

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:

PSIQUIATRIA



BIANCA MACHADO BORBA SOLL

**PERFIL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
INCONGRUÊNCIA DE GÊNERO EM UMA POPULAÇÃO DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (HCPA)**

Porto Alegre, 2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PSIQUIATRIA

**PERFIL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
INCONGRUÊNCIA DE GÊNERO EM UMA POPULAÇÃO DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (HCPA)**

BIANCA MACHADO BORBA SOLL

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Inês Rodrigues Lobato

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção de Doutorado em Medicina: Ciências Médicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Psiquiatria.

Porto Alegre, 2021

CIP - Catalogação na Publicação

Machado Borba Soll, Bianca
PERFIL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM INCONGRUÊNCIA
DE GÊNERO, EM UMA PÓPUÇÃO DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO (HCPA) / Bianca Machado Borba Soll. --
2021.
66 f.
Orientador: Maria Inês Rodrigues Lobato.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, , Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Incongruência de Gênero. 2. Disforia de Gênero.
3. Avaliação Psicológica. 4. Serviço de Afirmação de
Gênero. I: Rodrigues Lobato, Maria Inês, orient. II.
Título.

AGRADECIMENTOS

Início os agradecimentos às instituições financiadoras deste projeto, CAPES e FIFE, reconhecendo a importância do incentivo a pesquisa para o desenvolvimento do nosso país.

À orientadora profa. Maria Inês Rodrigues Lobato, agradeço pelos momentos em que me deu total autonomia para seguir com minhas convicções e, principalmente, pelos momentos de incerteza em que me conduziu com todo o afeto. Também registro meu agradecimento ao professor Angelo Brandelli Costa pela parceria ao longo desses anos e por sempre revisar em tempo recorde, e de forma genial, os meus primeiros esboços ainda inseguros.

Agradeço profundamente a todos os meus colegas do grupo de pesquisa, PROTIG, pelas trocas nas segundas de ambulatório e em nossas famosas reuniões de quarta-feira, nelas, aprendi muito com todos e encontrei amizades verdadeiras.

À minha família, meus pais e irmãos, eu sou muito grata pelo apoio infinito e por sempre acreditarem em mim. Também ao meu marido, Emanuel Sortica, pelas longas conversas e insights que elas proporcionaram. E em especial a minha filha, Violeta, que me inspira a contribuir por um mundo melhor.

Por fim, dedico essa tese aos jovens que participaram da minha pesquisa. Agradeço a confiança e todas as trocas. Com eles principalmente aprendi sobre a coragem de ser quem se é.

RESUMO

O presente estudo explora os dados coletados na avaliação psicológica de jovens com o diagnóstico de Incongruência de Gênero e suas famílias que procuram assistência médica no Programa de Transdisciplinar de Identidade de Gênero. Grandes mudanças psicossociais marcam a transição da infância para a vida adulta, sendo que os jovens com incongruência de gênero e disforia de gênero podem ter esses aspectos de seu estágio de desenvolvimento agravados devido aos estressores sociais. Foi realizado um estudo com 24 jovens com critérios diagnósticos para incongruência de gênero e seus cuidadores. Doze dos jovens foram designados como homens ao nascimento e doze foram designados como mulheres. O protocolo de pesquisa consistiu na sistematização e análise dos dados coletados na avaliação psicológica global, realizada no serviço de saúde, incluindo dados sociodemográficos, teste de inteligência, teste projetivo e vulnerabilidades psiquiátricas. O presente estudo teve como objetivo explorar dados psicossociais e clínicos coletados durante a avaliação psicológica que precede as intervenções em saúde desses jovens. Os resultados indicam três aspectos. Primeiro: 45,8% deles apresentaram alguma comorbidade psiquiátrica ao longo de suas vidas, sendo 21% com duas ou mais comorbidades psiquiátricas. Segundo, evidenciou-se que os estilos parentais positivos ou negativos podem tanto agravar ou reduzir a socialização dos jovens com incongruência de gênero, sem afetar a intensidade de disforia de gênero. E terceiro que pessoas com maior conforto para expressar sua identidade de gênero possuem mais congruência entre a autoimagem projetada e o gênero com o qual se identifica. O perfil geral dos sujeitos avaliados reforça os dados já disponíveis na literatura científica de alto índice de comorbidade de jovens que procuraram serviços especializados em gênero de outros países. A avaliação psicológica que precede as intervenções de saúde se faz um recurso fundamental pelas implicações nas decisões terapêuticas e prognósticas conforme as diferentes trajetórias de gênero, estilos parentais, possível comorbidade psiquiátrica e demais vulnerabilidades. Assim, possibilita a formulação de condutas singulares com foco na promoção da saúde mental e bem-estar emocional geral e não apenas na indicação ou não de intervenções somáticas de afirmação de gênero.

Palavras Chave: avaliação psicológica, incongruência de gênero, disforia de gênero, serviço de afirmação de gênero.

ABSTRACT

The present study explores data collected in the psychological evaluation in young people with Gender Incongruence and their families who seek healthcare at the Gender Identity Program. Great psychosocial changes mark the transition from infancy to adulthood. Youth with gender incongruence and gender dysphoria may have these aspects of their developmental stage potentialized. A study was conducted with 24 youth and their caregivers. Twelve of the youngsters were assigned male at birth, while twelve were assigned female. The research protocol consisted of a survey and systematization of the data collected in the initial global psychological evaluation performed at the healthcare facility, including sociodemographic data, parenting styles, intelligence testing, projective testing and psychiatric vulnerabilities. The present study aimed to explore the data collected during the psychological evaluation of youngsters with gender incongruence. The results indicate that there was no discrepancy in the overall profile of the subjects evaluated in relation to data already available in the scientific literature of young people who sought gender-specialized services from other countries. Specifically, three aspects can be highlighted. First, 45.8% of young people had some psychiatric comorbidity throughout their lives, with 21% having two or more psychiatric comorbidities. Second, it was evidenced that positive or negative parental styles could be either preventive or risk components in maintaining adequate socialization in these young people but not in affecting the level of gender dysphoria. And third, the congruence is introduced in the person's perception of his or her projected self-image and his or her expressed gender as he/she becomes more comfortable in expressing his/her gender identity. The global psychological evaluation that precedes health interventions is a fundamental resource because of the implications for therapeutic and prognostic decisions according to different gender trajectories, parental styles, possible psychiatric comorbidity, and other vulnerabilities. Thus, it allows for the formulation of the unique conducts a focus on promoting mental health and general emotional well-being and not just on the indication or not of somatic gender affirmation interventions.

Keywords: psychological evaluation, gender incongruence, gender dysphoria, gender-affirming health care.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Visão contemporânea a respeito das questões da diversidade de gênero 15
- Figura 2:** Vetores que norteiam a avaliação psicológica de jovens transgêneros que procuram serviço especializado de gênero 22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Nomenclatura e Definições de Incongruência de Gênero nos Manuais Diagnósticos Vigentes	14
Tabela 2: Diferentes Abordagens Clínicas quanto à Transição Social	19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PROTIG	Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero
DG	Disforia de Gênero
IG	Incongruência de Gênero
TEA	Transtorno do Espectro Autista
DGIR	Disforia de Gênero de Início Rápido
Cisgênero	Pessoa Cisgênero: sexo designado ao nascimento igual a identidade de gênero
Transgênero	Pessoa Transgênero: sexo designado ao nascimento diferente da identidade de gênero

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
INTRODUÇÃO.....	12
OBJETIVOS.....	24
ARTIGO 1	25
ARTIGO 2	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	63

APRESENTAÇÃO

Este estudo foi resultado do desejo da professora Maria Inês Rodrigues Lobato de iniciar um ambulatório de afirmação de gênero para crianças e adolescentes. O Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero (PROTIG), do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, tem mais de 22 anos de assistência à população com Incongruência de Gênero – IG (WHO, 2021) e diagnóstico de Disforia de Gênero - DG (APA, 2015), mas apenas em 2013 a Resolução 8/13 do CFM (revogada) estabeleceu as diretrizes de atendimento em caráter experimental do que chamou de *processo transexualizador* para os menores de 16 anos. Iniciou-se assim o desenvolvimento do projeto de pesquisa que viria a ser a base para a concretização da assistência aos jovens, bem como dos artigos aqui apresentados. O conjunto do presente estudo é composto pela introdução, artigo 1 e 2 publicados e considerações finais.

A introdução consiste na explanação do paradigma atual quanto às questões de gênero seguida da atualização das diretrizes diagnósticas vigentes que norteiam o atendimento assistencial no SUS. Posteriormente, faz-se a exposição do impacto na saúde mental dos jovens com IG e DG; em seguida, a descrição de três abordagens clínicas que foram se consolidando ao longo do tempo quanto a transição social (*Primeira, Segunda e Terceira Abordagem*); logo após, a descrição da avaliação psicológica dos jovens; e por fim, debate sobre os desafios específicos da clínica da disforia de gênero em crianças e adolescentes.

Os dois artigos exploram os resultados da avaliação psicológica global feita quando os jovens, acompanhados de seus familiares, buscaram atendimento em serviço de afirmação de gênero. O primeiro descreve o perfil clínico desses jovens no que diz respeito a saúde mental e demandas de assistência. O segundo descreve o uso do teste projetivo e a relação deste com as estratégias parentais e trajetórias de gênero.

Nos artigos, para maior alcance de divulgação e por sugestão editorial, optou-se por usar o termo *jovens transgêneros* (transgender youth). No entanto, as diretrizes diagnósticas e terminologias que as representam seguem em constante discussão entre pesquisadores de diferentes áreas. O termo transgênero é abrangente e normalmente autodeclarado, isto é, qualquer pessoa cuja expressão de gênero não corresponda às normas sociais, que são orgânicas e mutáveis, pode usá-lo. Sendo assim, por se tratar de uma amostra clínica, será utilizada no corpo da tese a nomenclatura proposta pela OMS

na 11ª versão da CID – Incongruência de Gênero – a fim de contextualizar as discussões aqui levantadas dentro da terminologia científica corrente, enquanto nos artigos utiliza o termo transgênero e jovem transgênero.

Este estudo é o resultado da sistematização dos dados clínicos coletados durante a avaliação psicológica que buscou compreender o desenvolvimento global, esclarecer critérios diagnósticos, complementar as decisões quanto as opções de tratamento, recomendar intervenções psicossociais personalizadas e obter as informações necessárias para as intervenções clínicas em saúde. A metodologia consistiu em entrevista com o jovem e com os responsáveis, anamnese e aplicação de bateria de instrumentos psicológicos utilizados em ambulatórios de gênero em diferentes países, adequados para faixa etária e validados para a população brasileira.

INTRODUÇÃO

Desde o final do século XX vem se consolidando uma forte mudança de paradigma quanto à compreensão das expressões de gênero no que diz respeito às teorias médicas, psiquiátricas e psicológicas (Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012). Qualquer identidade que não tivesse coerência entre o sexo designado ao nascimento e a expressão socialmente esperada do gênero para este sexo era considerada como um desvio moral ou patológico da normalidade. A compreensão dominante era a de uma categoria binária determinada pelo fenótipo genital. Nasceu com pênis, logo, é homem. Nasceu com vulva, logo, é mulher. Atualmente, para além do modelo naturalista, acrescenta-se uma dimensão social e histórica à compreensão das expressões de gênero (Soll & Costa, 2018). Assim surge o termo *transgênero* que inclui um amplo espectro de expressões de gênero (variação de gênero ou inconformidade de gênero) que foram identificadas em nossa sociedade contemporânea. Percebe-se que essa é uma expressão popular que nasceu de movimentos espontâneos (Davidson, 2007; Valentine, 2007), portanto, não é um termo científico e não aparece em nenhum manual de diagnóstico atual (Drescher, 2010). No entanto, essa mudança de paradigma influenciou diretamente a conduta profissional, os próprios manuais diagnósticos e as abordagens de acolhimento assistencial à população com incongruência de gênero que procura atendimento em saúde (Soll, et al., 2018). Hoje, na área da saúde, se entende que as diferentes expressões de gênero são variações adequadas do comportamento e devem ser fortalecidas como parte da formação de identidade. A partir disto, se estabelece um modelo positivo de afirmação, com foco no estigma e preconceito decorrentes das expectativas sociais normativas que podem causar sofrimento e prejuízos na saúde dessa população (Bockting, Miner, Swinburne Romine, Hamilton, & Coleman, 2013).

Essa nova compreensão influenciou diretamente as atualizações propostas na última década pelos manuais de saúde. A última versão da Classificação Internacional de Doenças OMS (CID -11) (WHO, 2021) elimina a categoria *Transtorno de Identidade de Sexual* e passa a descrever a *Incongruência de Gênero* na categoria de saúde sexual (1,2). Incongruência de gênero (IG) se refere a incongruência entre o sexo que foi designado ao nascimento e a identidade de gênero que a pessoa vivencia. Da mesma forma, a última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (APA, 2015) também atualiza a compreensão desse mesmo fenômeno trazendo uma categoria exclusiva, *Disforia de Gênero* (DG), restringindo o diagnóstico ao possível sofrimento

decorrente da incongruência de gênero e reconhecendo o espectro não binário de identidades de gênero como adequado (Drescher, Cohen-Kettenis, & Reed, 2016; Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012; Soll, et al., 2018; APA, 2015). A Tabela 1 mostra as atuais definições e nomenclaturas de acordo com os manuais diagnósticos vigentes. Essa reconceptualização desafia os profissionais de saúde, as práticas clínicas e as políticas públicas a colocar as expressões de gênero não binárias dentro do espectro natural do desenvolvimento. Concomitante, a demanda por atendimento especializado em relação à disforia de gênero e a incongruência de gênero vem crescendo ao longo dos anos e isso exige melhor qualificação e padronização dos atendimentos por parte de todos os profissionais envolvidos (Bouman, De Vries, & T’Sjoen, 2016). Todavia, é importante entender o papel das classificações diagnósticas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). No sistema de saúde brasileiro, assim como a maioria dos países, para se ter acesso aos serviços e protocolos de atendimento é necessário que o motivo pelo qual as pessoas buscam a assistência seja categorizado na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID). A CID é uma das principais ferramentas epidemiológicas em saúde e tem entre os objetivos padronizar e nortear a assistência. Assim, apenas as pessoas que possuem os critérios diagnósticos da CID para Incongruência de Gênero podem ter acesso aos serviços especializados de afirmação de gênero. Apesar da CID-10 ainda estar em vigor até janeiro de 2022, o nosso estudo utilizou os critérios da CID-11, visto que fomos um centro coordenar do estudo de campo do diagnóstico de incongruência de gênero da OMS. Um dos trabalhos prévios a esta tese comparou os critérios CID-10, CID-11 e DSM-5 que se sobrepuseram tendo o critério *tempo de duração dos sinais* o maior diferencial (Soll, 2016). As ações de promoção dos cuidados às pessoas com incongruência de gênero utilizadas pelo SUS/Ministério da Saúde estão descritas na Resolução 2265/2020 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2020).

Tabela 1: Nomenclatura e Definições de Incongruência de Gênero nos Manuais Diagnósticos Vigentes

Manual	Nomenclatura	Categoria	Definição
CID-10	Transexualismo	Transtorno de Identidade Sexual	Desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto
	Transtorno de Identidade de Gênero na Infância		Desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto (antes da puberdade)
CID-11	Incongruência de Gênero na Adolescência ou Vida Adulta	Condições Relacionadas à Saúde Sexual	Incongruência entre o gênero expressado e o sexo atribuído ao nascer
	Incongruência de Gênero na Infância		Incongruência entre o gênero expressado de um pré-púbere e o sexo atribuído ao nascer
DSM-5	Disforia de Gênero na Adolescência e Vida Adulta	Disforia de Gênero	Sufrimento que pode acompanhar a incongruência entre o gênero expressado e o sexo atribuído ao nascer
	Disforia de Gênero na Infância		Sufrimento que pode acompanhar a incongruência entre o gênero expressado e o sexo atribuído ao nascer em um pré-púbere

Considerações sobre os aspectos etiológicos da percepção de gênero

Considerando que não há um determinismo entre o sexo designado ao nascimento e a expressão de gênero, ou seja, que o sexo biológico não determina por si só a formação da identidade de gênero, compreende-se que cada pessoa, terá uma forma única de vivenciar e expressar o seu gênero de acordo com suas predisposições biológicas e a interação com o seu ambiente. Até o momento, não há evidências de que a identidade de gênero seja construída apenas sob a influência ambiental pós-uterina. Pesquisas com hipóteses biológicas mostram a influência endócrina no comportamento sexual e da identidade de gênero (Hines, 2011; Bao & Swaab, 2011) evidenciando que existe um fator inato significativo na percepção de gênero. Somado a isso, estudos clássicos da psicologia (Smith & Lloyd, 1978; Fagot, 1995) vêm tentando elucidar o papel dos mecanismos sociais nas diferenças do que se entende por características de masculino e feminino - como habilidades, competências, personalidade- e, conseqüentemente, nos papéis sociais atribuídos a cada gênero. Portanto, no estado atual da ciência, não é possível limitar a

compreensão das expressões de gênero como determinismo biológico ou como resultado apenas de construções sociais. O desenvolvimento sexual acompanha o desenvolvimento social que, por sua vez, influenciam a identidade pessoal e as expressões de gênero. A Figura 1 ilustra a visão contemporânea a respeito das questões da diversidade de gênero que inclui aspectos psicossociais.

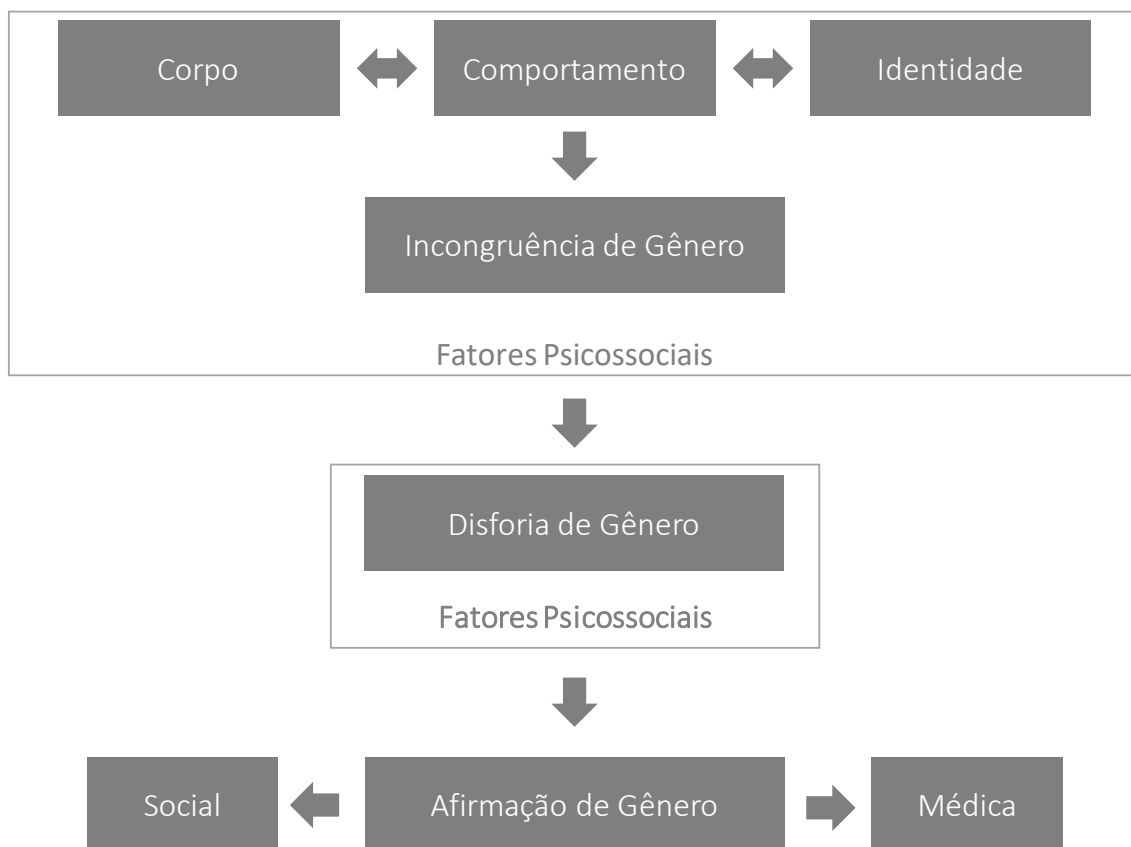


Figura 1: Visão contemporânea a respeito das questões da diversidade de gênero.

Figura retirada de Soll & Costa, 2019

Disforia de Gênero e vulnerabilidades psiquiátricas na população de jovens transgêneros

Como citado acima, não é preciso ter o diagnóstico de Disforia de Gênero (DSM-5) para ter acesso aos procedimentos de afirmação de gênero. No entanto, 97% das pessoas adultas e 100% dos jovens que procuraram serviço especializado em gênero apresentavam sofrimento significativo devido a incongruência, suficiente para fechar o

diagnóstico de DG (Soll, et al., 2018; Soll, et al., 2021). Crianças e adolescentes com o diagnóstico de DG mostram elevados níveis de problemas emocionais e comportamentais. Sendo os mais comuns, ansiedade, transtorno disruptivo e de controle de impulso, e depressão (APA, 2015). Sabe-se que tais problemas podem ser gerados tanto pelo conflito emocional de lidar com um corpo não coerente à identidade de gênero expressada, quanto pela pressão social devido à estigmatização do comportamento de gênero não binário. Jovens com DG, muitas vezes vivenciam o rechaço dos pares, recriminação, temor e isolamento social que, por consequência, afetam negativamente a saúde mental (Bockting, Miner, Swinburne Romine, Hamilton, & Coleman, 2013; Mallon & DeCrescenzo, 2016). Pode-se prever que estes jovens, quando não têm acesso a serviços de saúde especializados em gênero (acolhimento que envolve seus familiares), podem ter o risco potencializado de desenvolverem transtornos psiquiátricos na adolescência e vida adulta.

Dois estudos realizados no Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero (PROTIG) reforçam a necessidade da ampliação de acesso aos serviços de afirmação de gênero e da promoção em saúde para jovens com DG devido ao alto índice de comorbidade em saúde mental encontrados e da evidente carência de assistência especializada para esta população no nosso país. Em 2007 foi publicada a primeira descrição de adultos em serviço de afirmação de gênero em espera para intervenção cirúrgica. Neste foi identificado uma alta prevalência de comorbidades psiquiátricas (42,7%), sendo a maioria depressão, além de alta prevalência de DST (de 19,5%, sendo 17,6% HIV positivos) e tentativa de suicídio (14,2%). Na época, o diagnóstico era baseado na CID-10 (transexualismo) e no DSM-IV-TR (transtorno de identidade de gênero) (Lobato, et al., 2007). Estudo de 2021 que levantou o perfil de jovens do sul do país entre 8 e 16 anos que procuravam o mesmo serviço de gênero, mostrou que 45,8% positivaram para alguma comorbidade psiquiátrica ao longo da vida, com 16,6% apresentando depressão maior e 12,5% tentativa de suicídio (Soll, et al., 2021)(neste estudo os critérios de inclusão foram da CID-11 para IG e DSM-5 para DG). Estima-se que a incidência de quadros depressivos em adolescentes da população geral varie de 3,3 a 12,4% (Bahls & Bahls, 2002), representando uma tendência menor do encontrado em jovens com DG. Se faz importante salientar que o leque de quase 15 anos entre os dois estudos e a diferença dos critérios diagnósticos que estavam vigentes refletem uma mudança de paradigma social na compreensão das questões de gênero. Porém, é

alarmante perceber que, apesar disso, o impacto negativo na saúde mental desta população se evidencia já em idade muito precoce e parece tender a se manter na vida adulta ou, pelo menos, até que se tenha acesso a serviços especializados em afirmação de gênero. Estudos recentes com pessoas com IG/DG de diferentes idades, mostram resultados positivos em relação à saúde mental e uma redução nos índices de psicopatologia associados, após o simples acesso aos serviços de saúde (Birkett, Newcomb, & Mustanski, 2015; Dhejne, Van Vlerken, Heylens, & Arcelus, 2016; Hughto, Reisner, & Pachankis, 2015). Confirmando estes achados também na população brasileira de jovens com autorrelato de IG, o estudo publicado em 2020, mostrou que ter acesso a cuidados de afirmação de gênero foi associado a menos sintomas depressivos e menos ansiedade, além de proporcionar um senso de orgulho por sua identidade de gênero e um sentimento de serem socialmente aceitos (Fontanari, et al., 2020).

Abordagens quanto à transição social de gênero em crianças e adolescentes

Transição social refere-se ao processo pelo qual alguém avança a sua vivência no papel de gênero ao qual se identifica, afirmando sua identidade de gênero. Pode incluir coisas como escolher um nome ou pronomes de gênero, fazer intervenções corporais e usar roupas que se alinhem mais à identidade de gênero do que ao sexo atribuído no nascimento. Atualmente podemos citar três abordagens no que diz respeito ao incentivo à transição social - que podem incluir o tratamento hormonal ou não - que em um crescente foram se estabelecendo no debate científico e na prática clínica (informação verbal)¹ (Descher, 2019). A primeira abordagem pode ser representada pela clínica pioneira do psicólogo Kenneth J. Zucker, em Toronto. Nesta, as práticas foram fundamentadas na ideia de identidades não binárias como um transtorno mental (DSM-IV e edições anteriores), ou seja, algo que poderia ser evitado. As pesquisas da época mostraram que uma parcela significativamente pequena de crianças que positivaram para os diagnósticos vigentes persistiu com DG na vida adulta (Money & Russo, 1978; Zucker & Bradley, 1995). Por isso, a primeira abordagem essencialmente desencorajou a transição social pública ou privada. Posteriormente surgiu a segunda abordagem que pode ser representada pela sólida clínica que a psicóloga Peggy T. Cohen-Kettenis estabeleceu em Amsterdã. Esta partiu do princípio que não fazia sentido evitar a IG, mesmo ainda

¹ Conteúdo ministrado na aula intitulada *Ethical Issues in Treating LGBT Patients* pelo Professor Jack Drescher na Faculdade de Medicina UFRGS, em abril de 2018

sendo considerado um transtorno, pois não havia evidências que o desencorajamento de comportamentos chamados *cross-gender* pudesse evitar a IG/DG na vida adulta. Todavia, as pesquisas apontavam a dificuldade em prever quais crianças continuariam e quais não continuariam a ter um sofrimento quanto à percepção de gênero na vida adulta (Cohen-Kettenis, 2001). Assim, a segunda abordagem recorreu a uma saída clínica para essa lacuna e passou a utilizar o método chamado *espera vigilante* (Zucker, 2008). Esta técnica consiste em incentivar as crianças a expressarem de forma espontânea seus interesses lúdicos que envolvem o gênero que estão explorando apenas em espaços protegidos, como o *setting* terapêutico, mas não há o incentivo direto de uma transição social pública. Uma outra justificativa para a aplicação da técnica seria a tentativa de evitar algum tipo de trauma caso houvesse arrependimento da transição social. E por último surge a terceira abordagem como um reflexo natural ao paradigma contemporâneo. A terceira abordagem segue uma linha afirmativa de gênero e é influenciada pelo estado atual de compreender as expressões de gênero como uma forma de identidade pessoal (Edwards-Leeper, Leibowitz, & Sangganjanavanich, 2016), além disso, pressupõe que é possível identificar, através de uma avaliação singular e eficaz, quais crianças persistirão em suas percepções disfóricas quanto ao gênero e por isso incentiva a transição social pública (Chen, 2019). Tanto devido a essa mudança de perspectiva para uma compreensão menos rígida da classificação de sexo e maior aceitação social de expressões variantes, quanto pelo acúmulo de experiência clínica, debate científico, e estudos longitudinais da população jovem que teve acesso a serviços especializados de gênero. Ela, até então, não está personificada em uma única pessoa pois a assistência a essa população tem se expandido cada vez mais.

Ainda que a abordagem afirmativa seja uma tendência em clínicas especializadas em gênero de crianças e adolescentes atualmente, principalmente nos EUA, ainda existe uma carência de pesquisas e avaliações de longo prazo sobre esse tipo de intervenção (Chen, Tishelman, Edwards-Leeper, & Stancin, 2019). Não obstante, crianças e adolescentes em transição que apresentam sinais de confusão e angústia devem ser encaminhados a profissionais com experiência no tema, posto que este é um assunto delicado e o tratamento requer especialização. Dessa maneira, indiferente da abordagem, os pais e a equipe de saúde devem tentar agir nas circunstâncias exigentes para aliviar o sofrimento desses jovens (Descher, 2019). A Tabela 2 mostra as diferentes abordagens descritas acima.

Tabela 2: Diferentes Abordagens Clínicas quanto à Transição Social

Abordagem Clínica	Interesses e Jogos Cross-Gender	Transição Social Antes da Puberdade	Supressão Puberal	Tentar Evitar IG
Primeira	Não	Desencoraja	Sim	Sim
Segunda	Sim (Privado)	Desencoraja (Espera Vigilante)	Sim	Não
Terceira	Sim (Público e Privado)	Permite	Sim	Não

Tabela modificada da aula *Ethical Issues in Treating LGBT Patients*

O fortalecimento atual da terceira abordagem é o resultado do acúmulo de evidências científicas e discussões éticas proporcionadas pela primeira e segunda abordagem. Podemos entender a construção dessas três abordagens como um continuum de conhecimento que se somam e se expandem dialeticamente. No entanto, um ponto a ser destacado é que, partiu-se do princípio de que o sofrimento psicológico decorrente da incongruência de gênero pode ser amenizado através de intervenções somáticas de afirmação de gênero. A possibilidade de intervenção endócrina -supressão hormonal em pré púberes e o tratamento hormonal em púberes – se manteve um consenso nos ambulatorios especializados em gênero ao longo dos anos, possuindo atualmente padronização internacional de tratamento bem estabelecida (Coleman, et al., 2012) (Abramowitz, 2019). E de fato, não há dúvidas que as intervenções corporais melhoram a qualidade de vida desses jovens e diminuem os sintomas de disforia de gênero (Coleman, et al., 2012). Inclusive, provavelmente, este seja o principal motivo de busca por serviços especializados em gênero atualmente- ter acesso aos tratamentos hormonais. Todavia, se partimos do princípio de que as intervenções somáticas são uma tentativa de resolver a dissonância entre o modelo interno de autopercepção (autoimagem) e o corpo do indivíduo, podemos supor que outras frentes de intervenções, em nível psicoterapêutico e cultural, possam ser complementarmente usadas, visando a desconstrução progressiva de estereótipos sociais normativos de gênero.

Incongruência de gênero na infância e adolescência e a avaliação psicológica

O momento evolutivo da passagem da infância para a vida adulta em pessoas com variação de gênero, além de ser marcado pelas complexas transformações naturais da

fase, também exige que a pessoa com IG/DG, em maior ou menor proporção, enfrente duas fatalidades que podem ser causadoras de sofrimento: o primeiro é ter que lidar com as questões do desenvolvimento sexual em um corpo que é percebido como incongruente em relação ao gênero com o qual se identifica, inclusive em idades bem precoces onde os recursos emocionais ainda se fazem frágeis; e o segundo é lidar com um ambiente social normativo e estigmatizante (Soll & Costa, 2018).

Grandes mudanças corporais, cognitivas e psicossociais marcam a passagem da infância para a vida adulta. Tanto a CID-11 como o DSM-5 dividem os critérios diagnósticos para incongruência de gênero e disforia de gênero respectivamente entre os pré-púberes (IG e DG em Crianças) e os que estão ou já passaram pela puberdade (IG e DG em Adolescentes e Adultos). Os atuais tratamentos clínicos de intervenções corporal também são divididos assim: o bloqueio hormonal como uma alternativa para os que ainda não atingiram a puberdade e o tratamento hormonal (feminizar ou masculinizar o corpo) para os que já passaram pela puberdade e que tenham idade legal para realizar tal procedimento. No entanto, sob uma perspectiva do desenvolvimento, puberdade e adolescência não são necessariamente sinônimos. A primeira tem um aspecto biológico e acompanha mudanças fisiológicas rumo à maturidade corporal sexual (estágio de Tanner), a segunda se refere a uma fase marcada pela passagem psicossocial da infância para a vida adulta, com uma absoluta influência cultural, em que o indivíduo busca nas formações coletivas elementos para firmar sua identidade pessoal.

Concomitante a isso, e que deve ter especial atenção, é a fase da trajetória de gênero que esses jovens estão. Cinco estágios da trajetória de gênero podem ser descritos (Pinto & Moleiro, 2015; Soll & Costa, 2018): o primeiro é relatado como *confusão e aumento do senso de diferença de gênero*. Este refere-se à noção de ser diferente de uma forma não bem avaliada socialmente podendo gerar angústia e dúvidas; o segundo, *encontrando uma explicação e um rótulo*, seria um momento de explorar a identidade e que pode ter tanto um clima favorável como negativo, dependendo do grau de aceitação dentro do ambiente que o jovem está inserido (família, escola, comunidade); o terceiro estágio é *decidindo o que fazer e quando*, que se caracteriza pelo momento de explorar as opções *frente a identidade de gênero que vem se consolidando*, tais como as possibilidades de afirmação de gênero que possam fazer sentido dentro da singularidade de cada indivíduo; o quarto se conceitua como *identidade de gênero, performando uma nova identidade social e fazendo modificações corporais* e é nessa etapa que as

explorações do terceiro estágio se concretizam; por fim, o quinto, *Consolidação da identidade e invisibilidade* é a fase em que as intervenções corporais mais intensas já foram realizadas, o nome e sexo nos documentos já foram alterados e há a possibilidade de viver em tempo integral da forma que se identifica.

Assim, a avaliação psicológica dos jovens que procuram serviços de afirmação de gênero deve levar em consideração o nível de sincronia entre o desenvolvimento emocional, estágio do desenvolvimento puberal e o estágio da trajetória de gênero. Tudo isso em conjunto com o grau do suporte social e familiar que a criança e adolescente têm disponível. E principalmente, quais os recursos internos e externos, os pontos fortes e as eventuais dificuldades de suas características pessoais e situação ambiental que podem impactar nos possíveis sintomas de disforia de gênero e no seu ciclo natural do desenvolvimento. Dentro dessa perspectiva, a abordagem do profissional de saúde mental e o objetivo da avaliação são terapêuticos, portanto, não se limitam a recomendação de determinado tratamento clínico disponível ou a confirmação ou não da incongruência. Dentre alguns objetivos estão o de explorar a identidade, o papel e as expressões de gênero, abordar o impacto negativo da disforia de gênero e o estigma social atrelado a ela, aumentar o apoio social e melhorar a relação com a imagem corporal (Coleman, et al., 2012). Todas essas condutas têm o objetivo de aliviar os sintomas de disforia de gênero e fortalecer a autonomia do jovem frente às possíveis alternativas de tratamento clínico e formas de se sentir mais confortável expressando o seu gênero de identidade. A avaliação psicológica, como qualquer ação nos contextos de saúde, também é influenciada por vetores mais subjetivos como as reflexões éticas contemporâneas sobre gênero e sexualidade, e mais objetivos como as legislações vigentes, leis e resoluções. Contudo, é apenas com uma avaliação global que se pode estabelecer um protocolo de intervenção que respeite a singularidade de cada situação apresentada. A esse respeito, cabe menção a Resolução nº 2265/2020 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2020) que preconiza o Projeto Terapêutico Singular como conduta interdisciplinar para com os jovens e suas famílias e a Resolução nº 001/2018 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2018) que veda tratamentos discriminatórios e terapias conversivas em pessoas com IG. A Figura 2 apresenta os vetores que norteiam a avaliação psicológica de jovens que procuram serviço especializado de gênero.



Figura 2: Vetores que norteiam a avaliação psicológica de jovens que procuram serviço especializado de gênero

Desafios da Clínica e Pesquisa Contemporânea com Crianças e Adolescentes com Disforia de Gênero

O crescimento do número de centros de afirmação de gênero e o aumento do acesso a esses ambulatorios destacaram dois novos desafios da clínica contemporânea para clínicos e pesquisadores da área. Dentre eles podemos destacar a Disforia de Gênero com Início Rápido (DGIR) (Zucker, 2019). Este não é um diagnóstico, mas sim uma tentativa de classificar a situação cada vez mais recorrente de jovens que não apresentam uma história clínica clássica de comportamentos de incongruência de gênero e nem sinais de disforia de gênero ao longo do desenvolvimento, como costuma ser frequente na história de pessoas com DG. Nesses casos, os sintomas e sinais de disforia de gênero e a percepção de ser uma pessoa com IG aparecem apenas após a puberdade. Outro desafio que merece atenção é o registro do aumento de jovens com o diagnóstico primário de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o secundário de Disforia de Gênero que procuram os ambulatorios de afirmação de gênero. Um levantamento feito em Amsterdã encontrou uma prevalência de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista dez vezes maior do que a população na mesma faixa etária sem o diagnóstico de Disforia de Gênero (De Vries, Noens, Cohen-Kettenis, Van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010). Dessa forma, é importante reforçar o fortalecimento de protocolos clínicos e o incentivo à produção de pesquisa que contemplem essas duas especificidades -DGIR e a coocorrência diagnóstica de TEA e DG/IG. Pois, estas são situações em que

tanto as pessoas e suas famílias quanto os profissionais, muitas vezes, precisam fazer escolhas de intervenção sem o benefício de ter um conhecimento maior de base. Em ambos os casos, a avaliação psicológica inicial pode direcionar estratégias de intervenção adequadas para a especificidade da situação.

OBJETIVOS

Geral

Avaliar o perfil demográfico, social, familiar e de personalidade dos pacientes de oito e dezesseis anos atendidos no HCPA com diagnóstico de Incongruência de Gênero ao longo dos anos 2014 e 2018.

Específicos

- ✓ Comparar os critérios diagnósticos da CID 11 para Incongruência de Gênero e DSM-5 para Disforia de Gênero.
- ✓ Identificar e avaliar traços de personalidade, condições afetivas e emocionais, através de teste projetivo
- ✓ Identificar perfil sociocultural das famílias e as estratégias educativas dos pais através do questionário de anamnese e aplicação da escala de estilos parentais.
- ✓ Avaliar o funcionamento das condições intelectuais, através da aplicação de teste de inteligência.
- ✓ Identificar níveis de comorbidades psiquiátricas dessa população através da aplicação da escala K-SADS-PL.

ARTIGO 1

Descriptive Study of Transgender Youth Receiving Health Care in the Gender Identity Program in Southern Brazil

Publicado na revista *Frontiers in Psychiatry* (em 4 de março de 2021, DOI: 10.3389/fpsyt.2021.627661)

Bianca Machado Borba Soll^{1*}, Anna Martha Fontanari², Angelo Brandelli Costa², Ítala Chinazzo¹, Dhiordan Cardoso Silva¹, Fernanda Guadagnin¹, Silzá Tramontina², Maria Inês Rodrigues Lobato¹

1 Programa de Identidade de Gênero, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil, 2 Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, Brazil

*Correspondence: Bianca Machado Borba Soll biancasoll.psi@gmail.com

ABSTRACT

Since 2014, the Gender Identity Program (PROTIG) of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) has been assisting transgender youth seeking gender-affirmative treatment offered at a public health-care service specializing in gender in southern Brazil. This article aims to analyze sociodemographic and clinical data regarding the diagnoses of gender dysphoria and gender incongruence, psychiatric comorbidities, and clinical aspects of a sample of transgender youths seeking health care in the gender identity program. The research protocol consisted of a survey of the data collected in the global psychological evaluation performed at the health-care service for youths diagnosed with gender incongruence and their caretakers. Participating in this research were 24 transgender youths between 8 and 16 years old with diagnostic overlap of gender dysphoria [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)] and gender incongruence [International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)] and 34 of their caregivers. Of the young people, 45.8% were positive for some psychiatric comorbidity throughout their lives, with almost half (45.4%) having two or more psychiatric comorbidities in addition to gender dysphoria. The mental health

professionals comprising affirmation care teams face the challenge of adapting the care protocols to the uniqueness of each demand by developing individualized forms to promote healthy development. This can be done by focusing not only on medical and physical interventions for gender affirmation but also on the promotion of mental health and general emotional well-being. Thus, the gender affirmation model, which advocates for global assessment and personalized guidance, proved to be adequate. Nevertheless, access to multidisciplinary health services specializing in gender is essential for promoting the general well-being of the population of transgender youth.

Keywords: gender incongruence, gender dysphoria, transgender youth, healthcare service specialized in gender, gender-affirmative treatment model

INTRODUCTION

In recent years, there has been an increase in the seeking of assessment at specialized services for gender identity for youths who self-define as transgender people, requiring actions that promote the qualification of professionals focusing on this age group and technical protocols aiming at assistance standardization (1-3). The term *transgender* is a popular expression to include a broad spectrum of gender expressions (gender variance or gender non-conformity) that have been identified in our current society, while *cisgender* conceptualizes people who do not have a gender identity variant of the sex designated at birth. These expressions are not scientific terms and do not appear in any current diagnostic manual (4).

Among different possible care models for this population segment (transgender youth), what has been widely discussed and implemented today is the so-called “affirmative gender model” which starts from the conceptual premise of the existence of different expressions and gender identities in society and the concept that each individual can be encouraged to discover his or her own expression, if he or she has a suitable environment for it, thus enhancing his or her emotional well-being (5). Because it is an approach that values the uniqueness of each experience and the context in which the young person is inserted, affirmative gender practice involves careful assessment and considers family dynamics, psychological profiles, the presence of diagnostic criteria for gender dysphoria (GD)/gender incongruence (GI), possible secondary gains, and the occurrence of clinical and/or psychiatric comorbidities (6). It should be noted that this care model also considers the complexity of factors that involve the specific stage of development (transition from childhood to adulthood), such as the age of legal majority, which can differ from country to country (7), the freedom or not of gender expression in the individual’s social group and the assistance support that is available. Despite being a relatively new approach and still lacking scientific research, it is not limited to assessing whether young people should simply start the medical gender- affirmative treatments available for them but focuses on the global assessment of development (8).

Recent research with groups of transgender youth who access specialized health-care services has shown a high level of vulnerabilities in mental health when compared with cisgender groups of the same age, including suicide risk, use of psychoactive substances, anxiety disorders, depression, eating disorders, and autism spectrum disorders (9-18). Another factor that interferes with the well-being of young transgender people is the high

level of violence to which they are exposed. Another factor is that violence against transgender people is often perpetuated by people known to the victim, including family members (19-21). It is known that the transgender population is systematically exposed to social stigma, prejudice, and rejection (minority stress), rendering it vulnerable to the emergence of psychiatric symptoms, and this factor in isolation is possibly the main factor responsible for the psychological suffering caused in this population (22, 23). However, there is evidence that this fact can be strongly neutralized by simple access to specialized assistance (24, 25).

In Brazil, anyone who meets the criteria for GI [*International Classification of Diseases, 11th Revision* (ICD-11); WHO] has access to public health services for gender-affirmative treatment. According to a resolution of the Federal Council of Medicine (resolution CFM 2265/2020)—the document that regulates the attendance of gender-affirmative care in the Brazilian Unified Health System (SUS)—young people who self-define as transgender must be attended by a specialized multidisciplinary team and can have access to hormonal treatment when they reach 16 years of age if they desired and if the youth has the consent of the legal caregiver. Treatment with hormonal blockers intended for prepubescent children can be administered when there is a demand, only for research purposes. Even though there is a regulation of health services, there are many social barriers to this population for accessing these health-care services. Specialized health services remain extremely limited, and the wait for access to the health system in Brazil is long: 9 years on average (26). Therefore, it is very important for people to have access to health services and vulnerability prevention. The quality of interventions is associated with how early such service is established, preferably before adolescence (27, 28).

Thus, due to the lack of studies in our country regarding this population profile, this article aims to describe, from sociodemographic, clinical, diagnostic, and comorbid points of view, a sample of youths self-defining as transgender people who sought specialized assistance for gender affirmation in a public hospital in southern Brazil.

METHODOLOGY

This research was approved by the Ethics Committee of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) (protocol no. 140275). All of the participants, both young people and their caregivers, were informed of the purposes of this research and then invited to participate. All of the subjects provided written informed consent.

Participants

A total of 24 young people participated, aged 8 to 16 years, who met the diagnostic criteria for GD [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*]/GI (ICD- 11). All of the families of the young people were invited to participate to complement the history data and to participate in therapeutic planning. Twenty-one mothers (aged between 27 and 61 years) and 13 fathers (aged between 30 and 64 years) accepted the invitation. The exclusion criterion was a lack of a GI diagnosis (ICD-11).

Procedures

The research protocol consisted of the systematization of the data collected in the global psychological evaluation performed during the initial health-care encounter of the young people and family members who sought help at the Gender Identity Program (PROTIG) at the HCPA. For the present study, the following techniques were considered: psychological clinical interview, psychiatric evaluations, structured interviews, cognitive testing, and psychopathology evaluation instruments—applied to each individual and to the caregiver present throughout the entire care.

Psychological Clinical Interview

In this evaluation, made with young people and with caregivers, three interviews were conducted by a childhood and adolescence psychologist aiming at (1) the establishment of a therapeutic alliance; (2) evaluation of emotional development; (3) evaluation of family dynamics; (4) evaluation of the social support network; (5) evaluation of knowledge about legal rights; and (6) evaluation of the level of self-recognition and expression of the youth's gender identity.

Psychiatric Evaluation

This evaluation, conducted by a psychiatrist specializing in childhood and adolescence, is conducted on young people and caregivers. The number of meetings varied according to individual needs and depended on the presence of psychiatric morbidities, and they were involved in monitoring and evaluating the therapeutic response to drugs.

Structured Interview

For this interview, a questionnaire used in the Brazilian field study for the ICD-11 (WHO) was applied, which overlapped the diagnostic criteria for GI (ICD-11-2018) with the diagnostic criteria of DG (DSM-5-2013) (26,29, 30). The survey instrument, based on participants' reports, evaluated a particular period of time, that is, when they first became consciously aware that they might be trans (incongruence between one's experienced gender and assigned sex). For this research, three clusters from the questionnaire were used: (1) diagnostic criteria; (2) degree of psychological distress; and (3) loss of social functioning (here represented by school dropouts due to gender incongruity). The intensity of emotion, as well as the intensity of discomfort with sexual characteristics, was assessed using a Likert scale ranging from 1 (very little) to 5 (very much). This interview was administered by a trained psychologist and was aimed at young people, but the questions can also be adapted to be answered by caregivers. If it made the participants feel more comfortable, the caregivers could participate.

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version

This semistructured interview is conducted with young people and with caregivers and performed by a psychologist and/or psychiatrist trained in its application. The validated version for the Brazilian population of the Kiddie-Sads scale was used to estimate the presence of psychopathology and diagnostic status over the lifetime of the youths according to the DSM-IV criteria (32).

Data Analysis

Descriptive and statistical analyses were performed using SPSS software (version 21.0). For the present study, 41 variables were selected from the database. Categorical variables (sex designated at birth, gender identity, school evasion, commencement of social gender transitions, use of hormones, etc.) were expressed by frequencies and percentages. The ordinal variables (age, years of study, age of parents, age of perceived gender incongruity by participant, age of perceived gender incongruity by participants' parents, age of social transition, FSIQ, etc.) were expressed through means and standard deviation.

RESULTS

Sociodemographic Data

The sample consisted of 24 young people (average age = 13.88 ± 2.455 years) and 34 of their caregivers, of whom 21 were mothers (average age = 43 ± 9 years) and 13 were fathers (average age = 45.8 ± 9.5 years). Most of the caregivers (74.3%) were employed at the time of the evaluation, and 35.3% had college degrees. Of the youths, half had the sex designated at birth as female and identified with the male gender (50%), and the other half had the sex at birth designated as male and identified with the female gender (50%).

Table 1 shows the sociodemographic data of these young people.

Diagnostic Confirmation

All of the participants had the diagnosis of GI (ICD-11)

TABLE 1 | Sociodemographic data referring to the studied youth population.

	Age Mean (SD)**	Public school N (%)	Private School N (%)	School evasion* N (%)	Years Of study Mean (SD)**
Total (24)	13.88 (2.45)	15 (62.5)	9 (37.5)	8 (33.3)	8 (2.432)
Female gender identity (12)	13,83 (2,73)	6 (50)	6 (50)	3 (25)	8.5 (2.431)
Male gender identity (12)	13.92 (2.28)	9 (75)	3 (25)	5 (41.7)	7.5 (2.431))

SD, standard deviation.

* *Due to gender incongruence.*

** *Mean in years.*

TABLE 2 | Gender perception and social gender transition.

	Male gender identity Mean (min/max)	Female gender identity Mean (min/max)	Total (24) Mean (min/max)
Age of perceived gender incongruity by participant	9.5 (5-15)	9 (5-13)	9.25 (5-15)
Age of perceived gender incongruity by participants' parents	5.9 (2-12)	6.5 (2-14)	5.8 (2-14)
Age of social transition	13.29 (10-15)	12.83 (7-16)	14 (7-16)

Gender Perception and Social Gender Transition

Most of the participants (79.2%) had already started social gender transitions when they sought gender-affirmative health care.

Table 2 shows the mean age that the subject realized that his or her gender was incongruous with the sex designated at birth (age of perceived gender incongruity by participant); the mean age at which the parents perceived that their daughter/son

exhibited some socially unexpected gender behavior for the assigned sex (age of perceived gender incongruity by participants' parents); and the mean age at which these youths started the social transition of gender roles (age of social transition).

Discomfort With Sexual Characteristics

Only two young people (8.3%) used hormones without medical supervision before entering gender-affirmative health care. Regarding discomfort with sexual characteristics, 58.3% ($n = 14$) reported feeling strong or very strong discomfort with the genitals, and only one (4.2%) reported not feeling any discomfort with the genitals. Only two subjects (8.3%) reported not feeling any discomfort with the breasts; however, 75% reported that their discomfort was strong or very strong. Regarding the tone of the voice, half (50%) reported not feeling discomfort, and seven subjects (29.2%) reported strong or very strong discomfort with the tone of voice.

Table 3 shows the level of discomfort with sexual characteristics (discomfort about his or her sexual anatomy or anticipated secondary sex characteristics) divided by gender identity.

Psychological Distress and Feelings of Rejection due to Gender Incongruence

Slightly more than half of the participants (54.2%) claimed to have felt rejected because of their gender incongruity. All of the subjects (100%) said they felt significant distress (sadness and anxiety) associated with their gender incongruity in an intense fashion and for a period longer than 6 months. Of these cases, 91.7% ($n = 22$) associated this psychological distress with the conflict between having a biological body incongruent with the gender of identity, and two of them, 8.3%, associated their psychological distress with reactions of social stigma and prejudice. Of those who had school evasion ($n = 8$) (see **Table 1**), 37.5% claimed that it was due to the conflict between having a biological body incongruent with the gender identity, and 62.5% claimed that it was due to social reactions regarding their expressed gender.

Table 4 shows the occurrence of psychiatric morbidities present in the sample and the mean of the FSIQ.

TABLE 3 | Level of discomfort with sexual characteristics.

Discomfort with sexual characteristics	Male gender identity		Female gender identity	
	N (%)		N (%)	
	Total 12		Total 12	
Genitals	No discomfort 0 (0)	Strong/very strong 3 (25)	No discomfort 1 (8.3)	Strong/very strong 11 (91.7)
Chest	No discomfort 1 (8.3)	Strong/very strong 11 (91.7)	No discomfort 1 (8.3)	Strong/very strong 7 (58.3)
Voice	No discomfort 7 (58.3)	Strong/very strong 4 (33.3)	No discomfort 5 (41.7)	Strong/very strong 3 (25)

TABLE 4 | Occurrence of psychiatric vulnerabilities and diagnosis status in the present and/or past lifetime and full-scale IQ.

Psychiatric vulnerabilities	Male gender identity (N)	Female gender identity (N)	Total (N)
FSIQ (N)	11	12	23
(Mean; SD)	(88.55; 14.2)	(93.3; 13.2)	(91; 13.6)
K-SADS-PL Positive	8	5	11 (45.8)
Alcohol abuse	--	1	1 (4.16)
Abuse of psychoactive substances	--	2	2 (8.33)
Major depression	1	3	4 (16.6)
Dysthymia	1	3	4 (16.6)
Oppositional defiant disorder	4	2	6 (25)
Conduct disorder	1	--	1 (4.10)
Anorexia	1	--	1 (4.16)
Bulimia	1	--	1 (4.16)
Autism spectrum disorders	--	--	--
Suicide attempt	--	3	3 (12.5)
Psychiatric hospitalizations	--	3	3 (12.5)*
Gender dysphoria	12	12	24 (100)

K-SADS-PL, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version; FSIQ, Full-Scale IQ.

* Due to suicide attempt.

Of the young people, 45.8% were positive for some psychiatric comorbidity throughout their lives, and of these people, almost half (45.4%) had some diagnostic co-occurrence; that is, they were positive for two or more psychiatric diagnoses in addition to DG/GI. Of the youths who tested positive for Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), 81% (10) had a qualitative FSIQ less than the average (<89 composite points).

DISCUSSION

The DSM-5 classifies the presence of psychological distress or social dysfunction due to gender incongruity as a required criterion for the diagnosis of GD. The ICD-11, conversely, does not require the presence of the criterion “psychological distress” for the diagnosis of GI since it understands that transgender people might not present this type of suffering experience. In our study, most of the youths associated this psychological distress with the conflict regarding gender incongruity itself; thus, it came as a consequence of the emotional conflict of realizing the incongruity of their biological bodies with their gender identity, and a minority associated psychological distress with the social stigma and prejudice resulting from their expressed gender variance. However, stigma and prejudice were perceived as the main reasons for school evasion. Many schools are still aligned with rigid structures of binary gender roles, such as wearing uniforms and toilets divided by sex, making transgender youth inclusion difficult. This result provides evidence that the stigma and prejudice suffered by these people directly affect their social functionality. Other studies have emphasized the negative social and emotional impacts of stigma and prejudice on the lives of transgender people (19, 20) and have reinforced the need for interventions in different social structures. Thus, positive public policies can guarantee that transgender people have their rights preserved and that their gender expression is not a limiting factor or seen as harmful in their social spheres.

Discomfort with existing or anticipated sexual characteristics is one of the main factors why young people seek gender-affirming health-care services. Discomfort with the genitals, the chest, and the voice are still the most reported; however, the results showed a personal and gender identity variation regarding the level of this discomfort (see **Table 3**). Regarding medical treatment of gender affirmation, a minority (8.3%) started using hormones without adequate health monitoring. In a similar study conducted with a group of adult individuals diagnosed with GD in health care at a Brazilian specialized gender service, at least one affirmative gender intervention without medical monitoring (use of hormones and/or aesthetic procedure) was found in 62.1% of individuals (26). These contrasting findings reinforce the need to offer specialized gender care services to transgender youth to avoid possible iatrogenic procedures. Regarding aspects of gender transition that do not involve medical interventions, most young people arrived at the affirmative care service with the social

transition already started. Social transition refers to the process by which someone advances his or her experience in the gender role with which he or she identifies, affirming his or her gender identity, such as using a name or pronoun and/or wearing clothes that align more with gender identity than with sex assigned at birth. Currently, in most cases, this initiative seems to be attributed to a decision by the family nucleus that does not use specialized support to initiate a social gender transition that does not involve medical procedures. The results show that the beginning of the social transition is much later than the age of the subject's perception of their gender and of the age at which parents perceive the gender incongruity of their son or daughter (**Table 2**). Gender perception variables were raised using a structured interview that directly asks the subject's age of perception. This is combined with the psychological evaluation data in which the young people and their caregivers reported perceiving the expression of a deeply essential gender identity discordant from assigned sex. Researchers have maintained that there is the possibility of recognizing a stable transgender identity from childhood. They show that, in general, the onset age of the first behavioral manifestations occurs during preschool years, younger than five (33-37). It has been increasingly accepted among many gender theorists and practitioners that an individual's gender is evolutionary across the life span. Gender-affirmative care places substantial significance on a child's understanding of their own gender and allows the youth, and their knowledge of their gender, to lead the way to interventions. This includes the phase in which the young people and their families feel safe commencing the social gender transition (34).

In the present study, a high index of impairment in cognitive function was found in people who had a mental health diagnosis in addition to GI/GD. It is known that it is common to find the co-occurrence of intellectual disabilities and psychiatric disorders in children and adolescents (38, 39). Together with gender issues, mental disorders and intellectual disabilities are substantial public health problems. This fact has proved to be another challenge for health teams that provide health prevention strategies, adherence to treatment, and improvement in quality of life in all spheres, both personal and social, requiring individualized interventions. During the transition from childhood to adulthood, addressing the changes in a body that cannot be identified is a highly emotionally demanding task in itself and can certainly be detrimental to psychological, intellectual, and social development in transgender people.

The removal of transgender identities from the mental health category in the ICD-11/WHO is an important milestone in the attempt to not stigmatize gender identities (29). However, our study revealed that almost half of the sample was diagnosed with some psychiatric comorbidity throughout their lives. The above findings are in line with the results of other centers serving transgender youths in different countries and cultures (40,41). Additionally, these results are close to those found in the population of transgender adult people who sought specialized gender health-care services in Brazil, in which 42.7% of the sample had some psychiatric comorbidity (42). These findings emphasize the need for the presence of a qualified mental health team in gender-affirming clinical care. In contrast, positive findings regarding mental health in recent studies have shown a reduction in psychopathology after simple access to health-care services (24, 25, 43, 44).

However, clinical practice with transgender youth challenges health teams to develop care protocols that focus on singular interventions that cover the different social structures that make up the individual's environment, as well as specific and appropriate interventions for each situation regarding the demand for medical treatment of gender affirmation and social transition. In light of the complexity of serving this population, it is necessary to invest in multidisciplinary teams that develop individualized ways to promote healthy development. Thus, the gender affirmation model, which advocates for a global assessment and personalized guidelines, proved to be adequate for the clinical follow-up of young people who sought specialized gender health-care services, therefore, focusing on the promotion of mental health, general emotional well-being, and recognition of legal and social rights in different spheres of the environment and not only medical procedures and physical interventions of gender affirmation.

CONCLUSION

The entire conduct of the gender-affirmative clinical process must be undertaken from a scientific/practical perspective (from evaluation to intervention) so that it can support best ethical practices and facilitate the selection and monitoring of therapeutic efficacy. Nevertheless, access to multidisciplinary health services specializing in gender is essential for promoting the general well-being of the population of transgender youth.

Limitations

The main limitation present in the study is the sample size. The specialized gender services for minors are still recent in Brazil. In addition, there are many social barriers to this population for accessing health-care services. This study analyzes the average of a group and cannot be used to characterize an individual within the group.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The original contributions generated for this study are included in the article/supplementary material, further inquiries can be directed to the corresponding author/s.

ETHICS STATEMENT

The studies involving human participants were reviewed and approved by This research was approved by the Ethics Committee of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre/HCPA (protocol no. 140275). Written informed consent to participate in this study was provided by the participants' legal guardian/next of kin.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

BS, AB, and ML conceived of the presented idea. BS performed the research protocol. ST helped supervise the project. ÍC, DS, AF, and FG contributed to the interpretation of the results. All authors discussed the results and contributed to the final manuscript.

FUNDING

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior—Brasil (CAPES)—Finance code 001 and Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

REFERENCES

1. Bouman WP, de Vries AL, T'Sjoen G. Gender dysphoria and gender incongruence: an evolving inter-disciplinary field. *Int Rev Psychiatry*. (2016) 28:1-4. doi: 10.3109/09540261.2016.1125740
2. Aitken M, Steensma TD, Blanchard R, VanderLaan DP, Wood H, Fuentes A, et al. Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med*. (2015) 12:756-63. doi: 10.1111/jsm. 12817

3. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, et al. The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (19722015): trends in prevalence, treatment, and regrets. *J Sex Med.* (2018) 15:582-90. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.01.016
4. Drescher J. Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual. *Arch Sex Behav.* (2010) 39:427-60. doi: 10.1007/s10508-009-9531-5
5. Hidalgo MA, Ehrensaft D, Tishelman AC, Clark LF, Garofalo R, Rosenthal SM, et al. The gender affirmative model: what we know and what we aim to learn. *Hum Develop.* (2013) 56:285-90. doi: 10.1159/000355235
6. Edwards-Leeper L, Leibowitz S, Sangganjanavanich VF. Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: expanding the model. *Psychol Sex Orient Gender Diversity.* (2016) 3:165-72. doi: 10.1037/sgd0000167
7. Conselho Federal de Medicina. (2020). *Resolução n° 2265: Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero.* Available online at: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294> (accessed October 28, 2020).
8. Chen D, Tishelman A, Edwards-Leeper L, Stancin T. Introduction: advancing the practice of pediatric psychology with transgender youth. *Am Psychol Assoc.* (2019) 7:211-6. doi: 10.1037/cpp0000300
9. Peterson CM, Matthews A, Copps-Smith E, Conard LA. Suicidality, self-harm, and body dissatisfaction in transgender adolescents and emerging adults with gender dysphoria. *Suicide Life Threat Behav.* (2017) 47:475-82. doi: 10.1111/sltb.12289
10. Bechard M, VanderLaan DP, Wood H, Wasserman L, Zucker KJ. Psychosocial and psychological vulnerability in adolescents with gender dysphoria: a “proof of principle” study. *J Sex Marital Ther.* (2016) 43:678-88. doi: 10.1080/0092623X.2016.1232325
11. Reisner SL, Greytak EA, Parsons JT, Ybarra ML. Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *J Sex Res.* (2015) 52:243-56. doi: 10.1080/00224499.2014.886321
12. Witcomb GL, Claes L, Bouman WP, Nixon E, Motmans J, Arcelus J. Experiences and psychological wellbeing outcomes associated with bullying in treatment-seeking transgender and gender-diverse youth. *LGBT Health.* (2019) 6:216-26. doi: 10.1089/lgbt.2018.0179
13. Rimes KA, Goodship N, Ussher G, Baker D, West E. Non-binary and binary transgender youth: comparison of mental health, self-harm, suicidality, substance use and victimization experiences. *Int J Transgend.* (2017) 20:1-11. doi: 10.1080/15532739.2017.1370627
14. Fontanari AMV, Pase PF, Churchill S, Soll BMB, Schwarz K, Schneider MA, et al. Dealing with gender-related and general stress: substance use among Brazilian transgender youth. *Addict Behav Rep.* (2019) 9:100166. doi: 10.1016/j.abrep.2019.100166
15. Thorne N, Witcomb GL, Nieder T, Nixon E, Yip A, Arcelus J. A comparison of mental health symptomatology and levels of social support in young treatment seeking transgender individuals who identify as binary and non-binary. *Int J Transgend.* (2019) 20:241-50. doi: 10.1080/15532739.2018.1452660

16. Becerra-Culqui TA, Liu Y, Nash R, Cromwell L, Flanders D, Getahun D, et al. Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*. (2018) 141:5. doi: 10.1542/peds.2017-3845
17. Donaldson AA, Hall A, Neukirch J, Kasper V, Simones S, Gagnon S, et al. Multidisciplinary care considerations for gender nonconforming adolescents with eating disorders: a case series. *Int J Eat Disord*. (2018) 51:475-9. doi: 10.1002/eat.22868
18. De Vries ALC, Noens ILJ, Cohen-Kettenis PT, van Berckelaer-Onnes IA, Doreleijers TAH. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *J Autism Dev Disord*. (2010) 40:930-6. doi: 10.1007/s10803-010-0935-9
19. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health*. (2013) 103:943-51. doi: 10.2105/AJPH.2013.301241
20. Hugtto JMW, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc SciMed*. (2015) 147:222-31. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.11.010
21. Stotzer RL. Violence against transgender people: a review of United States data. *Aggress Violent Behav*. (2009) 14:170-9. doi: 10.1016/j.avb.2009.01.006
22. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav*. (1995) 36:38-56. doi: 10.2307/2137286
23. Rood BA, Reisner SL, Surace FI, Puckett JA, Maroney MR, Pantalone DW. Expecting rejection: Understanding the minority stress experiences of transgender and gender-nonconforming individuals. *Transgender Health*. (2016) 1:151-64. doi: 10.1089/trgh.2016.0012
24. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: a review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. (2016) 28:44-57. doi: 10.3109/09540261.2015.1115753
25. Fontanari AMV, Vilanova F, Schneider MA, Chinazzo I, Soll BMB, Schwarz K, et al. Gender affirmation is associated with transgender and gender nonbinary youth mental health improvement. *LGBT Health*. (2020) 7:237-47. doi: 10.1089/lgbt.2019.0046
26. Soll BM, Robles-García R, Costa AB, Mori D, Mueller A, Fontanari AMV, et al. Gender incongruence: a comparative study using ICD- 10 and DSM-5 diagnostic criteria. *Braz J Psychiatry*. (2018) 40:174-80. doi: 10.1590/1516-4446-2016-2224
27. Drescher J, Cohen-Kettenis PT, Reed GM. Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *Lancet Psychiatry*. (2016) 3:297-304. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00586-6
28. Leibowitz S, de Vries ALC. Gender dysphoria in adolescence. *Int Rev Psychiatry*. (2016) 28:21-35. doi: 10.3109/09540261.2015.1124844
29. Robles RG, Fresa'n A, Vega-Rami'rez H, Cruz-Islas J, Rodri'guezPe'rez V, Domi'nguez-Marti'nez T, et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD- Lancet Psychiatry. (2016) 3:850-9. doi: 10.1016/S2215-0366(16) 30165-1
30. Lobato MI, Soll BM, Costa AB, Saadeh A, Gagliotti DA, Fresán A, et al. Psychological distress among transgender people in Brazil: frequency, intensity and social causation-an ICD-11 field study. *Braz J Psychiatry*. (2019) 41:4. doi: 10.1590/1516-4446-2018-0052

31. Wechsler D. *Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISCIV): manual de instruções para aplicação e avaliação*. São Paulo: Casa do Psicólogo Press. (2013).
32. Brasil HH, Bordin IA. Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. *BMC Psychiatry*. (2010) 10:83. doi: 10.1186/1471-244X-10-83
33. Gülgöz S, Glazier JJ, Enright EA, Alonso DJ, Durwood LJ, Fast AA, et al. Similarity in transgender and cisgender children's gender development. *Proc Natl Acad Sci USA*. (2019) 116:24480-5. doi: 10.1073/pnas.1909367116
34. Ehrensaft D, Giammattei SV, Storck K, Tishelman AC, Keo-Meier C. Prepubertal social gender transitions: what we know; what we can learn: a view from a gender affirmative lens. *Int J Transgender*. (2018) 19:251-68. doi: 10.1080/15532739.2017.1414649
35. Temple Newhook J, Pyne J, Winters K, Feder S, Holmes C, Tosh J, et al. A critical commentary on follow-up studies and "desistance" theories about transgender and gender-nonconforming children. *Int J Transgender*. (2018) 19:2212-24. doi: 10.1080/15532739.2018.1456390
36. Nieder TO, Herff M, Cerwenka S, Preuss WF, Cohen-Kettenis PT, De Cuypere G, et al. Age of onset and sexual orientation in transsexual males and females. *J Sex Med*. (2011) 8:783-91. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02142.x
37. Ristori J, Cocchetti C, Castellini G, Pierdominici M, Cipriani A, Testi D, et al. Hormonal treatment effect on sexual distress in transgender persons: 2-year follow-up data. *J Sex Med*. (2020) 17:142-51. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.10.008
38. Einfeld SL, Ellis LA, Emerson E. Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: a systematic review. *J Intellect Dev Disabil*. (2011) 36:137-43. doi: 10.1080/13668250.2011.572548
39. Bass N, Skuse D. Genetic testing in children and adolescents with intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry*. (2018) 31:490-5. doi: 10.1097/YCO.0000000000000456
40. De Vries AL, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT, Vander Laan DP, Zucker KJ. Poor peer relations predict parent-and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. (2015) 25:579-88. doi: 10.1007/s00787-015-0764-7
41. Olson J, Schragger SM, Belzer M, Simons LK, Clark LF. Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. *J Adolesc Health*. (2015) 57:374-80. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.04.027
42. Lobato MI, Koff WJ, Schestatsky SS, Chaves CPDV, Petry A, Crestana T, et al. Clinical characteristics, psychiatric comorbidities, and sociodemographic profile of transsexual patients from an outpatient clinic in Brazil. *Int J Transgender*. (2007) 10:69-77. doi: 10.1080/15532730802175148
43. Birkett M, Newcomb ME, Mustanski B. Does it get better? A longitudinal analysis of psychological distress and victimization in lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *J Adolesc Health*. (2015) 56:280-5. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.10.275
44. Hughto JMW, Reisner SL. A systematic review of the effects of hormone therapy on psychological functioning and quality of life in transgender individuals. *Transgender Health*. (2016) 1:21-31. doi: 10.1089/trgh.2015.0008

Conflict of Interest: The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Copyright © 2021 Soll, Fontanari, Brandelli Costa, Chinazzo, Silva, Guadagnin, Tramontina and Lobato. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

ARTIGO 2

Use of the House-Tree-Person Projective Drawings and Parental Styles Inventory in the Global Psychological Evaluation of Transgender Youth Who Seek Healthcare at the Gender Identity Program

Publicado na revista *Frontiers in Psychology* (em 12 de novembro de 2019, Doi: 10.3389/fpsyg.2019.02488)

Bianca Machado Borba Soll^{1*}, Angelo Brandelli Costa^{1,2}, Anna Martha Vaites Fontanari¹, Ítala Raymundo Chinazzo¹, Dhiordan Cardoso Silva¹, Karine Schwarz¹, Maiko Abel Schneider^{1,3}, Cesar Augusto Nunes Bridi Filho¹, Claudia Garcia de Garcia¹, André Real¹, Silva Tramontina¹, Maria Inês Rodrigues Lobato¹

1 Programa de Identidade de Gênero, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Porto Alegre, Brazil, 2Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Departamento Programa de Pós Graduação em Psicologia, Porto Alegre, Brazil, 3Department of Psychiatry and Behavioral Neuroscience, McMaster University, Hamilton, ON, Canada

*Correspondence: Bianca Machado Borba Soll biancasoll.psi@gmail.com

ABSTRACT

The present study explores data collected in the psychological evaluation of transgender youth and their families who seek healthcare at the Gender Identity Program. Great psychosocial changes mark the transition from infancy to adulthood. Transgender youth may have these aspects of their developmental stage potentialized. A study was conducted with 23 transgender youth (mean age = 14 ± 2.38 years) and their caregivers. Eleven of the youngsters were assigned male at birth, while 12 were assigned female. The research protocol consisted of a survey and systematization of the data collected in the initial global psychological evaluation performed at the healthcare facility, including house-tree-person (HTP) projective drawings and the parental styles inventory. The present study aimed to explore the data collected during the psychological evaluation of youngsters diagnosed with gender incongruence, relating the HTP projective drawing technique to parental styles and gender trajectories. The results indicate two key points.

One evidenced that parental styles could be either preventive or risk components in maintaining adequate socialization in these young people but not in affecting the level of gender dysphoria. The other was that coherence is introduced in the person's perception of his or her projected self-image and his or her expressed gender as he/she becomes more comfortable in expressing his/her gender identity. Treating youngsters inherently brings ethical issues to clinical practice. Thus, global psychological evaluation tailored to this population is a fundamental resource that the psychology professional can use in consultations with youngsters because this tool brings a global understanding about the natural development cycle, facilitating the formulation of therapeutic conducts and exchanges within interdisciplinary transgender health care teams.

Keywords: psychological evaluation, parental styles, house-tree-person projective drawings, gender incongruence, gender dysphoria, transgender youth

INTRODUCTION

A transgender individual is a person whose gender identity does not correspond with their birth-assigned sex. The number of people with gender incongruence and/or gender dysphoria who seek assessment, support, and treatment at gender identity clinic services has increased over the years, requiring better qualification and standardization of care by all the professionals involved (Bouman et al., 2016). In Brazil, any transgender people diagnosed according to the ICD can undergo health services gender specifically, which is fully covered by the Brazilian Unified Health System (SUS). However, since a policy allowing hormonal therapy for transgender youth younger than 18 years is not available in Brazil, such treatment can be performed only within a research context.

Youngsters and Gender Incongruence in Psychological Evaluation

Significant body, cognitive, and psychosocial changes mark the transition from infancy to adulthood. Transgender youth may have these aspects of their developmental stage potentialized if they have a poor peer social relations (De Vries et al., 2015). The bioecological development model (Bronfenbrenner, 1996) elucidates how interactions between immediate and distant environments of young people, such as families and their surrounding social context, can influence psychosocial aspects development. In addition, they often have difficulties accessing health services when they need. Psychological evaluation is a broad process in which the psychologist makes use of a variety of resources recognized by psychological science, such as tests and interviews, with defined clinical objectives for evaluation and interpretation of data (Cunha, 2000; Krug et al., 2016). This is a fundamental resource that the psychology professional can use in healthcare context with transgender youth because it brings global and embedded information that contributes to the formulation of therapeutic conduct and facilitates exchanges with interdisciplinary transgender health care teams. It is important to make sure that psychological evaluation is not used to interfere with the expressed gender. Its use is for evaluation of the global functioning, health demands, and guarantee of rights.

In psychology, puberty and adolescence are not necessarily synonymous. The former has a biological aspect and accompanies physiological changes toward sexual maturity; the latter refers to a phase marked by a psychosocial course from infancy to adulthood—with a cultural influence—in which the individual seeks in collective formations elements to establish his personal identity (Gleitman et al., 2003). In addition, concomitant with

the maturational phases, it is important to understand the specificity of the gender trajectories that this transgender youth finds. Pinto and Moleiro (2015) developed a theoretical model of gender trajectories that shows the movement in five stages of development: (1) confusion and increasing sense of gender difference; (2) finding an explanation and a label: exploring identity; (3) deciding what to do and when: exploring options; (4) embracing gender identity: performing a new social identity and undergoing body modifications; and (5) identity consolidation and invisibility. Each stage reflects a specific form of gender identity management for a transgender person. Thus, psychological evaluation of transgender youth should consider the level of synchrony between emotional development and the stage of pubescent development (the relationship with the body and the self-image) together with the degree of social and familiar support. Above all, it is necessary to contextualize their stage of the gender trajectory, elucidate any internal and external resources, the strengths and the possible difficulties of their personal characteristics, and their surroundings that can impact the symptoms of gender dysphoria when present and its natural development cycle. From this perspective, the approach of the psychologist and the objective of the evaluation are therapeutic; therefore, they are not limited to the recommendation of a specific clinical treatment available or the confirmation or not of gender dysphoria. Some of the objectives include exploring gender identity, role, and expressions, addressing the negative impact of gender dysphoria and the social stigma attached to it, increasing social support, and improving the relationship with body image (Coleman et al., 2012). All of these conducts aim to alleviate the symptoms of gender dysphoria, when present, and to strengthen the autonomy of the youngsters in the face of possible alternatives of clinical treatment and ways to feel more comfortable expressing their gender identity.

In global assessments of development, it is common to use a standard test battery that includes quantitative and qualitative evaluation instruments. The use of the projective drawing test is one of the qualitative techniques used in the evaluation of children and adolescents. An important aspect that is sensitive to projective techniques is self-perception. Often youngsters are consolidating their gender expression, and this type of method can be a useful tool to help them. Previous studies have shown that youngsters with gender dysphoria tend to draw an individual with a sex opposite the one first assigned at birth (Zucker et al., 1983; Cohen-Kettenis and Pfäfflin, 2003; in these studies, the diagnostic classification was from the DSM-IV). There is an evolutionary pattern in the literature that points to a general tendency to draw a person with the same sex assigned at

birth when asked to draw a person, but drawing the opposite sex assigned at birth had not been confirmed as an indicator of emotional difficulties (Arteche et al., 2010). However, considering the updating of nomenclatures, when studies depart from a perspective of gender identities instead of the assigned sex at birth, it is perceived that the drawing of the human figure indicates that subject and experienced gender are consistent and significant predictors of the gender of the drawn figure (Houston and Terwilliger, 1995). The drawing of the human figure has as its premise the projection of the image of the body itself in the drawing, that is, the conception that the subject has of his/her own body and his/her function in the social world (Buck, 2003). A study using a projective test on adults with gender dysphoria showed a tendency to subjectively perceive imperfection or personal inadequacy (Barišic et al., 2014). The same logic can be extended to young people. Compared to couples, transgender youth have lower self-perception, especially in physical self-worth, a fact that may be related to the high rates of co-occurring psychopathology (Alberse et al., 2019).

In addition to using different assessment techniques, the clinical management of gender questions in youngsters should include parental evaluation. The quality of the family functioning system is fundamental in the process of support and decision-making regarding the transition from infancy to adulthood of these transgender youth. Knowing the parental style helps to establish specific support strategies for caregivers according to their demands that are reflected in the overall well-being of the youngsters, strengthening the whole family as they experience this process. Therefore, parental style is defined as the set of parental attitudes used by caregivers to educate, socialize, and guide the behavior of their children (Gomide, 2006), encompassing everything that contributes to the emotional climate in which the child is educated (Darling and Steinberg, 1993). However, a review of the literature has revealed few studies with families of young transgender people necessitating greater exploration of this field of study (Dierckx et al., 2016).

The present study aimed to explore the data collected in the psychological evaluation of transgender youth seeking healthcare at the gender identity program relating the house-tree-person (HTP) projective drawing technique to parental styles and gender trajectories in order to better understand the different psychosocial facets that are involved in the therapeutic clinic of this population.

MATERIALS AND METHODS

Participants

This study's sample consisted of families seeking healthcare at the Gender Identity Program (PROTIG) at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), located in southern Brazil. The sample consisted of 24 young people, aged 8-16 years, of whom 11 were assigned as male and 12 were assigned as female at birth, which meet criteria for gender incongruence, together with their caregivers ($n = 34$). The research protocol consisted of the survey and systematization of the data collected in the global psychological evaluation performed at the hospital. These data included different instruments and techniques, including structured interviews, cognitive tests, projective tests, morbidity evaluations, anamnesis, and clinical interviews. These were applied to each individual and to the caregiver who was present throughout the study. However, only instruments and techniques that were associated with the purpose of the article were used in this study. The exclusion criterion was a lack of a gender incongruence diagnosis (ICD-11) and a lack of a response from both parents to the parental styles inventory (PIS) (e.g., youngsters who were under state protection during the evaluation period).

Technique

Psychological Clinical Interview

The psychological clinical interviews were the exploration of the first interviews conducted by a professional psychologist, allowing evaluation, intervention, and psychological support in the encounter between the young person and the therapist. They take into account the emotional development and the environmental factors that are involved in the life of the youngsters. Because the facility used in this study is a hospital healthcare system specializing in gender issues, it is common for a young person to enter his/her first psychotherapeutic interview with the expectation that the psychologist understands his/her questions about the incongruence between his/her experienced gender and assigned sex. From this meeting, it was possible to establish at which stage of the gender trajectory the participants were engaged. For this, the theoretical model of gender trajectories proposed by Pinto and Moleiro (2015) served as the basis for the collection of information. The interviews focused on the life histories, family, school experiences,

community support, knowledge, and use of your legal rights and how the youngsters recognize and explore their gender identities.

Instruments

Parental Styles Inventory

The parental styles inventory (PIS) (Gomide, 2006) is a validated in Brazil (Cronbach's alpha values obtained showed internal consistency in all educational practices, ranging from 0.46 for maternal negative monitoring at 0.8663 for paternal moral behavior) (Sampaio and Gomide, 2017) and self-enforcing instrument, composed of seven categories of positive and negative parental educational practices. In this study, we considered the form of *paternal and maternal educational practices*, individually answered by each caregiver about the educational practices adopted with their children. The two positive educational practices are divided into (1) **positive monitoring**, which involves the proper use of attention and distribution of privileges, the proper establishment of rules, the continuous and safe distribution of affection, and the monitoring and supervision of school and leisure activities; (2) **moral behavior**, which implies promoting favorable conditions for the development of virtues, such as empathy, a sense of justice, responsibility, work, generosity, and knowledge of right and wrong about drug and alcohol use and safe sex, following the example set by the parents. The five negative educational practices are divided into (3) **Inconsistent punishment**: in which the parents are guided by their temperament at the time of punishing or reinforcing and not by the act practiced; (4) **Negligence**: a lack of attention and affection. (5) **Relaxed discipline**: the relaxation of established rules; (6) **Negative monitoring**: characterized by an excess of instructions regardless of their compliance and, consequently, by the generation of an atmosphere of hostile coexistence; (7) **Physical and psychological abuse**: characterized by discipline through negative corporal practices, threats, and blackmail of abandonment and humiliation of the child. A total of 42 items are presented, consisting of statements such as "I criticize anything my son does, how the room is messed up or his hair tousled," and "I ask how your day was at school and listen carefully". Caregivers should indicate how often they act in the situation described according to the legend: *Never* (if, on 10 occasions, he/she acted that way between 0 and 2 times); *Sometimes* (if, on 10 occasions, he/she acted that way 3-7 times); *Always* (if, on 10 occasions, he/she acted that way 8-10 times). The *parental style Index (iep)* can range

from -60 to +24. The result can be classified into four categories: (1) *Great Parental Style*: an absence of negative parenting practices; (2) *Regular Parental Style above average* and (3) *Regular Parental Style below average*: both include variations of positive and negative practices; and (4) *Risk Parental Style*: a predominant use of negative practices to the detriment of positive ones. Any outcome other than the Great Parenting Style demands orientation and interventions to different degrees in parental practices to avoid greater social and psychological harm to the youngster and his family.

House-Tree-Person Projective Drawing Technique

House-tree-person (Buck, 2003) is a validated instrument in Brazil population, approved by the Psychological Testing System (SATEPSI), in January 2004 (Conselho Federal de Psicologia, 2018), that uses the projective drawing technique of a house, a tree, and a person to obtain information about how the subject experiences his individuality in relation to others and to the environment around him. In this study, the application of HTP consisted of two phases. In the first, the individual was invited to make a drawing of a house, then of a tree, and finally of a person, one by one. The instruction was “I would like you to draw a **house**, I would like you to draw a **tree**, I would like you to draw a **person**”. Accordingly, participants were given white sheets of paper (21 by 29.7 cm) and a pencil. The second phase consisted of the *Inquiry*, in which structured questions are asked concerning the individuals associations with aspects of each drawing. The interpretation protocol of this instrument has spaces for a notations of significant observations of the behavior that can complement the reported associations. A *List of Interpretive Concepts* provides a reference of common interpretive concepts so that they can be interpreted consistently. The clinical richness of HTP is in the possibility of stimulating projections of elements of different aspects of the *self* and of the interrelations of the individual with the environment inside the therapeutic system. Therefore, it allows degrees of subjectivity that enrich clinical evaluation. In the context of research, however, this instrument becomes more consistent when used in conjunction with other psychometric techniques, so that the elements found can be considered with in a global evaluation. Interpretation categories were positive when there were elements in the *List of Interpretive Concepts* consistent with the survey and were considered only when another etiological factor for the explanation was not found (e.g., psychiatric morbidity

and cognitive aspects). We also chose only the indexes with significant distributions in the sample above 50%.

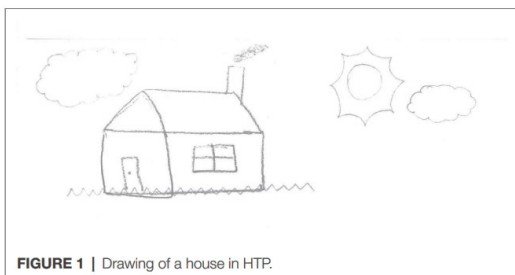
Figure 1 shows an example of a small house design located in the first quadrant. The Inquiry evoked the following exchange:

Therapist: “What does this house need the most?”

Why? Answer: It needs people living inside of it so that it could be joyful and safe.

Structured Interview

The structured interview used in the study was the same one used in the Mexican study (Robles et al., 2016) but translated, cultural, adapted, and applied to the Brazilian population (Soll et al., 2018; Lobato et al., 2019). For this study, there



categories were considered: diagnostic criteria, psychological distress, and loss in social functioning. The survey instrument, based on the participants’ reports, evaluated a particular period of time, i.e., when they first became consciously aware that they might be transgender (incongruence between one’s experienced gender and assigned sex). To fulfill the distress criteria, daily suffering (sadness and anxiety) must have been experienced for at least 6 continuous months. The intensity of emotion, as well as the intensity of psychological distress caused by the conflict between an incongruous assigned sex and gender identity, was assessed using a Likert scale varying from 1 (very little) to 5 (very strong).

Procedure

Data collection was conducted between May 2014 and December 2018. Typically, transgender youth follow a particular route through the Brazilian Unified Health System (SUS), whereby they go through other health services (primary and secondary care) and screening before being referred to specialized service (tertiary care). The research was

conducted at the Clinical Research Center of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). At the first meeting, the psychological clinical interviews were carried out, lasting a maximum of three sessions. For application of the remaining protocol, two sessions were utilized with no more than 15 days between them. It is totalizing no more than five meetings. There were moments when only parents or only the children were interviewed based on the demands of the instruments. All psychological evaluation, clinical interview, and application of the instruments were performed by the same psychology professional. Trained and experienced in psychological testing and healthcare of youngsters.

Ethics Statement

Researchers initially secured approval from the Ethics Committee of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (protocol no. 140274). All participants, both young people and their caregivers, were informed of the purposes of this research and then invited to participate. All subjects gave written informed consent.

Data Analysis

Descriptive, statistical analysis of central tendency, and *exact test* was performed in SPSS version 21.0.

RESULTS

Descriptive Analyses

A total of 23 young people, aged 8-16 years (mean age = 14 ± 2.38 years), were included, together with 34 their caregivers. Of these, 21 were mothers, aged 27-61 years (mean age = 43 ± 9 years), and 13 were fathers, aged 30-64 years (mean age = 45.8 ± 9.5 years). The demographic characteristics of the caregivers are shown in **Table 1**. Exclusion criterion was a lack of a response from both parents to the parental styles inventory (PIS).

A majority of the transgender youth had studied in public school (60.9%) and 34.7% (8) had reported taking a leave of absence from their studies for reasons related to the incongruence between their assigned sex and gender identity.

Parental Styles Inventory Results

Table 2 describes the results from the parental styles inventory.

House-Tree-Person Projective Drawing Technique Results

Only four indexes described by the List of Interpretive Concepts (Buck, 2003) were found that were significantly distributed (above 50%) in this sample: *Social withdrawal* (66.7%); *Attachment security* (70.8%); *Insecurity with self-image* (87.5%); and *Feeling of physical inadequacy* (75%).

Only two subjects drew a figure of the same sex as the one assigned to them at birth. These two subjects were in the first stages of their gender trajectories. **Table 3** shows a summary of the stages of gender trajectory for the participants. All other participants drew the figure based on their experienced gender. None of the participants was in the last stage of the gender trajectory.

Figure 2 shows an example of a drawing made by a young person assigned female at birth and whose gender identity is male. The stage of his gender trajectory was *embracing gender identity*. The drawing was made in the third quadrant with central tendency (the sheet has been rotated in the figure below).

TABLE 1 | Demographic characteristics of the caregivers.

	Mother n = 21	Father n = 13	Total N = 34
Formal study			
Uncompleted elementary school	3 (14.3)	--	3 (8.8)
Only completed elementary school	3 (14.3)	4 (30.8)	7 (20.6)
Only completed secondary school	8 (42.9)	4 (30.8)	12 (35.3)
Completed higher education	7 (33.3)	5 (38.4)	12 (35.3)
Employment status			
Employed	14 (66.7)	12 (92.3)	26 (74.3)
Not employed	7 (33.3)	1 (7.7)	8 (23.5)

Diagnostic Criteria and Psychological Distress Related to Gender Incongruity

All participants ($n = 23$) said they felt significant psychological distress (sadness and anxiety) related to their gender identity from the moment they realized the incongruity.

Moreover, 78.2% ($n = 18$) of the participants reported a strong or very strong level of distress. All participants had confirmation of the diagnosis of gender incongruence (ICD-11) and gender dysphoria (DSM-5) after the evaluation and had indication of follow-up at the Gender Identity Program.

Associations Between Parental Style and House-Tree-Person Positive Indexes, Psychological Distress Related to Gender Incongruity and Loss in Social Functioning

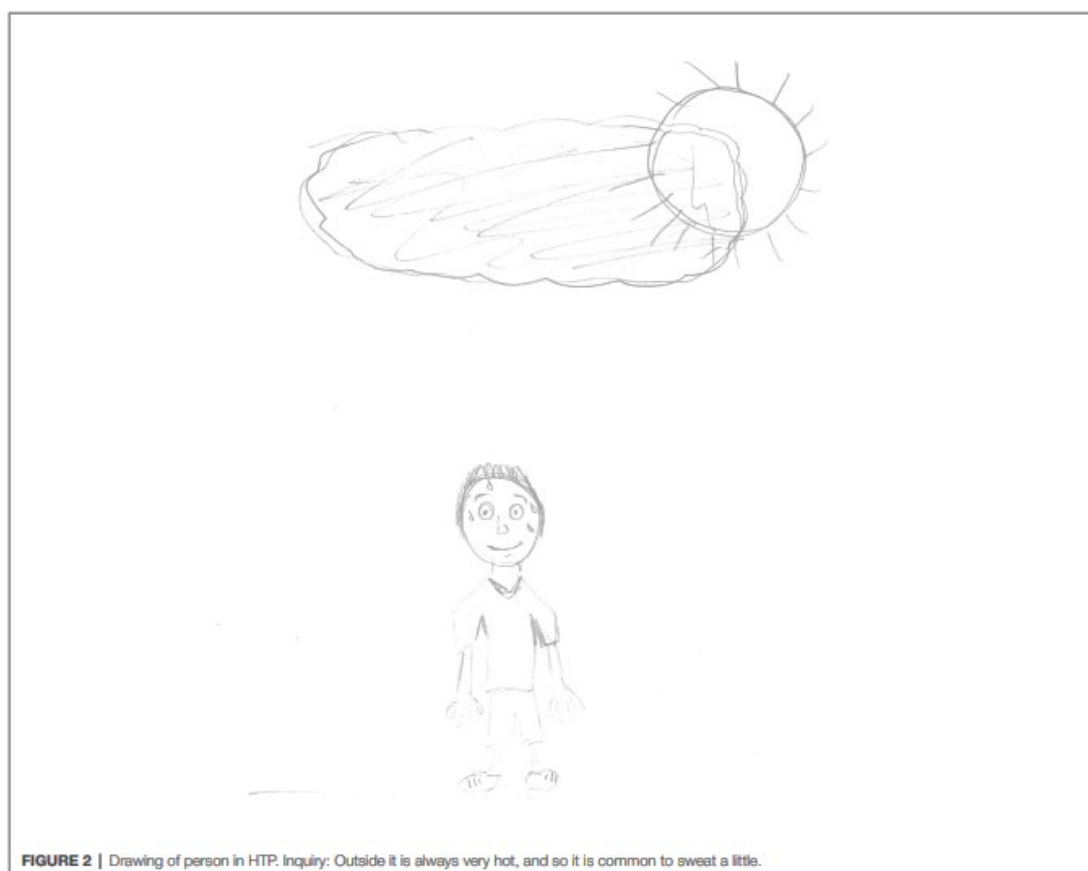
The **Table 4** shows the Associations between Parental Style and HTP Positive Indexes, Psychological Distress Related to Gender Incongruity and Loss in Social Functioning. The *Fisher exact test* showed that there was only an association between *Mother Parental Styles* and *Absence from Their Studies* ($p < 0.05$).

TABLE 2 | Parental styles inventory (PIS) results.

	Mother parental styles % (<i>n</i>)	Father parental styles % (<i>n</i>)	Total <i>N</i> = 34
Great parental style	38.1 (8)	7.7 (1)	9
Regular parental style above average	4.8 (1)	15.4 (2)	3
Regular parental style below average	28.6 (6)	30.8 (4)	10
Risk parental style	28.6 (6)	46.2 (6)	12

TABLE 3 | Stages of the gender trajectory.

	Transgender youth % (n)	Mean age (Years)	Minimum- Maximum (years)
Confusion and increasing sense of gender difference	17.4 (4)	11.25	9-13
Finding and explanation and a label: exploring identity	26.0 (6)	15.16	13-16
Deciding what to do and when: exploring options	39.1 (9)	14.4	8-16
Embracing gender identity	17.4 (4)	14.0	11-16
Identity consolidation and invisibility	--	--	--

**TABLE 4** | Associations between parental style and HTP positive indexes, psychological distress related to gender incongruity and loss in social functioning.

	Mother parental styles		Father parental styles	
	N (%)	p**	N (%)	p**
Social withdrawal	15 (71.4)	0.574	10 (76.9)	0.238
Attachment security	15 (71.4)	0.884	8 (61.5)	0.361
Insecurity with self-image	18 (85.7)	1.000	11 (84.6)	0.244
Feeling of physical inadequacy	15 (71.4)	0.574	9 (69.2)	0.099
Distress related to gender incongruity	21 (100)	0.101	13 (100)	0.179
Absence from their studies	8 (38.1)	0.028*	3 (23.1)	1.000

* Correlation is significant at the 0.5 level; **Fisher exact test.

DISCUSSION

To understand the behavior and socialization of children and adolescents, we must consider the parental styles they receive from their family nucleus. The results of this study show that most caregivers (62% of mothers and 94.4% of fathers) use negative parental strategies in caring for their sons. It was also evident that parental styles could be either preventive or risk components in maintaining an adequate socialization for these transgender youth but not in affecting the level of gender dysphoria. The only significant association found in this sample was that of mother parental styles with absence from their studies. This means that the better the quality of the maternal parenting style, more chance the youngsters stays in their studies. Another study done in the Brazilian transgender persons seeking health services gender specifically also had a similar indicator. Most people with gender incongruence who reported taking a leave of absence from their work stated that it was due to social stigma and prejudice (Soll et al., 2018). This is important because it indicates that the impact on the impairment of social functions may be more related to social context than to dysphoria. This does not eliminate the intensity of the psychological distress caused by the conflict between the perception of a body being incongruent and current gender identity; it only suggests that the more social support individuals have, the less of an impact that distress will have on their social lives.

Other research involving general population samples show associations between the quality of parental caregiving and child development, psychosocial functioning, and school performance (Baumrind, 1991; Véronneau and Dishion, 2010). A coherent hypothesis is that socialization undoubtedly begins in family relationships but expands and correlates in different social systems. Thus, individuals are affected by their surrounding environmental factors at different levels of the social system, as suggested by the Bioecological Model of Development (Bronfenbrenner, 1996). Therefore, the impact of social stigma on dysphoria symptoms may come from more external strata of society, as the result of social withdrawal and attachment security were significant in the sample and did not indicate association with parental styles. In any case, the results of a lower prevalence of *Great Parental Style* are a strong indicator of the importance of therapeutic and psychoeducational interventions with caregivers to promote the care and functionality of these families.

The results show that the phase of the gender trajectory is quite significant and is not directly related to age or pubescent phase but rather to strengthening personal gender

identity. In the sample studied, only those who were in the first stage, *confusion and an increasing sense of gender difference*, drew the figure according to the sex assigned at birth. A possible hypothesis for this finding is that as the stages of the gender trajectories evolve and that the concept of living and expressing himself or herself in the way that he or she identifies is a real possibility, a coherence is introduced in the persons perception of his projected self- image and his expressed gender. Even so, the projective test also pointed to a perception of physical inadequacy and insecurity with self-image. This result is expected since self-esteem and satisfaction with body image, in addition to dysphoria, can be severely disrupted in transgender youth by rigid binary normative standards. The search for gender affirmation treatments is an attempt to resolve the dissonance between self-image, the internal model of self-perception, and the body. Strengthening personal identity in the context of the transition from childhood to adulthood is a challenge of different proportions for transgender youth. The current social environment reacts in a negative way to spontaneous expressions that do not correspond to the representations of enforced gender roles. The concept of a “safe enough holding environmental” (Winnicott, 1983) is associated with educational and clinical practices that are useful in current discussions about management with transgender youth. The safe enough holding environmental necessarily presupposes the consideration of the singularity, needs, demands, desires, resources, and rhythms of each young person. Any attempt to transform singular adaptation in a general way harms the whole set of developments and interactions with the social environment. Thus, the therapeutic environment is expected to be able to accommodate these young people without reproducing the normative social stereotypes. For this, it is assumed, before the technique or approach used, to think about the identity of gender and its expressions on a collective and not an individual perspective, which happens with all people and not only with transgender individuals.

CONCLUSION

Complementing projective and psychometric techniques is a useful tool in the psychological clinical management of gender questions in youngsters; projective tests can detect aspects of the dynamics and personality or raise research hypotheses with their results that would be difficult to access by psychometric tests. Specifically, the HTP Projective Drawing Technique tends to be less invasive and follows a validated methodology that accesses emotional contents of perception and interaction with the

environment that would often take much longer to be detected and analyzed in therapeutic processes. In addition, it is a way of valuing the individuality with which each subject lives and perceives their condition. Due to the importance of understanding the youth in their family and social contexts, extending the assessment not only to parents and family but also to school and other social dimensions are ways to elucidate the impact of the environment on the individual's life.

However, resolving this incongruence between self-image and gender patterns may have some complementary fronts, such as clinical interventions at the somatic level and in the progressive deconstruction of binary social stereotypes at the therapeutic and social level.

LIMITATIONS

The present study has some methodological limitations. First, the sample size was limited. Second, in spite of the clinical enrichment of the projective practices, they do not allow quantitative measurements, which are important for research purposes. In a future study, other psychometric scales can be used to measure self-image and the relationship with the body in conjunction with the projective test. In addition, the individuality and peculiarity of each child and adolescent who undergoes a psychological evaluation should always be prioritized. This study analyzes the average of a group and cannot be used to characterize an individual within the group.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

All datasets generated for this study are included in the article/supplementary material.

ETHICS STATEMENT

The studies involving human participants were reviewed and approved by. Researchers initially secured approval from the Ethics Committee of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (protocol no. 140274). Written informed consent to participate in this study was provided by the participant's legal guardian/next of kin.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

BS, AB, and ML conceived of the presented idea. BS performed the research protocol. ST helped and supervised the project. ÍC, DS, CB, AR, CG, MS, AV, and KS contributed to the interpretation of the results. All authors discussed the results and contributed to the final manuscript.

FUNDING

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance code 001.

REFERENCES

- Alberce, A. M. E., de Vriec, A. L., Elzinga, W. S., and Steensma, T. D. (2019). Self-perception of transgender clinic referred gender diverse children and adolescentc. *Clin. Child Psychol. Psychiatry* 24, 388-401. doi: 10.1177/1359104518825279
- Arteche, A., Bandeira, D., and Hutz, C. S. (2010). Draw-a-person test: the sex of the first-drawn figure revicited. *Arts Psychother.* 37, 65-69. doi: 10.1016/j. aip.2009.09.002
- Barišić, J., Milocavljević, M., Duišin, D., Batinić, B., Vujović, S., and Milovanović, S. (2014). Assessment of self-perception of transsexual persons: pilot study of 15 patients. *Sci. World J.* 2014, 1-14. doi: 10.1155/2014/281326
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *J. Early Adolesc.* 11, 56-95. doi: 10.1177/02724316911111004
- Bouman, W. P., de Vries, A. L., and T’Sjoen, G. (2016). Gender dysphoria and gender incongruence: an evolving inter-disciplinary field. *Int. Rev. Psychiatry* 28, 1-4. doi: 10.3109/09540261.2016.1125740
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Buck, J. N. (2003). *A Casa - Árvore - Pessoa. Técnica Projetiva de Desenho: Manual e Guia de Interpretação*. São Paulo: Vetor.
- Cohen-Kettenic, P. T., and Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. London: Sage Publications.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., et al. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. *Int. J. Transgenderism* 13, 165-232. doi: 10.1080/15532739.2011.700873
- Concelho Federal de Psicologia (2018). Resolução N° 009, de 25 de abril de 2018. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos SATEPSI. Available at: <http://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-09-2018-com-anexo.pdf> (Accessed October 28, 2019).
- Cunha, J. A. (2000). “Estratégias de avaliação: perspectivas em psicologia clínica” in *Psicodiagnóstico-Ved*. ed. J. A. Cunha (Porto Alegre: Artmed), 19-22.
- Darling, N., and Steinberg, L. (1993). Parenting style as a context: an integrative model. *Psychol. Bull.* 113, 487-496. doi: 10.1037/0033-2909.113.3.487

- De Vries, A. L., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., Vander Laan, D. P., and Zucker, K. J. (2015). Poor peer relations predict parent-and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 25, 579-588. doi: 10.1007/s00787-015-0764-7
- Dierckx, M., Motmans, J., Mortelmans, D., and T'sjoen, G. (2016). Families in transition: a literature review. *Int. Rev. Psychiatry* 28, 36-43. doi: 10.3109/09540261.2015.1102716
- Gleitman, H., Reisberg, D., and Gross, J. (2003). "O desenvolvimento social" in *Psicologia*. eds. H. Gleitman, D. Reisberg, and J. Gross (Porto Alegre: Artmed Press), 426-464.
- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de Estilos Parentais (IEP), modelo teórico, manual de aplicação, apuração, interpretação*. Petrópolis: Vozes.
- Houston, A. N., and Terwilliger, R. (1995). Sex, sex roles, and sexual attitudes: figure gender in the draw-A-person test revisited. *J. Pers. Assess.* 65, 343-357. doi: 10.1207/c15327752jpa6502_9
- Krug, J. S., Trentini, C. M., and Bandeira, D. R. (2016). "Conceituação de psicodiagnóstico na atualidade" in *Psicodiagnóstico*. eds. C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, and J. S. Krug (Porto Alegre: Artmed), 16-20.
- Lobato, M. I., Soll, B. M., Brandelli Costa, A., Saadeh, A., Gagliotti, D. A., Frecán, A., et al. (2019). Psychological distress among transgender people in Brazil: frequency, intensity and social causation-an ICD-11 field study. *Braz. J. Psychiatry* 41, 310-315. doi: 10.1590/1516-4446-2018-0052
- Pinto, N., and Moleiro, C. (2015). Gender trajectories: transsexual people coming to terms with their gender identities. *Prof. Psychol. Res. Pract.* 46, 12-20. doi: 10.1037/a0036487
- Robles, R. G., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T., et al. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *Lancet Psychiatry* 3, 850-859. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30165-1
- Sampaio, I. T. A., and Gomide, P. I. C. (2017). Inventário de estilos parentais (IEP)-Gomide (2006) percurso de padronização e normatização. *Psicol. Argum.* 25, 15-26. doi: 10.7213/rpa.v25i48.19675
- Soll, B. M., Robles-García, R., Brandelli-Costa, A., Mori, D., Mueller, A., Vaites-Fontanari, A. M., et al. (2018). Gender incongruence: a comparative study using ICD-10 and DSM-5 diagnostic criteria. *Braz. J. Psychiatry* 40, 174-180. doi: 10.1590/1516-4446-2016-2224
- Véronneau, M. H., and Dishion, T. J. (2010). Predicting change in early adolescent problem behavior in the middle school years: a mesosystemic perspective on parenting and peer experiences. *J. Abnorm. Child Psychol.* 38, 1125-1137. doi: 10.1007/s10802-010-9431-0
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zucker, K. J., Finegan, J. A. K., Doering, R. W., and Bradley, S. J. (1983). Human figure drawings of gender-problem children: a comparison to sibling, psychiatric, and normal controls. *J. Abnorm. Child Psychol.* 11, 287-298. doi: 10.1007/BF00912092

Conflict of Interest: The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Copyright © 2019 Soll, Brandelli Costa, Vaites Fontanari, Chinazzo, da Silva, Schwarz, Schneider, Bridi Filho, Garcia de Garcia, Real, Tramontina and Lobato. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A clínica de crianças e adolescentes com incongruência de gênero sempre levantou debates polêmicos relativos aos aspectos éticos e legais das intervenções propostas. A jornada da primeira abordagem (em que a incongruência de gênero era entendida como uma patologia a ser tratada) até a terceira abordagem (na qual se estabelece a afirmação do gênero expresso) foi resultado de um acúmulo de aprendizagem, transformações culturais e reflexões éticas quanto ao tema que segue com muitas lacunas e controvérsias a serem enfrentadas. Assim como a constante alteração, evolução e atualização das nomenclaturas utilizadas de forma a abranger, de maneira mais justa possível, as expressões que representam. E, inclusive, o próprio debate sobre os benefícios e malefícios de se ter um diagnóstico vigente de incongruência de gênero na infância e os possíveis impactos culturais, pessoais e no acesso a saúde é bastante acirrado. O debate sobre classificar expressões variantes de gênero, especialmente na infância, e a necessidade ou não de intervenção em saúde nessas situações, problematizam a retirada desse diagnóstico da CID-11 e na próxima revisão do DSM-5 (Winter, DeCuyper, Green, Kane, & Knudson, 2016; Lobato, et al., 2017). Contudo, diferentemente de um adulto, estabelecer os limites da autonomia do jovem que ainda está em fase gradual de amadurecimento e fortalecimento das identidades, é uma situação com maior complexidade, merecendo, portanto, um amplo debate social, incluindo saúde pública, educação, científico, filosófico, entre outros. Nesse sentido, a avaliação psicológica global do indivíduo pode ser uma ferramenta útil quando precede as intervenções em saúde. O interesse principal é o de proteger a saúde, os direitos e o bem-estar do jovem, respeitando a construção de sua subjetividade única. A avaliação global permite estabelecer abordagens individuais para a singularidade de cada situação.

Assim, através do levantamento dos dados coletados na avaliação psicológica que precedeu as intervenções, a presente tese teve como objetivo descrever o perfil clínico e demandas em saúde da população de jovens com IG que recorreram a serviço de afirmação de gênero. Verificou-se que:

- 45,8% apresentaram alguma comorbidade psiquiátrica ao longo de suas vidas, com quase metade destas (21% da amostra total) tendo duas ou mais comorbidades psiquiátricas além de disforia de gênero.

-Estilos parentais observados influenciam de forma positiva e negativa a socialização de jovens transgêneros, mas não afetam a intensidade de disforia de gênero.

-O resultado do teste projetivo associou que à medida que a pessoa se torna mais confortável em expressar sua identidade de gênero, uma coerência é introduzida na percepção da pessoa entre sua autoimagem projetada e o gênero com o qual se identifica.

Os achados reforçam a hipótese da importância da criação e ampliação de serviços de afirmação de gênero para jovens no nosso país devido as vulnerabilidades que esta população está exposta. Assim como destaca o papel fundamental de profissionais de saúde mental compondo as equipes interdisciplinares de saúde, além de ser determinação do conselho federal de medicina, através da resolução 2265 (CFM, 2020), que a equipe seja composta por psicólogo e psiquiatra.

Sabe-se que a nossa sociedade estigmatizante gera sofrimento mental, potencializando o surgimento de comorbidades em crianças e adolescentes com expressões de gênero variante (Dhejne, Van Vlerken, Heylens, & Arcelus, 2016; Winter, et al., 2016). Este é o primeiro estudo no Brasil que explora o perfil desses jovens e suas demandas de assistência. Tal população e suas famílias carecem de acesso a serviços de saúde. Sendo assim, espera-se que as evidências do estudo favoreçam o desenvolvimento de programas de assistência que acolham as necessidades e vulnerabilidades desta população e possibilitem intervenções que garantam o desenvolvimento saudável que toda criança e adolescente tem direito.

A lei nº 8.069 Dispõe que:

A criança e adolescente gozem de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata essa lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (Art. 3º Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990).

REFERÊNCIAS

- Abramowitz, J. (2019). Hormone Therapy in Children and Adolescents. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 48(2), 331-339. doi:10.1016/j.ecl.2019.01.003
- American Psychiatric Association. (2015). *Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Bahls, S.-C., & Bahls, F. R. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia*, (6):1, pp. 49-57. doi:10.5380/psi.v6i1.3193
- Bao, A. M., & Swaab, D. F. (2011). Sexual differentiation of the human brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Frontiers in neuroendocrinology*, 32(2), 214-226. doi:10.1016/j.yfrne.2011.02.007
- Birkett, M., Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2015). Does it get better? A longitudinal analysis of psychological distress and victimization in lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *Journal Adolescent Health*, 56(3), 280-285. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.10.275
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103(5), 943-951. doi:10.2105/AJPH.20
- Bouman, W. P., De Vries, A. L., & T'Sjoen, G. (2016). Gender dysphoria and gender incongruence: an evolving inter-disciplinary field. *International Review of Psychiatry*, 28, 1-4. doi:10.3109/09540261.2016.1125740
- Chen, D. (2019, Dezembro). New Perspectives on Transgender Youth. *Journals Dialogue*. (E. Ameen, Interviewer) American Psychological Association. Retrieved Dezembro 2019, from <https://www.apa.org/pubs/highlights/podcasts/episode-29>
- Chen, D., Tishelman, A., Edwards-Leeper, L., & Stancin, T. (2019). Introduction: Advancing the practice of pediatric psychology with transgender youth. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 211-216. doi:10.1037/cpp0000300
- Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 391-391. doi:10.1097/00004583-200104000-00006
- Coleman, E., Bockting, W. M., Cohen-Kettenis, P. T., DeCuypere, G., Feldman, G., Fraser, L., . . . Zucker, k. (2012). *Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero*. Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgêner. Retrieved Setembro 2021, from Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgêner: https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Portuguese.pdf

- Conselho Federal de Medicina. (2020). *Resolução n° 2265: Dispõe sobre o cuidado específico à 325 pessoa com incongruência de gênero ou transgênero*. Brasília. Retrieved Setembro 2021, from <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-326.2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Resolução 001/2018. Estabelece normas de atuação para psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis*. Retrieved Setembro 2021, from https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/2236057/doi-2018-01-30-resolucao-n-1-de-29-de-janeiro-de-2018-2236053
- Davidson, M. (2007). Seeking refuge under the umbrella: Inclusion, exclusion, and organizing within the category transgender. *Sex Res Social Policy*, 4, 60-80. doi:10.1525/srsp.2007.4.4.60
- De Vries, A. L., Noens, I. L., Cohen-Kettenis, P. T., Van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(8), 930-936. doi:10.1007/s10803-010-0935-9
- Descher, J. (2019, Novembro). Gender-variant children with Dr. Jack Drescher. *MDedge Psychcast*. (L. Norris, Interviewer) American Psychiatric Association. Retrieved from <http://psychcast1.webmd.libsynpro.com/gender-variant-children-with-dr-jack-drescher>
- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44-57. doi:10.3109/09540261.2015.1115753
- Drescher, J. (2010). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of sexual behavior*, 39:2, 427-460. doi:10.1007/s10508-009-9531-5
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 297-304. doi:10.1016/S2215-0366(15)00586-6
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568-577. doi:10.3109/09540261.2012.741575
- Edwards-Leeper, L., Leibowitz, S., & Sangganjanavanich, V. F. (2016). Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: Expanding the model. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3, 165–172. doi:10.1037/sgd0000167
- Fagot, B. I. (1995). Psychosocial and cognitive determinants of early gender-role development. *Annual review of sex research*, 6(1), 1-31. doi:10.1080/10532528.1995.10559900
- Fontanari, A. M., Vilanova, F., Schneider, M. A., Chinazzo, I., Soll, B. M., Schwarz, K., . . . Costa, A. B. (2020). Gender Affirmation Is Associated with Transgender and

- Gender Nonbinary Youth Mental Health Improvement. *LGBT Health*, 7(5), 237-247. doi:10.1089/lgbt.2019.0046
- Governo Federal . (1990). ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente. *Lei 8.06 de 13.07.90*.
- Hines, M. (2011). Prenatal endocrine influences on sexual orientation and on sexually differentiated childhood behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 32(2), 170-182. doi: doi: 10.1016/j.yfrne.2011.02.006
- Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, 147, 222-231. doi:10.1016/j.socscimed.2015.11.010
- Lobato, M. I., Koff, W. J., Schestatsky, S. S., Chaves, C. P., Petry, A., Crestana, T., . . . Henriques, A. A. (2007). Clinical characteristics, psychiatric comorbidities and sociodemographic profile of transsexual patients from an outpatient clinic in Brazil. *International Journal of Transgenderism*, 10(2), 69-77. doi:10.1080/15532730802175148
- Lobato, M. I., Saadeh, A., Cordeiro, D. M., Gagliotti, D. A., Brandelli, A. C., Fontanari, A. M., . . . Real, A. G. (2017). Gender Incongruence of Childhood Diagnosis and Its Impact on Brazilian Healthcare Access. *Arch Sex Behav*, 2511. doi:10.1007/s10508-016-0864-6
- Mallon, G. P., & DeCrescenzo, T. (2016). Transgender children and youth: A child welfare practice perspective. 85(2), 215-241. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16846113/>
- Money, J., & Russo, A. J. (1978). Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: Longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, 4(1), 29-41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29
- Pinto, N., & Moleiro, C. (2015). Gender trajectories: Transsexual people coming to terms with their gender identities. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 12-20. doi:10.1037/a0036487
- Smith, C., & Lloyd, B. (1978). Maternal behavior and perceived sex of infant. *Child development*, 49(4), 1263-1265. doi:10.2307/1128775
- Soll, B. M., & Costa, A. B. (2018). Pessoas transgênero: direitos e desafios na adultez. In L. Dutra-Thomé, A. S. Pereira, S. Nunez, & S. H. Koller, *Adultez Emergente no Brasil: uma nova perspectiva desenvolvimental sobre a transição para a vida adulta*. (pp. 253-268). Porto Alegre: Vetor.
- Soll, B. M., & Costa, A. B. (2019). Avaliação psicológica da disforia de gênero e candidatos a cirurgia de afirmação de gênero. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & E. Remor, *Avaliação Psicológica nos contextos de saúde e hospitalar* (pp. 126-137). Porto Alegre: Artmed.
- Soll, B. M., Fontanari, A. M., Brandelli, C. A., Chinazzo, Í., Silva, D. C., Guadagnin, F., . . . IR, L. M. (2021). Descriptive Study of Transgender Youth Receiving Health

- Care in the Gender Identity Program in Southern Brazil. *Frontiers in Psychiatry*, 12:722544. doi:10.3389/fpsy.2021.722544
- Soll, B. M., Robles-García, R., Costa, A. B., Mori, D., Mueller, A., Fontanari, A. M., . . . Lobato, M. I. (2018). Gender incongruence: a comparative study using ICD-10 and DSM-5 diagnostic criteria. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40:2, 174-180. doi:10.1590/1516-4446-2016-2224
- Valentine, D. (2007). *Imagining Transgender: An Ethnography of a Category*. New York, USA: Duke University. doi:10.1515/9780822390213
- Winter, S., DeCuypere, G., Green, J., Kane, R., & Knudson, G. (2016). The proposed ICD-11 gender incongruence of childhood diagnosis: A World Professional Association for TransgenderHealth Membership Survey. *Archives of Sexual Behavior*, 45, 1605–1614. doi:10.1007/s10508-016-0811-6
- Winter, S., Milton, D., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*, 388(10042), pp. 390-400. doi:10.1016/s0140-6736(16)00683-8
- World Health Organization. (2021). *International Classification of Diseases 11th Revision*. Retrieved from ICD-11: https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release
- Zucker, K. J. (2008). On the “natural history” of gender identity disorder in children [Editorial]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1361– 1363. doi:10.1097/CHI.0b013e31818960cf
- Zucker, K. J. (2019). Adolescents with gender dysphoria: Reflections on some contemporary clinical and research issues. *Archives of sexual behavior*, 48(7), 1983-1992. doi:10.1007/s10508-019-01518-8
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: Guilford;