

**PARADIGMA - CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DO
COMPORTAMENTO**

MARIANE LEAL FALEIROS

**Treinamento de habilidades DBT para pessoas trans com desregulação
emocional**

São Paulo

2022

MARIANE LEAL FALEIROS

**Treinamento de habilidades DBT para pessoas trans com desregulação
emocional**

Projeto de Dissertação apresentado ao
Paradigma – Centro de Ciências e
Tecnologia do Comportamento, como parte
dos requisitos para a obtenção do título de
Mestre Profissional em Análise do
Comportamento Aplicada

Orientador: Dr. Jan Luiz Leonardi

**Coorientador: Dr. Ramiro Figueiredo
Catelan**

São Paulo

2022

Resumo

O objetivo desse estudo foi aplicar o treinamento de habilidades da Terapia Comportamental Dialética (DBT) para a população transgênero que sofre com desregulação emocional. As pessoas trans sofrem preconceito e discriminação e o modelo de estresse de minoria de gênero descreve os altos níveis de estresse que minorias sexuais e de gênero enfrentam, devido a essas experiências de violência e rejeição relacionadas à sua expressão ou identidade de gênero. Foi um estudo quase-experimental, em que foram realizadas 12 sessões em grupo de 8 pessoas, para ensinar as habilidades de mindfulness, tolerância ao mal-estar, regulação emocional e efetividade interpessoal. Os participantes responderam aos inventários *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS-21) e *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) antes e após a intervenção. Os resultados dos participantes que se mantiveram até o final da intervenção foram favoráveis, os níveis de estresse, depressão e ansiedade diminuíram e a capacidade de regulação emocional aumentou, contudo houve uma alta taxa de desistência. Ao longo da intervenção, 75% dos participantes desistiram.

Palavras-chave: treinamento de habilidades, terapia comportamental dialética, transgênero, estresse de minoria, desregulação emocional.

Introdução

A identidade de gênero corresponde ao senso que a pessoa tem de si mesma, a forma como ela mesma se percebe e se identifica, como homem, mulher ou alguma outra categoria de gênero disponível na cultura (APA, 2011). Quando a identidade de gênero e o gênero associado ao sexo designado no nascimento não coincidem, a pessoa pode se identificar dentre as identidades transgênero (APA, 2012; Gainor, 2000). Transgênero é um termo guarda-chuva e pode denominar pessoas transexuais, transgêneros, travestis e outras identidades ou expressões de gênero.

Já o termo cisgênero é usado para descrever uma pessoa que tem sua identidade de gênero, expressão de gênero e sexo designado em seu nascimento alinhados, inclui todas as pessoas que não são trans (APA, 2015). Uma pessoa que se identifica com o gênero masculino, mas o sexo designado no seu nascimento é associado ao gênero

feminino, pode se denominar homem trans. Uma pessoa que se identifica com o gênero feminino e o sexo designado em seu nascimento se associa ao gênero masculino, pode se denominar mulher trans. O termo travesti é usado para denominar pessoas que tem o sexo designado no nascimento associado ao gênero masculino e se identificam com o gênero feminino, mas não se identificam como mulheres trans.

Há pessoas que não se encaixam na binaridade e não se identificam com o gênero masculino, nem com o gênero feminino, ou se identificam com ambos os gêneros. Essas pessoas podem se denominar trans não binárias, gênero queer, gênero fluido, agênero ou bigênero. Esses termos são usados para evitar a ideia comumente relacionada ao termo trans de que uma pessoa que não se identifica com um gênero, irá se identificar com o gênero oposto, dentro da binaridade. Gênero diverso é um termo que descreve pessoas cuja identidade ou expressão de gênero não está em conformidade com as expectativas sociais sobre gênero, em uma concepção binária (Adams et al., 2017).

Em nossa cultura predomina uma crença de que o gênero comumente associado ao sexo designado no nascimento é a única forma de identidade de gênero possível. A sociedade é regida pela binaridade, entendimento de que existem somente o gênero masculino e feminino, e pela heteronormatividade, visão que coloca a heterossexualidade como norma ou lei que regula e determina a impossibilidade de estar fora dessas normas (Rocon et al., 2016).

A heterossexualidade diz respeito à uma orientação sexual, que pode ser definida como um componente da identidade e inclui a atração sexual e emocional de uma pessoa por outra e o comportamento social relativo a essa atração (APA, 2012). Uma pessoa pode sentir atração por homens, mulheres, ambos, nenhum ou por outras identidades de gênero e podem se denominar gays, lésbicas, heterossexuais, bissexuais, queer, pansexuais, assexuais, entre outros (APA, 2012).

Por conta do padrão cultural que estabelece a cisgeneridade, condição da pessoa que tem sua identidade de gênero e gênero designado no nascimento alinhados, como norma e única identidade de gênero socialmente aceita, as pessoas transgênero sofrem preconceito e discriminação. Essa população está mais sujeita ao desemprego, à transfobia, à rejeição social, à violência, à pobreza, à perda de laços familiares, à evasão escolar, entre outros fatores de risco (Rocon et al., 2016).

A transexualidade era antigamente vista como uma patologia, ou seja, pessoas que não estavam em conformidade com o sexo designado no nascimento tinham uma doença, o transexualismo. A transexualidade foi considerada sempre sob um prisma patologizante, e diversos médicos, psiquiatras, psicólogos, sexólogos, e mesmo cientistas sociais, defenderam que seria uma anormalidade, um desvio que necessita ser corrigido (Pereira, 2006).

O movimento da medicina dentro da cultura cis-heteronormativa, que entende cisgeneridade e heterossexualidade como norma, é de reestabelecer a sexualidade e gênero de pessoas trans, como se fossem consertá-las. A ideia da transexualidade como doença, que necessita de cura, reforça ainda mais essas normas de gênero, que só aceitam cisgênero e heterossexual, reforçando também o preconceito e a discriminação. Isso gera nas pessoas trans um sentimento de inadequação, não pertencimento.

Por não permitir que as pessoas transgênero expressem e experienciem sua identidade, a cultura dominante invalida a vivência de pessoas que possuem identidade de gênero e sexo designado no nascimento não alinhados ou que possuem identidades de gênero diferentes da classificação feminino e masculino (Hendricks & Testa, 2012).

Todo esse contexto de discriminação, preconceito e invalidação por parte da cultura pode ser considerado como ambiente invalidante, entendido como ambiente que não reconhece e pune as experiências internas do indivíduo, experiências emocionais e noção de identidade (Linehan, 1993).

O impacto do estigma e preconceito que essa população experiencia pode ser explicado pelo modelo do estresse de minoria (Meyer, 2003; Brooks, 1981), que descreve os altos níveis de estresse a que minorias sexuais e de gênero enfrentam, devido a experiências de preconceito, discriminação, violência e rejeição relacionadas à sua expressão ou identidade de gênero. O termo transfobia pode ser conceituado como qualquer atitude negativa direcionada a pessoas trans, por serem trans, limitando os direitos de suas identidades e corpos (Chinazzo et al., 2020).

O modelo foi desenvolvido inicialmente por Brooks (1981), para avaliar o impacto psicológico do preconceito em mulheres lésbicas cisgênero e, posteriormente, foi ampliado por Meyer (1995; 2003), para explicar o mesmo impacto em gays e bissexuais.

Conforme o modelo original do estresse de minoria, o preconceito pode ser dividido em três tipos: percebido, antecipado e internalizado. O preconceito percebido pode ser entendido como a vivência do preconceito pela pessoa, por pertencer a uma minoria, é o estresse explícito. O preconceito antecipado está relacionado à expectativa de preconceito; é a antecipação de eventos estressores associados à discriminação, o que pode levar a um estado de vigilância constante. Por fim, preconceito internalizado é entendido como ações de preconceito do ambiente social que são internalizadas pela própria pessoa, na forma de pensamentos negativos sobre a própria experiência de gênero e/ou sexual, como uma auto estigmatização, o que pode estar relacionado a baixa autoestima e déficit nas habilidades de enfrentamento (Meyer, 2003).

O modelo aqui usado para explicar o sofrimento de pessoas transgênero é o estresse de minoria de gênero (originalmente, Gender Minority Stress Framework) de Testa et al., 2015. Esse modelo foi desenvolvido a partir da teoria do estresse de minoria (Meyer, 2003; Brooks, 1981). O modelo precisou ser ampliado para explicar as iniquidades e particularidades únicas, em termos de preconceito, às quais as pessoas trans

são expostas. Os tipos de preconceito e experiências de vida são diferentes daqueles experimentados por minorias sexuais (lésbicas, gays e bissexuais), a posição de minoria das pessoas trans é decorrente da ideologia e normas sociais que privilegiam os cisgêneros (Tan et al., 2020), essa ideologia pode ser denominada como cisheteronormatividade.

O modelo de Testa et al. (2015) descreve fatores distais e proximais que são considerados específicos das pessoas trans e esclarece as diferenças encontradas entre problemas de saúde mental em pessoas transgênero e pessoas cisgênero. Fatores distais podem ser entendidos como a discriminação e agressão da sociedade, são fatores mais objetivos, relacionados à posição que a sociedade impõe à minoria.

Os fatores distais incluem vitimização baseada no gênero, atos verbais ou físicos cometidos contra pessoas trans; rejeição baseada no gênero, rejeição ou não aceitação pelas pessoas, instituições ou comunidades; discriminação baseada no gênero, dificuldade de acesso a moradia, emprego, saúde, documentação legal; e não-afirmação, o senso interno de identidade de pessoas trans não reconhecido por outros (Testa et al., 2015).

Já os fatores proximais incluem expectativas negativas, ansiedade em relação a situações de discriminação e preconceito (fatores distais), devido a experiências negativas anteriores; o sigilo ou não exposição, tentativa de ocultar a identidade trans, para se proteger ou proteger pessoas próximas; e transfobia internalizada, internalização de atitudes discriminativas da sociedade a respeito da própria identidade de gênero (Testa et al., 2015).

O modelo explicativo sugere que os fatores distais podem permitir que pessoas trans sejam mais vulneráveis a processos psicológicos gerais, como regulação emocional mal-adaptativa, exclusão social e sentimento de desesperança (Tan et al., 2020).

Uma pesquisa feita pela U.S. Transgender Survey (USTS) com 27.715 pessoas transgênero ou gênero diverso (TGD) divulgou que 48% dos participantes relataram ter

experimentado pelo menos uma forma de vitimização, como assédio verbal, ataque físico ou agressão sexual (James et al., 2016). O estudo da Nova Zelândia, com 96 alunos trans e 8070 alunos cisgênero do ensino médio demonstrou que quando comparado aos colegas cisgênero, houve um aumento de três vezes na porcentagem de alunos trans que relataram ocorrências de bullying semanalmente (17,6% versus 5,8%) e que alunos trans eram mais significativamente mais propensos a relatarem agressão física por outras pessoas do que os alunos cisgênero (49,9% versus 32,5%; Clark et al., 2014).

O modelo do estresse de minoria de gênero também descreve fatores protetivos a pessoas trans, em termos de fatores de resiliência e enfrentamento tanto em nível individual, quanto social. O orgulho da própria identidade é um fator de proteção de nível individual e, em nível social, há a conexão com a comunidade, o apoio familiar e a conectividade cultural (Testa et al., 2015).

Desenvolver um senso de conexão com a comunidade e fazer uma rede de contato, em grupos de apoio específicos para pessoas trans, foi visto como um contraponto aos estressores de minoria, por facilitar recursos de enfrentamento em nível social, tais como, estabelecer conexão com outras pessoas trans, encontrar modelos positivos, e normalizar as reações emocionais relacionadas à discriminação, por meio dos relatos de experiências compartilhados (Pflum et al., 2015).

Um estudo realizado em São Paulo e no Rio Grande do sul, com 378 pessoas trans, demonstrou que 80% das pessoas que apresentaram comportamento de tentativa de suicídio relatou ter relação com o fato de ser trans. Foi demonstrado ainda que a ideação suicida aumenta em 20% com o preconceito antecipado e em 70% com o internalizado (Chinazzo et al., 2020).

Há estudos que demonstram que a população trans apresenta uma maior vulnerabilidade para sintomas depressivos, suicídio e ideação suicida, associada a experiências de preconceito (Chinazzo et al., 2020). Além disso, há maior prevalência de

ideação suicida em pessoas trans do que na população não trans brasileira. Esses sintomas estão relacionados ao impacto do estresse de minoria. Há também evidências de que pessoas trans apresentam altos níveis de ansiedade, depressão, ideação suicida e tentativa de suicídio e comportamentos autolesivos (Austin et al., 2017).

Uma revisão sistemática sobre a prevalência de sintomas e transtornos de ansiedade entre pessoas trans, nos continentes americano, europeu e asiático, demonstrou que a prevalência de sintomas de ansiedade em pessoas trans pode ser tão alta quanto 68% em comparação a 18% em pesquisas feitas com pessoas da população geral (Millet et al., 2017). Um estudo realizado no Rio Grande do Sul e em São Paulo, com 384 pessoas trans demonstrou que 33,85% das mulheres transgêneros e 45,16% dos homens transgêneros não trabalham atualmente e que 28,20% das mulheres transgêneros e 29,91% dos homens transgêneros relataram ser vítimas de discriminação no local de trabalho. Os resultados mostram que a discriminação dificulta o acesso de pessoas trans a empregos (Costa et al., 2020).

Há poucos estudos brasileiros sobre saúde mental e população trans. Considerando que o Brasil apresenta um dos maiores índices de homicídio de pessoas trans (Chinazzo et al., 2020), é de extrema relevância que sejam feitos mais estudos nessa área. Além disso, é necessário desenvolver um tratamento psicológico adaptado às particularidades dessa população. Neste estudo, será proposta uma adaptação do Treinamento de Habilidades em Terapia Comportamental Dialética para a população trans.

A Terapia Comportamental Dialética (DBT, originalmente, Dialectical Behavior Therapy) foi desenvolvida pela Marsha Linehan em 1993. Inicialmente para tratar comportamento suicida crônico, entre mulheres e, posteriormente, foi consolidado como tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Após diversos estudos e ensaios clínicos randomizados, foi comprovada a eficácia da DBT para outros problemas

de comportamento, tais como comportamentos auto lesivos (Guerra-Báez et al., 2019), Bulimia (Safer et al., 2001), Compulsão alimentar (Telch et al., 2001), Dependência Química (Dimeff & Linehan, 2008) e Depressão (Harley et al., 2008). A DBT tem suas bases teóricas na Análise do Comportamento, na Filosofia Dialética e na prática Zen, a partir dessas bases, a DBT utiliza três conjuntos de estratégias, para realizar o tratamento, são eles: estratégias de validação, estratégias de mudança e estratégias dialéticas.

Há uma premissa na DBT de que o TPB, o comportamento suicida e outros problemas de comportamento, são essencialmente transtornos da regulação emocional. Portanto, pode-se dizer que o principal problema que a DBT trata é a desregulação emocional pervasiva, que pode ser entendida como a incapacidade de lidar com emoções intensas em diversos contextos diferentes, o que pode gerar os comportamentos problema, como a autolesão, o comportamento suicida, o abuso de substâncias, entre outros.

A desregulação emocional pode ser caracterizada como a forte tendência a experimentar emoções intensas, o déficit na inibição de ações impulsivas relacionadas às emoções, a dificuldade em diminuir a intensidade da excitação fisiológica, a dificuldade de orientar as ações em prol de objetivos, independente do humor atual e a dificuldade em desviar a atenção do estímulo gerador da emoção. A etiologia e manutenção da desregulação emocional são explicadas segundo a teoria desenvolvida pela Marsha Linehan, chamada de Modelo Biossocial.

O Modelo Biossocial explica como um ambiente cronicamente invalidante pode contribuir para a desregulação emocional. É o processo de interação constante e recíproca entre o ambiente invalidante, entendido como o contexto social que não ensina ao indivíduo a identificar, expressar e regular suas emoções e suas expressões de suas experiências emocionais e a vulnerabilidade biológica, entendida como a sensibilidade maior do indivíduo a estímulos, tendência a reações emocionais intensas e de longa duração (Linehan, 2015).

O treinamento de habilidades, um dos modos de tratamento da DBT, tem como objetivo o desenvolvimento e fortalecimento de repertórios comportamentais específicos. As habilidades são ensinadas e treinadas dentro dos quatro módulos do treinamento por um líder e um colíder. O líder tem a função de ensinar as habilidades, utilizando uma apostila com as fichas que contém o conteúdo explicativo das habilidades e o colíder é responsável por verificar se os participantes estão atentos ao treinamento, além de manejar possíveis conflitos (Linehan, 2015). A duração do treinamento é de 24 semanas e os encontros são semanais, toda semana são dadas fichas de tarefas, para que os participantes pratiquem as habilidades até o próximo encontro, onde podem tirar dúvidas e discutir as práticas com o grupo e os líderes.

Os módulos do treinamento são: mindfulness (desenvolver atenção plena ao momento presente, sem apego ou julgamento, aumentar o controle da atenção, o processo intencional de observar, descrever e participar de uma atividade por vez do momento presente), efetividade interpessoal (construir novas relações e terminar relações destrutivas, desenvolver equilíbrio entre razão e emoção nos relacionamentos, melhorar relações e ser coerente com os valores pessoais), regulação emocional (aprender a lidar com as emoções e diminuir a vulnerabilidade emocional, identificar emoções e variáveis relacionadas a elas, nomeá-las e alterar a frequência e intensidade das emoções indesejadas) e tolerância ao mal-estar (ser capaz de lidar de forma rápida com crises emocionais, sem piorar a situação, desenvolver a habilidade de aceitação da realidade).

Visto que a população trans tem uma probabilidade maior de apresentar sofrimento emocional, devido ao preconceito e à discriminação e sendo o Brasil, um país considerado transfóbico, pela alta taxa de homicídios, preconceito e violência contra pessoas trans. Há a necessidade de focar em tratamento e apoio psicológico para essas pessoas. Para realizar intervenções com essa população, é preciso saber sobre o estresse

de minoria, saber sobre os sofrimentos específicos que pessoas trans vivenciam (Austin, 2017).

Esse estudo teve como objetivo realizar o treinamento de habilidades DBT para a população trans que sofre com desregulação emocional, com uma ficha adicional sobre o estresse de minoria, sendo essa desregulação emocional relacionada ao preconceito e discriminação direcionados a suas identidades de gênero. A hipótese foi que após a intervenção, os participantes teriam desenvolvido habilidades para manejar emoções extremas, o sofrimento emocional seria reduzido, teriam uma maior capacidade de regulação emocional, sendo assim, iriam apresentar pontuações menores nas escalas, que estão descritas a seguir.

Método

Participantes

Foram convidadas a participar 8 pessoas que se identifiquem como trans (homem trans, mulher trans, não-binário, gênero fluido ou qualquer outra categoria que não seja cis), que relataram terem vivenciado ou que atualmente vivenciam algum tipo de preconceito (internalizado ou violência/discriminação), além de apresentarem comportamentos/características de desregulação emocional ou um sofrimento intenso, que foi avaliado por meio do *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS-21) e do *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), foram selecionadas pessoas que pontuaram acima da média nesses instrumentos. Os participantes têm acesso à internet (4G ou wi-fi). A faixa etária foi de 18 anos a 35 anos. Esse intervalo de idade foi escolhido porque pessoas trans jovens se encontram em maior risco de apresentarem resultados negativos em relação à saúde mental, por exemplo, jovens trans demonstram taxas mais

altas de depressão, suicídio, automutilação e transtornos alimentares, quando comparado com jovens cis, além disso, apresentam menos apoio social, quando comparado com jovens gays, lésbicas, bissexuais cis (Price-Feeney et al., 2020).

A divulgação da pesquisa foi realizada por meio das redes sociais, Instagram e Facebook, um flyer digital foi postado nos stories dos autores, com o seguinte texto: “Treinamento de Habilidades DBT para pessoas trans com desregulação emocional”. Este mesmo flyer foi enviado, também, para ONGs, que realizam trabalho com pessoas trans.

Foram excluídas pessoas com psicose, pessoas cis, pessoas que já tiveram algum contato anterior com o treinamento de habilidades DBT, pessoas que estão em terapia e pessoas que apresentam abuso de substâncias. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue a cada participante, informando os riscos e benefícios do estudo. Os benefícios deste estudo são a contribuição dos participantes para a produção de conhecimento e a possibilidade de aquisição de habilidades que os permitam manejar a desregulação emocional. Os possíveis riscos deste estudo são os participantes se sentirem desconfortáveis ou vulneráveis, ouvirem algum comentário desagradável ou sentirem que suas falas ou suas emoções foram invalidadas.

As primeiras oito pessoas que aceitaram participar e fecharam os critérios de inclusão responderam aos questionários DERS e DASS. Essas pessoas foram entrevistadas pela própria autora da pesquisa que acompanhou a aplicação das escalas e coletou, também, dados sociodemográficos. As entrevistas e aplicação das escalas foram realizadas individualmente, de modo virtual, por meio do link do aplicativo Zoom, encaminhado para cada participante, pela autora da pesquisa.

Os participantes que não pontuaram acima da média nos inventários e, por consequência disso, não foram selecionados para este estudo, foram encaminhados para o serviço de psicologia do Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.

Procedimento

Foram realizadas 12 sessões de treinamento de habilidades, com os módulos de mindfulness, tolerância ao mal-estar, regulação emocional e efetividade interpessoal. Os encontros foram semanais e tiveram duração de duas horas. O primeiro encontro teve como objetivo explicar aos participantes a respeito do treinamento de habilidades DBT e sobre o modelo biossocial. Após essa introdução, neste mesmo encontro e no seguinte, foram ensinadas as habilidades de mindfulness, em seguida, tiveram três encontros sobre as habilidades de tolerância ao mal-estar, quatro encontros sobre as habilidades de regulação emocional e, por fim, três encontros sobre as habilidades de efetividade interpessoal.

A cada encontro, os participantes receberam uma tarefa de casa, com o intuito de promover a generalização das habilidades ensinadas no treinamento, essa tarefa inclui uma ficha de tarefas, com modelos das habilidades, em que cada um preenchia com relatos e autoavaliações de suas experiências ao treinar a habilidade aprendida na semana, houve um momento em cada encontro dedicado a discutir sobre as tarefas, os participantes puderam tirar possíveis dúvidas que surgiram e aqueles que não tinham feito a tarefa deviam, em conjunto com os treinadores, fazer uma análise de soluções, para que pudessem fazer as tarefas seguintes.

Foram feitas contextualizações nos exemplos de cada ficha, para se adequar melhor à população deste estudo, foram incluídos termos e exemplos de acordo com o contexto de pessoas trans. Foi, também, incluída a ficha de habilidades sobre o estresse de minoria, *Minority Stress Handout*, desenvolvida por Cohen et al. (2021). Essa ficha proporciona uma visão geral sobre os processos psicológicos de sensibilidade à rejeição, estigma internalizado e ocultação de gênero, com a finalidade de promover uma psicoeducação sobre como o ambiente invalidante ativa esses processos que geram sofrimento (Cohen et al., 2021).

O treinamento foi realizado no modelo online, por conta de restrições decorrentes da pandemia da COVID-19. Sendo assim, pessoas de diferentes estados e cidades do Brasil puderam participar. Foi utilizado o aplicativo Zoom e Google Meet. Os participantes receberam um novo link a cada encontro do treinamento, por meio do WhatsApp, em um grupo com as pessoas selecionadas para o treinamento e a líder e colíder do grupo. Esse grupo foi criado com a finalidade de enviar os links e confirmar os horários das sessões de treinamento.

A condução do treinamento foi feita pela psicóloga e treinadora de habilidades Mariane Leal Faleiros, com o papel de líder e por Vini Pezzin, com o papel de colíder. No treinamento de habilidades DBT, o líder tem o papel de conduzir o ensino das habilidades, é responsável pelo controle do tempo, pelo início da sessão e pelas análises relacionadas às práticas das tarefas de casa (Linehan, 2014). O colíder tem o papel de manejar conflitos entre o líder e os participantes e atender as necessidades particulares de cada participante, além de poder dar explicações e exemplos diferentes.

Caso os participantes tenham alguma crise fora de sessão, durante o período do treinamento, o colíder é quem deve manejar essas crises com o participante, por meio de uma ligação rápida, de 15 minutos, no máximo, em que orientará o participante a usar as habilidades TIP, habilidades para manejo de crise, do módulo de tolerância ao mal-estar. Os treinadores tiveram discussões semanais após cada encontro do treinamento, para decidir sobre a condução do treinamento.

Delineamento

Duas semanas antes do início do treinamento, foi marcada uma data e horário para que os participantes selecionados (aqueles que estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão), se reunissem com a autora da pesquisa, no formato on-line, por meio

de um link do aplicativo Zoom, que foi enviado aos participantes por e-mail, para que os participantes respondessem aos questionários DASS, DERS e o formulário de dados sociodemográficos. A autora da pesquisa esclareceu aos participantes como deveria ser feito o preenchimento dos questionários e, depois disso, estabeleceu um tempo, para que eles preenchessem, durante a reunião, podendo deixar as câmeras desligadas. Ao terminar o preenchimento, os participantes enviaram os questionários preenchidos ao mesmo e-mail que receberam o link da reunião.

Os participantes que não puderam comparecer, receberam os questionários e as instruções sobre o preenchimento por e-mail e enviaram, no mesmo e-mail, os questionários preenchidos. A autora da pesquisa realizou a correção dos questionários e ao confirmar que todos os participantes pontuaram acima da média nas escalas DASS e DERS, o treinamento pôde ser iniciado, os participantes que não pontuaram acima da média, receberam uma explicação da autora, do porquê não puderam fazer parte deste estudo e foram encaminhados.

Após o término das 12 semanas de treinamento, foi marcada outra reunião online, com os participantes, para que respondessem os mesmos questionários novamente, DASS e DERS.

Ao final do estudo, após a aplicação dos inventários, os participantes que se mantiveram até o final do estudo apresentaram melhora e não foi necessário o encaminhamento para nenhum serviço de psicologia.

Instrumentos

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS, originalmente, Depression Anxiety Stress Scale), desenvolvida por Lovibond & Lovibond (1995) e traduzida e adaptada para a versão portuguesa por Vignola e Tucci (2014). A DASS-21 avalia a

gravidade dos sintomas de depressão, estresse e ansiedade. A DASS-21 é a versão reduzida, a versão original possui 42 itens, os itens são medidos em uma escala likert de 4 pontos. A versão reduzida da DASS foi validada para a população brasileira. A escala foi estruturada a partir do modelo de três estruturas básicas dos sintomas de ansiedade e depressão, a primeira inclui afeto negativo, humor deprimido, desconforto, insônia e irritabilidade, que podem fazer parte tanto do diagnóstico de depressão, como do diagnóstico de ansiedade; a segunda inclui anedonia, ausência de afeto positivo, sintomas mais específicos da depressão; e a terceira inclui tensão somática e hiperatividade, sintomas mais específicos da ansiedade. A escala DASS possui boa validade interna para cada subescala, 0,92 para depressão, 0,90 para estresse e 0,86 para ansiedade.

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS, originalmente, Difficulties in Emotion Regulation Scale), desenvolvida por Gratz e Roemer (2004) e traduzida e adaptada para a versão portuguesa por Coutinho et al. (2010). Uma medida de autorrelato, que contém 36 itens numa escala likert de 5 pontos, avalia a habilidade de regulação emocional em seis dimensões: dificuldade em aceitar respostas emocionais (não aceitação, 6 itens); déficit na consciência emocional (consciência, 5 itens); acesso limitado a estratégias de regulação emocional (estratégias, 8 itens); dificuldade de se engajar em comportamentos direcionados a objetivos, quando há ativação emocional (objetivos, 5 itens); dificuldade em controlar impulsos (impulsos, 6 itens); déficit na clareza emocional (5 itens). A escala DERS possui alta consistência interna ($\alpha = 0,93$), confiabilidade de teste-reteste ($r = 0,88$) e validade de constructo e preditiva. Pontuações altas demonstram maior dificuldade em regulação emocional.

Considerações éticas

Esse projeto foi submetido à Plataforma Brasil para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e após a sua aprovação foi iniciada a coleta de dados. Foram

garantidos os direitos dos participantes de terem clareza dos procedimentos e dos possíveis riscos aos quais serão submetidos, considerando a resolução 510/2016 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde sobre a participação de humanos em pesquisa, os participantes tiveram ciência de quais os objetivos da pesquisa, qual a duração do tratamento, o que eles precisarão fazer, que este estudo possui caráter voluntário e que eles poderiam desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, além disso, as informações e identidade dos participantes não foram expostas. Essas informações foram esclarecidas por meio do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), desenvolvido para este estudo.

No primeiro dia do treinamento de habilidades, foi exposta aos participantes uma ficha de diretrizes sobre como deve ser a postura dos participantes no grupo, assim, os participantes foram orientados a assumirem uma postura não julgadora, a ouvirem e estarem atentos quando outros participantes estiverem se expondo, a validarem a fala do outro e manterem sigilo das informações compartilhadas no grupo (Linehan, 2014). Esses direcionamentos foram feitos com o objetivo de reduzir os possíveis riscos dos participantes, tais como sentir-se desconfortável ou vulnerável, ouvir algum comentário desagradável ou sentir que sua fala ou suas emoções foram invalidadas. O líder e o colíder do grupo ficaram responsáveis, durante todo o treinamento, por garantir que os participantes estivessem respeitando as diretrizes e interviam, para reduzir os danos, quando algum participante teve uma postura inadequada, além disso, os líderes orientaram o participante que descumpriu as diretrizes a usar as habilidades ensinadas no treinamento, como oportunidade de treinar sua nova postura no grupo. Ao final da pesquisa, foi oferecido um feedback a todos os participantes, com os resultados obtidos.

Análise de dados

Os dados categóricos dos participantes foram analisados por meio de frequências relativas e absolutas; por outro lado, dados contínuos foram descritos por meio da média, desvio-padrão e mediana. Além disso, foram construídos gráficos para comparar os escores dos participantes entre o pré e o pós-teste. Os softwares utilizados para as análises foram, respectivamente, o Excel (2023) e o R (R Core Team, 2023), por meio do *RStudio* (RStudio Team, 2023); ademais, o pacote utilizado foi o *ggplot2* (Wickham, 2016).

Resultados

A Tabela 1 apresenta a estatística descritiva relacionada aos dados demográficos da amostra.

Tabela 1. Análise descritiva dos dados demográficos da amostra.

Variável	Média (Mediana)	Desvio-padrão
Idade	22,5 (22,5)	0,5
Variável	Frequência	%
Estado		
Rio de Janeiro	1	50,0
São Paulo	1	50,0
Cidade		
Mesquita	1	50,0
São Bernardo do Campo	1	50,0
Sexo		
Feminino	2	100,0
Identidade de gênero		
Não-binarie	2	100,0
Orientação sexual		
Pansexual	2	100,0
Etnia		
Pardo	1	50,0
Branco	1	50,0

Escolaridade		
Ensino médio completo	1	50,0
Ensino superior completo	1	50,0
Religião		
Evangélico	1	50,0
Agnóstico	1	50,0
Estado Civil		
Solteiro	2	100,0
Renda		
Até 01 salário-mínimo	2	100,0
Diagnóstico psiquiátrico		
Nenhum		
Sim	1	50,0
Não	1	50,0
TEA		
Sim	1	50,0
Não	1	50,0
TAG		
Sim	1	50,0
Não	1	50,0

No que diz respeito aos dados das escalas utilizadas, a saber, a DASS-21 e a DERS, os resultados se encontram nas tabelas abaixo (Tabelas 2 e 3) e nas figuras abaixo (Figura 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11). Conforme pode ser observado, os dados gerais e individuais dos participantes diminuíram em todas as escalas e fatores do momento pré ao momento pós.

Tabela 2. Análise descritiva dos dados da DASS21.

Variável	Média (Mediana)	Desvio-padrão
----------	-----------------	---------------

DASS Total (Pré)	43,5	7,78
DASS Total (Pós)	24	1,41
Depressão (Pré)	14	4,24
Depressão (Pós)	7,5	0,71
Estresse (Pré)	16,5	0,71
Estresse (Pós)	8	1,41
Ansiedade (Pré)	13	2,83
Ansiedade (Pós)	8,5	0,71

Tabela 3. Análise descritiva dos dados da DERS.

Variável	Média (Mediana)	Desvio-padrão
DERS Total (Pré)	126	2,83
DERS Total (Pós)	71	18,38
Não aceitação (Pré)	21,5	2,12
Não aceitação (Pós)	11,5	4,95
Objetivos (Pré)	22,5	0,71
Objetivos (Pós)	14	5,66
Impulsos (Pré)	14	4,24
Impulsos (Pós)	8,5	2,12
Consciência (Pré)	20	4,24
Consciência (Pós)	10,5	0,71
Estratégias (Pré)	29,5	0,71
Estratégias (Pós)	15,5	3,54
Clareza (Pré)	18,5	0,71
Clareza (Pós)	11	2,83

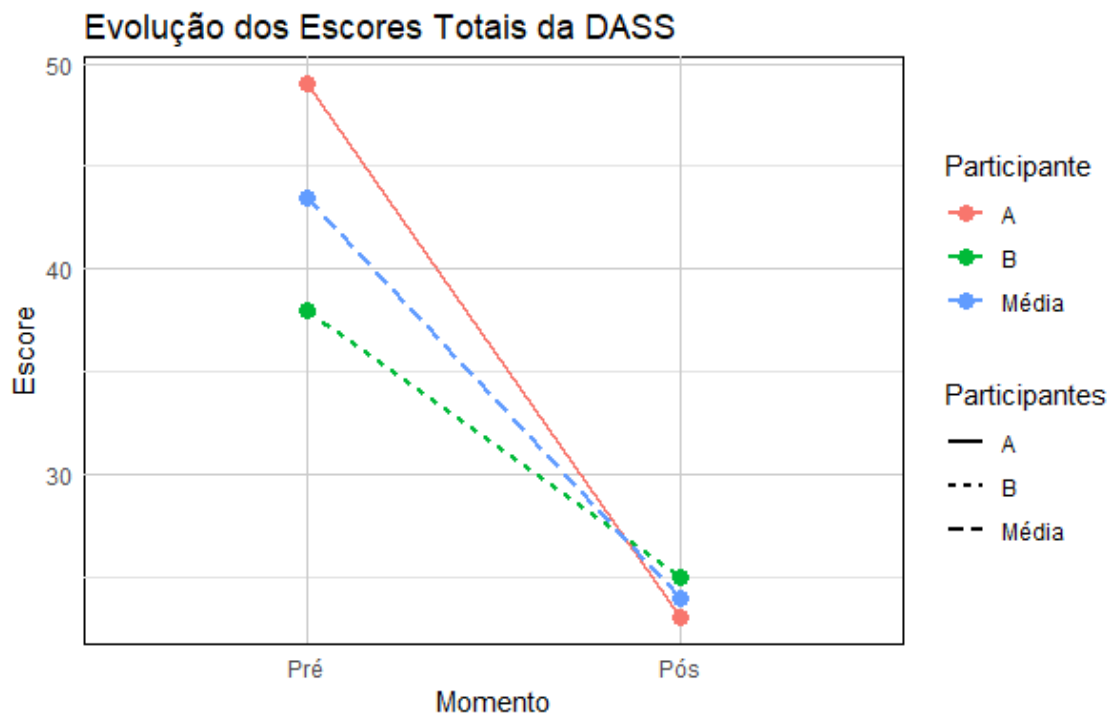


FIGURA 1. Escores individuais e gerais da DASS21 ao todo entre os momentos pré e pós.

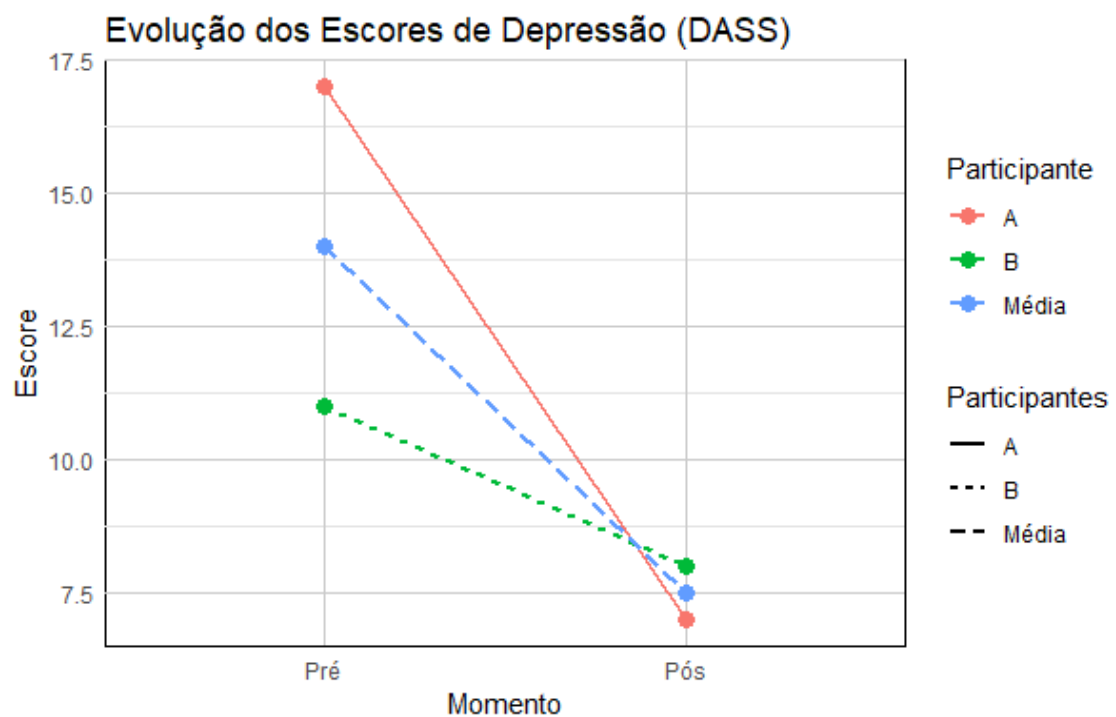


FIGURA 2. Escores individuais e gerais de Depressão (DASS) entre os momentos pré e pós.

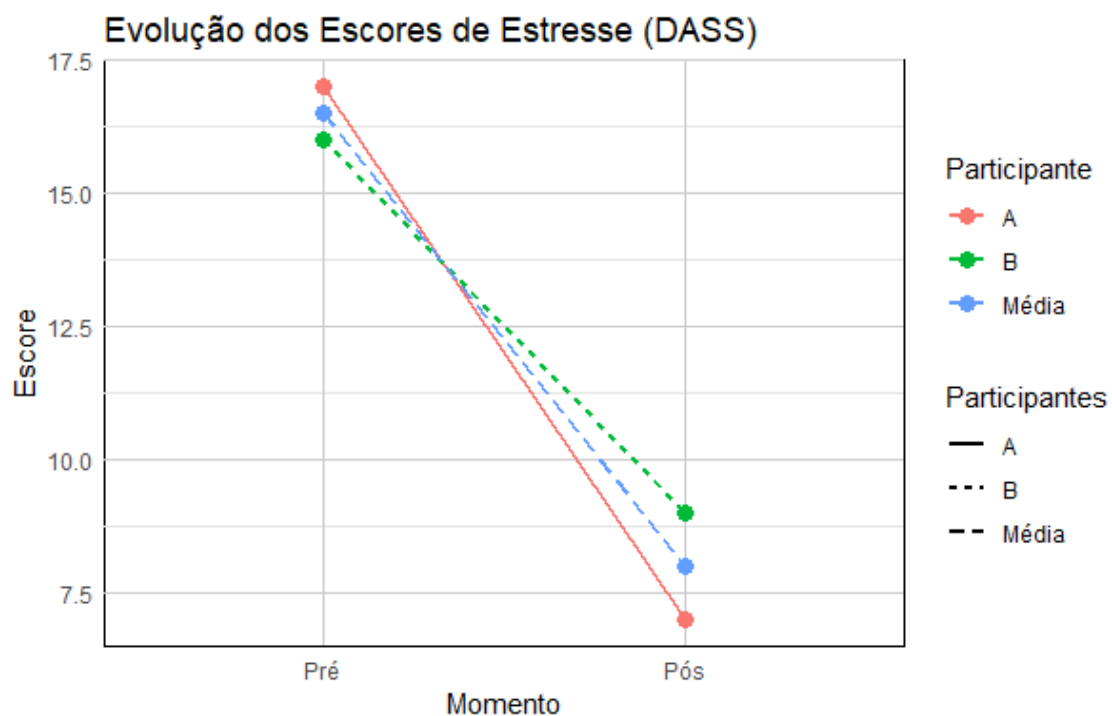


FIGURA 3. Escores individuais e gerais de Estresse (DASS) entre os momentos pré e pós.

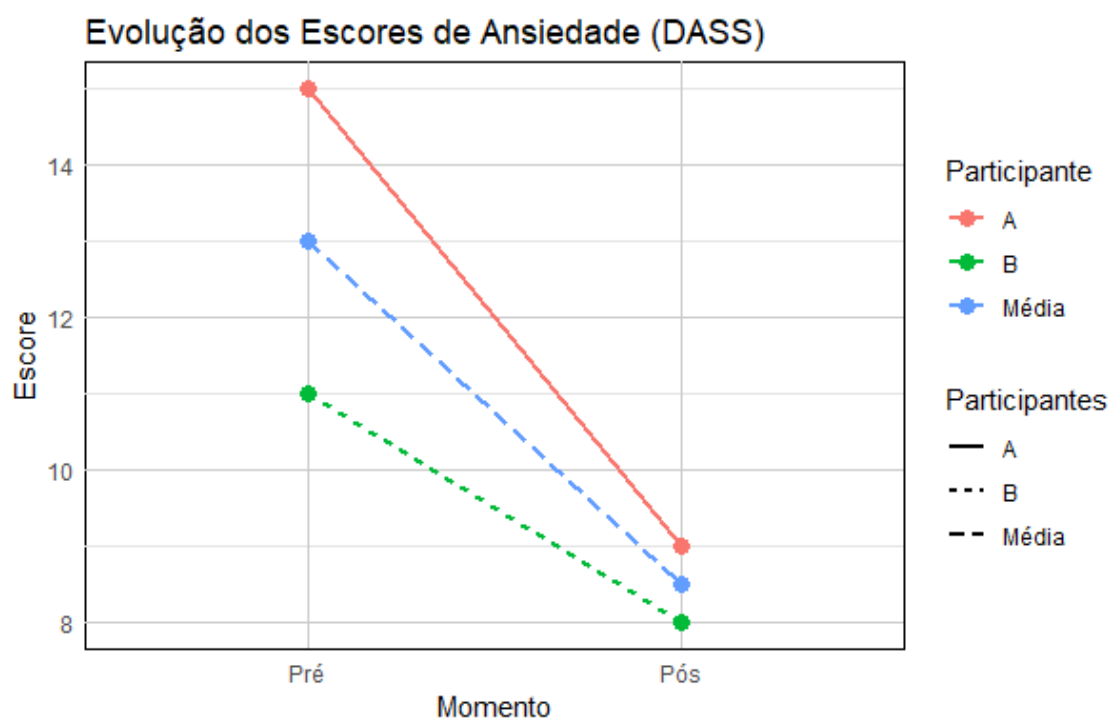


FIGURA 4. Escores individuais e gerais de Ansiedade (DASS) entre os momentos pré e pós.

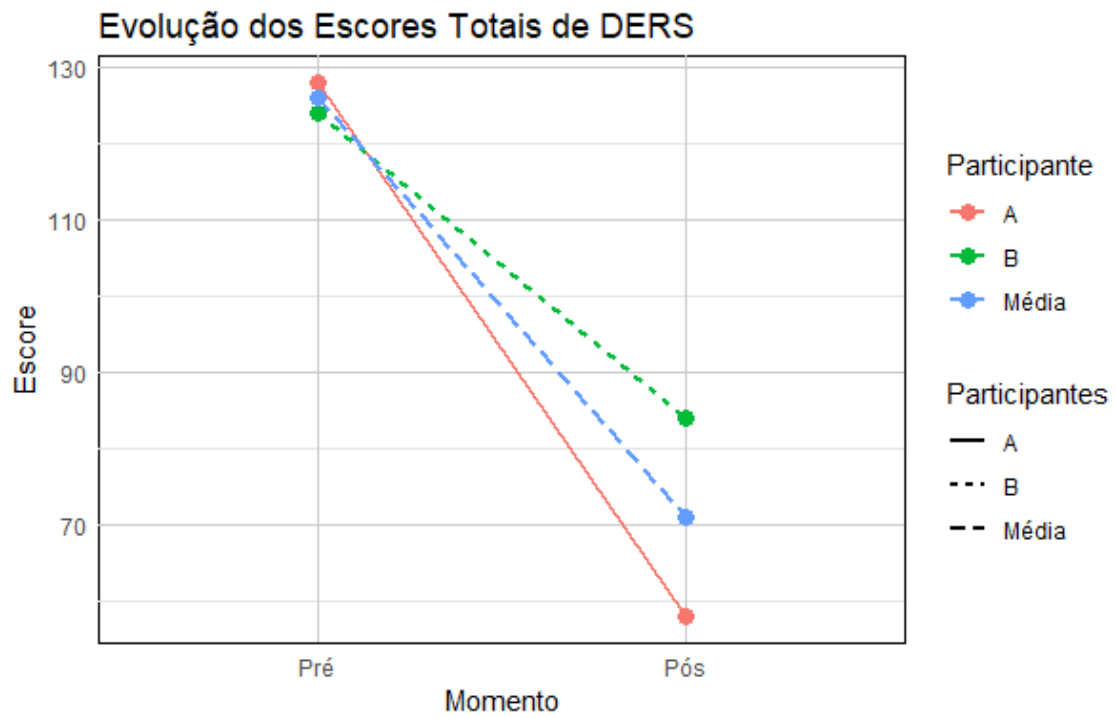


FIGURA 5. Escores individuais e gerais da DERS ao todo entre os momentos pré e pós.

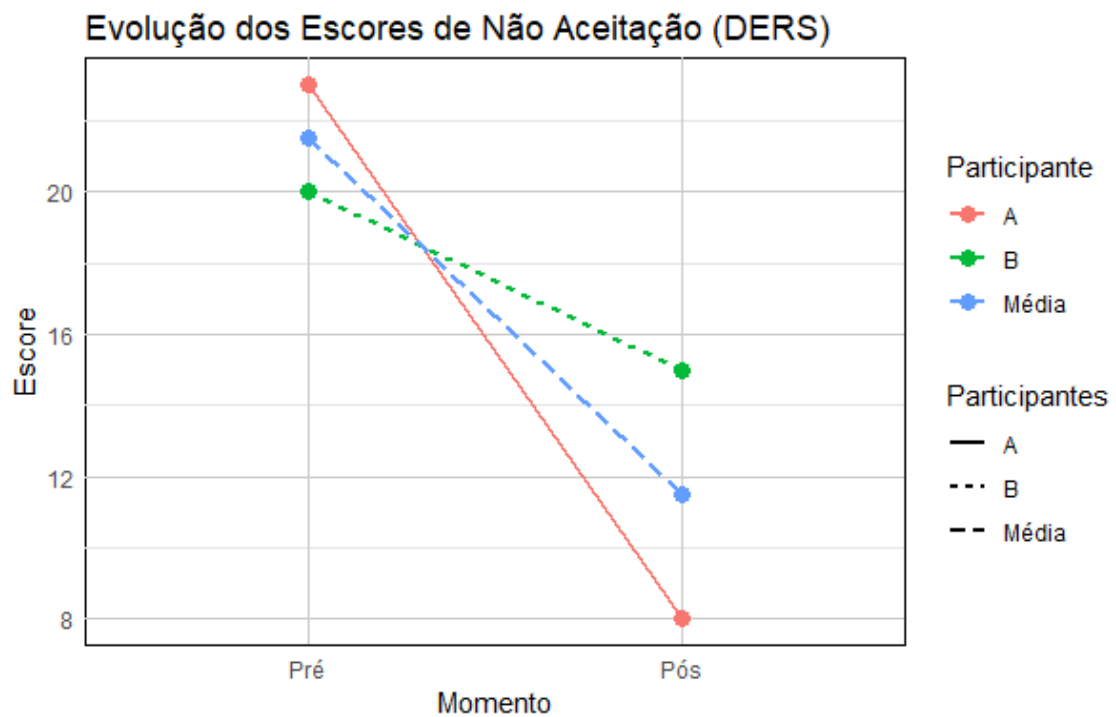


FIGURA 6. Escores individuais e gerais de Não Aceitação (DERS) entre os momentos pré e pós.

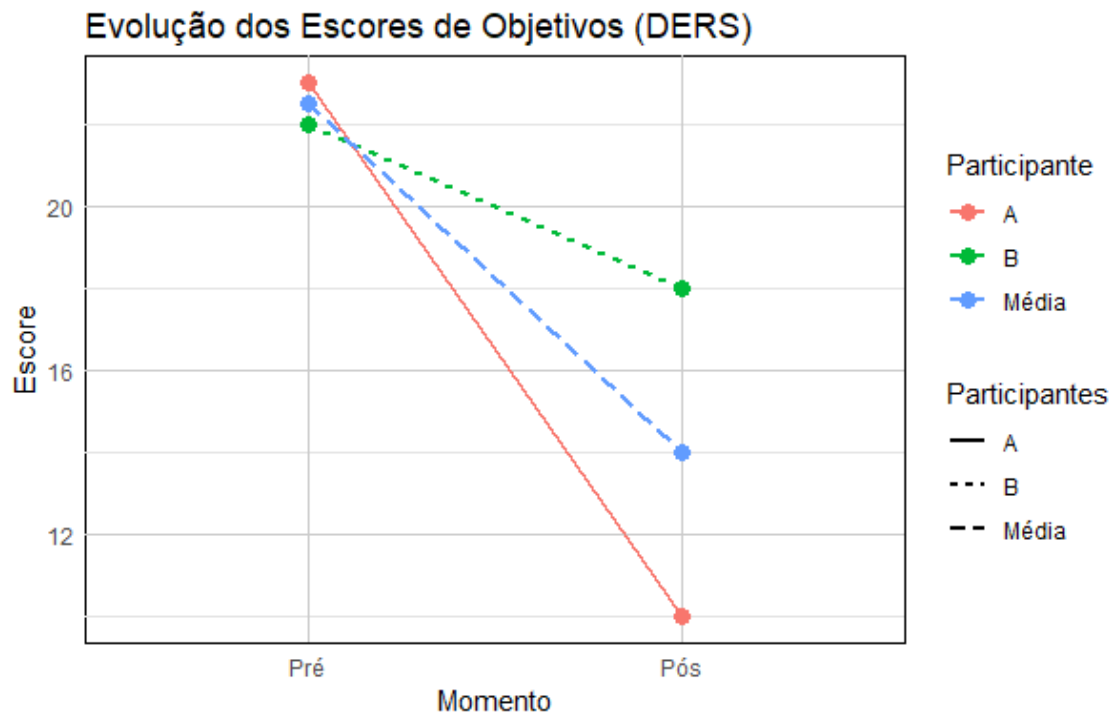


FIGURA 7. Escores individuais e gerais de Objetivos (DERS) entre os momentos pré e pós.

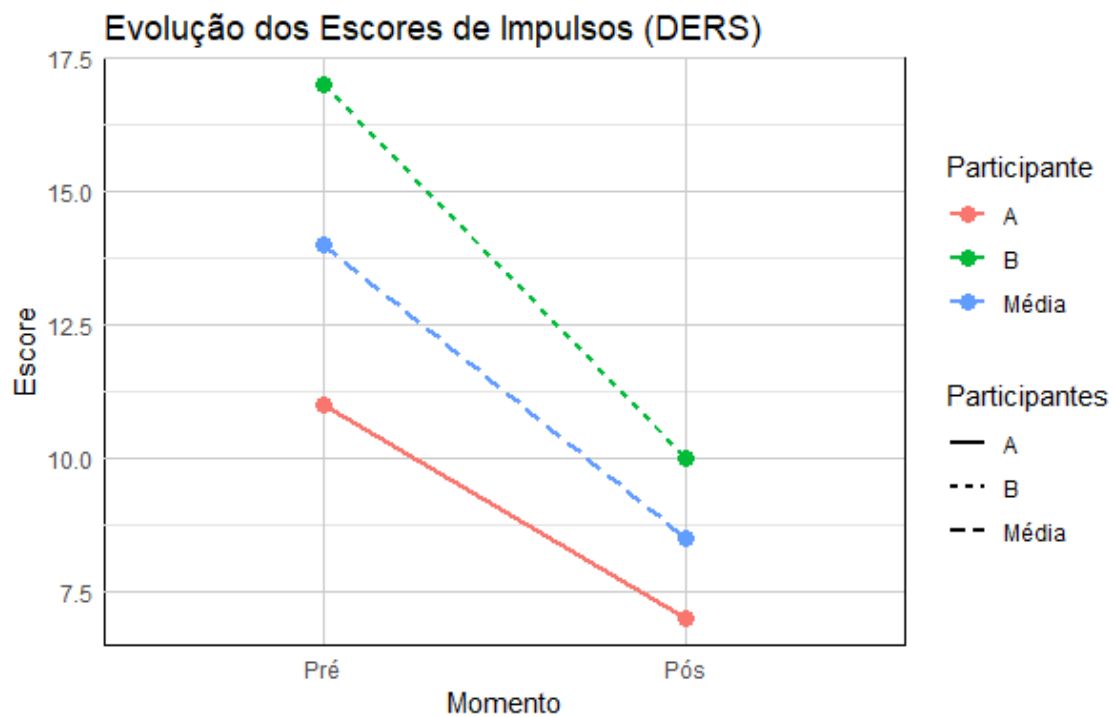


FIGURA 8. Escores individuais e gerais de Impulsos (DERS) entre os momentos pré e pós.

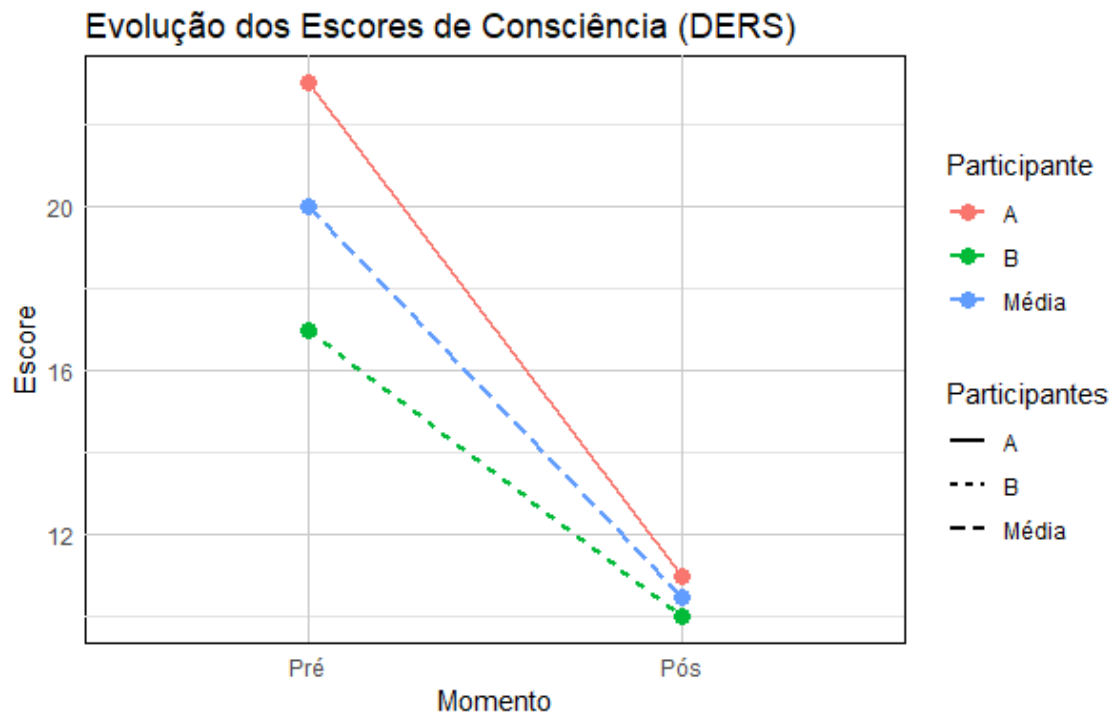


FIGURA 9. Escores individuais e gerais de Consciência (DERS) entre os momentos pré e pós.

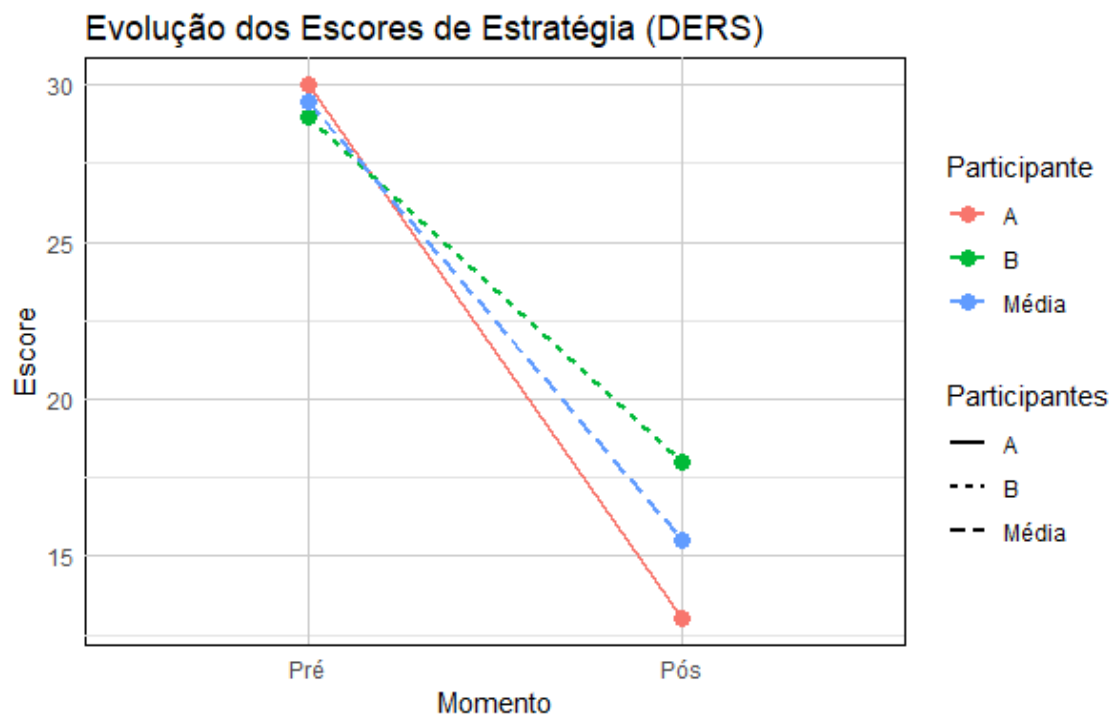


FIGURA 10. Escores individuais e gerais de Estratégia (DERS) entre os momentos pré e pós.

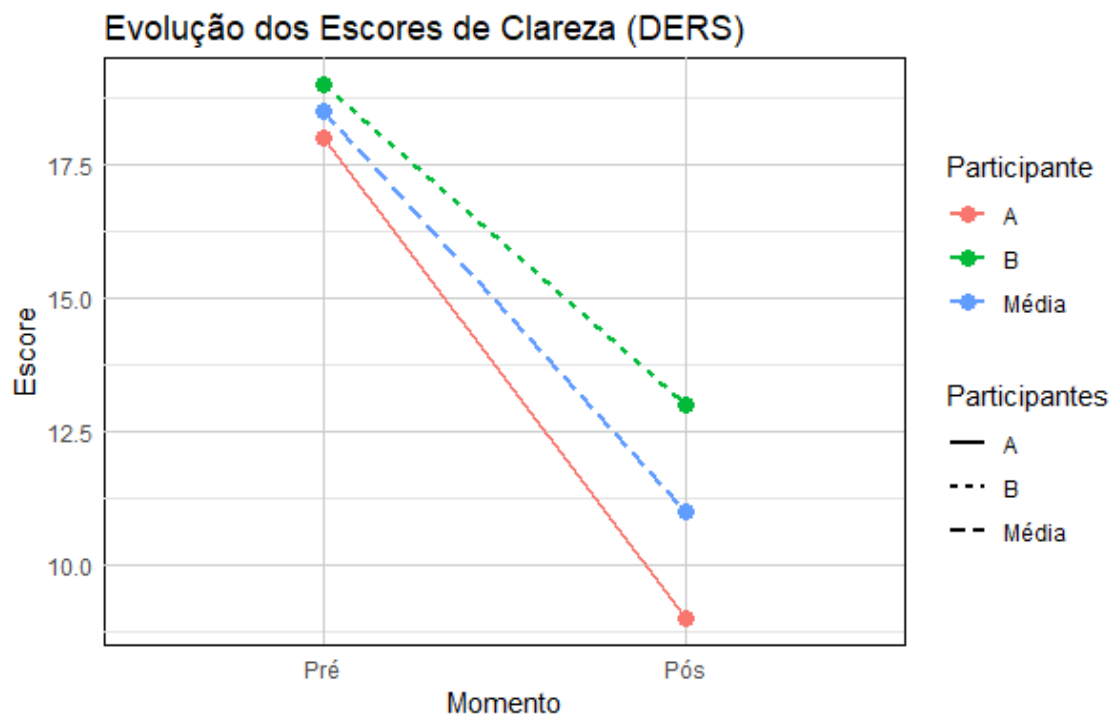


FIGURA 11. Escores individuais e gerais de Clareza (DERS) entre os momentos pré e pós.

Os gráficos mostraram os resultados, obtidos na aplicação das escalas DASS e DERS, do participante 1 e do participante 2 e a média do valor referente aos dois, no momento pré e no momento pós intervenção. Os resultados mostraram que houve uma queda em todas as variáveis de ambas as escalas. Foi possível verificar a redução nos sintomas de estresse, ansiedade e depressão nos participantes, além de uma melhor capacidade de regulação emocional, ou seja, foi obtida uma pontuação menor nas escalas utilizadas após a intervenção.

Contudo, só puderam ser avaliados, ao final do estudo, dois participantes, porque houve uma desistência de 75% dos participantes. A maioria dos participantes (participantes E, F, G e H) não justificou a desistência, mesmo quando a autora contestou sobre isso e dois dos participantes (participantes C e D), que desistiram, relataram que foi por uma questão de conflito de horários com outros compromissos que eles tinham, tal como o trabalho. Os participantes C e D, que relataram conflito de horário,

não participaram de nenhum dos encontros, somente fizeram o encontro de avaliação, em que foram aplicadas as escalas. Já os participantes E e F fizeram parte dos três primeiros encontros, no total, e depois não apareceram mais. A participante G esteve presente em cinco encontros não consecutivos e o participante H esteve presente em apenas um encontro, o primeiro encontro.

Discussão

Os resultados obtidos no estudo chamam atenção para o fato de 75% dos participantes terem desistido da intervenção, dois dos oito participantes selecionados, não fizeram parte de nenhum dos encontros, um participante esteve presente em apenas um encontro, outros dois fizeram parte somente do início do treinamento, estiveram presentes em três encontros e, por fim, uma participante que esteve presente em cinco encontros não consecutivos e desistiu antes do final do treinamento.

Com base nesses dados, faz-se necessário avaliar variáveis que sejam possíveis de manejar, para que haja uma maior taxa de adesão ao tratamento. As hipóteses da autora para explicar esse alto nível de desistência, além da questão de adequação de horários, foram duas: pode ser que os participantes não tenham se sentido totalmente acolhidos no treinamento, tendo, possivelmente, uma dificuldade em se vincular com os demais participantes e com a líder e colíder, além disso, pode ser que não tenha ficado tão claro o funcionamento e o objetivo do treinamento.

Os resultados obtidos com os dois participantes que se mantiveram até o final do estudo confirmam a hipótese de que, após a intervenção, os participantes apresentariam pontuações menores nas escalas utilizadas. Essas pontuações reduzidas indicam que os participantes tiveram seu sofrimento emocional reduzido e eles apresentam uma maior

capacidade de regulação emocional, ou seja, pode-se afirmar que os participantes desenvolveram as habilidades ensinadas no treinamento.

De acordo com as tabelas e figuras apresentadas na sessão anterior, os resultados podem ser interpretados da seguinte maneira, a tabela 1 indica os dados sociodemográficos, para identificar cada participante. Um participante é de São Paulo e outro do Rio de Janeiro, ambos os participantes possuem a identidade de gênero chamada não-binária e utilizam o pronome masculino, ambos têm orientação sexual denominada pansexual. Apenas um dos participantes possui ensino superior completo, o outro possui ensino médio completo. Ambos são solteiros e tem renda de até um salário mínimo. Um dos participantes é pardo e o outro é branco, um deles é evangélico e o outro agnóstico, apenas um deles tem o diagnóstico de ansiedade generalizada e transtorno do espectro autista.

Nas tabelas 2 e 3 e nas figuras de 1 a 11 estão demonstrados os dados obtidos na aplicação das escalas DASS e DERS de cada participante antes e depois do treinamento ser realizado e o desvio padrão de cada score de cada escala. Foi evidenciada cada variável específica de cada uma das escalas. A tabela 2 possui a análise descritiva dos dados da DASS, a escala DASS-21 avalia a gravidade dos sintomas de depressão, estresse e ansiedade. Pode-se observar na tabela 2 que a média total da escala DASS reduziu de 43.5 (antes da intervenção) para 24 (após a intervenção), o que indica redução nos sintomas avaliados por esta escala. Dentro das variáveis desta escala, pode-se observar que a pontuação referente à depressão reduziu de 14 para 7.5, referente ao estresse reduziu de 16.5 para 8 e referente à ansiedade reduziu de 13 para 8.5. As figuras de 1 a 4 demonstram essa queda de pontuação, primeiro nos escores totais da DASS para os participantes 1 e 2, depois nos escores de depressão, em seguida nos scores de estresse e, por fim, nos escores de ansiedade.

A tabela 3 possui a análise descritiva dos dados da DERS, a escala DERS avalia a habilidade de regulação emocional em seis dimensões: não aceitação; consciência; estratégias; objetivos; impulsos; e clareza. Pode-se observar na tabela 3 que a média total da escala DERS reduziu de 126 (antes da intervenção) para 71 (após a intervenção), o que indica um aumento na habilidade de regular emoções. Dentro das dimensões desta escala, pode-se observar que a pontuação referente à não aceitação reduziu de 21.5 para 11.5; objetivo reduziu de 22.5 para 14; impulso reduziu de 14 para 8.5; consciência reduziu de 20 para 10.5; estratégia reduziu de 29.5 para 15.5 e clareza reduziu de 18.5 para 11. As figuras de 5 a 11 demonstram essa queda de pontuação, primeiro nos escores totais da DERS, depois em cada uma das dimensões da escala, para cada participante.

Essa redução em todos os scores de cada variável das duas escalas permite concluir que tanto o participante 1, como o participante 2, tiveram sintomas de ansiedade, estresse e depressão reduzidos, ou seja, o sofrimento emocional dos participantes diminuiu após a intervenção e ambos apresentam uma maior capacidade de regulação emocional, medida pelas dimensões da segunda escala.

Este estudo avaliou os efeitos do treinamento de habilidades DBT para as pessoas trans, que tem um sofrimento emocional relacionado a experiências de preconceito e discriminação direcionados a suas identidades de gênero.

A importância deste estudo se dá devido a esse sofrimento que pessoas trans enfrentam, conforme descrito anteriormente no estudo, pessoas trans têm uma vulnerabilidade maior para sintomas depressivos, suicídio e ideação suicida, além de altos níveis de ansiedade, depressão e comportamentos auto lesivos. A prevalências desses sintomas é maior em pessoas trans do que na população cis brasileira.

A contextualização realizada nos exemplos de cada ficha do treinamento foi de extrema relevância, para que os direcionamentos e exemplos usados ao longo do treinamento fossem relacionados ao contexto específico que pessoas trans vivenciam. O

sofrimento dessa população está ligado ao impacto do estresse de minoria, por esse motivo, foi utilizada uma ficha adicional ao treinamento sobre o estresse de minoria.

Este foi um dos primeiros estudos realizados no Brasil a utilizar o treinamento de habilidades da DBT para pessoas trans. Outros estudos demonstram e explicam o nível de sofrimento que essa população enfrenta e há também estudos que sugerem tratamentos direcionados a essas pessoas. Há ainda a necessidade de se realizarem mais estudos que tenham como objetivo encontrar intervenções de fato efetivas, para reduzir e prevenir o sofrimento de pessoas trans, visto que não há uma quantidade significativa de estudos e os estudos existentes, assim como este, apresentam limitações.

Uma das limitações mais importantes de se destacar neste estudo foi o número da amostra. O grupo se iniciou com oito participantes, que era a quantidade proposta inicialmente, mas ao longo do treinamento, houve 75% de desistência e apenas dois permaneceram até o momento final. E, por uma falta de tempo hábil da pesquisadora, não foi possível fazer uma nova seleção, nem outro grupo de treinamento. Por isso, ao final, foram avaliados apenas dois indivíduos, mas, ainda assim, a intervenção teve resultados muito favoráveis com esses dois participantes. É possível levantar a hipótese de que se for realizada uma intervenção com um grupo maior, é provável que haja resultados mais significativos.

Outra limitação foi que o estudo não teve grupo controle, os resultados foram obtidos por meio da comparação dos resultados dos testes antes e depois do treinamento, tendo como base o próprio participante. No futuro, podem ser realizados estudos mais robustos, para melhor comprovar a efetividade da intervenção.

Conclusão

Pode-se afirmar que este estudo apresentou avanços, por ter sido um dos primeiros estudos a realizar um treinamento de habilidades DBT para pessoas trans no Brasil, utilizando uma ficha adicional sobre o estresse de minoria. Com base nos resultados obtidos, é possível perceber que houve uma falha no planejamento de estratégias para adesão dos participantes no treinamento de habilidades. Pode-se, também, considerar que houve uma melhora geral na saúde mental dos dois participantes, que se mantiveram até o final, dentro das variáveis analisadas pelas escalas DASS e DERS.

É necessário destacar uma limitação importante deste estudo. Sobre o número da amostra final, foi um número muito reduzido, houve muitas desistências ao longo da intervenção e só puderam ser avaliados dois participantes. Caso tivesse um número maior de participantes, a análise poderia ser melhor desenvolvida. Estudos futuros, podem selecionar um número maior de participantes, bem como, realizar estudos com grupo controle, para aprimorar a avaliação da intervenção.

Referências

- Adams, N., Pearce, R., Veale, J., Radix, A., Castro, D., Sarkar, A., & Thom, K. C. (2017). Guidance and Ethical Considerations for Undertaking Transgender Health Research and Institutional Review Boards Adjudicating this Research. *Transgender Health*, 2(1), 165-175. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0012>
- American Psychological Association. (2012). Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *American Psychologist*, 67(1), 10–42. <https://doi.org/10.1037/a0024659>

- American Psychological Association. (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70(9), 832-864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- Austin, A., Craig, S. L., & Alessi, E. J. (2017). Affirmative Cognitive Behavior Therapy with Transgender and Gender Nonconforming Adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 141–156. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.003>
- Brooks, V. (1981). *Minority Stress and Lesbian Women*. Lexington: Lexington Books.
- Chinazzo, T. R., Lobato, M. I. R., Nardi, H. C., Koller, S. H., Sadeeh, A., & Costa, A. B. (2020). Impacto do estresse de minoria em sintomas depressivos, ideação suicida e tentativa de suicídio em pessoas trans. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3), 5045-5056. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.28532019>
- Clark, T. C., Lucassen, M. F. G., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
- Cohen, J. M., Norova, J. C., Yadavia, J. E., & Borsari, B. (2020). Affirmative Dialectical Behavior Therapy Skills Training With Sexual Minority Veterans. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(1), 77-91. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.05.008>
- Costa, A. B., Brum, G. M., Zoltowski, A. P. C., Dutra-Thomé, L., Lobato, M. I. R., Nardi, H. C., & Koller, S. H. (2020). Experiences of discrimination and inclusion of brazilian transgender people in the labor market. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 20(2), 1040-1046. <https://doi.org/10.17652/rpot/2020.2.18204>

- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Archives of Clinical Psychiatry*, 37(4). <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(2), 39–47. <https://doi.org/10.1151/ascp084239>
- Gainor, K. A. (2000). Including transgender issues in lesbian, gay, and bisexual psychology: Implications for clinical practice and training. In B. Greene & G. L. Croom (Eds.), *Education, research, and practice in lesbian, gay, bisexual, and transgendered psychology: A resource manual*, Vol. 5, pp. 131–160). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452233697.n6>
- Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Guerra-Báez, P. S., Calderón-Uribe, M., Medina, D. E. G., León-Durán, M. L., Olaya-Riascos, C. D., & Puentes-Ramírez, A. C. (2019). Effect of a Group Intervention Program With DBT for Self-injurious Behaviors Without Suicidal Intentionality. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 4, 439-451. <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1119>
- Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *The Journal*

of Nervous and Mental Disease, 196(2), 136-143.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318162aa3f>

Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467.
<https://doi.org/10.1037/a0029597>

James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey* [Data set]. National Center for Transgender Equality.

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Psychology Foundation.

Linehan, M. M. (2014). *DBT Skills Training Manual* (2nd ed.). The Guilford Press.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

Microsoft Corporation. (2023). Microsoft Excel. Retrieved from <https://office.microsoft.com/excel>

Millet, N., Longworth, J., & Arcelus, J. (2017). Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the literature. *The International Journal of Transgenderism*, 18(1), 27–38.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258353>

Pereira, P. P. G. (2006). A teoria queer e a reinvenção do corpo. *Cadernos Pagu*, (27), 467-477. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332006000200020>

Pflum, S. R., Testa, R. J., Balsam, K. F., Goldblum, P. B., & Bongar, B. (2015). Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among

transgender and gender nonconforming adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 281–286. <https://doi.org/10.1037/sgd0000122>

Price-Feeney, M., Green, A. E., & Dorison, S. (2020). Understanding the Mental Health of Transgender and Nonbinary Youth. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 684-690. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.11.314>

R Core Team (2023). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Retrieved from <https://www.R-project.org/>.

RStudio Team (2023). RStudio: Integrated Development for R. RStudio, PBC, Boston, MA URL <http://www.rstudio.com/>.

Rocon, P. C., Rodrigues, A., Zamboni, J., & Pedrini, M. D. (2016). Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), 2517-2526. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>

Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632–634. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632>

Tan, K., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., & Veale, J. F. (2020). *Gender Minority Stress: A Critical Review*. *Journal of homosexuality*, 67(10), 1471–1489. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1591789>

Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061–1065. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.1061>

Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65–77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>

Wickham, H. (2016). *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. Springer-Verlag New York.

Anexo 1

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)

INSTRUÇÕES: Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número

apropriado (0, 1, 2 ou 3) que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

0 - Não se aplicou de maneira alguma

1 - Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo

2 - Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo

3 - Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1 Tive dificuldade em acalmar-me. 0 1 2 3

2 Estava consciente de que minha boca estava seca. 0 1 2 3

3 Parecia não conseguir ter nenhum sentimento positivo. 0 1 2 3

4 Senti dificuldade em respirar (ex. respiração excessivamente rápida, falta de ar, na ausência de esforço físico). 0 1 2 3

5 Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer as coisas. 0 1 2 3

6 Tive a tendência de reagir de forma exagerada a situações. 0 1 2 3

7 Senti tremores (ex. nas mãos). 0 1 2 3

8 Senti que estava geralmente muito nervoso. 0 1 2 3

9 Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a)
0 1 2 3

10 Senti que não tinha nada a esperar do futuro. 0 1 2 3

11 Senti que estava agitado. 0 1 2 3

12 Tive dificuldade em relaxar. 0 1 2 3

13 Senti-me desanimado e deprimido. 0 1 2 3

14 Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo.
0 1 2 3

15 Senti que ia entrar em pânico. 0 1 2 3

16 Não consegui me entusiasmar com nada. 0 1 2 3

17 Senti que não tinha valor como pessoa. 0 1 2 3

18 Senti que estava sensível. 0 1 2 3

19 Eu estava consciente do funcionamento/batimento do meu coração na ausência de
esforço físico (ex.: sensação de aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca). 0 1
2 3

20 Senti-me assustado sem ter uma boa razão. 0 1 2 3

21 Senti que a vida estava sem sentido. 0 1 2 3

Anexo 2

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

Escola de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

DERS – Versão traduzida e validada para o português do Brasil Autoras: Cancian, A.C.M. & Oliveira, M.S.

Instruções: Por favor, indique a frequência que as frases a seguir se aplicam a você, escrevendo o número apropriado conforme escala abaixo ao lado de cada item.

Quase nunca Algumas vezes Cerca de metade do tempo A maior parte do tempo

Quase sempre

(0-10%)

(11-35%)

(36-65%)

(66-90%)

(91-100%)

1

2

3

4

5

___ 1) Para mim, os meus sentimentos são claros.

___ 2) Presto atenção à forma como me sinto.

___ 3) Experiencio minhas emoções como intensas e fora de controle.

- ___ 4) Não faço ideia de como me sinto.
- ___ 5) Tenho dificuldade em entender os meus sentimentos.
- ___ 6) Eu observo cuidadosamente meus sentimentos.
- ___ 7) Sei exatamente como me sinto.
- ___ 8) Importo-me com aquilo que sinto.
- ___ 9) Sinto-me confuso (a) com a forma como me sinto.
- ___ 10) Quando estou chateado(a), reconheço as minhas emoções.
- ___ 11) Quando estou chateado (a), fico zangado (a) comigo mesmo (a) por me sentir assim.
- ___ 12) Quando estou chateado (a), fico constrangido(a) por me sentir assim.
- ___ 13) Quando estou chateado(a), tenho dificuldade em completar tarefas.
- ___ 14) Quando estou chateado (a), fico descontrolado (a).
- ___ 15) Quando estou chateado (a), acredito que vou continuar assim por muito tempo.
- ___ 16) Quando estou chateado(a), acredito que vou acabar ficando muito deprimido (a).
- ___ 17) Quando estou chateado (a), acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.
- ___ 18) Quando estou chateado (a), tenho dificuldade em focar a minha atenção em outras coisas.
- ___ 19) Quando estou chateado (a), sinto-me descontrolado (a).
- ___ 20) Quando estou chateado (a), sou capaz de continuar a fazer o que tenho para fazer.

- ___ 21) Quando estou chateado (a), sinto-me envergonhado (a) por me sentir assim.
- ___ 22) Quando estou chateado (a), eu sei que vou acabar descobrindo uma maneira de me sentir melhor.
- ___ 23) Quando estou chateado (a), sinto-me como se eu fosse fraco (a).
- ___ 24) Quando estou chateado (a), sinto que continuo podendo controlar os meus comportamentos.
- ___ 25) Quando estou chateado (a), sinto-me culpado (a) por me sentir assim.
- ___ 26) Quando estou chateado(a), tenho dificuldades de concentração.
- ___ 27) Quando estou chateado (a), tenho dificuldades em controlar os meus comportamentos.
- ___ 28) Quando estou chateado (a), acredito que não há nada que possa fazer para me sentir melhor.
- ___ 29) Quando estou chateado (a), fico irritado (a) comigo mesmo (a) por me sentir assim.
- ___ 30) Quando estou chateado (a), começo a me sentir mal comigo mesmo (a).
- ___ 31) Quando estou chateado (a), acredito que me afundar nesse estado é a única coisa que posso fazer.
- ___ 32) Quando estou chateado (a), perco o controle sobre os meus comportamentos.
- ___ 33) Quando estou chateado (a), tenho dificuldade em pensar em qualquer outra coisa.
- ___ 34) Quando estou chateado(a), reservo um tempo para descobrir o que realmente estou sentindo.
- ___ 35) Quando estou chateado (a), passa muito tempo até que me sinta melhor.

____ 36) Quando estou chateado (a), as minhas emoções são muito intensas.