade. A maioria dos estudos, até aqui, foca-se nas definições e terminologias em torno das assexualidades. Por essa razão, esta investigação procura explorar os discursos de profissionais de saúde sobre as assexualidades, em Portugal, e que práticas derivam desses mesmos discursos.

Método

1. Objetivo e Questões de Investigação

O principal objetivo deste estudo é compreender os discursos e as práticas de profissionais de saúde sobre as assexualidades. Para isso, formularam-se as seguintes questões de investigação: (1) Como é que os/as profissionais de saúde entendem as assexualidades? (2) Como é que os/as profissionais de saúde se posicionam em relação à distinção entre as assexualidades e as perturbações do desejo sexual? (3) De que forma a formação dos profissionais integra dimensões sobre assexualidades? (4) Como é que os discursos dos/as profissionais de saúde sobre as assexualidades influenciam a sua prática clínica?

2. Participantes

Neste estudo, foram entrevistados/as 13 profissionais da área da saúde (ver Anexo A), sendo 10 da área da Psicologia e três da área da Medicina. Mais precisamente, na Medicina, duas pessoas de Medicina Geral e Familiar e uma de Ginecologia/Obstetrícia. Têm idades que variam entre os 25 e os 67 anos ($M = 35.9$; $DP = 11.8$). Uma participante é natural do Brasil e os/as restantes são naturais de Portugal. Todas as pessoas residem, atualmente, em Portugal, onde exercem a sua prática clínica. Relativamente às habilitações literárias, nove pessoas têm um Mestrado, duas uma Pós-Graduação e duas um Doutoramento. Das 13 pessoas entrevistadas, oito revelaram já ter experiência de prática clínica com pessoas assexuais.

3. Instrumento

Para a realização deste estudo, recorreu-se a uma metodologia de investigação qualitativa. Esta metodologia permite explorar de forma detalhada um tema, tendo acesso aos discursos e significados das pessoas sobre esse mesmo tema (Braun & Clarke, 2013). Assim, a metodologia qualitativa foi ao encontro do objetivo deste estudo de explorar e

conhecer os discursos de profissionais de saúde sobre as assexualidades e como é que esses discursos influenciam a prática clínica destes/as profissionais. A escolha desta metodologia de investigação também se adaptou ao paradigma construcionista que orientou este estudo.

Dentro desta metodologia optou-se pela entrevista semiestruturada como instrumento de recolha de dados. Como referem Braun e Clarke (2013), este é o instrumento mais utilizado na investigação qualitativa e permite explorar os conhecimentos, as perceções e os discursos das pessoas sobre um determinado fenómeno ou conceito. Na entrevista semiestruturada, é dado espaço à/ao participante para responder usando as suas próprias palavras, tendo a oportunidade de falar sobre temas que considere relevantes, mesmo que não tivesse sido planeado pelo/a investigador/a. Apesar desta liberdade que é dada ao/à participante, o/a investigador/a parte sempre para a entrevista com um guião, de maneira a garantir que todos os tópicos que considera importantes são abordados, mas também mantém a flexibilidade necessária para garantir essa liberdade à pessoa que está a participar (Braun & Clarke, 2013).

O guião de entrevista utilizado nesta investigação foi dividido em três partes: consentimento informado, dados sociodemográficos e entrevista propriamente dita (ver Anexo B).

Neste estudo, e como era esperado, a seleção de perguntas para a entrevista propriamente dita teve como objetivo ajudar a encontrar as respostas para as questões de investigação. Assim, com as primeiras perguntas pretendia-se abordar a conceptualização que os/as profissionais fazem sobre as assexualidades e, inevitavelmente, como é que percecionam a distinção entre as assexualidades e as perturbações do desejo sexual. De seguida, passava-se às questões da formação, para perceber se os/as participantes já tinham tido formação nesta área e, em caso afirmativo, em que contextos e que importância davam a essa formação. Por fim, abordou-se a questão da prática clínica com pessoas assexuais. Neste caso, pretendia-se compreender a experiência do primeiro contacto clínico com pessoas assexuais e a abordagem que a/o profissional utilizou. Para além disso, tentou-se perceber a variabilidade de experiências das pessoas assexuais, em caso de profissionais que tinham atendido mais do que uma pessoa. Em casos de profissionais sem prática clínica com pessoas assexuais, estimulou-se uma reflexão sobre possíveis dificuldades que achavam que podiam encontrar. Também se procurou perceber qual era a perceção dos/as participantes sobre a preparação de profissionais de saúde, em Portugal, para atender pessoas assexuais.

4. Procedimento

A divulgação do estudo foi feita através de redes sociais, da articulação com Sociedades Profissionais de Psicologia e de Medicina, clínicas e associações, especificamente LGBTQIAPN+, e de contacto direto com profissionais, por *email*, endereçando um convite direto à pessoa. Para ajudar na divulgação foi feito um cartaz, que incluía as informações essenciais sobre o estudo (ver Anexo C).

Apenas uma das entrevistas foi presencial, sendo que as restantes foram *online*, através da plataforma Google Meet. No caso das entrevistas *online*, o consentimento informado foi enviado com antecedência e, no início da entrevista, cada participante era questionado/a sobre se tinha lido o consentimento e se tinha alguma questão sobre o mesmo. Não havendo questões, avançava-se com o restante da entrevista, isto é, os dados sociodemográficos e as perguntas delineadas no guião. No caso da entrevista presencial, esta foi iniciada com a partilha do consentimento informado com o participante, que teve oportunidade de ler, esclarecer quaisquer questões e assinar. Todas as entrevistas foram gravadas e tiveram uma duração média de 1 hora. Posteriormente, procedeu-se à transcrição integral de todas as entrevistas e à análise temática das mesmas.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (ver Anexo D).

5. Pressupostos de Análise de Dados

Para a análise dos dados, recorreu-se à análise temática, como proposto por Braun e Clarke (2006, 2013). Este método de análise de dados permite identificar, analisar e relatar padrões presentes nos dados (Braun & Clarke, 2013). A análise temática pode seguir uma abordagem indutiva ou dedutiva (Braun & Clarke, 2006). No presente estudo, seguiu-se, maioritariamente, uma abordagem dedutiva, visto que, para a realização da análise dos dados, se teve em consideração o que a literatura diz sobre o tema. Contudo, também foram tidos em consideração novos padrões que pudessem surgir nos dados e que não eram abordados na literatura.

A análise dos dados foi realizada de acordo com as seis fases propostas por Braun e Clarke (2006, 2013). Deste modo, iniciou-se a análise pela *familiarização com os dados*, através da transcrição das entrevistas e da leitura e releitura das transcrições. De seguida,

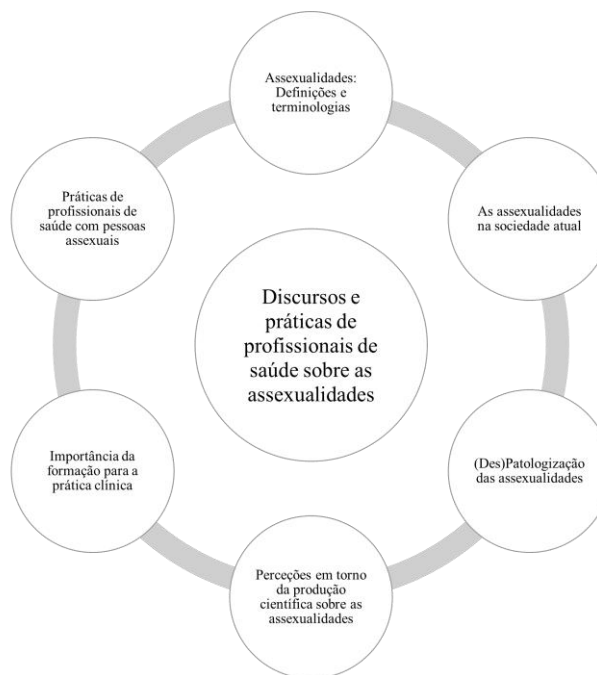
passou-se para a *produção dos códigos iniciais*, sendo que para isso se analisaram os dados de maneira a identificar e nomear segmentos que fossem mais ao encontro das questões de investigação e do tema deste estudo. Depois esses códigos foram agrupados de forma a captar padrões que estavam presentes nos dados, ou seja, realizou-se a *pesquisa de temas*. Seguidamente, os temas encontrados foram revistos para garantir que eram consistentes e que os códigos agrupados em cada tema eram coerentes entre si, o que corresponde à fase de *revisão dos temas*. Agora que os temas estavam encontrados, passou-se à *definição e nomeação dos temas*, isto é, deu-se nome aos temas, garantindo que esse nome descrevia, de forma explícita, o conteúdo de cada tema. Por fim, na sexta e última fase, os resultados encontrados foram descritos, recorrendo a excertos exemplificativos e evidência da literatura. Também se gerou um mapa temático ilustrativo de toda a análise. Esta última fase consiste na *elaboração do relatório*.

Análise e Discussão dos Resultados

Nesta secção, serão analisados e discutidos os resultados deste estudo. Através da análise temática dos dados, foi possível encontrar seis temas, sendo estes os seguintes: (1) Assexualidades: Definições e terminologias; (2) As assexualidades na sociedade atual; (3) (Des)Patologização das assexualidades; (4) Percepções em torno da produção científica sobre as assexualidades; (5) Importância da formação para a prática clínica; e (6) Práticas de profissionais de saúde com pessoas assexuais. Ao longo desta análise, foi também possível identificar o organizador central, “Discursos e práticas de profissionais de saúde sobre as assexualidades”, através do qual se estabelecem as relações entre os temas. Na Figura 1, pode ser encontrado o mapa temático da análise, com o organizador central e os seis temas.

Figura 1

Mapa Temático da Análise com Organizador Central



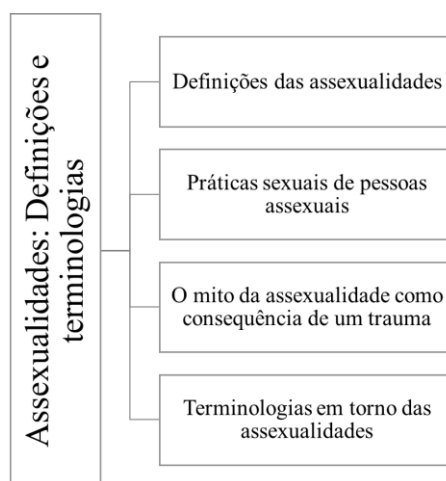
1. Tema 1 – Assexualidades: Definições e Terminologias

Este primeiro tema engloba as definições das assexualidades que foram sendo apresentadas pelos/as profissionais de saúde, ao longo das entrevistas, assim como os termos

utilizados para se referirem a pessoas assexuais. Tal como representado na Figura 2, pela análise dos dados foram identificados quatro códigos associados a este tema: “Definições das assexualidades”, “Práticas sexuais de pessoas assexuais”, “O mito da assexualidade como consequência de um trauma” e “Terminologias em torno das assexualidades”.

Figura 2

Mapa do Tema “Assexualidades: Definições e Terminologias”



Quanto ao primeiro código, “Definições das assexualidades”, as definições que foram sendo referidas pelos/as profissionais vão ao encontro daquilo que é mencionado na literatura. Para além disso, e como foi indicado na introdução, não existe consenso entre investigadores/as quanto a esta definição (Brotto et al., 2010; Catri, 2021). Esta falta de consenso também foi encontrada nos dados. Nomeadamente, quanto à conceptualização das assexualidades como uma orientação sexual ou uma identidade, a maioria das pessoas identificam como uma orientação sexual, sendo que, em alguns casos, foram usando os termos orientação e identidade, ao longo da entrevista. De realçar que uma das participantes diz que vê a assexualidade como uma forma das pessoas se relacionarem e não tanto como uma orientação sexual. Para além disso, foi-se percebendo que alguns/algumas profissionais definem a assexualidade como uma ausência de atração sexual e outros/as como uma ausência de desejo sexual. Como foi referido na introdução, atualmente, a definição mais aceite caracteriza a assexualidade como uma ausência de atração sexual (Bogaert, 2015). Inclusivamente, o estudo de Brotto et al. (2010), já destacado na introdução, salienta a distinção entre atração e desejo sexual, já que as pessoas assexuais que foram entrevistadas distinguem estes dois conceitos e algumas até referiram ter desejo sexual, só que este não

era direcionado a alguém específico. No caso dos/as profissionais que definiram a assexualidade como ausência de atração sexual, uma parte reconhece a assexualidade como um espectro que vai desde uma total falta de atração sexual até uma atração sexual parcial ou condicionada a determinadas situações. Ainda no caso da atração, alguns e algumas participantes salientam o facto de existirem diferentes tipos de atração (*e.g.* sexual, física, romântica) e de serem independentes umas das outras, isto é, ter uma atração sexual reduzida não significa que não se possa sentir atração romântica, por exemplo. Os excertos seguintes ilustram algumas das definições que foram trazidas pelas/os profissionais:

“Há várias formas de viver a própria assexualidade, mas penso que um denominador comum é uma atração sexual diminuída que pode ser uma falta de atração sexual total ou pode ser de uma forma mais parcial ou condicionada a determinadas circunstâncias ou aspetos.” (P03)

“(...) é a não atração sexual por ninguém, independentemente de género, características, sexo. Portanto é isso, é uma falta de atração sexual e que não está relacionada nem com a atração romântica, nem com a atração platónica, nem com a atração física sequer. Porque para mim a atração física é diferente da atração sexual.” (P01)

Esta diversidade nas experiências de pessoas assexuais faz com que, tal como um participante disse, seja *“(...) difícil nós termos assim uma definição que inclua todas as pessoas (que são assexuais) e que exclua todo o resto que não é.” (P06)*. É necessário que os/as profissionais reconheçam a importância de um termo específico e uma definição, mas que também sejam capazes de acolher a pessoa na sua pluralidade.

Ao longo das entrevistas, também foi abordada pelas/os participantes a questão das “Práticas sexuais de pessoas assexuais”. Neste ponto, foi possível encontrar dois pontos de vista diferentes: pessoas que consideram que pessoas assexuais não se envolvem em atividades sexuais e outras pessoas que consideram, mais uma vez, que a assexualidade é um espectro entre uma repulsa total por atividades de cariz sexual e um envolvimento em atividades sexuais, dependendo de diversos fatores e circunstâncias. A literatura apoia esta segunda visão, nomeadamente, no estudo de Brotto et al. (2010) incluído na introdução, houve participantes que se identificavam como assexuais e que revelaram já se terem envolvido ou estarem envolvidos em práticas sexuais. No entanto, pessoas assexuais tendem a ter menos experiência sexual e menor probabilidade de se virem a envolver em relações sexuais no futuro, em comparação com pessoas alossexuais (Clark & Zimmerman, 2022). Adicionalmente, algumas pessoas assexuais também referem terem como prática masturbarem-se ocasionalmente, sendo que veem esta prática mais como uma necessidade fisiológica e uma atividade não-sexual (Campos, 2017).

“Num dos polos do espectro existe a repulsa total pela atividade sexual e pela atração sexual e, portanto, existe um total não envolvimento em atividades de cariz sexual e na outra ponta do espectro temos a pessoa que, apesar de se identificar como assexual, sim envolve-se em atividade sexual, tendo em conta um conjunto de fatores. Tendo em conta o tipo de relação que tem, tendo em conta as suas próprias características, tendo em conta o estado de espírito em que se encontra. Portanto eu diria que, para mim, a maior característica da assexualidade e aquilo que a define é ser mesmo um espectro.” (P01)

Por último, relativamente ao código “O mito da assexualidade como consequência de um trauma”, foram encontradas duas posições opostas entre os/as participantes, apesar de, atualmente, a investigação já não apoiar a possibilidade de as assexualidades serem produto de um trauma (Brotto et al., 2010; Brotto & Yule, 2017). Assim, apesar de existirem diversos/as participantes que destacaram isso mesmo, uma participante utilizou o termo “assexual” para se referir a uma pessoa que sentia repulsa por atividades sexuais como consequência de ter sido vítima de abuso sexual. Esta falsa ligação entre a assexualidade e um trauma passado esteve presente em diversos momentos, ao longo da entrevista, o que faz crer que esta profissional ainda considera como válidas algumas ideias pré-concebidas sobre a assexualidade. O risco de existirem profissionais com estas crenças desatualizadas é que estas resultem em práticas prejudiciais para a população assexual. Sendo esta profissional da área da Medicina, também se pode estar perante uma evidência do discurso médico e patologizador que alguns e algumas profissionais ainda têm. O excerto seguinte ilustra essas crenças da profissional:

“Houve uma antes, mas essa miúda tinha sido abusada sexualmente e só conseguiu falar na assexualidade, no sentido de eu nem sou mulher, neste sentido, quando morreu o agressor. Porque até lá ela não conseguiu falar.” (P08)

O código “Terminologias em torno das assexualidades” dá ênfase ao facto de, por vezes, existir uma confusão entre termos e algumas pessoas usarem, erradamente, o termo “assexuado” para se referirem a alguém que é assexual. O termo “assexuado” refere-se a algo que não tem sexo ou órgãos sexuais, que se reproduz sem união de células dos dois sexos, que não tem vida sexual (Priberam, n.d.). E, como destaca Alcaire (2021), apesar do termo “assexual” não conceder direitos legais às pessoas assexuais, permite que estejam equiparadas com outras orientações sexuais. Assim, é importante que se use o termo adequado. No entanto, nem todas/os participantes o fizeram. Num dos casos, a participante usou uma vez o termo “assexuado”, mas corrigiu imediatamente, pedindo desculpas por ter usado um termo da biologia, mostrando que compreende a diferença entre os dois termos. Por outro lado, dois/duas participantes, ambos/as da Medicina, referiram-se a pessoas

assexuais como assexuadas, em diferentes momentos da entrevista, sem darem qualquer pista de que teriam consciência da diferença e da designação dos termos:

“Mas aí falava sobre a questão de querer o relacionamento, querer estar com a pessoa, mas não querer ter sexo. E isso se a gente pensar dentro do que é o assexual isso envolve, né. Porque o assexual ele pode não querer relacionamento nenhum, pode ser uma pessoa que não queira beijo, não queira abraço, enfim. Ou outros que quer isso, mas não quer a questão do sexo. Ou até faz sexo porque há uma ideia de que o assexuado o assexual peço desculpa, usei o termo biológico, que há uma ideia de que não faça sexo, então não, até pode fazer, né?” (P12)

“Os homens têm mais culpabilidade. As mulheres não tanto. Mas as mulheres culturalmente acham que é normal não terem vontade sexual. Então não sentem tanta dificuldade em dizer nem são tão preconceituosas em relação ao facto de serem assexuadas.” (P08)

“Nós obviamente como médicos é um erro crasso não termos nenhuma formação sobre isto, mas também na escolaridade básica devia haver umas noções para as pessoas. Podem até nem ser elas a acharem que são assexuadas, mas saber como lidar e não ficar chocadas por ser uma pessoa assexuada” (P13)

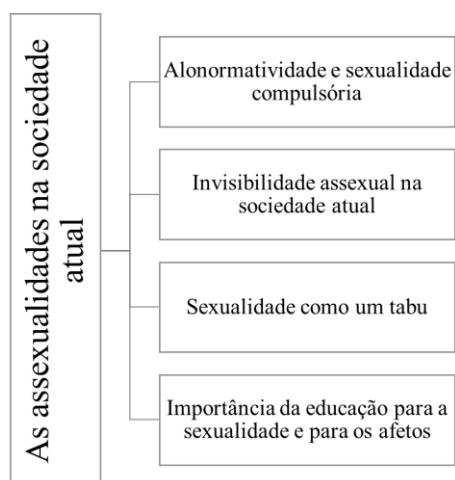
2. Tema 2 – As Assexualidades na Sociedade Atual

Este tema engloba os discursos sobre a forma como a sexualidade é encarada, na sociedade atual, e como é que isso tem implicações na forma como as assexualidades também são vistas pela sociedade. Segundo Viks (2011 citado/a em Batričević & Cvetić, 2016), a sexualidade tem um cariz histórico e social e está organizada hierarquicamente, sendo que algumas formas de sexualidade são consideradas dominantes e outras são estigmatizadas e marginalizadas.

Através da análise dos dados, foram encontrados quatro códigos que se agruparam neste tema: “Alonormatividade e sexualidade compulsória”, “Invisibilidade assexual na sociedade atual”, “Sexualidade como um tabu” e “Importância da educação para a sexualidade e para os afetos” (ver Figura 3).

Figura 3

Mapa do Tema “As Assexualidades na Sociedade Atual”



Os discursos dos/as profissionais, na sua generalidade, reconhecem essa organização hierárquica e as implicações que tem para as pessoas, especialmente as pessoas assexuais. Foi, então, identificado o código “Alonormatividade e sexualidade compulsória” que faz referência às narrativas das/os profissionais que destacam que se vive numa sociedade sexualizada, em que o sexo está presente em tudo:

“Estamos numa fase em que se fala muito de sexo, fala-se mal de sexo e faz-se muito sexo e tudo mais. Não tenho necessariamente um problema com isso desde que seja feito dentro de certos parâmetros, consentimento, proteção, aquelas coisas todas.” (P07)

“Tudo aquilo que nós consumimos, todo o tipo de conteúdo que nós consumimos está cheio de conteúdo que indica algo ao nível sexual.” (P01)

A literatura mostra que esta sexualização dos conteúdos que as pessoas consomem (e.g. filmes, músicas, livros), assim como o poder do sexo na publicidade aumenta os sentimentos de solidão e invisibilidade das pessoas assexuais (Gupta, 2017; Mollet, 2023).

Os/as profissionais reconhecem que, na sociedade atual, a sexualidade é compulsória e a sociedade exerce um papel opressor na vivência da sexualidade. Nomeadamente, duas participantes falam especificamente de como, às vezes, mulheres casadas se sentem obrigadas a ter relações sexuais, mesmo que não sejam prazerosas, só porque consideram que é uma das partes do casamento, é uma obrigação.

Várias participantes destacam que os níveis normativos não existem e que o que importa é que cada pessoa pense no que considera que será mais saudável para si própria e se sinta bem com isso. Também desafiando esta ideia da normalidade, uma participante

relembra até que o que é considerado normal também varia conforme as sociedades e as épocas, por isso “*não existe o que é normal.*” (P10).

Ainda em relação à patologização e ao estigma potenciados pela sociedade, vários/as participantes falam sobre como isso faz com que quando a pessoa não sente atração comece a questionar se há algo errado consigo e se é normal. Esta narrativa é apoiada pela literatura, nomeadamente Mollet (2023) concluiu que muitos/as participantes assexuais internalizavam as expectativas alonormativas e, conseqüentemente, questionavam a sua própria assexualidade.

O discurso de uma participante foca bastante esta questão de como as variações na atração sexual (não só em pessoas assexuais, mas relativamente a pessoas LGBTQIA+ no geral) só são um problema no contexto da sociedade atual, que não reconhece a diversidade:

“Isso na verdade não é um problema, isso se torna um problema diante das questões sociais.” (P12)

Atualmente, a investigação científica sugere que a alonormatividade e a sexualidade compulsória são causas principais para a invisibilidade e o isolamento sentidos por pessoas assexuais (Kelleher et al., 2023; Gupta, 2017). Esta ligação também foi encontrada nos discursos dos/as participantes, surgindo o código “Invisibilidade assexual na sociedade atual”. Esta questão foi abordada por uma participante que não só fala sobre o estigma e a invisibilidade na sociedade, mas também sobre a invisibilidade que as pessoas assexuais sentem dentro da população LGBTQIAPN+:

“E portanto acho que acima de tudo é esse sofrimento que existe que é o sentirem-se residuais na sociedade.” (P09)

“Mesmo dentro da comunidade LGBTQIA+ há discriminação e não é só aquela mais clássica habitualmente que é de gays e lésbicas para com bissexuais. Essa é aquela que é mais discutida, falada na sociedade e que as pessoas relatam muito, mas depois também há para estas minorias dentro da minoria. E dentro da própria comunidade eu acho que as pessoas assexuais provavelmente são das mais invisíveis e continuam a ser e vão continuar a ser, porque é muito fácil passarmos àquele cliché de isso é falta de desejo ou ainda não encontrei alguém.” (P09)

A invisibilidade das pessoas assexuais dentro da própria população LGBTQIAPN+ também é discutida na literatura. Num estudo de Batričević e Cvetić (2016), uma pessoa que participou, e que se identifica como ativista *queer*, considera que a população LGBTQIAPN+ trata as assexualidades com ignorância e desvalorização, tal como a população heterossexual também o faz. Adicionalmente, algumas pessoas assexuais falam sobre como se sentiam excluídas quando os/as amigos/as falavam sobre sexo (Gupta, 2017).

Ainda neste tema, foi identificado o código “Sexualidade como um tabu”. Várias/os participantes abordaram o facto de considerarem que falar de sexualidade ainda é um tabu não só na sociedade em geral, mas também em contextos específicos como o contexto académico e o contexto médico. Nesse sentido, realçam que se a própria sexualidade é um tabu, então as assexualidades serão um tabu ainda maior.

“Isto é uma área sensível e continua a ser e temos de ser honestos acerca disto. Falar de sexo continua a ser tabu seja em que circunstância for.” (P09)

Por fim, no sentido de minimizar este tabu e ideias pré-concebidas que as pessoas possam ter sobre sexualidade, três participantes falam sobre a “Importância da educação para a sexualidade e os afetos”. Destacam a necessidade e importância de existir uma educação para a sexualidade e para os afetos, nas escolas, que seja estruturada e construtiva. Dois dos participantes assumem que esta é uma das suas lutas para que se consiga trabalhar contra o preconceito e no sentido da aceitação e da compreensão das diversas orientações sexuais e identidades de género.

“Acho que nós precisávamos também de não só na parte de medicina, mas também na parte escolar. Acho que a parte da escola e o primeiro ciclo e o segundo ciclo e toda a escolaridade básica tem muitas falhas, é muito ainda muito focada na matemática, no português, nas ciências e há todo um conjunto de outras valências que seriam muito importantes não só nesta parte da... pronto agora estão a começar com a cidadania, mas mesmo assim acho que há várias falhas e uma dessas é esta parte. É saber explicar desde pequeninos o que é que pode existir, como é que as pessoas se podem sentir quando crescem, na adolescência, como é que podem ir variando, porque é tudo muito retrógrado e as pessoas deviam mudar.” (P13)

“Isto aqui vai ao encontro de uma das minhas lutas não só enquanto profissional, mas também enquanto cidadão, que se prende com a importância da educação sexual e para os afetos. (...) Uma educação sexual estruturante, construtiva não é uma educação sexual de ensinar adolescentes a porem preservativos em bananas e ‘não tenham relações sexuais, porque podem apanhar infeções sexualmente transmissíveis’. Isso é um grão de areia no meio de um deserto enorme de possibilidades e de coisas a serem discutidas e trabalhadas. E, portanto, acredito que uma educação sexual desde muito cedo, ou seja, desde a pré-primária, desde a entrada no mundo escolar até à idade adulta possa contribuir significativamente para trabalharmos contra o preconceito, trabalharmos uma aceitação, uma compreensão daquilo que são as orientações sexuais no geral e, em particular, das assexualidades, do espectro da assexualidade e, portanto, deveríamos começar para ontem a trabalhar nisso enquanto sociedade.” (P04)

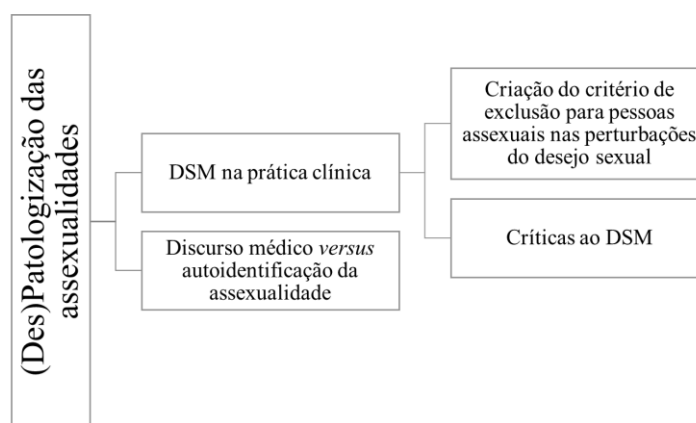
3. Tema 3 – (Des)Patologização das Assexualidades

Como foi referido na introdução, existe consenso entre a comunidade científica de que as assexualidades não devem ser consideradas uma forma de perturbação do desejo sexual (Catri, 2021).

Neste terceiro tema, incluíram-se as narrativas dos/as profissionais de saúde sobre o DSM e a patologização que promove e como é que isso se reflete nos discursos dos/as profissionais. Assim, emergiram vários códigos, sendo que dois deles se agruparam no subtema “DSM na prática clínica”, como representado na Figura 4.

Figura 4

Mapa do Tema “(Des)Patologização das Assexualidades”



Quanto à “Criação do critério de exclusão para pessoas assexuais nas perturbações do desejo sexual”, a maioria dos/as participantes diz que este é um critério importante para promover a despatologização e a diminuição do estigma. Duas participantes falam também especificamente sobre este critério dar liberdade individual de autoafirmação às pessoas. Por outro lado, duas participantes também dizem que este pode ser um critério enganador por exigir uma autoidentificação para não haver um diagnóstico, dado que algumas pessoas podem não conhecer o termo e, por isso, não se autoidentificarem ou até podem não se identificar com o termo, mesmo que partilhem experiências semelhantes:

“Acho ótimo isso ter acontecido, porque, cada vez mais, a intervenção psiquiátrica e psicológica deve trabalhar no sentido da não patologização, não é.” (P02)

“Há pessoas com vivências muito particulares e que também não sentem que cabem sobre o rótulo de assexual e que, portanto, podem ficar ali mais a sentirem-se na ambiguidade e o facto de existir apenas esse critério de exclusão pode ser um pouco limitador.” (P03)

Em simultâneo com o reconhecimento da importância deste critério de exclusão, os/as participantes referem que as/os profissionais de saúde têm de ir além dos manuais na intervenção clínica e que, mais importante do que a existência de um critério, é perceber os

significados que a pessoa dá às suas experiências e como é que se sente com isso. Esta perspetiva vai ao encontro da literatura que destaca a importância das próprias pessoas serem ouvidas (Brotto et al., 2010).

“Acho que pode ser útil a ideia de termos categorias na nossa cabeça, mas acho que, acima de tudo, o que faz sentido na prática clínica é o mal-estar que causa à pessoa, não é? O que é que aquela pessoa percebe da sua experiência.” (P09)

Quando se falou em DSM, os/as profissionais entrevistados/as também deixaram várias críticas, surgindo o código “Críticas ao DSM”. O seguinte excerto ilustra a posição de dois/duas participantes, que é partilhada por outras/os participantes também:

“Claro que o próprio DSM é em si muito discutível, não é. Eu não gosto de encaixar as pessoas só em rótulos e tenho algumas reservas em relação a isso.” (P06)

“Na verdade, eu tenho uma série de reservas com o DSM a vários níveis, não só na questão da assexualidade, né.” (P12)

A maioria dos/as participantes referem que a estrutura de um manual é importante, até para existir uma linguagem comum entre profissionais, e que o DSM pode ser usado como ferramenta de trabalho, mas que deve ser usado com sentido crítico. Esta cautela é necessária senão os/as profissionais temem que se acabe a patologizar tudo e a diagnosticar. Para além disso, dois participantes salientam que é impossível um manual incluir toda a pluralidade de experiências e que, por isso, é importante colocar as experiências da pessoa e a forma como a pessoa constrói a sua própria identidade em primeiro lugar.

O outro código que emergiu dentro deste tema foi o “Discurso médico *versus* autoidentificação da assexualidade”. Como foi mencionado na introdução, até aqui as variações na atração e desejo sexual tinham um cariz médico e patologizador, mas a população assexual veio potenciar o direito das pessoas à autodeterminação (Hinderliter, 2013; Chen, 2020). O discurso médico e patologizador ficou visível no discurso de um participante em particular:

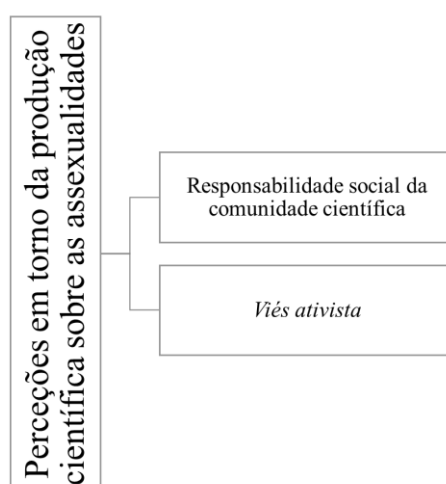
“Nós vemos aqueles critérios e temos que definir para uma pessoa que tem uma perturbação sexual. Mas se ele já disser que não, já excluimos completamente, o diagnóstico não é esse. E se calhar às vezes não é bem assim. A pessoa pode estar-nos a dizer no momento na consulta que é assexual e que não tem problema nenhum e se calhar até tem e simplesmente já está cansada ou já desistiu da doença dela e não quer se curar e então mente como se fosse um escape, como se se libertasse daquela dor que está a sentir. E às vezes nós temos que ter cuidado com isso, não é.” (P13)

4. Tema 4 – Percepções em Torno da Produção Científica Sobre as Assexualidades

Este quarto tema engloba as perspectivas que alguns dos/das profissionais entrevistados/as têm em torno da literatura científica sobre as assexualidades. Emergiram dois códigos dentro deste tema: “Responsabilidade social da comunidade científica” e “Viés ativista” (ver Figura 5).

Figura 5

Mapa do Tema “Percepções em Torno da Produção Científica Sobre as Assexualidades”



No código “Responsabilidade social da comunidade científica” incluem-se as percepções de dois participantes que falam sobre a responsabilidade da comunidade científica de ser cada vez mais inclusiva, em vez de patologizar e de se manter em constante atualização. Um desses participantes ainda refere que a comunidade científica terá sempre dificuldade em acompanhar o ritmo das mudanças sociais e políticas, por funcionar a um ritmo mais lento. Apesar disso, a comunidade científica tem essa responsabilidade, assim como tem o dever de reconhecer como o sistema patriarcal em que está inserida influencia a construção de conhecimento científico, apagando *“aquilo que não é considerado importante e, muitas vezes, aquilo que não é considerado importante é precisamente aquilo que foge da norma do socialmente estabelecido”* (P04). Os seguintes excertos ilustram as percepções desses dois participantes:

“E a ciência aqui vai sempre evoluindo, ela está sempre em construção e é importante que essa atualização vá acontecendo.” (P06)

“E portanto, novamente, o facto de nós termos um ritmo social e político diferente do ritmo científico não significa que seja menos válido, apenas que, lá está, é preciso também, enquanto ciência acredito, enquanto comunidade científica acredito eu compreendermos e reconhecermos aquilo que são as influências eventuais de um sistema patriarcal e compreendermos como é que isso nos limitou durante muitos anos e continua a limitar a nossa visão de criar e construir caminho científico.” (P04)

Por outro lado, surgiu o código “Viés ativista”, que engloba as perceções de uma participante que, ao abordar a pouca produção científica que existe sobre as assexualidades, diz que esta também é alvo de críticas, especialmente pelo “viés ativista”. Esta participante considera que o facto de os estudos atuais, com pessoas assexuais, terem angariado participantes maioritariamente através de plataformas ligadas ao ativismo, como é o caso da AVEN, é um ponto negativo. Esta é uma visão problemática, dado que nenhuma investigação conseguirá representar todas as pessoas, logo esta não é uma particularidade dos estudos sobre as assexualidades. Existe uma pluralidade de vivências das pessoas assexuais que nenhum estudo conseguirá captar na sua globalidade. No entanto, o facto de recorrerem a pessoas possivelmente ligadas ao ativismo permite que pessoas que não têm esta ligação possam ter acesso a outras narrativas de construção da sua identidade. Narrativas essas menos patologizadoras e mais plurais:

“Há poucos artigos e os artigos que há têm uma crítica muito forte que é a maior parte das amostras destes artigos são amostras que são recolhidas através da AVEN, que é uma associação de ativistas, e essa é uma crítica que é muitas vezes feita nos estudos da sexologia que é a forma de acesso da amostra pode enviesar por completo o conteúdo que é avaliado (...) Na área da assexualidade aquilo que se percebe é que os estudos que tiveram amostras significativas foram estudos que recorreram a esta associação, que é uma associação ativista, e que portanto tem características também muito próprias. Nada contra o ativismo, mas há uma diferença muito grande e, principalmente, quem depois conversa com as pessoas há uma diferença muito grande em eu ter alguém LGBTQ não ativista e eu ter alguém LGBTQ ativista.” (P09)

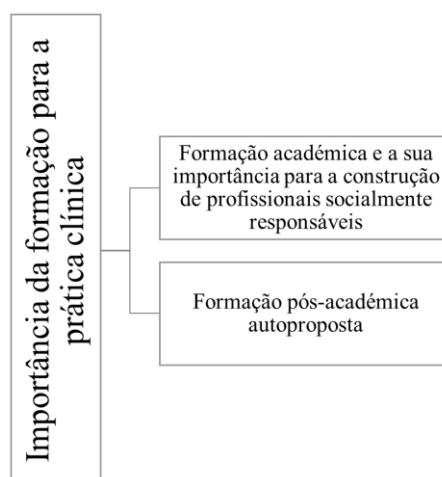
Algumas/alguns autoras/es criticam o recurso constante à AVEN para recrutamento de participantes, mas, ao contrário do que é mencionado pela profissional entrevistada, fazem-no porque consideram que isto pode estar a limitar os estudos a uma visão, maioritariamente, de pessoas brancas, cisgénero, jovens e com mais formação académica (Guz et al., 2022). Assim, estas/es autoras/es questionam que outras experiências assexuais existirão e que não estão a ser descritas na literatura por serem de pessoas marginalizadas e com menos acesso às investigações científicas. Nesse sentido, Hille (2023) reforça que a investigação deveria começar a explorar a interseccionalidade na população assexual, para que consiga captar uma maior pluralidade das experiências assexuais.

5. Tema 5 – Importância da Formação para a Prática Clínica

O presente tema reflete as implicações da formação para a prática clínica. Nomeadamente, aborda-se a maneira como a formação académica inicial destes/as profissionais (não) integra as assexualidades, a importância que estes/as profissionais veem nessa integração e também a possibilidade de formação contínua nesta área. Assim, identificaram-se dois códigos: “Formação académica e a sua importância para a construção de profissionais socialmente responsáveis” e “Formação pós-académica autoproposta” (ver Figura 6).

Figura 6

Mapa do Tema “Importância da Formação para a Prática Clínica”



Relativamente à “Formação académica e a sua importância para a construção de profissionais socialmente responsáveis”, é, antes de mais, importante destacar que algumas/alguns das/os participantes fizeram a sua formação académica inicial numa época em que o termo assexualidade ainda não era (re)conhecido. Mesmo assim, cerca de metade das/os participantes diz que não se falou sobre assexualidades na sua formação académica inicial, e a outra metade indica que foram abordadas temáticas LGBTQIAPN+, mas as assexualidades ou não foram incluídas ou foram abordadas apenas de forma superficial:

“Se bem que tive uma cadeira de diversidade sociocultural em que, apesar de não terem sido faladas questões da assexualidade em específico, falamos bastante de questões LGBTQIA+ então no fundo abriu-me o interesse e o entusiasmo de estudar e perceber mais sobre essas populações, mas, no fundo, não me deu arcaboço teórico para conhecer e para saber intervir.” (P03)

Para além disso, alguns/algumas participantes criticam o facto de quando estas temáticas são abordadas serem numa unidade curricular optativa, dizendo que, geralmente, as pessoas que vão escolher essa optativa já têm interesse e conhecimento prévio do tema.

Todas/os as/os participantes reconhecem a importância destes temas serem abordados na formação académica inicial, sendo que muitas/os falam mesmo da necessidade de a sexualidade, no geral, ser mais falada nas faculdades. Nesse sentido, alguns/algumas participantes falam da necessidade de uma formação académica comum a todos/as os/as profissionais de saúde, não só sobre assexualidades, mas sobre temáticas LGBTQIAPN+, no sentido de se ajudar a eliminar ideias pré-concebidas e das/os profissionais se sentirem capazes de intervir com estas populações. Vários/as autores/as também destacam essa necessidade, dizendo que a formação é essencial para a promoção de conhecimento cientificamente validado (Herbitter et al., 2021).

Por outro lado, uma participante, apesar de concordar com esta perspetiva, também refere que é uma obrigação de cada psicólogo/a se manter atualizado/a e procurar conhecimento consoante sente que é necessário:

“Eu acho que era muito importante nós termos formação sobre isto. Ainda hoje sinto, porque os conceitos estão sempre a mudar, não é uma coisa estática.” (P08)

“Sim, mas lá está, ou seja, também temos responsabilidade, porque na nossa profissão temos de estar sempre a estudar e a ler coisas e a atualizar o nosso corpo de conhecimentos, então efetivamente acho que a faculdade são só cinco anos e a partir daí é uma sina estar sempre à procura de novas coisas. Portanto, claro na faculdade era fixe, mas também parte de nós colmatar essas coisas e aquilo que nós achamos que é importante para a nossa intervenção.” (P07)

Quanto ao código “Formação pós-académica autoproposta”, dada a lacuna que todas/os as/os profissionais sentiram na formação académica inicial, também tiveram interesse em procurar conhecimento noutros sítios. Assim, é possível dividir os/as profissionais em dois grupos. O primeiro inclui cinco profissionais que fizeram pesquisa por iniciativa própria, através da leitura de artigos, livros e outras fontes. Alguns/algumas também assistiram a palestras e fizeram pequenas formações sobre temáticas LGBTQIAPN+. Uma das profissionais deste grupo também refere que a supervisão foi de extrema importância para ganhar mais conhecimento. O segundo grupo inclui os/as restantes profissionais que fizeram pós-graduações ou doutoramentos em Sexologia Clínica ou Medicina Sexual e/ou formações e cursos especializados nas temáticas LGBTQIAPN+. Dentro deste último grupo, é pertinente a diferença sentida entre os/as profissionais especializados em temáticas LGBTQIAPN+, não só em termos de formação, mas também de prática clínica, e os/as restantes. As/os primeiras/os tinham um discurso mais fluído e

elaboravam as respostas, trazendo várias ideias para discussão. Esta distinção vem apoiar a ideia de que a formação específica na área LGBTQIAPN+ é importante para a prática clínica, nomeadamente com pessoas assexuais.

“E o meu supervisor tem bastante formação na área e ele é especialista na área da sexualidade e então vai-me passando muitos conhecimentos e é com ele que aprendo mais, porque ele também tem a parte da formação teórica, mas também de anos de prática então vai-me passando essas informações e ajuda-me a poder intervir, porque senão eu iria-me sentir bastante desamparada.” (P03)

“Mas senti uma enorme lacuna. Então aquilo que eu fiz foi tentar ‘okay, assim que possa entrar no mercado de trabalho eu vou tentar colmatar isso’ (...) e foi aí que eu fui começando a edificar-me, não é. Muito numa lógica autodidata inicialmente, mas depois também aqui com a estrutura necessária e então depois comecei a dar também formação nesse sentido.” (P04)

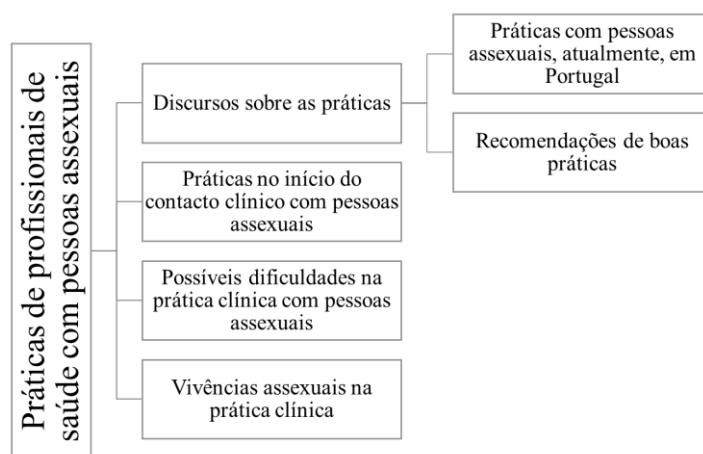
Há duas grandes críticas que surgem pela análise dos dados relativos às questões da formação. A primeira é o facto de ter formação nesta área depender do interesse das/os profissionais em particular e não ser um conhecimento base e comum para todos/as os/as profissionais. Em segundo lugar, e relacionado com esta questão de ter de existir interesse por parte do/a profissional, critica-se o facto de quem procura a formação serem pessoas que já tinham interesse e algum conhecimento prévio sobre as temáticas. Isto faz com que aqueles/as profissionais com menos interesse por temáticas LGBTQIAPN+ e que, por isso, também terão menos conhecimento e, possivelmente, mais preconceitos, se mantenham sem esse conhecimento. E assim se perpetua o ciclo de preconceito, discriminação e ideias erradas sobre as assexualidades (e outras populações LGBTQIAPN+), mesmo por parte de profissionais. Uma prática clínica inclusiva e não patologizadora começa numa formação académica também ela inclusiva.

6. Tema 6 – Práticas de Profissionais de Saúde com Pessoas Assexuais

Neste último tema, procurou-se analisar as práticas com pessoas assexuais, em Portugal, as dificuldades que os/as profissionais podem encontrar, as experiências assexuais com que os/as profissionais vão tendo contacto e as práticas que as/os profissionais entrevistadas/os consideram essenciais para que a intervenção com estas pessoas seja o mais ajustada e positiva possível. Nesse sentido, surgiram cinco códigos, sendo que dois deles estavam agrupados no subtema “Discursos sobre as práticas” (ver Figura 7).

Figura 7

Mapa do Tema “Práticas de Profissionais de Saúde com Pessoas Assexuais”



O subtema “Discursos sobre as práticas” acolhe dois códigos, “Práticas com pessoas assexuais, atualmente, em Portugal” e “Recomendações de boas práticas”. O primeiro código refere-se às perceções dos/as profissionais sobre as práticas atuais com pessoas assexuais, em Portugal. Quando os/as profissionais entrevistados/as foram convidados a refletir sobre a preparação e o conhecimento de profissionais de saúde para intervir com pessoas assexuais, todos/as disseram que, em Portugal, a maioria dos/as profissionais não estão preparados/as para isso. Os/as participantes consideram que ainda existe muito desconhecimento e estigma, mesmo por parte de profissionais de saúde. Mas também sublinham que existem cada vez mais profissionais com sensibilidade e conhecimentos sobre este tema. Referindo-se, especificamente, a psicólogos/as, uma participante também acha que os/as profissionais não se sentem confortáveis e preparados/as para intervir com pessoas assexuais, porque ainda existe pouca literatura sobre o tema. Para além disso, considera que intervir com pessoas assexuais implica uma desconstrução interna, por parte das/os profissionais, sobre os seus próprios preconceitos, tal como sugerido por Herbitter et al. (2021). Três participantes também salientam o facto de, para além de acharem que os/as profissionais não estão preparados/as para intervir, também acham que muitos/as não mostram interesse e disponibilidade para intervir com pessoas não só assexuais, mas LGBTQIAPN+.

“Então, é difícil generalizar, mas acho que não, que não estão preparados. Especialmente na área médica, acho que deve haver menos sensibilidade para estes temas. Mas mesmo na psicologia ainda existem pessoas que discriminam. E o risco é que este preconceito está a vir de um médico, um psicólogo, é alguém numa suposta posição de poder.” (P05)

“Eu fui contactando com muitos colegas, também da área da psicologia, que encaminhavam casos, porque não tinham efetivamente este conhecimento ou não se sentiam à vontade para atender pessoas LGBTQ+, onde podemos incluir obviamente as pessoas assexuais. E infelizmente fui sentindo que, muitas vezes, não há grande disponibilidade por parte de muitas pessoas, porque não é assim nada de extraordinário. Há aqui um conhecimento básico que é importante ter para estabelecer uma boa relação terapêutica com as pessoas, mas depois os modelos de intervenção numa perturbação de humor, numa perturbação de ansiedade podem ter aqui algumas particularidades, mas não são assim tão diferentes. (...) Basta que nós respeitemos a identidade das pessoas, tentamos fugir dos estereótipos comuns e podemos fazer um bom trabalho, porque o outro conhecimento técnico está lá. Mas aí eu não vi grande disponibilidade e, portanto, sentia mesmo que as pessoas mal identificavam que era uma pessoa LGBTQ+ era logo encaminhada para alguém. O que é bom quando as pessoas não se sentem capazes, mas gostava que mais pessoas pudessem ter esse conhecimento.” (P06)

Por último, um participante faz uma crítica ao modelo médico de intervenção, utilizado, atualmente, por vários/as profissionais de saúde. Ele refere que este é um modelo que se baseia em identificar o sintoma e depois intervir diretamente nesse sintoma e que esta forma de intervir limita a compreensão das experiências e da pluralidade das pessoas.

“Preconizamos muito o modelo médico de intervenção, de uma forma geral. E, muitas das vezes, a sensibilização vai no sentido de levar as pessoas a perceber que as pessoas não são equações de matemática. E é muito prático, muito confortável nós anteciparmos que fazer isto leva àquilo, mas quantas vezes há mais qualquer coisa” (P04)

O segundo código deste subtema, “Recomendações de boas práticas” refere-se a um conjunto de práticas que foram sendo abordadas pelos/as profissionais como sendo boas práticas numa intervenção com pessoas assexuais. São práticas que estes/as profissionais tentam seguir na sua prática clínica e que esperam que outros/as profissionais de saúde também sigam. Em primeiro lugar, várias/os profissionais foram falando da importância dos/as profissionais acolherem a pessoa na sua pluralidade, indo para lá da teoria e pondo as experiências e os significados da própria pessoa em primeiro lugar. Em segundo lugar, alguns/algumas profissionais falaram da importância da/o profissional ter sensibilidade e conhecimento sobre a temática para não perpetuar a discriminação a que pessoas assexuais já são sujeitas. Nesse sentido, uma participante também salienta o quanto o desconhecimento pode levar a atuações prejudiciais para a pessoa ou criar uma pressão acrescida na pessoa de ter de explicar tudo ao/à profissional. Herbitter et al. (2021) vai ao encontro do que foi dito por esta participante, realçando que as pessoas assexuais apreciam perguntas de clarificação, mas que os/as profissionais não devem depender das pessoas que atendem para obter informação sobre as assexualidades que pode ser obtida em outras fontes. Em terceiro lugar, outras/os profissionais destacam os cuidados que é necessário ter não só ao nível da comunicação verbal, mas também da não verbal e falam sobre o impacto que o não verbal do/a profissional pode ter na pessoa. Uma profissional também fala sobre ter de existir

cuidado com a maneira como os/as profissionais fazem perguntas à pessoa. Por fim, várias/os psicólogas/os falam do quão importante é o/a psicólogo/a apresentar o conceito de assexualidade à pessoa, em casos em que considerem que a pessoa se pode identificar, deixando que depois seja a pessoa a analisar e explorar as assexualidades para perceber se é algo com que se identifica ou não. Este último ponto é também destacado por participantes assexuais, em diversos estudos (e.g. Glass, 2022).

“E nós sabemos bem que é preciso ter cuidado, porque o nosso desconhecimento pode levar a atuações que são danosas para as pessoas e que nem nos apercebemos ou então a colocarmos aqui uma pressão acrescida no cliente de ter de nos explicar tudo. Também pode exercer sobre ele uma grande carga. Claro que as pessoas nos devem explicar a forma como vivenciam a sua experiência de uma forma muito subjetiva, muito idiossincrática, mas no fundo explicar-nos toda a luta, toda a forma como a sociedade encara. Chega a uma altura em que também nos sabe bem, enquanto clientes, sabermos que a pessoa do outro lado entende de uma forma mais aprofundada aquilo que estamos a falar. Faz-nos sentir mais acolhidos.” (P03)

“Mesmo nas perguntas, as pessoas às vezes perguntam como se fosse suposto todas as pessoas terem relações sexuais. E também, por outro lado, também não assumirem. Imaginem uma pessoa vem e não tem relações sexuais agora, se eu a volto a ver daqui a dois anos não tenho de presumir que ela não tem pronto. Ou então mesmo a questão das pessoas mais velhas.” (P10)

“Eu acho que é o papel, sem dúvida, dos profissionais de saúde física e mental apresentarem este conceito a qualquer utente ou paciente que esteja com este tipo de dúvidas e de questões.” (P01)

Por último, ainda nas “Recomendações de boas práticas”, um participante alerta para que os/as profissionais de saúde revejam as suas práticas e avaliem se não tendem a assumir as orientações ou identidades sexuais das pessoas que atendem. Neste caso, se não tendem a assumir que toda a gente com quem têm contacto clínico é alosexual. Herbitter et al. (2021) também chama a atenção para estes vieses normativos que os/as profissionais podem ter.

“Todas as pessoas na psicologia clínica vão contactar com pessoas LGBT+ e quem pensar o contrário se calhar anda a assumir constantemente as identidades das próprias pessoas.” (P06)

Ainda no tema “Práticas de profissionais de saúde com pessoas assexuais”, foram identificados mais três códigos: “Práticas no início do contacto clínico com pessoas assexuais”, “Possíveis dificuldades na prática clínica com pessoas assexuais” e “Vivências assexuais na prática clínica”.

Em relação às “Práticas no início do contacto clínico com pessoas assexuais”, Herbitter et al. (2021) explica que os/as profissionais devem ter uma atitude não julgadora e devem normalizar a identidade da pessoa. Na generalidade, os testemunhos das/os profissionais entrevistadas/os estão alinhados com a literatura, sendo que uma profissional revela que, num primeiro contacto com um/a cliente assexual, procurou compreender e

conhecer as experiências do/a cliente. Depois dessa consulta, pesquisou mais sobre a temática e informou-se, de maneira a poder oferecer uma intervenção adequada. Três participantes, que já tinham conhecimentos sobre o tema, dizem que tentaram ter uma postura adequada e deixar as pessoas à vontade. Uma outra participante, num contacto com um casal, conta que percebeu que havia alguma coisa que não lhe estavam a contar e que optou por esperar que as pessoas se sentissem confortáveis para partilhar essa informação. Por fim, outra participante explicou que, inicialmente, entrou numa visão mais normativa e, inevitavelmente, preconceituosa, mas que depois da consulta começou a questionar-se sobre isso e a procurar mais informação sobre a temática. O exemplo desta última participante ilustra a forma como a visão alonormativa da sociedade pode estar enraizada nos/as próprios/as profissionais e que depois será decisão da/o própria/o profissional questionar e desmontar os seus preconceitos.

“Eu lembro-me que quando eu atendi uma pessoa que se assumia como assexual, depois da consulta eu fiquei logo a pensar ‘okay, eu vou ter de aprofundar mais aqui os meus conhecimentos, vou procurar manter aqui a escuta bem ativa e, no fundo, largar um bocadinho ideias pré-concebidas que possa ter, porque, neste momento, não me sinto muito conhecedora, por isso vou aqui procurar apropriar-me da experiência que esta cliente está aqui a contar’. E procurei eu trazer essa humanidade, essa abertura e esse acolhimento para perceber como é que a cliente definia a sua assexualidade e, no fundo, o que é que ela sentia face a essa assexualidade se, no fundo, era algo que aceitava e que nem sequer fazia parte do pedido de consulta ou se era algo que, de facto, ia trazer aqui algumas implicações. E, por isso, foi um bocadinho alguma ansiedade inicial por esse receio de não saber intervir, mas depois o pôr os pés na terra e dizer ‘bem, vou pesquisar mais sobre isso em termos objetivos, até para ver se me sinto com ferramentas teóricas para conseguir fazer uma boa prática, mas agora que estou aqui vou procurar compreender melhor a cliente, tal como procuraria compreender outro cliente. E caso alguma coisa não fique bem compreendida por mim, se eu sentir que, de algum modo, o meu fraco conhecimento pode afetar ali aquele momento de terapia também prometi a mim mesma que haveria alguma autorrevelação em relação a isso, em relação às minhas limitações naquele momento. Mas foi assim um misto de alguma ansiedade com depois alguma tranquilização de que ia procurar trazer essas características mais de criação de relação com a pessoa, de procurar a experiência e de ter a bússola da dor, digamos assim, ativada para perceber o que é que para a cliente pode ser um problema seja dentro da assexualidade ou não.” (P03)

“Lá está, para mim que estou dentro da área foi como outra orientação sexual qualquer. Às vezes, eu também não conheço todos os termos. Às vezes, pode-me chegar alguém que me refere um termo que eu não conheço e eu tenho uma atitude de curiosidade. O importante é não ter, obviamente, uma atitude que seja de julgamento para com a outra pessoa. E pode chegar-me alguém que eu não saiba exatamente o que é que aquilo significa e eu tenho total à vontade de querer compreender mais e de devolver também ali à pessoa nesse sentido. E a abertura tem sido positiva, tem sido boa nesse aspeto.” (P06)

“Foi uma incógnita pra mim. Eu, quando ela veio, eu fiquei a pensar se não teria, se ali não era um sintoma de uma outra coisa. Então, veja bem, se a gente parar pra pensar, é quase, não é isso, porque nunca foi esse o meu modo de olhar, mas é quase como se eu tivesse a pensar dentro de uma ótica normativa, né. Do tipo, então você não quer a intimidade, talvez você tenha dificuldade com criar laços, criar intimidade. Então, eu também caí um pouco nesse, num primeiro momento, eu acho que a gente também tem que analisar tudo, mas eu também fiquei ali um bocadinho assim. E foi aí, na verdade não foi aí, foi durante o processo dessa paciente é que eu fui estudar um pouco mais sobre essa questão da assexualidade, assim com mais profundidade, fui tentar perceber. Porque muitas vezes na clínica chega pra gente demanda que não necessariamente nós temos todo o background sobre aquilo, então é preciso também um estudo recorrente e ali no início eu fiquei um pouco assim.

Eu fiquei a pensar que talvez era preciso trabalhar essa questão com ela. Porque essa pessoa trazia isso recorrentemente. Foi só com andamento, foi uma pessoa que ficou uns quatro anos trabalhando assim, é que entendi que a questão não era não estabelecer vínculo, intimidade e o sexo ser um sintoma disso. Mas como que ela ia aprender a gerir os relacionamentos respeitando a singularidade dessa pessoa. Então foi um aprendizado pra essa paciente, mas foi um aprendizado pra mim também.” (P12)

Os/As profissionais que ainda não têm prática clínica com pessoas assexuais foram convidados/as a refletir sobre as dificuldades que poderiam sentir nos momentos iniciais desse contacto clínico. Assim, foi identificado o código “Possíveis dificuldades na prática clínica com pessoas assexuais”. Das/os cinco profissionais ainda sem prática clínica com pessoas assexuais, uma disse que não prevê grandes dificuldades, visto já ter conhecimento sobre a temática. Por outro lado, dois/duas participantes identificaram como principal dificuldade o desconhecimento de recursos úteis e adequados que possam sugerir à pessoa, para que ela possa pesquisar e conhecer melhor as assexualidades. Outra participante indicou a possível dificuldade em lidar com as especificidades e experiências de vida de pessoas assexuais. Por último, outra participante refere que a maior dificuldade seria se a pessoa não tivesse flexibilidade para perceber que a sexualidade é fluída e que o que sente no momento atual pode não ser definitivo. Teria dificuldades em desconstruir essa ideia da pessoa. Os excertos seguintes ilustram as perspetivas de alguns/algumas dos/as profissionais acima mencionados/as:

“Antecipo algum tipo de dificuldade?... Acho que um bocadinho na clarificação do conceito para poder apoiar a pessoa a também perceber, por exemplo, na questão da psicoeducação. A poder apoiar a pessoa, no sentido de dar informação correta, havendo pouca informação na literatura. Ou dar recursos adequados à pessoa e válidos e que tenham informação correta. Acho que é desconhecimento meu, atualmente, e acho que pode dificultar a intervenção com pessoas assexuais nesse sentido. Quais são os recursos que eu posso dar à pessoa para ela própria fazer a pesquisa e saber o que é este conceito.” (P02)

“Eu acho que a dificuldade que poderia prever é no sentido de encontrar alguém extremamente rígido, okay? Que não tenha flexibilidade em compreender que a sexualidade é uma coisa fluída. E a pessoa chega à consulta e diz ‘mas eu vou ser sempre assim, não é?’ (...) Ou seja, demonstrarem essa rigidez de sempre assim. Eu não considero que seja propriamente saudável, então a dificuldade que eu prevejo nesse tipo de situação é realmente conseguir desconstruir para, eventualmente, a pessoa num futuro se acontecer se sentir também preparada para assumir que pode gostar de outras coisas.” (P11)

Por fim, algumas/alguns profissionais foram abordando as reações e comportamentos das pessoas assexuais, na sua prática clínica. Assim, identificou-se o código “Vivências assexuais na prática clínica”. Neste código, ficou em destaque a pluralidade de experiências das pessoas assexuais. Vários/as profissionais referiram que conseguiram perceber esta pluralidade na sua prática clínica, desde a forma como as pessoas traziam o tema para a

consulta até à forma como viviam a sua assexualidade. Por exemplo, em alguns casos a sua orientação sexual era um tema que queriam abordar com a/o psicóloga/o, noutros era apenas uma informação que consideravam relevante revelar, mas que não precisavam de trabalhar. Uma profissional também referiu um caso em que a pessoa já se autoidentificava como assexual, mas vinha à procura da aprovação de um/a profissional, como se fosse necessário alguém com conhecimento sobre a temática dizer-lhe que estava certa. Esta é uma situação que, por vezes, acontece, em que a pessoa que está agora a autoidentificar-se procura alguém que lhe possa confirmar a sua própria decisão (Hinderliter, 2013). Para além disso, as/os profissionais também notam diferenças nas vivências assexuais, nomeadamente em relação às práticas sexuais e à vontade de ter uma relação romântica. Adicionalmente, uma participante conta que muitas pessoas falam, em consulta, sobre não terem interesse em relações sexuais, mas não conhecem o termo “assexual” e, por isso, não se autoidentificam. Um profissional também conta que já teve clientes assexuais que vinham com um receio inicial de não serem compreendidos pelo psicólogo. Os seguintes excertos ilustram algumas dessas falas:

“Não é um problema, portanto esta coisa do primeiro contacto não é um choque. É fornecida essa informação como quem me diz a idade, como quem me diz o que é que estuda, o que é que trabalha, portanto, as pessoas estão muito bem resolvidas com isso.” (P07)

“A pessoa já tinha lido algumas coisas, fazia-lhe algum sentido, mas não queria avançar com a sua própria identificação sem que alguém de fora e com conhecimento dissesse ‘sim, pode avançar’. Portanto grande parte da discussão tinha a ver com isto que era não tinha que ser eu a atribuir o rótulo, mas tinha que ser a pessoa a querer usá-lo ou aceitá-lo ou então não querer (...) no fundo era alguém que procurava validação externa.” (P09)

“Muitas vezes estas pessoas traziam um sentimento de incompreensão, ‘eu não vou ser compreendido ou compreendida, eu não vou sentir que esta pessoa realmente vai perceber isto’. E, muitas vezes, essas questões não eram questões que eram trazidas numa primeira abordagem. Eram trazidas quando a relação terapêutica realmente estava estabelecida.” (P04)

Conclusão

Neste estudo, pretendeu-se conhecer e explorar os discursos de profissionais de saúde sobre as assexualidades, assim como as práticas que daí resultam.

Através da análise das entrevistas, conclui-se que, assim como na literatura, os/as profissionais de saúde também vão apresentando definições das assexualidades ligeiramente diferentes entre si. Este não é, necessariamente, um ponto negativo, dado que a existência de uma definição e de um termo é importante, porque permite que as assexualidades sejam reconhecidas tal como as outras orientações sexuais, mas também é extremamente necessário que se dê voz às pessoas assexuais, no sentido de se conhecer a pluralidade das suas experiências. Não se pode querer encontrar uma definição que inclua toda a heterogeneidade das vivências assexuais.

Apesar dos discursos das/os profissionais serem, na sua generalidade, de cariz não patologizador, verificou-se que ainda existem ideias pré-concebidas, como a falsa ligação entre um trauma e as assexualidades, e desconhecimento das terminologias mais ajustadas, nomeadamente o uso do termo “assexuado” em vez de “assexual”. Por outro lado, todos/as os/as participantes reconhecem a pressão exercida pela sociedade alonormativa e as possíveis implicações para pessoas assexuais, como pensar que não são normais ou sentirem-se isolados. Como foi referido anteriormente, este isolamento e a invisibilidade não ocorrem só na sociedade em geral, mas também dentro da população LGBTQIAPN+. Ou seja, uma população em que, muitas vezes, as pessoas assexuais vão procurar apoio, também pode ser perpetuadora do estigma e da discriminação. Nesse sentido, é essencial que se aumente a visibilidade das assexualidades, não só através dos *media*, mas também em outros contextos como o contexto académico. Ainda dentro desta questão da (des)patologização, várias/os profissionais deixam críticas ao DSM, indo ao encontro da literatura (*e.g.* Margolin, 2023) que questiona os diagnósticos, mais especificamente os diagnósticos de perturbações do desejo sexual, referindo que assumir que existem níveis normativos de desejo já é, por si só, uma forma de perpetuação da discriminação e da patologização.

A análise dos discursos também permitiu concluir que existe uma falta de formação académica não só sobre assexualidades, mas também sobre temáticas LGBTQIAPN+ no geral. Este é um ponto essencial, dado que a literatura, assim como os/as profissionais entrevistados/as, destaca a importância da formação específica para o desenvolvimento de práticas adequadas e competentes (Schneckenburger et al., 2023). Nesse sentido, é crucial

que se comece a investir na introdução destes temas na formação de profissionais de saúde de forma estruturada e comum a todos/as os/as profissionais. Depender do interesse de cada profissional para procurar formação é contribuir para a manutenção do desconhecimento e do estigma. Adicionalmente, esta falta de formação parece refletir-se nas perceções dos/as profissionais entrevistados/as sobre a reduzida preparação de profissionais de saúde, em Portugal, para intervir com pessoas assexuais. Alguns/algumas profissionais referem mesmo uma falta de interesse, por parte de vários/as profissionais, em procurar informações e formação sobre as assexualidades.

Em termos de práticas, os/as profissionais deixam um conjunto de recomendações de boas práticas que vão ao encontro das recomendações deixadas por pessoas assexuais em estudos como o de Glass (2022). Nesse estudo, os/as participantes sugeriram que as/os profissionais procurassem conhecimento e formação sobre as assexualidades, reconhecessem que não é efeito de um trauma e que analisassem os seus próprios vieses e não assumissem que toda a gente é alossexual.

Relativamente às limitações, encontra-se o facto de não ter sido entrevistado/a nenhum/a profissional da área da Psiquiatria. Seria um contributo importante, dado que esta área está, muitas vezes, ligada a uma maior patologização.

Quanto a estudos futuros, sugere-se que se alargue a investigação a outras áreas da saúde, como é o caso da Enfermagem, dado que são, muitas vezes, profissionais com um contacto de primeira linha com as pessoas. Também seria relevante investigar os discursos e as práticas de profissionais que não tenham conhecimento ou interesse pelas assexualidades.

Concluindo, este estudo veio acrescentar ao corpo científico sobre as assexualidades, especialmente no que concerne a área dos profissionais de saúde. Que tenha sido um contributo para a compreensão das assexualidades e para a mudança de discursos e, consequentemente, para a garantia de práticas ajustadas e não patologizadoras.

Referências Bibliográficas

- Alcaire, R. (2015). The pathologisation of sexual diversity – A critical scrutiny of the DSM. *Ex Aequo*, 32, 155-167. <https://doi.org/10.22355/exaequo.2015.32.10>
- Alcaire, R. (2021). LGBTQI+ healthcare (in)equalities in Portugal: What can we learn from asexuality?. *Healthcare*, 9(5), 583. <https://doi.org/10.3390/healthcare9050583>
- Batričević, M., & Cvetić, A. (2016). Uncovering an A: Asexuality and asexual activism in Croatia and Serbia. In B. Bilić, & S. Kajinić (Eds.), *Intersectionality and LGBT activist politics* (pp. 77-103). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/978-1-137-59031-2_4
- Bogaert, A. F. (2004). Asexuality: Prevalence and associated factors in a national probability sample. *The Journal of Sex Research*, 41(3), 279–287. <https://doi.org/10.1080/00224490409552235>
- Bogaert, A. F. (2015). Asexuality: What It is and Why It Matters. *Journal Of Sex Research*, 52(4), 362–379. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1015713>
- Borgogna, N. C., McDermott, R. C., Aita, S. L., & Kridel, M. M. (2019). Anxiety and depression across gender and sexual minorities: Implications for transgender, gender nonconforming, pansexual, demisexual, asexual, queer, and questioning individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(1), 54–63. <https://doi.org/10.1037/sgd0000306>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. SAGE Publications.
- Brotto, L. A., Knudson, G., Inskip, J., Rhodes, K., & Erskine, Y. (2010). Asexuality: A mixed-methods approach. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 599–618. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9434-x>
- Brotto, L. A., & Yule, M. (2017). Asexuality: Sexual orientation, paraphilia, sexual dysfunction, or none of the above?. *Archives of Sexual Behavior*, 46(3), 619–627. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0802-7>

- Brown, G., Cheva, A., Fraser, M., & Zeglin, R. J. (2022). Asexuality: a content analysis of sex therapy journals. *Psychology & Sexuality*, 14(1), 17–30. <https://doi.org/10.1080/19419899.2022.2052943>
- Campos, A. S. (2017). *Trajectos De Vida Assexuais: Uma análise psicológica crítica* [Tese de mestrado não publicada]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Catri, F. (2021). Defining asexuality as a sexual identity: Lack/little sexual attraction, desire, interest and fantasies. *Sexuality & Culture*, 25(4), 1529–1539. <https://doi.org/10.1007/s12119-021-09833-w>
- Chan, R. C. H., & Leung, J. S. Y. (2023). Experiences of minority stress and their impact on suicidality among asexual individuals. *Journal of Affective Disorders*, 325, 794–803. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.025>
- Chasin, C. D. (2011). Theoretical issues in the study of asexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 713–723. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9757-x>
- Chasin, C. D. (2013). Reconsidering asexuality and its radical potential. *Feminist Studies*, 39(2), 405–426. <https://doi.org/10.1353/fem.2013.0054>
- Chen, A. (2020). *Ace: What asexuality reveals about desire, society, and the meaning of sex*. Beacon Press.
- Clark, A. N., & Zimmerman, C. (2022). Concordance between romantic orientations and sexual attitudes: Comparing allosexual and asexual adults. *Archives of Sexual Behavior*, 51, 2147–2157. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02194-3>
- Decker, J. S. (2014). *The invisible orientation: An introduction to asexuality*. Skyhorse.
- Flanagan, S. K., & Peters, H. J. (2020). Asexual-identified adults: Interactions with health-care practitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 49(5), 1631–1643. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01670-6>
- Glass, V. Q. (2022). Queering relationships: Exploring phenomena of asexual identified persons in relationships. *Contemporary Family Therapy*, 44, 344–359. <https://doi.org/10.1007/s10591-022-09650-9>
- Gupta, K. (2015). Compulsory sexuality: Evaluating an emerging concept. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 41(1), 131–154. <https://doi.org/10.1086/681774>
- Gupta, K. (2017). “And now I’m just different, but there’s nothing actually wrong with me”: Asexual marginalization and resistance. *Journal Of Homosexuality*, 64(8), 991–1013. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2016.1236590>

- Guz, S., Hecht, H. K., Kattari, S. K., Gross, E. B., & Ross, E. (2022). A scoping review of empirical asexuality research in social science literature. *Archives of Sexual Behavior*, 51, 2135–2145. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02307-6>
- Herbitter, C., Vaughan, M. D., & Pantalone, D. W. (2021). Mental health provider bias and clinical competence in addressing asexuality, consensual non-monogamy, and BDSM: A narrative review. *Sexual and Relationship Therapy*, 1–24. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1969547>
- Hille, J. J. (2023). Beyond sex: A review of recent literature on asexuality. *Current Opinion in Psychology*, 49, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101516>
- Hinderliter, A. (2013). How is asexuality different from hypoactive sexual desire disorder? *Psychology and Sexuality*, 4(2), 167–178. <https://doi.org/10.1080/19419899.2013.774165>
- Houdenove, E., Enzlin, P., & Gijs, L. (2017). A positive approach toward asexuality: Some first steps, but still a long way to go. *Archives of Sexual Behavior*, 46(3), 647–651. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0921-1>
- Jones, C., Hayter, M., & Jomeen, J. (2017). Understanding asexual identity as a means to facilitate culturally competent care: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 3811–3831. <https://doi.org/10.1111/jocn.13862>
- Kelleher, S., Murphy, M., & Su, X. (2023). Asexual identity development and internalisation: A scoping review of quantitative and qualitative evidence. *Psychology & Sexuality*, 14(1), 45–72, <https://doi.org/10.1080/19419899.2022.2057867>
- MacInnis, C. C., & Hodson, G. (2012). Intergroup bias toward “Group X”: Evidence of prejudice, dehumanization, avoidance, and discrimination against asexuals. *Group Processes & Intergroup Relations*, 15(6), 725–743. <https://doi.org/10.1177/1368430212442419>
- Margolin, L. (2023). Why is absent/low sexual desire a mental disorder (except when patients identify as asexual)?. *Psychology & Sexuality*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/19419899.2023.2193575>
- Meixel, A., Yanchar, E., & Fugh-Berman, A. (2015). Hypoactive sexual desire disorder: Inventing a disease to sell low libido. *Journal of Medical Ethics*, 41(10), 859–862. <https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102596>

- Mollet, A. L. (2023). “It’s easier just to say i’m queer”: Asexual college students’ strategic identity management. *Journal of Diversity in Higher Education*, 16(1), 13-25. <https://doi.org/10.1037/dhe0000210>
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *Classificação Internacional de Doenças* (11th ed.). <https://icd.who.int/en>
- Prause, N., & Graham, C. A. (2007). Asexuality: Classification and characterization. *Archives of Sexual Behavior*, 36(3), 341–356. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9142-3>
- Priberam. (n.d.). *Dicionário Priberam Online de Português*. Retirado a 17 de outubro de 2023, de <https://dicionario.priberam.org/>
- Przybylo, E. (2011). Crisis and safety: The asexual in sexusociety. *Sexualities*, 14(4), 444–461. <https://doi.org/10.1177/1363460711406461>
- Rothblum, E. D., & Brehony, K. A. (1993). *Boston marriages: Romantic but asexual relationships among contemporary lesbians*. University of Massachusetts Press.
- Rothblum, E. D., Krueger, E. A., Kittle, K. R., & Meyer, I. H. (2020). Asexual and non-asexual respondents from a U.S. population-based study of sexual minorities. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 757–767. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01485-0>
- Schneckenburger, S. A., Tam, M. W. Y., & Ross, L. E. (2023). Asexual competent practices in healthcare: A narrative review. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 1-21. <https://doi.org/10.1080/19359705.2023.2214528>
- Storms, M. D. (1980). Theories of sexual orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(5), 783–792. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.38.5.783>
- Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2013). Mental health and interpersonal functioning in self-identified asexual men and women. *Psychology and Sexuality*, 4(2), 136–151. <https://doi.org/10.1080/19419899.2013.774162>

Anexos

Anexo A. Caracterização dos/as Participantes

Participante	Idade	Pronomes utilizados	Profissão	Habilitações literárias	Anos a trabalhar na área	Experiência clínica com pessoas assexuais
P01	25	Ela/Dela	Psicóloga	Mestrado	2	Não
P02	31	Ela/Dela	Psicóloga	Mestrado	2	Não
P03	25	Ela/Dela	Psicóloga	Mestrado	2	Sim
P04	36	Ele/Dele	Psicólogo e Formador	Mestrado	10	Sim
P05	27	Ela/Dela	Psicóloga	Mestrado	4	Não
P06	31	Ele/Dele	Psicólogo	Mestrado	7	Sim
P07	31	Ela/Dela	Psicóloga	Mestrado	3	Sim
P08	67	Ela/Dela	Médica de família e Terapeuta Familiar	Pós-graduação	43	Sim
P09	38	Ela/Dela	Psicóloga	Doutoramento	13	Sim
P10	55	Ela/Dela	Obstetra/Ginecologista	Pós-graduação	20	Sim
P11	28	Ela/Dela	Psicóloga	Mestrado	4	Não
P12	40	Ela/Dela	Psicóloga	Doutoramento	6	Sim
P13	33	Ele/Dele	Médico de família	Mestrado	5	Não

Anexo B. Guião de Entrevista

Consentimento informado¹

Eu, _____, declaro ter sido informado/a sobre o estudo a decorrer na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da estudante Joana Marques, sob a orientação da Professora Doutora Liliana Rodrigues. O principal objetivo da presente investigação é compreender os discursos e práticas de profissionais de saúde sobre a assexualidade.

Declaro ter sido informado/a que os dados e informações recolhidas serão tratadas e analisadas mantendo a confidencialidade e anonimato de todos/as os/as participantes. Os dados serão usados apenas para fins de investigação científica, de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados 2016/679 de 27 de abril de 2016 que entrou em vigor a 25 de maio de 2018 em Portugal. Apenas a estudante e a orientadora em supervisão científica terão acesso aos dados resultantes da entrevista.

Fui informado/a de que a minha participação é voluntária e não antevê riscos acrescidos. A qualquer momento, posso desistir sem nenhuma consequência negativa. Verificando-se a desistência, a totalidade dos dados por mim fornecidos serão destruídos. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e fui informado/a de que poderei ter acesso aos resultados do estudo, contactando por email.

Nos termos expostos e encontrando-me consciente dos objetivos do estudo, aceito participar no mesmo, através da realização de uma entrevista, que terá a duração de, aproximadamente, uma hora. Concordo e aceito a gravação áudio da entrevista, de maneira a permitir a sua transcrição e posterior análise. Sei que depois de feita a transcrição, a gravação será eliminada.

Estou ciente de que é possível contactar a estudante Joana Marques para esclarecimento de questões associadas à investigação através do correio eletrónico joana.marques1997@gmail.com.

Participante: _____ Data: _____

Investigadora: _____ Data: _____

¹ Adaptado de Lemos, S. (2022). *A (des)medicalização dos corpos intersexo: Uma resposta (bio)psicossocial de profissionais de saúde* [Tese de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/145350>

Este estudo está a ser desenvolvido no âmbito da tese de Mestrado de Joana Marques, sob orientação da Professora Doutora Liliana Rodrigues, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Tem como objetivo aprofundar e compreender os discursos e práticas de profissionais de saúde sobre a assexualidade.

Dados sociodemográficos:

Idade:

Género:

Pronomes utilizados:

Naturalidade:

Local de residência:

Profissão:

Habilitações literárias:

Anos a trabalhar nesta área:

Entrevista Propriamente Dita¹:

1. Para si, como se define a assexualidade?

2. Alguns/algumas autores/as e/ou ativistas defendem o conceito de sexualidade compulsória, ou seja, o facto de vivermos numa sociedade que parece focada em sexo (*e.g.* Ela Przybylo) e questionam os níveis de desejo “normais”, nomeadamente quais seriam e o que os define (*e.g.* Angela Chen). O que pensa sobre isto?

3. O DSM distingue, como critério de exclusão de uma perturbação sexual, a autoidentificação como assexual e a ausência de sofrimento. O que pensa sobre isto?

4. Durante a sua formação, o tema da assexualidade foi abordado em algum momento? Se sim, então de que forma é que estas questões foram abordadas? Se não, considera que teria sido importante?

¹ Adaptado de Lemos, S. (2022). *A (des)medicalização dos corpos intersexo: Uma resposta (bio)psicossocial de profissionais de saúde* [Tese de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/145350>

5. Fora da sua formação inicial, já teve contacto direto com o tema da assexualidade? Se sim, em que situações? Foi por iniciativa própria?
6. Como é que foi o processo de primeiro contacto com alguém assexual? Quando é que ocorreu e em que contexto? Quais foram as suas reações? (se for um profissional com experiência)
7. Até agora não teve experiência profissional com pessoas assexuais. Considerando que possa vir a ter, antecipa algum tipo de dificuldade? Se sim, de que tipo? (se for um/a profissional sem experiência)
8. Na sua prática clínica, tem tido variabilidade de experiências de pessoas assexuais? Se sim, pode falar-me mais sobre isso?
9. Acha que os/as profissionais de saúde, em Portugal, estão preparados/as e devidamente informados/as para atender pessoas assexuais?
10. Por fim, gostava de acrescentar algo sobre o qual ainda não falamos?
11. Agora que estamos a terminar, gostava que partilhasse como é que foi o processo da entrevista? Como é que se sentiu? [e.g. constrangimentos, bem-estar, mal-estar]

Agradecimentos.

Discursos e Práticas de Profissionais de Saúde sobre a Assexualidade

Se é **profissional de saúde** (Medicina ou Psicologia) e tem experiência clínica com pessoas assexuais ou não tem experiência, mas tem interesse em discutir e refletir sobre o tema.

Envie email para **joana.marques1997@gmail.com** para agendamento de uma entrevista.

Este estudo está a ser desenvolvido no âmbito da tese de Mestrado de Joana Marques, sob a orientação da Professora Doutora Liliana Rodrigues, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Anexo D. Parecer da Comissão de Ética da FPCEUP



COMISSÃO DE ÉTICA PARECER (Ref.º 2023/07-02b)

A Comissão de Ética (CdE) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, tendo reapreciado os documentos do projeto de investigação denominado «*Díscursos e Práticas de Profissionais de Saúde sobre a Assexualidade*», submetidos para apreciação ética pela mestranda Joana Marques e com orientação da Doutora Lúliana Rodrigues, emite um parecer favorável à continuação da pesquisa.

Parecer favorável

A CE é favorável à realização do projeto tal como apresentado.

FPCEUP, 03 de outubro de 2023

A Presidente da CdE,

Prof.ª Doutora Carlinda Leite