



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

PAULA FERNANDA LOPES

VIVÊNCIAS DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
INCONGRUÊNCIA DE GÊNERO REVELADAS POR MEIO DE CONSULTAS DE
ENFERMAGEM

EXPERIENCES OF FAMILIES OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH
GENDER INCONGRUENCE REVEALED THROUGH NURSING CONSULTATIONS

CAMPINAS
2021

PAULA FERNANDA LOPES

VIVÊNCIAS DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
INCONGRUÊNCIA DE GÊNERO REVELADAS POR MEIO DE CONSULTAS DE
ENFERMAGEM

Tese apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde, na Área de Concentração: Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem.

ORIENTADORA: PROF(a). DR(a). VANESSA PELLEGRINO TOLEDO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA
ALUNA PAULA FERNANDA LOPES E ORIENTADA PELA
PROF(a). DR(a). VANESSA PELLEGRINO TOLEDO

CAMPINAS
2021

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

L881v Lopes, Paula Fernanda, 1991-
Vivências das famílias de crianças e adolescentes com incongruência de gênero reveladas por meio de consultas de enfermagem / Paula Fernanda Lopes. – Campinas, SP : [s.n.], 2021.

Orientador: Vanessa Pellegrino Toledo.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Consulta de enfermagem. 2. Identidade de gênero. 3. Criança. 4. Adolescente. 5. Família. I. Toledo, Vanessa Pellegrino, 1973-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Experiences of families of children and adolescents with gender incongruence revealed through nursing consultations

Palavras-chave em inglês:

Office nursing

Gender identity

Child

Adolescent

Family

Área de concentração: Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem

Titulação: Doutora em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Vanessa Pellegrino Toledo [Orientador]

Luciana de Lione Melo

Paulo Dalgalarrodo

Circêa Amália Ribeiro

Anderson da Silva Rosa

Data de defesa: 13-08-2021

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

Identificação e informações acadêmicas do(s) aluno(s)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0001-8360-3758>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/3176140142050334>

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

PAULA FERNANDA LOPES

ORIENTADOR: VANESSA PELLEGRINO TOLEDO

MEMBROS:

1. PROF. DRA. VANESSA PELLEGRINO TOLEDO

2. PROF. DRA. LUCIANA DE LIONE MELO

3. PROF. DR. PAULO DALGALARRONDO

4. PROF. DRA. CIRCÉA AMÁLIA RIBEIRO

5. PROF. DR. ANDERSON DA SILVA ROSA

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria de Pós-graduação em Enfermagem.

Data: 13/08/2021

DEDICATÓRIA

Anteriormente, em minha cabeça, as únicas certezas que eu poderia ter sobre mim eram meu nome e meu gênero. Não é isso que sempre perguntam em todo questionário e eu respondo sem titubear? Ao menos era o que eu pensava.

Então conheci aquelas crianças e adolescentes. Me lembrei do quão difícil pode ser essa fase: mudanças corporais, expectativas, relacionamentos sociais... Agora, adicione a esse turbilhão de sentimentos mais um: se sentir presa em um corpo que não é compatível com a sua identidade. Como entender essa situação?

Nesse momento olhei para o lado e encontrei na feição dos familiares essa mesma sensação, porém, assim como eu, tentavam se manter firmes e não demonstrar a incerteza na frente daqueles por quem são responsáveis. Então, por que não nos reunirmos e nos ajudarmos? E assim surgiu a ideia de conhecer as vivências dessas famílias a fim de ajudar ambas as partes: eu, como enfermeira e pesquisadora, aprenderia um caminho para oferecer um cuidado com ética e empatia, que devolveria um ambiente seguro para essas pessoas exporem seus sentimentos e dividir suas angústias.

Conviver com essas pessoas foi uma das maiores experiências de crescimento pessoal, profissional e acadêmico que já tive. Por esses e outros motivos, essa tese é dedicada a elas, que me ensinaram tanto e, acima de tudo, que amor não tem gênero.

Da mesma forma, dedico à minha família, minha rede de apoio, que nunca me deixou desistir, apesar das insistências de minhas inseguranças, principalmente ao meu marido André que esteve sempre ao meu lado, principalmente nos tantos episódios de crise ao longo desses 4 anos.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Vanessa Pellegrino Toledo, que me apresentou a esse mundo novo. Porém, chamá-la por “orientadora” reduziria muito a relação que desenvolvemos. Obrigada por meu guiar até aqui, por ser meu exemplo de posicionamento, por entender minhas angústias e por me fazer querer sempre dar o meu melhor. Acima de tudo, obrigada pela parceria e pela cumplicidade ao longo desses anos.

À toda equipe do Ambulatório de Gênero e Sexualidades da Unicamp por me acolher, me incentivar e me apoiar no desenvolvimento desse estudo. Mais do que tudo, o maior exemplo de trabalho em equipe multidisciplinar que já experienciei em minha carreira. Em especial, agradeço ao Professor Paulo Dalgarrondo, coordenador do ambulatório, por aceitar fazer parte da banca examinadora, compartilhar toda sua sabedoria e me fazer sentir parte de uma equipe tão especial.

Aos professores Anderson da Silva Rosa, Circéa Amália Ribeiro e Luciana de Lione Melo, membros da banca examinadora, meu agradecimento pelo interesse e disponibilidade de compartilhar seus conhecimentos e por colaboraram de forma tão importante para alguns insights dessa tese.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, principalmente aos seus funcionários Saulo e Mariana, pela prontidão em ajudar.

RESUMO

Introdução: Devido ao estigma e discriminação da sociedade, crianças e adolescentes com incongruência de gênero podem sofrer fatores estressantes que, muitas vezes, estão relacionados ao desenvolvimento de transtornos mentais como depressão, ansiedade e suicídio. Considerando a vulnerabilidade dessas crianças e adolescentes, a presença do apoio familiar tem grande influência na disposição para melhorar. Desse modo, faz-se importante que a enfermeira/o conheça suas vivências a fim de desenvolver o cuidado de enfermagem. **Objetivo:** conhecer a vivência da família da criança e do adolescente com incongruência de gênero, por meio da aplicação dos Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar enfermagem em um Ambulatório de Gênero e Sexualidades na Infância e Adolescência. **Método:** tem como referencial metodológico a estratégia de estudo de caso qualitativo, apoiado pelo referencial teórico-metodológico dos Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção da Família. A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevistas em consultas de enfermagem com familiares, observação participante em grupos de familiares e acesso aos prontuários. **Resultados:** Os dados possibilitaram identificar problemas e pontos fortes a serem trabalhados com essas famílias. O primeiro problema denominado “desafios frente à transição de gênero”, abordou as angústias dos familiares em relação ao uso do nome social, alteração de pronome, fluidez de gênero e dificuldades com relacionamentos sociais; o segundo, tratou da preocupação com a saúde mental, evidenciando a vulnerabilidade a doenças mentais dessa população minoritária. Em contrapartida, foram identificados pontos fortes que, trabalhados em conjunto com a enfermeira, teriam potencial para o desenvolvimento de intervenções para a promoção da saúde: as capacidades de dar apoio, segurança e incentivo e também de aceitar ajuda. Baseando-se nessas informações, foram elaboradas duas intervenções de cuidado de enfermagem: em nível individual, as consultas de enfermagem e, no coletivo, os grupos de familiares. **Considerações finais:** Considerando a importância do apoio familiar para essas crianças e adolescentes, o conhecimento das vivências dessas famílias por meio modelos de avaliação e intervenção familiar, pode contribuir para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem ético e empático e, conseqüentemente, para a diminuição do julgamento moral e estigmatização, por parte do profissional que acolhe, que afasta essa população vulnerável do acesso à saúde.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem no adulto e idoso

Palavras-chaves: Consulta de enfermagem; Identidade de gênero; Criança; Adolescente; Família; Estudo de caso.

ABSTRACT

Introduction: Due to the stigma and discrimination in society, children and adolescents with gender incongruence can suffer from stressful factors that are often related to the development of mental disorders such as depression, anxiety and suicide. Considering the vulnerability of these children and adolescents, the presence of family support has a great influence on their willingness to improve. Thus, it is important that nurses know their experiences in order to develop nursing care. Aim: to know the experience of the family of children and adolescents with gender incongruence, through the application of the Calgary Models of Nursing Family Assessment and Intervention in an Outpatient Clinic of Gender and Sexualities in Childhood and Adolescence. **Method:** its methodological framework is the qualitative case study strategy, supported by the theoretical-methodological framework of the Calgary Family Assessment and Intervention Models. Data collection occurred through interviews in nursing consultations with family members, participant observation in family groups and access to medical records. **Results:** The data made it possible to identify problems and strengths to be worked on with these families. The first problem called "challenges facing the gender transition", addressed the anxieties of family members in relation to the use of the social name, pronoun changes, gender fluidity and difficulties with social relationships; the second dealt with the concern with mental health, highlighting the vulnerability of this minority population to mental illnesses. On the other hand, strengths were identified that, when worked together with the nurse, would have the potential for the development of interventions for health promotion: the ability to provide support, security and encouragement, and also to accept help. Based on this information, two nursing care interventions were elaborated: at the individual level, nursing consultations and, collectively, family groups. **Final considerations:** Considering the importance of family support for these children and adolescents,

knowledge of the experiences of these families through family assessment and intervention models can contribute to the development of ethical and empathetic nursing care and, consequently, to the reduction of moral judgment and stigmatization on the part of the welcoming professional, which distances this vulnerable population from access to health care.

Research line: Process of care in health and nursing in adults and the elderly

Key-words: Office Nursing; Gender Identity; Child; Adolescent; Family; Case Reports.

Lista de Quadros e Ilustrações

Quadro 1 - Conceitos mais utilizados.....	13
Figura 1– Bandeira Progressista do Orgulho LGBTQIA+.....	28
Figura 2 - Legenda do genograma e ecomapa	35
Figura 3 - Genograma e ecomapa da família de Azul	36
Quadro 2 - Lista dos problemas e pontos fortes da família de Azul	37
Quadro 3 - Intervenções para a família de Azul	37
Figura 4 - Genograma e ecomapa da família de Rosa.....	39
Quadro 4 - Lista dos problemas e pontos fortes da família de Rosa.....	40
Quadro 5- Intervenções para a família de Rosa.....	41
Figura 5 - Genograma e ecomapa da família de Branco.....	42
Quadro 6 - Lista dos problemas e pontos fortes da família de Branco.....	43
Quadro 7 - Intervenções para a família de Branco.....	44
Figura 6 - Genograma e ecomapa da família de Verde	44
Quadro 8 - Lista dos problemas e pontos fortes da família de Verde.....	45
Quadro 9 - Intervenções para a família de Verde.....	46
Figura 7 - Genograma e ecomapa da família de Amarelo.....	47
Quadro 10 - Lista dos problemas e pontos fortes da família de Amarelo.....	48
Quadro 11- Intervenções para família de Amarelo.....	48
Figura 8 - Genograma e ecomapa da família de Laranja	49
Quadro 12 - Lista dos problemas e pontos fortes da família de Laranja	50
Quadro 13 - Intervenções para a família de Laranja	51
Figura 9 - Genograma e ecomapa da família de Vermelho.....	51
Quadro 14 - Lista dos problemas e pontos fortes da família de Vermelho.....	52
Quadro 15 - Intervenções para a família de Vermelho.....	53
Figura 10 - Genograma e ecomapa da Família de Violeta.....	54
Quadro 16 - Lista dos problemas e pontos fortes da família de Violeta	54
Quadro 17 - Intervenções para a família de Violeta	55

Sumário

1. Introdução – revisão da literatura.....	13
2. Objetivo.....	19
3. Métodos	19
3.1 A pesquisa qualitativa no cuidado de enfermagem em saúde mental	20
3.2 Estudo de caso qualitativo	20
3.2.1 Fase exploratória – definição dos focos de estudo	23
3.2.2 Fase de coleta de dados – delimitação do foco de estudo.....	24
3.2.3 Aspectos éticos	28
3.2.4 Análise sistemática dos dados e elaboração do relatório.....	29
3.3 Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar	31
4. Resultados	34
4.1 Cuidado à família da criança ou adolescente com incongruência de gênero: um caminho possível para a enfermagem.....	34
4.1.1 Azul e sua família.....	35
4.1.2 Rosa e sua família.....	38
4.1.3 Branco e sua família.....	41
4.1.4 Verde e sua família	44
4.1.5 Amarelo e sua família.....	46
4.1.6 Laranja e sua família	49
4.1.7 Vermelho e sua família.....	51
4.1.8 Violeta e sua família	53
4.2 Vivência da família da criança e adolescente com incongruência de gênero ..	55
Categoria 1 – Problemas: desafios enfrentados pelos familiares.....	56
Categoria 2 – Pontos fortes.....	61
5. Discussão	63
Experiências de uma enfermeira/o ao cuidar de familiares de crianças e adolescentes com incongruência de gênero em um ambulatório	79
6. Considerações finais	80
Referências Bibliográficas	82
Apêndice I – Ferramenta para consulta de enfermagem	89
Apêndice II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	93
Apêndice III - Termo de Autorização para Gravação de Voz	96
Anexo I – Parecer Consubstanciado do CEP.....	97

1. Introdução – revisão da literatura

Crianças podem vestir roupas e se divertir com brincadeiras ou brinquedos que são associados ao sexo oposto, o que não é incomum. Embora, tipicamente, esses comportamentos sejam temporários e não indiquem uma predileção por expressões do gênero oposto, algumas crianças podem persistir ao alcançarem a adolescência¹.

A maneira como a pessoa se expressa no mundo e se reconhece diz respeito à sua identidade. Os indivíduos que apresentam uma identidade congruente com seu sexo de nascimento são denominados cisgênero. Entretanto, muitas pessoas desenvolvem sua identidade de gênero em contraste com o sexo biológico, aquele descreve os determinantes cromossômicos, hormonais e anatômicos e que resultam na caracterização das pessoas como masculinas ou femininas².

Quando identidades ou comportamentos de gênero não são congruentes com o sexo designado ao nascimento de uma pessoa, é utilizado o termo “incongruência de gênero”. Nem todo mundo está familiarizado com os termos frequentemente usados para descrever crianças e adultos transgêneros. Na verdade, esses termos às vezes são usados de mais de uma maneira. Abaixo está uma explicação de vários importantes termos e seus significados, mais utilizados aqui: ³⁻⁴.

Conceito	Definição
Sexo biológico	Definido pelos genitais, sistema reprodutivo, cromossomos e hormônios, ou seja, a biologia humana - masculino, intersexual, feminino
Orientação sexual	Diz respeito às formas de atração afetiva e sexual de cada indivíduo - heterossexual, homossexual, bissexual, panssexual, assexual
Identidade de gênero	É o gênero com o qual o indivíduo se reconhece, seja homem, mulher, não-binário, fluida.
Expressão de gênero	Maneira pela qual uma pessoa comunica sua identidade de gênero através da sua aparência física, dos gestos, dos modos de falar e dos padrões de comportamento na interação com as outras pessoas.
Cisgênero	Pessoa que se identifica com o gênero correspondente ao seu sexo biológico.

Transgênero	Indivíduos em que sua identidade de gênero não corresponde ao sexo biológico. Esse termo também pode ser usado para todas as identidades não cisgêneras, como transexual, travesti, não binário, crossdresser, gênero fluido.
Drag Queen/King	Pessoas que se transvestem do sexo oposto para realizar uma performance artística ou espetáculo. Drag queen seria um homem cisgênero fazendo uma performance como mulher, já drag king seria uma mulher cisgênero performando como homem.

Quadro 1 - Conceitos mais utilizados

Embora os termos e papéis de gênero variem de acordo com a cultura e mudem com o tempo, acredita-se que as diferentes expectativas de meninos e meninas afetem o desenvolvimento da identidade de gênero. Crianças de até dois anos aprendem a rotular a si mesmas como um menino ou uma menina e, de quatro a cinco anos, são capazes de entender que o gênero é um aspecto estável e duradouro de sua identidade. Aprendem as diferenças de grupo no que diz respeito à preferência por brinquedos aos 12 meses e podem rotular outras crianças como meninos ou meninas aos dois anos de idade².

Em contrapartida, crianças podem começar a apresentar comportamentos de incongruência de gênero desde os dois ou três anos de idade. Podem expressar um desejo de ser do outro sexo e infelicidade com relação a suas características físicas sexuais e suas funções. Outras pessoas podem revelar uma identidade transgênero mais tarde, na adolescência ou na idade adulta, sem uma história de incongruência de gênero na primeira infância^{3,5}.

A prevalência de crianças e adolescentes com incongruência de gênero é difícil de determinar; estima-se que corresponde de 0,3% a 1,2% da população. A dificuldade em obter um número mais preciso ocorre devido a várias razões, tais como relutância em fornecer informação, métodos de pesquisa inadequados e o desafio na definição de termos para descrever essa população^{3,5}.

Uma pequena parte dessas crianças com incongruência de gênero pode vir a desenvolver na adolescência um sofrimento significativo, causado pela discordância entre a identidade de gênero e o sexo designado à pessoa ao nascer (e o papel de gênero associado e/ou características sexuais primárias e secundárias). Na psiquiatria, indivíduos que experienciavam essa angústia, costumavam ser

conhecidos como transexuais ou indivíduos com transtorno de identidade de gênero. Recentemente, o nome do diagnóstico mudou para disforia de gênero².

A partir da segunda década do século XXI, surgem três modelos principais de tratamento para abordar as necessidades das crianças e suas famílias, com sobreposição de premissas baseadas no modelo contemporâneo de desenvolvimento de gênero, mas com diferenças distintas entre elas⁵.

De um lado, o modelo *live in your own skin* apresenta metas que incluem ajudar a criança a aceitar o gênero correspondente ao sexo atribuído a ela no nascimento, assumindo que a percepção de gênero pode ser maleável no cérebro de crianças pequenas. Por outro lado, o modelo *gender affirmative* representa o trabalho de teóricos e profissionais afirmativos de gênero e postula que uma criança, de qualquer idade, pode ter consciência de sua identidade autêntica e se beneficiará de transição social em qualquer estágio do desenvolvimento. Entre os dois extremos, apresenta-se o *watchful waiting*, modelo que parte do pressuposto que uma criança pode ter conhecimento de sua identidade de gênero quando criança, mas deveria esperar até o advento da adolescência antes de se envolver em qualquer transição completa de um gênero para outro⁵.

Evidências sugerem que, para a maioria das crianças com incongruência de gênero, essa identidade não persistirá na adolescência, sendo assim, a abordagem mais recomendada seria o modelo *watchful waiting*¹⁻⁷.

O modelo *watchful waiting* foi desenvolvido pelos membros da equipe interdisciplinar do centro de *expertise* em disforia de gênero de Amsterdam, da University Medical Center, sob a liderança da Dr.^a Peggy Cohen-Kettenis. Essa equipe é responsável por introduzir o uso de bloqueadores puberais para colocar uma pausa no crescimento da puberdade e fornecer mais tempo para que um jovem explore seu gênero e consolide sua identidade de gênero adolescente, com uma possibilidade futura de hormonoterapia para alinhar seus corpos com suas identidades de gênero^{1,6-7}.

As demonstrações de incongruência de gênero nas crianças – tais como sua identificação, suas expressões ou ambas – não devem ser manipuladas de forma alguma, mas sim observadas durante o tempo. Se a identificação persistir, são disponibilizadas intervenções para que a criança consolide uma identidade transgênero, uma vez que são considerados os interesses da criança por meio de

intervenções terapêuticas e avaliação psicométrica. Essas intervenções incluem transição social, bloqueio puberal e, no futuro, cirurgias de afirmação de sexo. Não são realizadas tentativas de alterar expressões ou identidade de gênero dessas crianças. Ainda se postula nesse modelo que seria melhor esperar até a puberdade em quaisquer transições sociais de uma criança de um gênero para outro e, em vez disso, dar-lhe espaços seguros para expressar plenamente seu sexo como preferir antes de facilitar qualquer transição de gênero⁶⁻⁷.

Dito isso, não há dúvida de que as crianças com incongruência de gênero apresentam pais com desafios especiais. Esse é especialmente o caso em que os pais desaprovam os comportamentos e expressões de gênero. Os pais podem, contudo, experienciar um dilema: por um lado, eles podem reconhecer a importância de apoiar os desejos de seus filhos e por outro lado podem ficar angustiados, pois essa criança pode estar exposta ao ostracismo social, ser alvo de violência e, geralmente, ter uma vida difícil^{1,8}.

Como resultado do sofrimento psicológico experimentado, devido ao estigma e discriminação da sociedade, a criança pode sofrer fatores estressantes. Tal fato é observado em outras populações minoritárias e é chamado de estresse de minoria⁹.

Estudos sugerem que aqueles que pertencem a minorias sexuais enfrentam 1,5-2 vezes mais ataques de bullying do que jovens cisgêneros. Como consequência, sofrer bullying vem sendo associado a diminuição da performance acadêmica e ao desenvolvimento de abuso de substâncias, sintomas depressivos, ideias suicidas⁹⁻¹³. Soma-se a isso o fato de que essa população está mais vulnerável às ISTs, aos cânceres, às doenças cardiovasculares, à obesidade, ao isolamento, à rejeição, à ansiedade, em comparação com a população em geral¹⁴.

Além disso, no contexto brasileiro, analisando os dados relativos às pessoas transgêneras no país, há subnotificação de assassinatos e mesmo assim o Brasil ocupa lugar de liderança do ranking mundial de mortes desse grupo, cujos dados entre 01/10/2017 e 30/09/2018 informam 167 assassinatos, seguidos de 71 mortes no México, 28 no EUA e 21 na Colômbia no mesmo período¹⁴.

Considerando a vulnerabilidade dessas crianças e adolescentes, o apoio familiar aparece, então, como grande influenciador na disposição para melhora de problemas de saúde oriundos do estresse que a criança pode vivenciar. Em um estudo

com 66 indivíduos transgêneros, de 12 a 24 anos, foram encontrados como resultados maior resiliência, menos sintomas de depressão e melhora na qualidade de vida geral nos jovens que têm apoio familiar¹⁵.

Muitas famílias poderiam se beneficiar por meio do cuidado de profissionais de saúde com experiência em trabalhar com crianças com incongruência de gênero. Essas famílias precisam ser acolhidas de maneira personalizada, por meio da escuta que possibilite identificar as principais queixas, de forma a humanizar esse cuidado. De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), humanizar significa inicialmente valorizar os sujeitos envolvidos (criança, família, equipe de saúde) e, por meio do acolhimento, enfatizar a escuta atenta, desenvolver a capacidade de empatia, oferecer apoio, identificar as queixas e estabelecer vínculos¹⁶⁻¹⁸.

De forma específica, o cuidado oferecido pela enfermeira/o aos familiares de crianças e adolescentes com incongruência de gênero é considerado importante para minimizar a ansiedade dos pais em relação às inúmeras inquietações que possam surgir. Nesse sentido, compreender as repercussões do jovem e da família, a exemplo de mudanças em seu cotidiano, rotina escolar, conflitos familiares, representa habilidade a ser desenvolvida pela enfermeira/o para que possibilite oferecer assistência adequada às suas necessidades individuais¹⁶⁻¹⁷.

A fim de estabelecer um ambiente que facilite a identificação das questões da família, a enfermeira/o pode utilizar uma ferramenta que visa, prioritariamente, à promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos: a Consulta de Enfermagem (CE).

A CE possibilita à enfermeira/o acolher essas famílias, identificar, junto a elas, os problemas a serem trabalhados e sugerir intervenções¹⁹.

A realização da CE envolve tomada de decisão baseada em conhecimentos científicos e procedimentos que são sistematizados e avaliados constantemente, tornando-se um importante instrumento para o desenvolvimento do pensamento clínico necessário para o cuidado de enfermagem. Entretanto, a criatividade e a flexibilidade no desenvolvimento da CE são diferenciais que tornam possíveis a utilização de outros mecanismos de intervenção como a escuta, o acolhimento e o vínculo¹⁹.

A criação do vínculo com essas famílias é de extrema importância. É essencial que elas saibam que estão sendo ouvidas e que continuarão sendo ouvidas

e apoiadas pela equipe de saúde²⁰. O desenvolvimento desse vínculo ganha maior importância ao se deparar com a literatura existente sobre o atendimento de enfermagem à população trans. Pessoas acabam sendo afastadas dos serviços de saúde muitas vezes por atitudes preconceituosas, julgamentos e falta de conhecimento. O profissional que deveria desenvolver o cuidado e acolher, acaba sendo iatrogênico realizando o oposto: afastando uma população que passa por um momento de tamanha vulnerabilidade como a transição de gênero¹⁴.

Considerando que crianças e adolescentes somente procuram serviços de saúde acompanhadas de um responsável, a enfermeira/o tem o compromisso, bem como a obrigação ética e moral, de envolver as famílias em seus cuidados de saúde. A teoria, a prática e a pesquisa de enfermagem apresentaram evidências de que a família tem impacto significativo sobre a saúde e o bem-estar de cada um de seus membros. Essa evidência deve impelir e obrigar a enfermeira/o a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem²⁰.

A literatura de enfermagem é, em sua maior parte, silenciosa sobre o cuidado de enfermagem de pacientes transgêneros e com incongruência de gênero, ainda mais quando se trata de crianças e adolescentes, o que contribui para uma considerável confusão, falta de conhecimento e incerteza sobre como interagir com esses pacientes e suas famílias^{16,21}. Uma parte crucial do papel da enfermeira/o no cuidado a essas crianças é o suporte psicológico à família. Dessa forma, necessita-se competência e conhecimento no atendimento a esse grupo minoritário⁹.

Esse cuidado pode ser desenvolvido em ambulatórios que acompanham crianças e adolescentes com incongruência de gênero. No Brasil, tem-se conhecimento de apenas três instituições que oferecem esse tipo de atendimento: o Amigos (Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual) da Universidade de São Paulo (USP), o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e o Ambulatório de Gênero e Sexualidades na Infância e Adolescência da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Entretanto, não há conhecimento da atuação da enfermagem nos dois primeiros ambulatórios, apenas no último, representada pela pesquisadora em questão. Dessa forma, este estudo se justifica por representar os primeiros trabalhos relatando a experiência de uma enfermeira em um Ambulatório de Gênero e Sexualidades na Infância e Adolescência no Brasil. Tais experiências remetem ao

envolvimento da família no cuidado de enfermagem, processo construído no referido ambulatório pela pesquisadora, no âmbito do modelo *watchful waiting*.

Considerando as evidências do impacto do apoio familiar na qualidade de vida da criança e do adolescente, especialmente se apresentar incongruência de gênero, é de extrema importância que as vivências dessas famílias tenham visibilidade^{7-9,14-16}. Diferentemente das pessoas cisgêneras, esses jovens precisam assumir publicamente em vários momentos da vida, afirmando-se em suas identidades de gênero, tanto para si quanto para sua família, amigos, em todos os contextos que estiverem inseridos. Esse processo de aceitação, pessoal e familiar, pode desencadear vários problemas de saúde mental, relacionados a atitudes preconceituosas e discriminatórias, o que impacta diretamente na vida de seus cuidadores¹⁴.

Da mesma forma, é necessário oferecer caminhos para que a enfermagem não perpetue atitudes de preconceito e discriminação que podem resultar em cuidados de baixa qualidade e aumento na incidência de doenças e seus fatores de risco, mas que favoreça a criação do vínculo e a empatia com essa população.

A equipe de enfermagem está presente massivamente nos locais de atendimento à saúde, sendo, muitas vezes, referência do primeiro ao último contato em serviços ambulatoriais e hospitalares. Desse modo, conhecer as necessidades específicas e os desafios enfrentados pelas famílias de crianças e adolescentes com incongruência de gênero favorece o desenvolvimento de um cuidado de enfermagem ético e de qualidade, respeitando a diversidade de gênero e suas demais características^{14,22}.

1. Objetivo

Conhecer a vivência da família da criança e do adolescente com incongruência de gênero, por meio da aplicação dos Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar em um Ambulatório de Gênero e Sexualidades na Infância e Adolescência

2. Métodos

Esta tese de doutorado tem como referencial metodológico a estratégia de estudo de caso qualitativo, apoiado pelo referencial teórico dos Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção da Família (MCAIF)^{20,23}.

3.1 A pesquisa qualitativa no cuidado de enfermagem em saúde mental

A pesquisa qualitativa tem demonstrado sua utilidade em pesquisas cujo foco são questões complexas do comportamento humano. Assim, o objetivo dessa metodologia é oferecer ao pesquisador um caminho que conduza à compreensão de um fenômeno social, dos significados que as pessoas atribuem a suas experiências no mundo²⁴⁻²⁵.

Essa compreensão acontece por meio do estudo de como as pessoas vivem em seu próprio ambiente, não em ambientes criados artificialmente para uma pesquisa. Dessa forma, o pesquisador pode observar suas interações em seu cotidiano, interagir com os participantes, estimular a fala por meio de entrevistas, grupos focais, conversas informais e também fazer uso de informações redigidas pelo próprio participante ou por profissionais que os atendem, como é o caso dos prontuários médicos²⁵.

Como o cuidado em enfermagem lida com pessoas e essas apresentam questões complexas, há uma gama de questões que podem ser pensadas sobre a interação humana e como as pessoas interpretam essas interações²⁵⁻²⁶.

O cuidado em enfermagem em saúde mental tem como elemento principal a compreensão da experiência vivida pelo usuário, por meio do desenvolvimento de um relacionamento interpessoal. Pensando em uma pesquisa nesse cenário, entende-se que a enfermeira/o precisa se tornar parte do ambiente que está pesquisando, com o intuito de desenvolver essa relação e assim obter dados reais²⁶.

A pesquisa qualitativa possibilita ao pesquisador ter esse acesso privilegiado ao mundo dos participantes, com intensidade e duração suficientes para se desenvolver uma relação de confiança mútua para que, assim, o participante discorra sobre as situações vividas. Pensando no objetivo desta tese, o estudo de caso qualitativo se mostrou como caminho mais adequado para que a pesquisadora desenvolvesse o relacionamento interpessoal com a família, por meio da empatia, e obtivesse narrativas sobre o mundo dessa população²⁶.

3.2 Estudo de caso qualitativo

O estudo de caso qualitativo é uma metodologia de pesquisa que ajuda na exploração de um fenômeno dentro de algum contexto particular, utilizando várias fontes de dados e realiza a exploração por meio de uma variedade de lentes, a fim de revelar múltiplas facetas do fenômeno. No estudo de caso, um fenômeno em tempo real é explorado dentro de contexto de sua ocorrência natural^{23,27}.

O propósito de um estudo de caso é reunir informações detalhadas e sistemáticas sobre um fenômeno. É um procedimento metodológico que enfatiza entendimentos contextuais, sem esquecer-se da representatividade, centrando-se na compreensão da dinâmica do contexto real e envolvendo-se num estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento. Os objetos deste estudo são as famílias das crianças com incongruência de gênero, atendidas no Ambulatório de Gênero e Sexualidades na Infância e Adolescência²⁸⁻²⁹.

As abordagens qualitativas de estudos de casos se fundamentam numa perspectiva que concebe o conhecimento como processo socialmente construído pelos sujeitos nas suas interações cotidianas, enquanto atuam na realidade, transformando-a e sendo por ela transformados²⁸⁻²⁹.

Assim, o mundo da família da criança com incongruência de gênero, os significados que atribuem às suas experiências cotidianas, sua linguagem, suas produções culturais e suas formas de interações sociais constituem os núcleos centrais de preocupação dos pesquisadores. Se a visão de realidade é construída pelos sujeitos, nas interações sociais vivenciadas em seu ambiente de trabalho, de lazer, torna-se fundamental uma aproximação do pesquisador a essas situações²³⁻²⁶.

Um estudo de caso é uma história de um fenômeno passado ou atual, elaborada a partir de múltiplas fontes de provas, que pode incluir dados da observação direta e entrevistas sistemáticas, bem como pesquisas em arquivos públicos e privados^{23,28-29}. Desse modo, neste estudo buscar-se-á a apresentação de histórias das famílias que procuram um Ambulatório de Gênero e Sexualidades na Infância e Adolescência e como estão lidando com a situação.

Considerando o objetivo desta tese, a complexidade das vivências dessas famílias e a escassez de literatura sobre o cuidado de enfermagem a essa população, surgiu a necessidade da procura na pesquisa qualitativa de uma metodologia que permitisse o uso de variadas fontes de dados para estender o olhar sobre essas experiências. Nesse sentido, o estudo de caso qualitativo mostrou ser o método mais apropriado para expor todas essas informações^{23,28-29}.

Um estudo de caso pode ser classificado como único ou múltiplo. A literatura apresenta quatro tipos básicos de estudo de caso²³:

1. Estudos de caso único holístico – unidade única de análise e único caso;

2. Estudos de caso único incorporado – unidades múltiplas de análise e único caso;

3. Estudos de casos múltiplos holísticos – unidade única de análise e múltiplos casos;

4. Estudos de casos múltiplos incorporados – unidades múltiplas de análise e múltiplos casos²³.

No caminho para tomada de decisão de qual projeto de estudo de caso seria mais apropriado para atingir o objetivo desta tese, concluiu-se que seria um caso único, caracterizando a unidade de análise principal como a vivência das famílias das crianças e adolescentes com incongruência de gênero. No geral, o projeto de caso único é justificável sob certas condições: nas quais o caso representa um teste crucial da teoria existente, nas quais o caso é um evento raro ou nas quais o caso serve a um propósito revelador²³.

Um caso revelador ocorre quando o pesquisador tem a oportunidade de observar e analisar um fenômeno previamente inacessível à investigação científica. Considerando que a pesquisadora foi a primeira enfermeira a ter acesso às famílias atendidas no referido ambulatório, essas observações e impressões podem se transformar em um importante estudo de caso, o que justifica a utilização de um estudo de caso único, tendo como base sua natureza reveladora²³.

Ademais, pensando em apresentar as vivências dessa população, definiu-se que deveriam ser acrescentadas subunidades de análise a este estudo de caso único - as famílias das crianças e adolescentes - de forma a desenvolver um projeto mais complexo, ou incorporado²³.

Para garantir a confiabilidade do estudo e orientar o pesquisador na coleta de dados, um protocolo é fundamental. Um protocolo de pesquisa em estratégia de estudo de casos deve apresentar quatro seções: (a) uma visão geral do estudo de caso; (b) procedimentos da coleta de dados; (c) questões da coleta de dados e (d) um guia para o relatório do estudo de caso²⁷⁻²⁸.

O desenvolvimento do estudo de caso segue, em geral, três fases: exploratória ou de definição dos focos de estudo; fase de coleta dos dados ou de delimitação do estudo e fase de análise sistemática dos dados. São definidas como três fases, mas são, de fato, referências para a condução dos estudos de caso, pois

a pesquisa é uma atividade criativa e, como tal, pode requerer conjugação de duas fases, desdobramento ou extensão de uma delas, criação de outras²⁹.

3.2.1 Fase exploratória – definição dos focos de estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Gênero e Sexualidades na Infância e Adolescência de um hospital de ensino, no interior do estado de São Paulo.

O ambulatório pertence ao departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria do hospital e oferece atendimento multidisciplinar às crianças e adolescentes de 4 a 20 anos de idade que vivenciam incongruência com o sexo de nascimento. O serviço visa a avaliação e promoção da saúde mental e da qualidade de vida dessas crianças e adolescentes, bem como de seus familiares, por meio do acompanhamento ambulatorial por profissionais da área da saúde como médicos psiquiatras, endocrinologistas, ginecologistas, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos e arteterapeutas.

O acesso ao ambulatório acontece por meio do contato por *e-mail* com a equipe, que geralmente é feito pelos próprios familiares ou por profissionais da saúde da região. Posteriormente, é agendado um acolhimento no qual as demandas são ouvidas e a visão do ambulatório é explicada. Caso o serviço tenha possibilidades de atender a essas demandas, a criança ou adolescente inicia seu acompanhamento, seguindo um fluxograma específico.

A escolha do local do estudo aconteceu por meio da inserção da pesquisadora pela orientadora da tese nas atividades do ambulatório no início de seus atendimentos para observação. Em um primeiro momento, a equipe multiprofissional contava apenas com médicos psiquiatras e endocrinologistas e psicólogos, em sua grande maioria voluntários, portanto não havia atuação da enfermagem. Ao participar de alguns atendimentos com a equipe, surgiu a inquietação de que toda a atenção estava voltada às crianças e adolescentes, porém, percebia-se o nítido desconforto dos familiares que os acompanhavam. Logo, nasceu a ideia de desenvolver essa tese, acompanhando essas famílias e oferecendo atendimento a elas também, apoiada por outros membros da equipe.

A pesquisadora desenvolve consultas de enfermagem com os familiares, individualmente, porém, também é oferecido um ambiente no qual se realiza um encontro com os familiares, em grupo. As consultas acontecem de acordo com a demanda dos familiares ou pelo encaminhamento de outro profissional que note a

necessidade. Os grupos de familiares acontecem mensalmente, com duração de duas horas, dirigidos pela enfermeira/o e por uma psicóloga da equipe.

Os contatos iniciais foram fundamentais para definir os casos e optou-se por selecionar os familiares que tinham maior frequência nas atividades do ambulatório, como consultas e grupos de familiares que foram identificados pela pesquisadora e pelos demais profissionais atuantes no local, para assegurar a continuidade na pesquisa, resultando em oito mães e cinco pais, responsáveis por oito crianças e adolescentes atendidos no ambulatório.

Critérios de inclusão: ser um membro da família próximo da criança/adolescente, identificado pelo genograma, ter mais de 18 anos e ter disponibilidade para comparecer às consultas de enfermagem e grupos de familiares. Critérios de exclusão: não ser um membro da família próximo da criança/adolescente, identificado pelo genograma, ter menos de 18 anos e não ter disponibilidade para comparecer às consultas de enfermagem e grupos de familiares.

3.2.2 Fase de coleta de dados – delimitação do foco de estudo

Uma vez identificadas as unidades de análise, o local e os contornos do estudo, pôde-se dar início à coleta de dados. Dessa forma, o conjunto de sujeitos dessa pesquisa é composto pelas famílias de 8 crianças e adolescentes com incongruência de gênero atendidas no ambulatório, totalizando em 8 mães e 5 pais.

Consideram-se três grandes métodos de coleta de dados no estudo de caso: fazer perguntas (e ouvir atentamente), observar eventos (e prestar atenção no que acontece) e ler documentos^{23,29}.

Para alcançar o objetivo proposto neste estudo, a obtenção das descrições experienciais aconteceu por meio de triangulação metodológica e de dados. A triangulação metodológica pode ser realizada de duas formas: entre métodos quantitativos e qualitativos (triangulação intermétodos), e interna a um método, por meio de diversas técnicas específicas referentes ao método em questão (triangulação intramétodo). Neste estudo, foi utilizada a triangulação intramétodo com o emprego dos seguintes meios de coleta de dados: entrevistas individuais em consultas de enfermagem, observação participante e pesquisa documental em prontuário³⁰.

Em suas três formas, optou-se por realizar a coleta de dados no período de um ano, de fevereiro de 2019 a fevereiro de 2020, mensalmente, nos dias agendados para a ocorrência dos encontros de familiares, a fim de alcançar o maior número de

participantes e com maior frequência, com duração de dez dias (considerando que não houve encontros nos meses de julho e dezembro devido ao recesso do ambulatório), o que resultou em aproximadamente 40 horas de observação.

I) Entrevistas

Tradicionalmente, as entrevistas são utilizadas como instrumento para coletar dados e informações, os quais seriam extraídos de recipientes, os entrevistados. Entretanto, na ótica atual, o entrevistado não é mais visto como a fonte de informações a serem objetivamente coletadas e analisadas, mas, antes, como alguém que constrói, em colaboração com o entrevistador, o discurso produzido na situação de entrevista³¹.

Utilizar-se da entrevista para obtenção de informação é buscar compreender a subjetividade do indivíduo por meio da estimulação da fala sobre suas experiências, de modo que, nesse estudo buscou tratar do modo como a família observa, vivencia e analisa seu momento, seu meio social³¹.

A entrevista qualitativa fornece dados básicos para a compreensão das relações entre os atores sociais e o fenômeno, tendo como objetivo a compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação ao comportamento das pessoas em contextos específicos. Assim, essa se mostrou uma ferramenta potencial para conhecer a vivência das famílias das crianças e adolescentes atendidas no ambulatório³².

A fim de orientar a entrevista para o tema estabelecido na pesquisa, optou-se por realizar entrevistas semiestruturadas, nas quais a pesquisadora utilizou um roteiro com perguntas fechadas e abertas, permitindo que as famílias tivessem a chance de falar livremente a respeito do tema.

Foi utilizado um instrumento pré-elaborado com base nos MCAIF (APÊNDICE I), enfocando a avaliação estrutural da família (construção do genograma, representação gráfica dos membros da família e seus relacionamentos, e ecomapa, diagrama dos relacionamentos significativos da família com outras pessoas ou com instituições), a avaliação do desenvolvimento da família ao longo do ciclo vital, com suas tarefas e vínculos e a avaliação do funcionamento instrumental (atividades da vida diária) e expressivo (estilos de comunicação, papéis, influência, crenças, alianças da família)²⁰.

O desenvolvimento dessa ferramenta de avaliação e intervenção está relatado em artigo (Lopes PF, Toledo VP. Instrumento para a avaliação familiar da criança com incongruência de gênero. Rev enferm UFPE *on-line*. 2020;14:e244026. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244026>)³³.

Entrevistas que estimulam a fala dos entrevistados sobre suas experiências tem o poder de produzir conteúdo que pode dizer a respeito de quem são e de como se posicionam no mundo que os cerca, o que enriquece a narrativa considerando que buscou-se conhecer suas vivências frente a transição de gênero de um membro da família³⁴.

Os familiares que demonstravam necessidade em serem ouvidos por um profissional de saúde, eram identificados pela equipe multidisciplinar e encaminhados para a pesquisadora, que os atendia em consultas de enfermagem, espaços nos quais eram desenvolvidas as entrevistas.

As entrevistas individuais, com duração de, no máximo, 30 minutos, foram realizadas nos consultórios do ambulatório e gravadas por um dispositivo de áudio, após a anuência dos participantes. Posteriormente as entrevistas foram transcritas, na íntegra, utilizando o próprio vocabulário dos sujeitos da pesquisa para a formação das unidades de significado e esses dados foram analisados à luz do próprio referencial sistêmico³⁵.

II) Observação participante

A observação participante é uma das técnicas muito utilizada pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação.

Na observação participante, a pesquisadora precisa se aproximar do grupo em estudo, sendo aceita em seu papel, como alguém externo, interessada em realizar, juntamente com a população, um estudo³⁶.

A observação de campo aconteceu durante os dias em que o ambulatório estava em funcionamento (todas as tardes de sextas-feiras). A pesquisadora observou não só o contexto físico, mas o familiar, o cultural, o social, o político e todos aqueles que ajudariam a entender os casos. Os registros eram realizados imediatamente no

diário de campo, a fim de evitar a perda de informações relevantes dos dados observados, como preconiza a literatura³⁶.

Esse processo procurou enriquecer os resultados, mostrando ao leitor detalhes que não poderiam ser identificados apenas com a transcrição das falas das entrevistas e apresentou as observações dos grupos de familiares e dos momentos de espera nos corredores do ambulatório²⁹.

No referido ambulatório, o grupo se reúne mensalmente, por cerca de 120 minutos, após serem encaminhados pela enfermeira ou pela psicóloga responsáveis pela atividade. Os pais são previamente entrevistados por uma das profissionais para decidirem juntos se essa intervenção pode ser eficaz e atender a sua demanda. Àqueles que não aceitaram participar dos encontros, são oferecidos também encontros individuais. Apenas os familiares participam do grupo, enquanto os filhos estão em outro tipo de atendimento com a equipe multidisciplinar. As mães foram as principais participantes, entretanto, a maioria dos pais esteve ativamente envolvida.

Inicialmente, os condutores do grupo se apresentaram e expuseram os objetivos do grupo. Os familiares são convidados a se apresentar bem como a apresentarem seus filhos e são encorajados a contar o motivo de sua inserção no grupo. Em todas as sessões, essa rodada de apresentações mostrou-se suficiente para levantar um tema a ser discutido e assim as sessões se desenvolviam.

A observação participante possibilitou que a pesquisadora trouxesse o que percebia durante as sessões, como por exemplo as expressões faciais e o que elas remetiam, como os momentos de choro ou de riso. Da mesma forma, também permitiu que algumas cenas com diálogos entre os familiares fossem descritas, como quando mostram fotos uns aos outros, ou quando se consolam.

III) Pesquisa documental

No contexto da pesquisa qualitativa, a análise documental constitui um método importante, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, ou desvelando aspectos novos de um tema. Assim, o pesquisador irá extrair os elementos informativos de um documento original a fim de expressar seu conteúdo de forma abreviada³⁷.

A pesquisa documental utiliza documentos que não foram analisados e sistematizados anteriormente. Nessa estratégia complementar, a pesquisadora

buscou selecionar, tratar e interpretar a informação, visando compreender a interação com sua fonte³⁷.

O documento utilizado nessa pesquisa foi o prontuário médico e possibilitou o acesso a dados de momentos em que não foi possível observar diretamente.

3.2.3 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp, sob Parecer nº 3.049.342.

Os aspectos e procedimentos éticos desta pesquisa foram cuidadosamente abordados por meio do recrutamento voluntário de familiares que acompanham as crianças e adolescentes que são atendidos no Ambulatório de Gênero e Sexualidades na Infância e Adolescência, realizado pela pesquisadora.

A coleta de dados se iniciou após a anuência do participante por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE II) e do Termo de Anuência para gravação da voz (APÊNDICE III).

Os participantes foram identificados por algumas das cores representadas na bandeira do orgulho LGBTQIA+ (Azul, Rosa, Verde, Amarelo, Branco, Vermelho, Laranja e Violeta), símbolo visual representativo dessa população, garantindo o sigilo de suas identidades.



Figura 1– Bandeira Progressista do Orgulho LGBTQIA+

Essa versão é uma abordagem moderna e ainda mais inclusiva da bandeira original. O branco, rosa e azul claro representam a comunidade trans, enquanto as cores marrom e preto representam as pessoas pretas e vítimas do HIV.

3.2.4 Análise sistemática dos dados e elaboração do relatório

A análise dos dados deve fornecer, além das abstrações e conclusões de seu material de campo, a demonstração de parte considerável desse material, proporcionando ao leitor avaliação crítica da coerência interna da argumentação e, também, propiciando a comparação dos dados colhidos na pesquisa com as conclusões extraídas. Portanto, é importante a descrição da situação de pesquisa para avaliar e explicar adequadamente o fenômeno estudado em seu contexto^{29,38}.

Os dados coletados em diferentes situações e relações interpessoais, produtos de uma investigação intensa em uma unidade menor, permitem descobrir não somente as idiosincrasias pessoais, mas também a correlação entre as várias atitudes, sua posição e seu lugar social, além de esclarecer as regularidades do processo social^{29,38}.

A análise de conteúdo é uma técnica de investigação das comunicações que explora as falas obtidas em entrevistas e/ou as observações do pesquisador. Busca-se classificar esses dados em temas ou categorias que auxiliam na compreensão dos discursos. A técnica exige do pesquisador disciplina, dedicação, paciência e tempo. ^{27,29,38}.

Os dados da tese foram tratados segundo o referencial da análise de conteúdos de Laurence Bardin. A condução da análise dos dados abrange três etapas com o propósito de significar os dados coletados: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação³⁵

I) Pré-análise

A primeira fase, pré-análise, é desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais apresentadas pelo referencial teórico e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas. A fase compreende a leitura geral do material eleito para a análise, organizando o material de forma a dar continuidade às etapas sucessivas de análise^{22,35,38}.

Constitui-se como a fase de organizar e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das próximas etapas³⁵.

Como primeira atividade, foi realizada a leitura flutuante, que consiste em entrar em contato com os dados obtidos na coleta e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações. Em seguida, foram escolhidos os materiais a serem analisados - transcrição das entrevistas, observações do diário de campo e anotações derivadas dos prontuários. E assim o material é preparado, digitado e formatado para sua próxima etapa - exploração³⁵.

II) Exploração do material

A segunda fase, exploração do material, consiste na construção das unidades de significado, a partir da codificação seguida da categorização do material³⁵.

A codificação corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto, por meio de recortes, agregação e enumeração, que deverá resultar na representação do conteúdo³⁵.

Nos parágrafos de cada entrevista, assim como textos de documentos e as anotações do diário de campo, as palavras-chaves são identificadas e então é feito o resumo para realizar uma primeira categorização. O recorte foi realizado por meio da identificação das unidades de registro, ou seja, palavras, frases, temas, acontecimentos³⁵. Utilizou-se como técnica destacar as unidades por cores no processador de texto Microsoft Word.

Essas primeiras categorias, são agrupadas de acordo com temas correlatos e dão origem às categorias iniciais. Assim, o texto das entrevistas é recortado em unidades de significado, agrupadas tematicamente em categorias iniciais, intermediárias e finais, as quais possibilitam as inferências. Por esse processo indutivo ou inferencial, procura-se não apenas compreender o sentido da fala dos entrevistados, mas também buscar outras significações^{22,38}.

III) Tratamento dos resultados

A terceira fase compreende o tratamento dos resultados, inferência e interpretação e consiste em captar os conteúdos relatados em todo o material coletado (entrevistas, documentos e observação). A análise comparativa é realizada através da justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes^{22,38}.

Entretanto, a categorização por si só não esgota a análise. É preciso que o pesquisador vá além, buscando acrescentar algo que já se conhece sobre o assunto.

Desse modo, as categorias analíticas foram construídas pensando em responder ao objetivo dessa tese, apresentando os dados obtidos por meio das três técnicas de coletas de dados (entrevistas, observação participante e pesquisa documental) e referenciadas pelos MCAIF²⁰.

Assim, a primeira parte dos resultados da tese apresentou os dados obtidos por meio das entrevistas realizadas nas consultas de enfermagem, guiadas pelo instrumento criado pela pesquisadora, complementados pelas observações fornecidas pelos prontuários. A estrutura se baseia nas recomendações dos MCAIF, apresentando uma visão geral de cada subunidade de análise (família), a lista de pontos fortes e problemas e as intervenções pensadas para cada situação²⁰.

A maneira como os dados foram expostos foi pensada com o intuito de apresentar um caminho possível de se realizar o cuidado em enfermagem às famílias das crianças e adolescentes com incongruência de gênero.

Como os dados coletados não se resumiram às entrevistas e à análise dos prontuários, mas se expandiram para a observação participante nos grupos de familiares, a pesquisadora precisou criar uma segunda etapa para apresentar essas informações e discuti-las. Assim, nesse momento as vivências dos familiares foram apresentadas por meio de suas falas e das observações obtidas.

Tornou-se oportuno discutir sobre os problemas e pontos fortes identificados pela pesquisadora recorrentes na maioria das famílias estudadas. As falas foram divididas em duas categorias, pensando no proposto pelos MCAIF: “Problemas” e “Pontos fortes”, as quais foram discutidas na sequência²⁰.

Os resultados foram apresentados e analisados de acordo com os referenciais teóricos da consulta de enfermagem, entendido aqui como o processo de enfermagem em si, e dos Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, que se apresentaram de forma complementar ao longo do desenvolvimento desta tese^{20,39-40}. A seguir, uma breve explanação de cada um.

3.3 Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

Na maioria das vezes, as famílias não procuram os profissionais de saúde para serem avaliadas. Mais exatamente, elas se apresentam ou são encontradas pela enfermeira/o quando estão enfrentando alguma doença ou procurando assistência para melhorar a qualidade de vida. O Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) ajuda a orientar as enfermeiras/os a auxiliar as famílias nesse momento. Dessa forma,

esse foi o modelo escolhido para o desenvolvimento deste estudo, considerando que a intenção do atendimento é proporcionar o cuidado em enfermagem que atenda às demandas dessa população²⁰.

O MCAF é entendido como *“uma estrutura multidimensional, integrada, baseada nos fundamentos teóricos de sistemas, cibernética, comunicação e teoria da mudança, influenciada pelo pós-modernismo e pela biologia da cognição”*²⁰. Permite que a enfermeira/o obtenha uma macroavaliação dos pontos fortes e problemas da família. Consiste em três categorias principais: **estrutural, de desenvolvimento e funcional**²⁰.

A avaliação estrutural diz respeito a quem faz parte da família, qual é o vínculo afetivo entre seus membros e qual é o seu contexto. É constituída por três aspectos: estrutura interna, estrutura externa e contexto²⁰.

A primeira permite reunir todo um conjunto de informações referentes a composição familiar, tais como: sexo, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites da família²⁰.

A estrutura externa possui duas subcategorias: a) família extensa – informações sobre a origem e procriação da família e a atual geração; b) sistemas mais amplos – que se referem a diferentes instituições sociais e pessoas com as quais a família tem algum contato e que funcionam como apoios pontuais²⁰.

O contexto permeia e circunscreve o indivíduo e a família, visto que cada sistema familiar está abarcado em sistemas mais amplos sendo influenciados por eles. Inclui cinco subcategorias: etnia; raça; classe social; religião/ espiritualidade e ambiente²⁰.

Pode ser realizada utilizando dois instrumentos: o genograma e o ecomapa. O genograma é um diagrama do grupo familiar e o ecomapa, por outro lado, é um diagrama de contato da família com os outros indivíduos fora da família imediata. Assim, é possível observar quem são as pessoas com quem a criança tem mais afinidade, assim como os conflitos familiares existentes, possibilitando identificar situações em que a enfermeira/o possa sugerir intervenções²⁰.

A avaliação de desenvolvimento consiste na compreensão da enfermeira/o do desenvolvimento do ciclo vital de cada família, associado às entradas e saídas dos membros da família, por exemplo, nascimento, adoção, saída dos filhos de casa, casamentos, divórcios e morte. Considerando que muitas vezes a família experimenta

um luto quando a criança assume uma identidade diferente, essa é uma fase importante a ser explorada em relação a seu ciclo de vida²⁰.

A avaliação funcional diz respeito aos detalhes sobre como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros. Pode ser avaliada segundo dois aspectos: instrumental, que se refere às atividades rotineiras, tais como alimentar-se, dormir, trocar de roupa; e expressivo, que diz respeito às emoções, soluções de problemas, papéis, crenças, influências e uniões. Especialmente para crianças com incongruência de gênero, simples atividades como se vestir e se expressar podem se tornar grandes “problemas”. Assim é importante compreender como as emoções da criança/adolescente e da família são expressadas e como enfrentam seus problemas²⁰.

Depois de concluída uma avaliação minuciosa, a enfermeira/o e a família podem, então, determinar se a intervenção é ou não necessária. Dessa forma, o Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF) está associado ao MCAF e é o primeiro modelo de intervenção na família que surge no âmbito da enfermagem²⁰.

O MCIF é um modelo baseado nos pontos fortes e orientado à resiliência e enfoca a promoção, melhora e sustentação de um funcionamento familiar eficaz nos três domínios: **cognitivo, afetivo e comportamental**. Por meio da CE, a família e a enfermeira/o desenvolvem em conjunto e colaboram para a descoberta do ajuste mais adequado²⁰.

A intervenção em um sistema familiar de modo a promover ou facilitar a mudança é o aspecto mais desafiador do trabalho clínico com as famílias. Nesse modelo, as perguntas de intervenção são, em geral, de dois tipos: lineares e circulares. As perguntas lineares exploram a percepção ou descrição de um problema por um membro da família, enquanto as perguntas circulares são direcionadas às explicações dos problemas, ideias, crenças, relacionamento entre os indivíduos. Os tipos de perguntas podem ser empregados para facilitar a mudança na família²⁰.

A enfermeira/o deve lembrar que cada família é um conjunto com seus significados e é identificada como uma unidade que cuida de seus membros e, apesar das mudanças ocorridas em sua estrutura e organização, continua sendo o principal agente socializador da criança²⁰.

3. Resultados

Buscando expor os resultados que levaram à compreensão do objetivo desta tese, optou-se por dividir a apresentação dos resultados em dois momentos: no primeiro, um caminho possível para a enfermeira/o desenvolver o processo de cuidar a família da criança ou adolescente com incongruência de gênero, com a apresentação de cada subunidade de análise individualmente; no segundo, as vivências dos familiares, por meio de suas falas e observações da pesquisadora.

Cada família participou de, no mínimo, uma consulta para avaliação. Alguns familiares foram atendidos em consultas individuais durante o período da pesquisa. Ao todo, foram 10 encontros em grupos, sendo que quatro famílias participaram de todos e as outras três não puderam estar presentes em sua totalidade por motivos pessoais.

4.1 Cuidado à família da criança ou adolescente com incongruência de gênero: um caminho possível para a enfermagem

No momento em que a pesquisadora iniciou suas atividades no referido ambulatório, não se tinha conhecimento de enfermeiras/os atuando nos outros centros de atendimento a crianças e adolescentes com incongruência de gênero no país. Dessa forma, foi preciso pensar em uma metodologia que sistematizasse o cuidado de enfermagem a essas famílias, optando pela utilização dos MCAIF²⁰. Portanto, esta tese utilizará esse espaço para apresentar as vivências das famílias e um caminho possível a se seguir a fim de cuidar dessa população.

Primeiramente, pensando no fluxo do ambulatório que se inicia pelo acolhimento, foram apresentados os membros da família presentes à consulta e um resumo do problema apresentado por eles, ou seja, o motivo pelo qual procuraram ajuda.

Sabendo do problema, iniciou-se a avaliação com a construção de um mapa familiar. Essa é uma estrutura conceitual que consiste em três categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Isso posto, foi realizado o genograma e o ecomapa, apresentando os membros da família que a criança/adolescente convive em seu cotidiano, assim como seu vínculo com essas pessoas, sejam eles pacíficos ou problemáticos. Foram usados símbolos padronizados, descritos a seguir:

	Homem		Homem homossexual		Casamento		Próximo
	Mulher		Mulher homossexual		Divórcio		Distante

	Transgênero – feminino para masculino		Doença física ou psicológica		Viúvo		Conflito
	Transgênero – masculino para feminino		Morte		Harmonia		Hostil

Figura 2 - Legenda do genograma e ecomapa

Em seguida, a história pertinente apresentou a sequência de eventos que conduziu ao problema apresentado. Nessa categoria, foram relatados os episódios trazidos pelos familiares que lhes causaram apreensão e desconforto suficiente para buscarem auxílio profissional.

Finalizada a avaliação, os dados foram revisados gerando uma lista de pontos fortes e problemas de cada caso. Pensando na melhor visualização, essa relação foi apresentada por meio de uma tabela, relacionando cada problema ou ponto forte a um sistema ou subsistema, esteja ele acontecendo no nível familiar como um todo, ou entre um pai e um filho, por exemplo.

Reunindo todas essas informações, foram traçados objetivos e planos, ou seja, intervenções a serem pensadas com os participantes, a fim de se adaptarem ao problema que todos concordaram em mudar. As intervenções também foram exibidas em tabelas, com a finalidade de relacioná-las com cada domínio do funcionamento familiar: cognitivo, afetivo e comportamental.

4.1.1 Azul e sua família

Avaliação familiar

Membros da família presentes à entrevista: pai e mãe

Via de encaminhamento e problema apresentado

Azul, 14 anos, designado ao nascimento como sexo feminino, veio ao ambulatório acompanhada do pai, para acolhimento no ambulatório de gênero. Segundo o familiar, há um ano vem apresentando comportamentos do gênero oposto: deixou de usar maquiagem e roupas que remetem ao gênero feminino. Vem usando roupas largas e *top* para esconder as mamas. Diz se identificar como menino trans. Entretanto, a maior preocupação do pai são os sintomas depressivos e agressivos, episódios de *cutting* e abuso de medicações.

Composição familiar (genograma)

Pais separados desde 2009, Azul morou um tempo com o pai e há um ano mora com a mãe, passando um final de semana com cada um e durante a semana quando passa pela psicóloga dorme na casa do pai. Morou um tempo com o pai e os

Comunidade - Sistema familiar como um todo	Apesar de comporem duas famílias (a do pai e a da mãe) ambos apoiam	Conflitos não resolvidos com os parceiros dos pais.
Profissional - Sistema familiar como um todo	Engajada com o ambulatório	
Subsistema - Pai e filho	Capacidade de dar apoio, segurança e incentivo. (Considerando que o pai é quem busca informações e acompanha o filho nas consultas, mesmo não morando com ele)	Dificuldade com os controles comportamentais.

Quadro 2 - Lista dos problemas e pontos fortes da família de Azul

Fonte: elaborado pela autora

Domínios do funcionamento familiar	Intervenções propostas pela enfermeira/o
Cognitivo	Oferecer informações sobre como lidar com o filho adolescente em transição de gênero. Elogiar os pontos fortes da família.
Afetivo	Discussão com o pai sobre o comportamento normal de um adolescente, como estabelecer limites e como reforçar, de maneira positiva, um bom comportamento. Convidar o pai para participar do grupo de familiares do ambulatório.
Comportamental	Convidar a mãe para participar de uma consulta com a enfermeira/o, a fim de descobrir outros pontos do comportamento do filho em sua casa. Instruir os pais a não responder a suas tentativas de ganhar atenção.

Quadro 3 - Intervenções para a família de Azul

Fonte: elaborado pela autora

4.1.2 Rosa e sua família

Avaliação familiar

Membros da família presentes à entrevista: mãe

Via de encaminhamento e problema apresentado

Rosa, 9 anos, designada ao nascimento como sexo masculino, vem ao ambulatório com a mãe para acolhimento. Segundo a mãe, Rosa apresenta comportamentos femininos desde que tinha um ano. Relata predileção pela cor rosa, vestuário e brinquedos que remetem ao gênero feminino desde sempre. A mãe procurou o ambulatório para que Rosa pudesse ter melhor entendimento de si mesmo, saber quais são as necessidades que ela tem, se ela é realmente uma menina na carcaça de menino.

Composição familiar (genograma)

Rosa mora com a mãe e convive bastante com a avó. Nas folgas e finais de semana da mãe, passam o dia com a avó, que mora sozinha. Tem um irmão mais velho que não mora mais com elas. O irmão mora próximo da avó e se dá bem com Rosa. O resto da família mora longe, então não tem muito contato.

Não tem contato com o pai. Tratam-se com “oi, tudo bem”. Segundo a mãe, o pai não consegue nem olhar para ele. O pai tem uma filha com outra mulher. Quando ela está sozinha, ele a trata de um jeito. Quando está com Rosa, é mais frio.

A mãe tem um namorado que não conheceu Rosa antes de sua transição social, por isso a mãe diz que ele não a enxerga como menino. A mãe demorou para contar para ele, pois tinha medo, mas aceitou bem, pois tem mente aberta. Ele não está no ponto de conversar sobre isso, mas acompanha Rosa e a companheira nas consultas. É uma pessoa que está mais presente na vida de Rosa do que o pai.

menino vá brincar e puxar a cueca e ver uma calcinha. Acredita que ela está vivendo internamente, intimamente, o gênero feminino de calcinha.

Nas consultas com a psicóloga, Rosa não relata desconforto algum com as situações do dia a dia, como ter que apresentar identidades diferentes em diferentes lugares.

Sistema	Ponto forte	Problema
Sistema individual	Interação com os amigos. Rosa tem amigas que a protegem e a apoiam na escola e no condomínio da avó.	Dificuldades com comunicação emocional. Durante as sessões de terapia, Rosa nunca se queixa de nada, tudo está sempre bem. Entretanto, a mãe traz a existência de situações de conflito na escola
Sistema familiar como um todo	A mãe se preocupa em oferecer um espaço para que Rosa entenda seus sentimentos. A avó está disponível como fonte de apoio.	Conflitos não resolvidos com o pai.

Quadro 4 - Lista dos problemas e pontos fortes da família de Rosa

Fonte: Elaborado pela autora

Domínios do funcionamento familiar	Intervenções propostas pela enfermeira/o
Cognitivo	Oferecer informações sobre como lidar com o filho adolescente em transição de gênero. Elogiar os pontos fortes da família.
Afetivo	Consulta de enfermagem - Perguntas interventivas: Como você se sente quando Rosa não exprime seus sentimentos?

Comportamental	<p>Consulta de enfermagem - Perguntas interventivas:</p> <p>O que você poderia fazer em relação ao relacionamento de sua filha com o pai? Como você se sente em relação a isso?</p> <p>Grupo de familiares</p>
----------------	--

Quadro 5- Intervenções para a família de Rosa

Fonte: Elaborado pela autora

4.1.3 Branco e sua família

Avaliação familiar

Membros da família presentes à entrevista: pai e mãe

Via de encaminhamento e problema apresentado

Branco, 16 anos, designado ao nascimento como sexo feminino, procura o ambulatório com a família em busca de ajuda e para passar com ginecologista. Iniciou a transição com 14 anos. Procurou a coordenadora da escola que disse que o ajudaria, mas não aconteceu. O professor de educação física foi grosseiro. Era não binário e assim trocou o nome. Relaciona-se com pessoas que a entendem. Não se comunica muito com os familiares. O pai tem Parkinson. Aposentou e mudou o comportamento. Pensa em realizar cirurgia de mamoplastia. Não apresenta disforia com menstruação.

Composição familiar (genograma)

Branco mora com os pais. Tem uma irmã mais velha, que mora em outra cidade. Contato casual com primos, tios e avós. Segundo o pai: é difícil a aceitação, mas tem que ir aceitando. Não foi de forma plena. A mãe achou que era coisa da adolescência. Parece que está decidida. Não consegue chamar pelo nome escolhido. Está em terapia, o que está ajudando. Aceita a troca de vestimentas, mas a cirurgia não. A irmã acredita que é uma fase. A família não se comunica muito, são fechados.

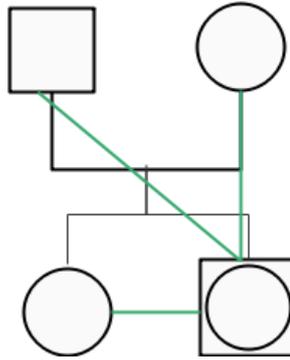


Figura 5 - Genograma e ecomapa da família de Branco

História pertinente

Branco refere que sempre percebeu que não era heterossexual. Primeiro se questionou em relação à sexualidade e depois começou a pesquisar sobre identidades de gênero. Hoje acredita ser homem trans, mas às vezes tem dúvidas sobre ter uma identidade de gênero fluida. Os pais começaram a notar comportamentos diferentes aos 15 anos.

Aos 12 anos contou aos pais que se interessava por homens e mulheres. Ano passado sua mãe perguntou sobre sua identidade de gênero e ela referiu que não se identificava como mulher.

Sistema	Ponto forte	Problema
Profissional - Sistema familiar como um todo	Pais se preocupam e são assíduos no ambulatório Confiança na equipe	
Comunidade - Sistema familiar como um todo	Capacidade de dar apoio, segurança e incentivo.	Pai quer contar para família sobre a transição e Branco não quer.
		Mãe tem esperanças que a filha volte atrás na decisão, o que a impede de conversar sobre o assunto

		Dificuldade em usar o nome social, pronome
--	--	--

Quadro 6 - Lista dos problemas e pontos fortes da família de Branco

Fonte: Elaborado pela autora

Domínios do funcionamento familiar	Intervenções propostas pela enfermeira/o
Cognitivo	Oferecer informações sobre como lidar com o filho adolescente em transição de gênero. Elogiar os pontos fortes da família.
Afetivo	Consulta de enfermagem - Perguntas interventivas: Como você se sente quando seu filho não quer que você conte ao resto de sua família sobre a situação? Como vocês demonstram seus sentimentos em relação a transição de gênero? Incentivar e apoiar os membros da família: Promover a empatia com os pais, dizendo que compreende que deve ser muito difícil não poder compartilhar os sentimentos com outros membros da família que consideram importantes. Mas também apontar o lado do filho que se sente pressionado a tomar atitudes que não são relativamente simples. Grupo de familiares
Comportamental	Consulta de enfermagem - Perguntas interventivas: Quanto tempo acha que levará para seu filho tomar essas atitudes que você deseja? Se levar mais tempo do que você presume, que outros comportamentos vocês acham que terão? Incentivar o uso de rituais familiares para promoção do relacionamento interpessoal.

	Grupo de familiares
--	----------------------------

Quadro 7 - Intervenções para a família de Branco

Fonte: Elaborado pela autora

4.1.4 Verde e sua família

Avaliação familiar

Membros da família presentes à entrevista: pai e mãe

Via de encaminhamento e problema apresentado

Verde, 13 anos, designado ao nascimento como sexo feminino. A família procurou atendimento especializado para questões de gênero. A mãe conta que há alguns meses, Verde passou a preferir roupas masculinas. No ano anterior, a mãe descobriu conversa em celular dele em que o mesmo referia orientação bissexual. Conta que sente estranhamento com seu corpo desde cinco anos atrás. Refere que contou para sua mãe que é trans esse ano. Alguns amigos já o chamam por seu nome social.

Composição familiar (genograma)

Mora com a mãe e o pai. Mãe sofre síndrome de Burnout, a avó materna tem esquizofrenia. Não tem muito contato com outros membros da família.

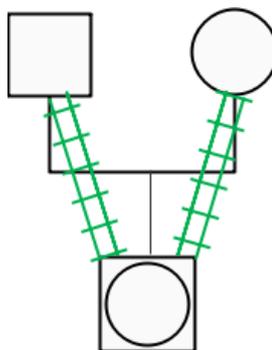


Figura 6 - Genograma e ecomapa da família de Verde

História pertinente

Em tratamento de depressão, episódios de *cutting* no início do ano. Refere ter sofrido *bullying* devido à questão de gênero, porém sempre sofreu por ser “gordinho”. Desde então, percebeu desconforto com o corpo como um todo. Fala

sobre desconforto no período menstrual, no qual se sente mais irritado. Fala sobre interesse em bandas de K-Pop e desenhos que faz. Fazia aula de desenhos, porém pensava em iniciar aulas de teatro para perder a timidez.

Na escola, sempre foi bom aluno, porém caiu o rendimento neste ano. Sempre termina as atividades antes de todos na sala e fica entediado. Não tem amigos na escola, tinha uma amiga, mas se afastou.

Sistema	Ponto forte	Problema
Profissional - Sistema familiar como um todo	Pais se preocupam e são assíduos no ambulatório Confiança na equipe	
Comunidade - Sistema familiar como um todo	Capacidade de dar apoio, segurança e incentivo.	Dificuldade com interação social
		Pais não sabem como impor limites
		Dificuldade em usar nome social, pronome
		Questões sobre saúde mental do filho

Quadro 8 - Lista dos problemas e pontos fortes da família de Verde

Fonte: Elaborado pela autora

Domínios do funcionamento familiar	Intervenções propostas pela enfermeira/o
Cognitivo	Oferecer informações sobre como lidar com o filho adolescente em transição de gênero. Elogiar os pontos fortes da família.
Afetivo	Consulta de enfermagem - Perguntas interventivas: Como você se sente quando seu filho não consegue ficar muito tempo fora de casa? Como vocês demonstram sua preocupação?

	<p>Informar aos pais que é importante admitir frustrações mútuas, quando a mãe tenta aproximar o filho da família, por exemplo. O cônjuge pode dar apoio emocional.</p>
<p>Comportamental</p>	<p>Consulta de enfermagem - Perguntas circulares: O que você poderia fazer quando decidisse comprar roupas?</p> <p>Incentivar o uso de rituais familiares para promoção do relacionamento interpessoal (Realizar as refeições juntos, assistir a filmes)</p> <p>Instruir os pais sobre como estabelecer limites</p> <p>Grupo de familiares</p>

Quadro 9 - Intervenções para a família de Verde

Fonte: Elaborado pela autora

4.1.5 Amarelo e sua família

Avaliação familiar

Membros da família presentes à entrevista: pai e mãe

Via de encaminhamento e problema apresentado

Amarelo, 17 anos, designado como sexo feminino ao nascimento. A família procurou o ambulatório com relato de que Amarelo vem apresentando comportamento depressivo, de automutilação, não estando confortável com o próprio corpo.

Composição familiar (genograma)

Amarelo vive com a mãe, o pai e um irmão. O irmão é homossexual e os pais disseram ser mais fácil aceitar a homossexualidade do que a transgeneridade. Tem relacionamento bom com dois primos.

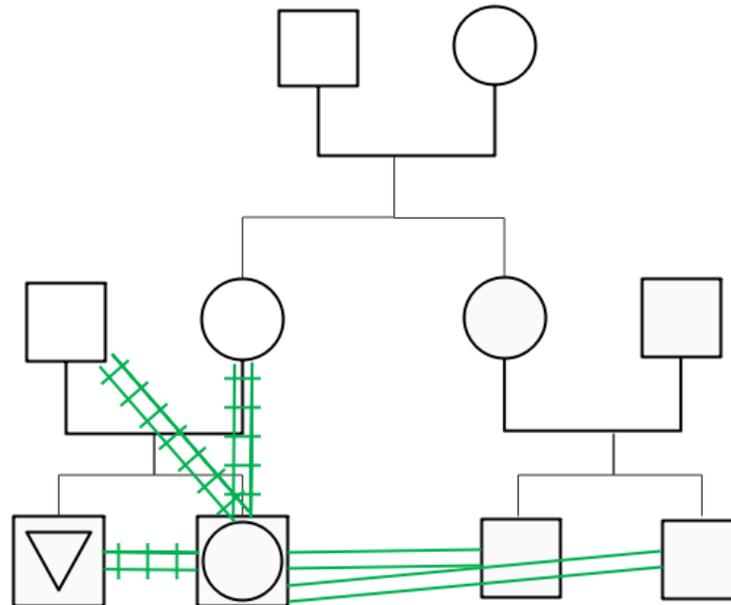


Figura 7- Genograma e ecomapa da família de Amarelo

História pertinente

Há seis meses, Amarelo diz não se reconhecer no próprio corpo e que após algumas buscas na internet começou a se identificar como homem trans. Relata que o momento mais feliz nos últimos anos foi quando foi a uma festa com os amigos vestindo roupas masculinas, utilizou o nome social e foi tratado como homem. Os pais acreditam que pode ser uma fase, devido à suposta declaração repentina. Segundo a mãe, usava cabelos compridos e maquiagem num dia e no outro lhes explicou a situação. O irmão o apoia, têm um bom relacionamento.

Amarelo quer iniciar a hormonização, mas os pais não estão de acordo. Entretanto, está próximo de completar 18 anos, o que aflige os pais. Ainda não conseguem chamá-la pelo nome social, o que afeta as relações em família.

Sistema	Ponto forte	Problema
Profissional - Sistema familiar como um todo	Pais se preocupam e são assíduos no ambulatório Confiança na equipe	
Comunidade - Sistema familiar como um todo	Capacidade de dar apoio, segurança e incentivo.	Dificuldade em usar nome social, pronome

		Preocupação com saúde mental
		Questões sobre hormonização e cirurgia

Quadro 10 - Lista dos problemas e pontos fortes da família de Amarelo

Fonte: Elaborado pela autora

Domínios do funcionamento familiar	Intervenções propostas pela enfermeira/o
Cognitivo	Oferecer informações sobre a incongruência de gênero e disforia de gênero. Elogiar os pontos fortes da família.
Afetivo	Consulta de enfermagem - Perguntas interventivas: Como você se sente quando seu filho relata não se identificar no próprio corpo? Como vocês demonstram sua preocupação? Promover a empatia com os pais, por exemplo, dizendo que compreende como deve ser difícil passar por essa situação.
Comportamental	Consulta de enfermagem - Perguntas interventivas: O que você poderia fazer para que seu filho compreenda seus receios? Incentivar o uso de rituais familiares para promoção do relacionamento interpessoal Grupo de familiares

Quadro 11- Intervenções para família de Amarelo

Fonte: Elaborado pela autora

4.1.6 Laranja e sua família

Avaliação familiar

Membros da família presentes à entrevista: mãe

Via de encaminhamento e problema apresentado

Laranja, 17 anos, designado ao nascimento com o sexo feminino, foi encaminhado ao ambulatório por apresentar questões de incongruência de gênero. Há 4 meses revelou à mãe ser transgênero. A mãe relata nunca ter notado expressões do gênero oposto antes desse dia. Desde então, cortou os cabelos, se vestiu com roupas masculinas e pediu para ser chamado pelo pronome masculino.

Composição familiar (genograma)

Laranja vive com a mãe e um irmão. Pais separados. Contato com familiares de primeiro grau (avós, primos e tios)

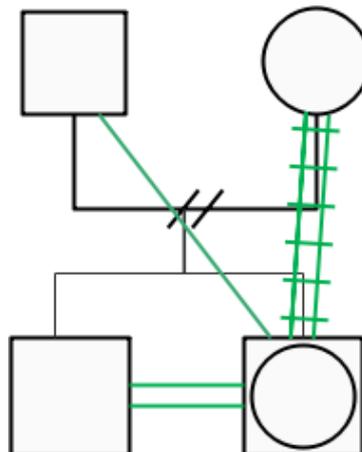


Figura 8- Genograma e ecomapa da família de Laranja

História pertinente

Encaminhada por profissionais da saúde que realizam seu acompanhamento psiquiátrico e que identificaram questões de incongruência de gênero. Possui diagnóstico de Transtorno de personalidade, Ansiedade e Transtorno alimentar, em uso de medicamentos. Como reside próximo ao ambulatório, foi decidido em equipe que seria melhor realizar acompanhamento na cidade onde reside, a fim de minimizar a mobilização familiar. Em acompanhamento no ambulatório de psiquiatria.

Sistema	Ponto forte	Problema
---------	-------------	----------

Profissional - Sistema familiar como um todo	Pais se preocupam e são assíduos no ambulatório Confiança na equipe	
Comunidade - Sistema familiar como um todo	Capacidade de dar apoio, segurança e incentivo.	Dificuldade em usar nome social, pronome
		Preocupação com saúde mental
		Questões sobre hormonização e cirurgia

Quadro 12 - - Lista dos problemas e pontos fortes da família de Laranja

Fonte: Elaborado pela autora

Domínios do funcionamento familiar	Intervenções propostas pela enfermeira/o
Cognitivo	Oferecer informações sobre como lidar com o filho adolescente em transição de gênero. Elogiar os pontos fortes da família.
Afetivo	Consulta de enfermagem - Perguntas circulares: Como você se sente quando seu filho relata não se identificar no próprio corpo? Como vocês demonstram sua preocupação? Informar aos pais que é importante admitir frustrações mútuas. O cônjuge pode dar apoio emocional.
Comportamental	Consulta de enfermagem - Perguntas circulares: O que você poderia fazer quando decidisse comprar roupas? Incentivar o uso de rituais familiares para promoção do relacionamento interpessoal (Realizar as refeições juntos, assistir a filmes) Grupo de familiares



Quadro 13 - Intervenções para a família de Laranja

Fonte: Elaborado pela autora

4.1.7 Vermelho e sua família

Avaliação familiar

Membros da família presentes à entrevista: pai e mãe

Via de encaminhamento e problema apresentado

Vermelho, 16 anos, designado como sexo feminino ao nascimento. A família procurou o ambulatório pois o filho vinha apresentando questões de incongruência de gênero há alguns meses, associadas a sintomas depressivos.

Composição familiar (genograma)

Vermelho mora com os pais e um irmão mais novo. A família mora em outro estado, se mudaram quando era criança, portanto não têm muito contato com outros familiares. Tem poucos amigos, pois, segundo ele, já trocou de escola várias vezes e quando fez amizades na última escola com pessoas trans, a mãe o transferiu.

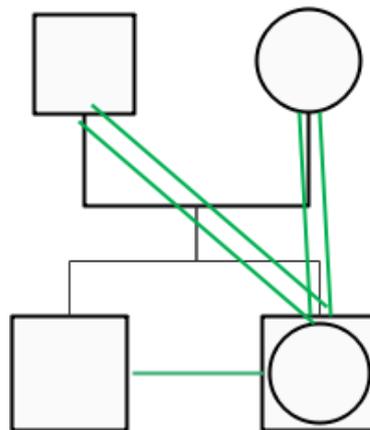


Figura 9 - Genograma e ecomapa da família de Vermelho

História pertinente

Está em tratamento com psiquiatra e psicóloga fora do ambulatório. A mãe relata que começou a perceber os sinais há um ano após se mudar para uma nova

escola. Não tinha muitos amigos, mas nessa escola fez amigos que são trans. Apesar desse convívio social na escola, hoje após ter se formado, já não tem socialização.

Moram juntos a mãe, o pai e um irmão mais novo. A mãe estuda psicanálise e diz estar tentando entender o problema por essa via. Não consegue estabelecer diálogo com o filho, pois diz que ele permanece no quarto a maior parte do tempo. O pai fala pouco nas entrevistas, mas diz estar preocupado com o filho, mais em relação à sua saúde mental do que com as questões de gênero.

Sistema	Ponto forte	Problema
Profissional - Sistema familiar como um todo	Pais se preocupam e são assíduos no ambulatório Confiança na equipe	
Comunidade - Sistema familiar como um todo	Capacidade de dar apoio, segurança e incentivo.	Dificuldade com interação social
		Questões sobre saúde mental do filho

Quadro 14 - Lista dos problemas e pontos fortes da família de Vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

Domínios do funcionamento familiar	Intervenções propostas pela enfermeira/o
Cognitivo	Oferecer informações sobre como lidar com o filho adolescente em transição de gênero. Elogiar os pontos fortes da família.
Afetivo	Consulta de enfermagem - Perguntas circulares: Como você se sente quando seu filho não consegue ficar muito tempo fora de casa? Como vocês demonstram sua preocupação? Informar aos pais que é importante admitir frustrações mútuas. O cônjuge pode dar apoio emocional.

Comportamental	<p>Consulta de enfermagem - Perguntas circulares: O que você poderia fazer quando decidisse comprar roupas?</p> <p>Incentivar o uso de rituais familiares para promoção do relacionamento interpessoal (Realizar as refeições juntos, assistir a filmes)</p> <p>Grupo de familiares</p>
----------------	--

Quadro 15 -- Intervenções para a família de Vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

4.1.8 Violeta e sua família

Avaliação familiar

Membros da família presentes à entrevista: mãe

Via de encaminhamento e problema apresentado

Violeta, 13 anos, designada com o sexo masculino ao nascer. A família procurou o ambulatório pois a filha vinha apresentando questões de incongruência de gênero há alguns meses, associadas a sintomas depressivos. A mãe relata que procura compreender as questões que são colocadas por Violeta e busca um espaço que a “ajude a se entender, com relação ao seu gênero”.

Composição familiar (genograma)

Violeta reside com o pai, a mãe, um irmão mais velho e a avó (que sofre da doença de Alzheimer).

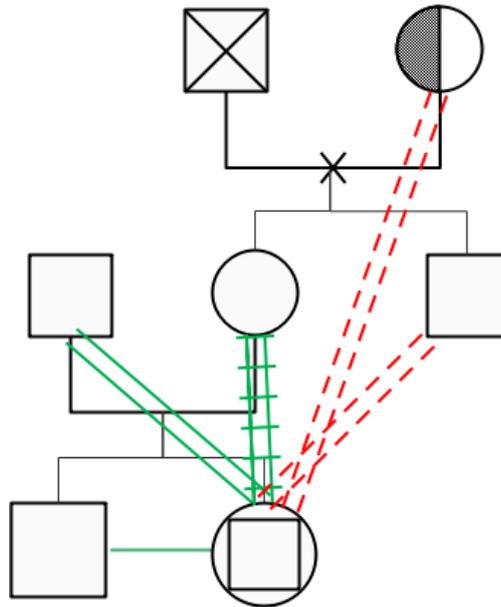


Figura 10 -- Genograma e ecomapa da Família de Violeta

História pertinente

A mãe relata que Violeta traz “essa questão de gênero” (*sic-mãe*) desde os três anos, quando a questionou sobre o motivo de não ter nascido menina. A mãe diz que Violeta vem apresentando comportamentos relacionados ao gênero feminino há anos. Sempre foi mais delicada do que o irmão. Gosta de se produzir, de usar maquiagem. Interessa-se pelo trabalho da mãe que é cabeleireira. O sonho dela é ser artista, como Pablo Vittar. Apresentar-se vestida de mulher. A mãe diz que será sua agente. Entretanto, o que se vê na aparência da criança nos corredores é um menino de conjunto de moletom masculino, sem adereços. A mãe não vê problemas na transição.

Ainda, segundo os pais, no início da gravidez esperavam a gestação de uma menina, porém ao descobrirem que a gestação era de Violeta, ambos relatam aceitar e se sentirem felizes com a vinda de um menino.

Sistema	Ponto forte	Problema
Profissional - Sistema familiar como um todo	Pais se preocupam e são assíduos no ambulatório Confiança na equipe	
Comunidade - Sistema familiar como um todo	Capacidade de dar apoio, segurança e incentivo.	Questões sobre saúde mental do filho

Quadro 16 - Lista dos problemas e pontos fortes da família de Violeta

Fonte: Elaborado pela autora

Domínios do funcionamento familiar	Intervenções propostas pela enfermeira/o
Cognitivo	Oferecer informações sobre como lidar com o filho adolescente em transição de gênero. Elogiar os pontos fortes da família.
Afetivo	Consulta de enfermagem - Perguntas interventivas: Como você se sente quando seu filho relata não se identificar no próprio corpo? Como vocês demonstram sua preocupação?
Comportamental	Consulta de enfermagem - Perguntas interventivas: O que você poderia fazer quando decidisse comprar roupas? Instruir os pais sobre como estabelecer limites Grupo de familiares

Quadro 17 - Intervenções para a família de Violeta

Fonte: Elaborado pela autora

4.2 Vivência da família da criança e adolescente com incongruência de gênero

Nessa segunda parte, foi utilizada outra ferramenta de apresentação, contendo os dados qualitativos não exibidos ao realizar o resumo da avaliação e intervenção familiar. A seguir, serão evidenciadas as falas dos participantes, assim como as observações da pesquisadora, quando pertinente, divididas em categorias temáticas.

As categorias serão ilustradas com dados empíricos obtidos por meio do acesso às famílias. Agrupando as questões semelhantes, utilizando os termos empregados nos MCAIF, a primeira categoria foi denominada "Problemas: desafios enfrentados pelos familiares" e evidencia os desafios em face da transição de gênero e a preocupação com a saúde mental dos filhos. Já a segunda categoria, "Pontos

fortes”, demonstra as fortalezas dos participantes, divididas em duas grandes capacidades: a de dar apoio, segurança e incentivo e a de autoajuda e aceitar ajuda²⁰.

Categoria 1 – Problemas: desafios enfrentados pelos familiares

Categoria 1.1 Desafios em face da transição de gênero

As dificuldades elencadas nesta categoria expressam as angústias dos familiares em relação às mudanças provenientes da transição de gênero de seus filhos. A contrariedade em utilizar nomes e pronomes diferentes dos que foram dados ao nascimento e como apresentar esse novo filho ao restante da família e amigos são assuntos recorrentes, em todos os encontros presenciais.

Os pais são levados a refletir sobre um período muito antes do nascimento desse filho, momento no qual já faziam planos e já imaginavam como seria o futuro de seus descendentes. Ademais, adaptar apelidos carinhosos que foram construídos com o tempo e que fazem referência ao gênero de nascimento, como chamar um menino de “princesa”. Do mesmo modo, dizem que até o modo como se referem ao filho mudou com a mudança de gênero.

Pai de Amarelo – Eu lembro quando ela nasceu, eu peguei ela no colo, eu vi a genitália, vi uma vagina, era uma menina mesmo. Eu vi! Fora que a gente quando descobre o sexo, né, quando ela tava grávida, que vai ser uma menina, aí você já pensa em nomes e como você acha que vai ser quando crescer...

Pai de Verde – E eu não consigo... eu vou acordar ela, dou um beijo e falo “Bom dia, princesa”, como eu sempre fiz. Mas eu acho que ela não fica brava, não, é mais um jeito carinhoso que eu sempre usei... é a princesa do pai.

Nesse momento, pode-se perceber a emoção nos olhos do pai.

Mãe de Rosa – Eu acabei mudando o jeito como eu chamo a atenção dela, porque não é do mesmo jeito que eu falo com meu filho mais velho! Com ele eu me exalto, dou uns gritos... mas com a Rosa eu me policio pra ser mais delicada, de como eu vou dar uma bronca nela, porque é diferente.

Os embaraços dão prosseguimento quando se enganam ao utilizar os novos nomes e pronomes em diálogos com a pessoa em transição. Em algumas vezes são censurados e em outras vezes são eles mesmos quem identificam seus próprios deslizes e se corrigem. Porém a situação parece fugir do controle quando essa conversa ultrapassa os limites da casa e precisam se socializar, seja com membros da família estendida quanto com amigos, ou outros interlocutores.

Pai de Branco – A irmã consegue chamar ela no masculino, mas a gente não. Tem hora que eu me descuido, e ela, ele, reclama.

Mãe de Laranja – Tem que chamar ele na frente da avó de “ela”. Aí o meu outro filho fica confuso, porque já tá acostumado a chamar por “ele”.

Pai de azul – Agora ela diz que se chama assim, mas é difícil você se acostumar.

Mãe de Verde – Eu acho até um nome bonito... na verdade, um dia ela perguntou pra gente que nome a gente tinha pensado pro bebê se nascesse um menino e nós dissemos. Ela acabou escolhendo esse nome pra usar.

Mãe de Vermelho – Ele escolheu esse nome de uma série de televisão, você conhece? Agora a gente usa com mais tranquilidade... eu também comecei a estudar bastante e entender melhor isso...

Os momentos de encontros com outros familiares em datas comemorativas parecem afligir os pais, se sentindo pressionados e divididos entre esconder ou apresentar a identidade de seus filhos.

Mãe de Branco – O pai logo de início queria contar pra família. E eu falei que não! Porque ela não tava preparada... Mas agora eu tô esperando ela estar preparada, mas eu acho que isso não vai acontecer...

Mãe de Branco – Nós é que falamos ou ela que vai falar? Quem vai dar o primeiro passo. A minha outra filha contou pra alguns primos... mas os pais que contam?

Pai de Branco – Eu quero contar, pra não ficá em cima do muro! Porque faz meses que a gente tá nessa situação.

Mãe de Rosa – Demorou um pouco pra eu falar pro meu namorado... eu fiquei com ressalvas de falar. Depois de um bom tempo de relacionamento eu contei... e eu tive que começar com uma história da carochinha pra ele ter entendimento também. Pra qualquer pessoa que não tem a mente tão aberta, assim... você tem que ir devagar.

Pai de Azul – Os avós dela não sabem... ela mesmo não quer contar, porque eles são muito religiosos, são evangélicos, acho que não vão aceitar muito bem não.

Mãe de Laranja – No Natal, foi um momento bem diferente dessa vez... decidimos que íamos ficar em casa, só nós três, pra não ter que passar por aquela

situação de conto ou não conto... e eu queria contar pra minha mãe, é importante pra mim... mas a decisão tem que ser dela, não minha...

E quando as fronteiras familiares são cruzadas e estão em ambientes públicos, sofrem por pensar no que pode acontecer a seus filhos em uma sociedade preconceituosa que pode não aceitar essa identidade destoante e até ocasionar ações violentas, principalmente quando começam a mudar o visual, corte de cabelo e vestimentas.

Mãe de Rosa – Na escola ela vai como “ele”. Como ela já está lá desde o primeiro ano, agora tá no quarto ano, é muito difícil você dormir menino e acordar uma menina. Então até pra ela isso é muito difícil. Existem barreiras e preconceitos e ela tem plena convicção disso.

Mãe de Verde – Eu tenho medo de bullying, então é mais fácil quando os diretores e professores já sabem, né.

Mãe de Rosa – Ela pediu pra eu jogar fora as cuecas. Então ela vai com o uniforme masculino, mas de calcinha por baixo... é uma coisa dela. Mas eu tenho medo... e se os meninos vão brincar de abaixar as calças dos outros e veem uma calcinha?

Mãe de Violeta – Eu fico com medo porque, você viu como ela é, né? Ela tem um corpão, tem curvas... então eu tenho medo de como podem ver ela e quererem se aproveitar.

A fluidez de gênero, percebida em ações do cotidiano, principalmente em relação à expressão do gênero, como vestimentas, uso de maquiagem, corte de cabelo, faz com que os pais se prendam à esperança de que o filho ainda pode mudar e não dar seguimento à transição social. Percebe-se a persistência na crença de que algumas atitudes só podem ser atribuídas a um determinado gênero, como, por exemplo, se identificar como menino e apresentar delicadeza na fala e nos gestos.

Mãe de Branco – Essa semana ele tava arrumando o guarda-roupa, separando todas as roupas de menina pra doar... depois eu fui lá ver como estava e vi que ela tinha mesmo tirado tudo, menos dois vestidos que ela gostava muito e a caixinha de música... aí já me deu aquela esperança, né! [...] Eu não sei se ele já se decidiu ou não... queria que fosse mais decidido.

Nesse momento, a mãe procura uma foto em seu celular para mostrar ao grupo. Um dos familiares de outro adolescente, com os olhos marejados,

mostra a foto do filho, hoje um menino trans, usando um biquíni na praia, e exalta suas características femininas.

Pai de Verde – Hoje, por exemplo, você pode ver lá fora... se maquiou, tá de brinco... a gente não entende! Mas também não acho ruim, não.

Pai de Azul – E, assim, continua amorosa, vem abraça, beija, quer ficar deitada comigo, morre de ciúmes... então não sei até que ponto tem realmente uma questão de não se identificar como menina ou se é algo pra chamar a minha atenção.

Categoria 1.2 Preocupações com a saúde mental dos filhos

Dependendo do grau da incongruência e da forma como o adolescente é socialmente acolhido, o quadro de disforia de gênero pode estar associado a algumas manifestações como ansiedade, depressão, tentativa de suicídio, automutilação e isolamento social.

Todos os participantes reconheceram a vulnerabilidade de seus filhos a doenças mentais e creditaram o mesmo peso, ou, muitas vezes, um peso maior às questões psíquicas do que às questões de gênero, entendendo-as como fator preocupante digno de se procurar ajuda. Desse modo, as falas evidenciam também um pensamento de que as questões de gênero dos filhos podem ser uma das alterações de sua saúde mental, reforçando a ideia da patologização da transgeneridade.

Pai de Azul – A psicóloga dela fala que o caso dela é um dos mais difíceis que já apareceu. Às vezes ela vai, fica quieta, não fala nada a sessão inteira. Tem vez que ela vai e colabora. Mas tá indo, né.

Mãe de Rosa – Ela precisa saber o que ela é... quais são as necessidades que ela tem. Se ela realmente é uma menina numa carcaça de menino. Ou se eu que era o alfa... sabe quando você tem aquela pessoa como referência? Da mãe que gosta de brinco, que gosta de se montar... acho que ela tem que saber a diferença... por isso trago ela aqui.

Mãe de Vermelho – Quando eu vou na psiquiatra ela muda remédio... ela acha que ele é bem doente! E quando vou na psicóloga ela diz que ele precisa sair, se distrair.

Pai de Azul – A gente acaba dividindo essa questão de gênero com outras questões, como o comportamento na escola, em casa. O médico acha que pode ter um transtorno de conduta... E tudo iniciou com essa questão de se cortar, né.

Mãe de Laranja – Ela acompanha com psiquiatra, já ficou internada três vezes, por transtorno de personalidade, transtorno alimentar... e agora esse ano ela diz que descobriu o que é... diz ser um menino trans, drag gay! Então não sei até onde isso é coisa da doença mesmo, é mais uma fase, ou se é isso mesmo.

Mãe de Amarelo – Já se arranhou, não aguenta olhar pros seios no espelho, é horrível.

Mãe de Azul – Ah, ela acha que ela tem transtorno dissociativo, múltipla personalidade, porque eu acho que ela não se entende nem com uma coisa nem com outra, ela fica colocando caraminholas na cabeça... diz que escuta vozes às vezes.

Pai de Branco – Faz uns dois anos, começou a se cortar, estava muito triste...

Muitos dos familiares se queixam do distanciamento social dos adolescentes, dentro de casa, evitando realizar atividades que envolvam se relacionar com outras pessoas, como frequentar aulas.

Mãe de Verde – A gente se sente dois estranhos em casa, onde ela troca meia dúzia de palavras... não tô falando que ela é malcriada, nada disso, pelo contrário, é sempre gentil “oi, pai, oi, mãe”, mas cada dia é mais distante, cada dia tem mais um mundo particular dentro da minha própria casa.

Pai de Azul – Teve tanto conflito... que acabou desgastando muito... até conversa com a gente, quando precisa, mas quando não precisa de ninguém, não conversa. A psicóloga tá trabalhando isso com ela pra ver se ela adquire confiança... mas tudo isso por conta dessa alteração de humor dela.

Pai de Vermelho – Ele não tá estudando... não se sente capaz, só faz aula de artes... não achei que ia ser assim.

Mãe de Verde – Ela não sai mais de casa pra nada, só pra escola... então as relações que tem na escola é obrigatória... e ela tá sentindo isso... a dificuldade de fazer amigos, ela não consegue ter nem manter... e a falta de vontade de sair de casa. Ela parou o teatro e era o único vínculo que ela tinha com o mundo, fora a escola. Aí falaram “mas é normal, você nunca parou nada?”. Adolescentes param as coisas, entendeu? Mas pra mim eu entendia como acabou, agora não sai pra mais nada.

Mãe de Branco – Ela acabou a escola, né, mas não quer ir pra faculdade agora... disse que quer tirar um ano sabático, acredita?

Categoria 2 – Pontos fortes

Categoria 2.1 Capacidade de dar apoio, segurança e incentivo

Considerando os problemas que os familiares enfrentam, todos demonstraram capacidade de dar apoio, segurança e incentivo para os adolescentes. O fato de procurar um ambulatório específico para as questões de gênero, com foco na saúde mental, fomenta esse achado. Os familiares usam de seu tempo, dinheiro e energia para cuidarem de seus filhos e buscarem alternativas para o cuidado, independentemente da opção que tomarem no futuro.

Mãe de Rosa – Eu vou no ritmo dela! Ah, é esse o problema? Então vamos atrás disso. Ela me dá opções... então a gente vai atrás do que ela fala. Eu levo ela pra comprar roupas porque ela gosta de um determinado estilo. Mas é ela quem escolhe.

Mãe de Vermelho – É um gasto tremendo que a gente tem... é tudo particular, só aqui a gente não paga. Não quis ir na aula de arte, disse que tava cansado... mas eu digo que vai conseguir, levo ele até o ponto... aí ele vai!

Mãe de Verde – É terapia pra se manter bem e remédio pra se manter bem. Mas o que mais a gente como pais pode fazer pra ajudar? Por isso a gente vai atrás de outras opiniões.

Mão de Branco – Ela não que ir pra faculdade agora... então nós conversamos com a psicóloga, de dar um crédito pra ela, de confiança... então nós apoiamos ele estudar em casa. Ver se ele consegue se planejar e estudar em casa...

Mãe de Amarelo – A gente vem nos grupos, vem nas consultas, pra gente entender mesmo e estar com ela nas decisões, porque ela depende da gente ainda, tem menos de 18 anos. Então a gente vai junto, a gente participa... fomos até na parada com ele esse ano!

Pai de Branco – Eu não sei se ele já se decidiu ou não... queria que fosse mais decidido... mas a gente vai apoiar no que ele decidir.

Pai de Azul – Ela pediu pra trocar o nome na escola, então a gente foi lá, conversamos, preenchemos o requerimento pra mudar o nome e pronto. Todos chamam ela como ela quer na escola, até os professores.

Mãe de Laranja – Ela quer ir procurar um cirurgião... então eu marquei uma consulta... mesmo que não for isso que ela quer, é bom a gente ir lá, ela ver o que pode acontecer e decidir realmente o que ela quer... mas eu disse que estaria junto.

Pai de Branco – Esse mês ele chegou com uns pedidos de exame de sangue pra fazer, que a endocrinologista daqui pediu. Eu disse que tudo bem, que ele poderia ir fazer, mas que ele que se responsabilize por acordar sozinho, pegar um ônibus, um uber, e vir até aqui sozinho. Já que ele se diz responsável e que quer mesmo fazer isso [hormonização], o que eu não acredito ainda, então eu apoio, mas ele que tome as atitudes.

Categoria 2.2 Capacidade de autoajuda e de aceitar ajuda

Da mesma forma como demonstram a capacidade para oferecer suporte a seus filhos, os familiares entendem que também precisam de ajuda nesse processo. Observou-se que alguns pais preferiam recorrer a parentes, pessoas com quem têm mais proximidade, a fim de buscar apoio emocional. Dizem que nesse momento foi possível identificar as pessoas que realmente se importam.

Mãe de Vermelho – A minha mãe ajudou tanto, falou tanta coisa pra mim que eu não esperava, que foi inexplicável... “Não ligue pra isso, pior se ela tivesse doente”.

Mãe de Rosa – A gente [mãe e namorado] conversa sobre tudo e principalmente sobre isso e pra mim é um apoio, coisa que não acontece com o pai dela mesmo!

Mãe de Amarelo – Nessas horas você percebe quem realmente importa na sua vida. E se não quer fazer parte, tudo bem, pode ir.

Outros pais dizem estar em acompanhamento com profissionais da psicologia e que a indicação ocorreu por meio do atendimento de seus filhos. Uma mãe também traz sua experiência com a constelação familiar e como a ajuda foi importante para sua compreensão da transição de gênero do filho.

Mãe de Branco – Eu tô fazendo terapia e está sendo muito bom pra mim, sabe.

Mãe de Verde – Às vezes a psicóloga me manda mensagem depois das sessões dela... E eu comecei a fazer terapia também depois disso.

Mãe de Violeta – A psicóloga que tá atendendo ela aqui conversou bastante comigo, foi um alívio pra mim, porque, olha, não tá fácil, não... agora vai me encaminhar pra eu continuar no postinho perto de casa.

Mãe de Vermelho – A psicóloga me indicou aqui, então eu tô passando pra ver se muda alguma coisa! Quando eu vou lá ela fica mais tempo comigo do que com ele, às vezes fica 20 minutos com ele e 40 comigo.

Mãe de Amarelo – Depois que eu comecei a entender pelo lado da constelação familiar mudou o meu jeito de pensar e está sendo muito importante! [...] antes eu encarava como luto, minha filha morreu e agora eu tenho um filho. Agora eu entendo que continua sendo a mesma pessoa, apenas com nome e roupas diferentes... é um ser de luz, é como se fosse uma engenharia... o que houve foi uma reconstrução e não morte.

Mãe de Vermelho – Não compartilhamos com amigos nem família tudo o que passamos, pois além de não ajudar, não gostamos de preocupá-los... fica tudo entre nós e os profissionais de saúde que nos ajudam.

Exaltam também a importância do apoio recebido nos encontros no ambulatório de gênero, ouvindo histórias semelhantes às suas, realizando trocas de informações, com apoio de uma equipe multiprofissional.

Pai de Branco – A gente já escutou várias histórias aqui, no grupo, isso é legal!

Mãe de Verde – E quando a gente escuta aqui que tem outra mãe que tá passando uma situação parecida... é bom a gente saber que não tá acontecendo só com a gente.

Mãe de Laranja – Essa troca que acontece aqui [grupo de familiares] eu acho superimportante!

Mãe de Vermelho – Nós gostamos muito do trabalho de vocês... essa equipe multiprofissional nos ajuda bastante.

4. Discussão

Esta tese se originou da compreensão de que para uma enfermeira/o atender a uma população específica seria necessário, primeiramente, conhecê-la. Surgiu a percepção de que não seria concebível pensar um plano de cuidados sem inteirar-se de seu cotidiano, suas experiências, suas angústias, seus desejos. Assim, este estudo procurou expor essas vivências por meio da apresentação das avaliações familiares e das falas dos participantes, que constituíram as duas categorias relatadas nos resultados.

Ademais, a busca por esse conhecimento possibilitou apresentar também um caminho possível para que o enfermeiro potencialize suas ações no cenário do processo de trabalho em um ambulatório de gênero e sexualidades na infância e na adolescência e desenvolva o cuidado de enfermagem.

Sendo assim, a discussão procurou explorar as intervenções desenvolvidas pela pesquisadora, em outras palavras, as consultas de enfermagem e os grupos de familiares, relacionando-as às temáticas evidenciadas nos resultados das falas dos familiares: os desafios em face da transição de gênero, a preocupação com a saúde mental dos filhos e suas fortalezas na disposição para o apoio às crianças e adolescentes e para o autocuidado. Ao longo da explanação, serão apontadas ações possíveis a serem desenvolvidas pela enfermeira/o no cuidado a essas famílias diante de cada situação.

As intervenções representam o núcleo da prática clínica com as famílias e devem ser adaptadas individualmente, pensando no domínio de funcionamento familiar escolhido, seja ele cognitivo, afetivo ou comportamental. Também precisam estar relacionadas aos problemas que a enfermeira/o e a família identificaram juntas. Segundo: as intervenções devem ser derivadas de hipóteses dos profissionais de saúde sobre problemas e domínios do funcionamento da família. Além disso, as intervenções devem ser vinculadas aos pontos fortes de uma família e a estratégias de solução úteis anteriores²⁰.

Neste estudo, os problemas reconhecidos estavam relacionados às dificuldades com a transição social e a saúde mental das crianças e adolescentes com incongruência de gênero. Por outro lado, percebeu-se que os familiares apresentavam maneiras de atender essas demandas, caracterizadas pela capacidade de dar apoio e de aceitar ajuda.

Embora as intervenções possam ser construídas individualmente com as famílias, pode haver ocasiões em que a mesma intervenção seja usada para várias famílias com problemas diferentes²⁰. Desse modo, neste estudo foram propostos dois ambientes para o desenvolvimento de intervenções no processo de cuidado com as famílias em um ambulatório de gênero: as consultas de enfermagem individuais e o grupo de familiares.

A consulta de enfermagem, em muitos casos, é o primeiro contato com a família para que sejam identificados seus problemas de saúde, fato que não difere da

rotina do ambulatório estudado. Com o intuito de trazer essas famílias para participarem do seu processo de cuidado, a enfermagem pode utilizar dessa ferramenta, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, pensando nos grupos de familiares^{20,41-44}.

A literatura recomenda que grupos de apoio liderados por enfermeiros podem ser aplicados nos mais variados espaços de atendimento de saúde, ajudando a atender as necessidades das famílias. Esse modelo de intervenção possibilita a melhora da compreensão dos membros sobre os problemas envolvidos em sua situação e ajudam a identificar maneiras práticas de lidar com as implicações, diárias e em longo prazo, esperadas do enfrentamento de uma família com um jovem em transição de gênero^{3,45}.

O objetivo de oferecer um grupo de familiares como intervenção corrobora as recomendações da World Professional Association for Transgender Health (WPATH), sem a pretensão de mudar os comportamentos das crianças e adolescentes, mas para ajudar os pais a serem solidários e maximizar as oportunidades de adaptação de seus filhos. Embora os pais não possam mudar o modo como a sociedade percebe seus filhos, os encontros se configuram como um espaço seguro, com apoio profissional, para trabalhar seus próprios sentimentos e atitudes. Entende-se que, à medida que os pais se tornam mais experientes, adquirem conhecimento sobre o assunto e trabalham seus sentimentos, eles são mais propensos a ser tolerantes e ter ações menos críticas ou punitivas com seus filhos. Essas medidas poderiam proporcionar ao jovem um ajuste de longo prazo, autoestima e integração social³.

Assim, o cuidado de enfermagem às famílias das crianças e adolescentes, individualmente e em grupo, corroboram a compreensão dos três domínios do funcionamento familiar: cognitivo, afetivo e comportamental, podendo influenciar a mudança em um ou mais domínios²⁰.

No domínio cognitivo, são os momentos em que os pontos fortes da família são elogiados e informações são oferecidas. No domínio afetivo, validam-se ou normalizam-se respostas emocionais, ao incentivar a narrativa das histórias e estimular o apoio familiar. No domínio comportamental, os familiares são incentivados a participarem do processo, estimulados ao descanso e ao planejamento de rituais.

Ambas as intervenções são projetadas para reduzir ou aumentar emoções intensas que possam estar bloqueando os esforços na solução de problemas das famílias²⁰.

Os problemas podem estar presentes em vários níveis do sistema familiar, no nível estrutural, por exemplo, na questão de ajustar-se à nova forma familiar, com um filho passando por uma transição social, adaptando-se a um gênero incongruente ao designado em seu nascimento. Podem estar presentes no nível de desenvolvimento, em relação ao ciclo vital da família e nos vínculos afetivos entre seus membros. No nível funcional, trata-se da crença do padrão heterocisnormativo que precisa ser reconstruído, na expressão e demonstração de sentimentos²⁰.

Um dos problemas elencados, a partir da coleta de dados e que engloba o sistema familiar como um todo, foi a dificuldade da família em lidar com os passos da transição de gênero da criança/adolescente. Transição de gênero é um termo genérico para as etapas que uma pessoa trans e sua comunidade tomam para afirmar sua identidade de gênero. Dependendo da idade da pessoa e de suas necessidades individuais, essas etapas podem incluir mudanças sociais, médicas, cirúrgicas e legais. Considerando a população alvo deste estudo, crianças e adolescentes, a transição de gênero é, principalmente, um processo social^{20,46}.

Um dos conceitos da Teoria dos Sistemas, fundamento do MCAF e MCIF é de que uma mudança em um membro da família afeta todos os outros em graus variados. Assim, a transição de gênero de um dos integrantes pode ser desafiadora. As famílias geralmente acham difícil abandonar suas expectativas originais para o futuro da criança. Eles podem passar por um processo de luto em torno dessas expectativas originais – mesmo quando celebram a identidade afirmada da criança. O maior desafio em face da mudança é que não será possível aos outros responder como anteriormente, e para os pais pode significar abandonar seus sonhos para que seus filhos possam ter os seus^{20,46}.

Durante uma consulta de enfermagem, a enfermeira/o pode explorar com as famílias quais passos, se houver, fazem sentido para que os jovens se sintam mais congruentes em sua expressão de gênero. Muitas vezes a primeira conversa com as famílias é sobre um nome e pronome escolhidos. Algumas famílias estão dispostas a se reorganizar ou se equilibrar de modo diferente da organização familiar anterior e se permitem utilizar o nome e pronome escolhidos da criança/adolescente em todas as configurações. Entretanto, o contrário também pode acontecer⁴⁷.

As famílias entrevistadas relataram suas dificuldades com o uso do nome social. Os pais relacionam a escolha do nome a um período muito antes do nascimento, no qual já faziam planos e já imaginavam como seriam seus filhos. Um pai relata a dificuldade em chamar sua filha pelo pronome masculino, recordando do momento em que ele a registrou, em que a pegou no colo quando nasceu e viu que era uma menina, que apresentava genitália feminina.

Nesse momento, quando a enfermeira/o reúne a família e busca estabelecer uma relação terapêutica possibilita que os integrantes encontrem um ambiente de desenvolvimento de confiança para “ir além e superar problemas”. Juntas, a família e a enfermeira/o, buscam identificar intervenções que promovam o ajuste a esses problemas²⁰.

Estudos sugerem que os pais de filhos de minorias sexuais podem estar sofrendo com a perda de uma imagem de seu filho que eles carregam desde o nascimento. Pais de filhos trans também podem lamentar a imagem que eles tiveram do filho, se não, ainda mais profundamente, desde que a imagem literal do filho mudou⁴⁸.

Assim como em estudos anteriores, as famílias apresentaram emoções que se assemelham a fases de luto e luto pela “perda” e até pela “morte” da criança que eles trouxeram ao mundo e criaram, configurando-se como um dos desafios mais importantes no processo de equilíbrio entre a mudança presenciada e a estabilidade nos sistemas de vida^{20,48}.

Independentemente da idade do filho, muitos pais experimentam um profundo sentimento de perda em resposta à transição do filho, pois a pessoa que eles conheceram se foi. No entanto, essa perda não é tangível, já que uma morte física não ocorreu, e pode ser melhor entendida como uma “perda ambígua”. Uma pessoa não precisa necessariamente fazer a transição física de um gênero para outro, para que seu ente querido experimente uma sensação de perda ambígua. De fato, muitas identidades de gênero não se encaixam perfeitamente na dicotomia homem/mulher, o que pode criar um sentimento ainda maior de ambiguidade em relação ao sentimento de perda de seus entes queridos⁴⁸⁻⁴⁹.

Perda ambígua é um conceito que descreve a experiência de perdas que não são claras. Seu uso é frequentemente aplicado nos casos em que uma pessoa está desaparecida, mas não se sabe se ela está morta, ou quando alguém ainda está

fisicamente presente, mas sua mente foi para outro lugar, como quando um membro da família tem demência. Embora a ideia de perda ambígua não seja normalmente considerada para famílias com um membro em transição de gênero, o conceito se encaixa⁴⁸⁻⁴⁹.

Nos grupos de familiares realizados no ambulatório estudado, esse sentimento de perda se manifesta pela expressão dos participantes. Durante um dos encontros com os familiares, os pais mostram uns para os outros fotos dos filhos antes da transição social, apontando para os cabelos longos, uso de vestidos e maquiagem. Uma mãe mostra com os olhos marejados uma foto da filha, hoje um menino trans, usando um biquíni na praia, exaltando sua beleza feminina.

Mudanças na composição familiar são importantes a serem observadas. As circunstâncias que cercam a perda podem ser motivo de grande preocupação para a enfermeira/o²⁰. Neste estudo, a enfermeira/o propôs intervenções nos três domínios do funcionamento familiar.

No cognitivo, a profissional ofereceu informações sobre como lidar com o filho adolescente em transição de gênero e juntos discutiram a melhor forma de agir. Nesse momento, a enfermeira/o elogiou os pontos fortes da família, voltando o olhar de ambas as partes para esse fator de impulso para o cuidado dos filhos²⁰.

O uso de perguntas interventivas no domínio afetivo proposto pelo MCIF, pode ser uma intervenção poderosa para as famílias que experimentam algum tipo de problema, pois visam efetuar alteração em qualquer um ou nos três domínios. Existem dois tipos de perguntas, as lineares e as circulares. As perguntas lineares tendem a informar o profissional de saúde, enquanto as perguntas circulares são destinadas a mudança de efeito²⁰.

As perguntas lineares são investigativas, exploram a descrição/percepção de um membro da família sobre um determinado problema. Por exemplo, nas consultas realizadas, perguntas lineares comuns eram: quando você começou a perceber comportamentos do gênero oposto em seu filho? Como ele está se comportando ultimamente? Essas perguntas podem trazer à enfermeira/o detalhes sobre a linha do tempo da transição de gênero da criança, assim como as percepções e crenças do familiar sobre a incongruência de gênero²⁰.

As perguntas circulares são direcionadas mais para explicações de problemas. Por exemplo, nas consultas foi perguntado “quem na família está mais

preocupado com a transição social de fulano?”, “Como essa pessoa está demonstrando isso?”. As perguntas circulares ajudam a descobrir informações valiosas porque buscam relacionamentos entre indivíduos, eventos, ideias ou crenças²⁰.

Após alguns encontros em grupos de familiares, uma família trouxe a experiência de ter conseguido chamar seu filho pelo nome social pela primeira vez. Antes entendiam que sua filha havia morrido e tinham que lidar com o luto, entretanto era uma tarefa muito difícil. Posteriormente, chegaram à compreensão de que ela continuava sendo a mesma pessoa, apenas com nome e roupas diferentes.

Nesse momento, a enfermeira/o sentiu a importância de incentivar e apoiar os membros das famílias presentes, promovendo a empatia com os pais, dizendo, por exemplo, que compreende que deve ser muito difícil lidar com o sentimento da inconstância de seus filhos em relação à sua identidade de gênero. Mas também aponta o lado do filho que se sente pressionado a tomar atitudes que não são relativamente simples.

A fluidez da identidade de gênero pode fazer parte de um processo de autoconhecimento e, por fim, se consolidar em uma identidade trans feminina ou masculina, mas também pode caracterizar uma identidade de gênero fluida⁵⁰. Durante o período da coleta dos dados, todas as crianças/adolescentes estavam passando pela transição de gênero e percebia-se que os pais apresentavam uma urgência em concluí-la, mostrando em suas falas como ver seus filhos vivendo “entre os gêneros” era incerto e desconfortável.

A fluidez de gênero se refere à mudança ao longo do tempo na expressão de gênero ou identidade de gênero de uma pessoa, ou em ambos. Essa mudança pode ser na expressão, mas não na identidade, ou na identidade, mas não na expressão, ou tanto a expressão quanto a identidade podem mudar juntas. Para alguns jovens, a fluidez de gênero pode ser uma forma de explorar o gênero antes de chegar a uma expressão ou identidade de gênero mais estável. Para outros, a fluidez de gênero pode continuar indefinidamente como parte de sua experiência de vida com o gênero⁵⁰⁻⁵¹.

A questão da fluidez é identificada na maioria das falas, porém retratada por diferentes prismas. Uma das mães aborda a questão com mais sutileza, embora corrobore o pensamento de adequação de papéis. A entrevistada mostra que precisou

mudar o seu próprio comportamento e não o de sua filha, uma menina trans. Conta que, com a menina, ela precisa ser mais delicada, se policiar no modo como fala e dá broncas e que isso precisa acontecer diferentemente do modo como age com seu filho, um menino cisgênero, com o qual se exalta mais.

Outra mãe relatou que havia aberto o guarda-roupa de sua filha após ela ter se desprendido de suas roupas femininas e descobriu dois vestidos guardados em uma gaveta e uma caixinha de música. A compreensão nesse caso não foi angustiante e sim o oposto, pois alimentou a expectativa da mãe de que sua filha ainda poderia mudar de ideia e retomar sua identidade de gênero feminina, alinhada ao seu sexo designado ao nascimento.

Alguns familiares se mostraram aflitos, desejando que seus filhos fossem mais decididos e optassem de uma vez por qual gênero gostariam de atender, pois em um momento apresentam uma identidade feminina e em outro masculina, sendo que, dessa forma, a confusão de nomes e pronomes em diálogos se dissiparia. O descontentamento aparece quando precisam usar o nome social em sua casa e o nome de registro na casa de familiares, gerando sentimento de culpa ao cometerem deslizes ou por estarem omitindo a mudança de seus familiares mais próximos. A empatia também proporcionou à enfermeira/o informar os pais sobre a importância de se admitir frustrações mútuas e do apoio emocional do cônjuge ou de uma pessoa próxima e querida.

Reunir pessoas que estão enfrentando problemas semelhantes, sejam eles questões de saúde, problemas de relacionamento ou grandes mudanças na vida é a grande característica dos grupos de apoio. Tratando-se de questões de saúde, geralmente os membros de uma família são incentivados a contar apenas a história médica ou a narrativa da doença, em vez da história do entorno e de sua própria experiência. No entanto, quando os enfermeiros criam um ambiente de confiança para a expressão aberta dos sentimentos e incentivam familiares a contar as suas próprias narrativas, percebe-se que eles não insistem apenas nas circunstâncias do sofrimento, mas também presenteiam seus interlocutores com histórias de força e tenacidade^{20,45-47}.

Nesse contexto, a enfermeira/o é capaz de acessar o domínio afetivo do funcionamento da família, ajudando os membros a ouvirem as preocupações e sentimentos um do outro. Ao promover oportunidades de expressão de emoções, o

profissional de saúde pode capacitar a família a desenvolver sua própria força e recursos para apoiar um ao outro. Esse tipo de apoio familiar pode impedir que as famílias sejam indevidamente sobrecarregadas ou derrotadas pela situação^{20,52}.

As perturbações criadas pela mudança caracterizada pela fluidez de gênero também são atribuídas ao modo como esse membro se expressa na sociedade, levantando a questão de hiperfeminilidade e hipermasculinidade. A compreensão de que o filho, designado com o sexo feminino ao nascer, agora está desvelando uma identidade de gênero masculina e mesmo assim mantém comportamentos ditos femininos como delicadeza, sensibilidade, amorosidade não acontece com clareza para essas famílias. Os dados corroboram o achado de outro estudo no momento em que uma mãe trouxe o discurso de que o marido estava aceitando a transição mas “[...] se ele vai ser um menino, ele precisa ser um menino masculino, não feminino”⁵³.

Pesquisadores da área reforçam a necessidade de intervenções uni e multifamiliares que se concentrem nos aspectos parentais. Entretanto, a enfermeira/o pode se deparar com um obstáculo ao tentar engajar os pais em intervenções em grupo, que é o estigma ligado à não conformidade de gênero e à homossexualidade. Os pais podem se sentir muito envergonhados ou também podem recusar outras intervenções após sentirem que o terapeuta não conseguiu “corrigir o problema” de seu filho^{20,45-47,53}.

O padrão heteronormativo estabelece a dicotomia homem/masculino e mulher/feminino. Logo, a sexualidade deve ser coerente ao sexo designado ao nascimento, portanto, natural. Assim, um homem não pode ser delicado, amoroso e frágil, do mesmo modo que uma mulher não pode ser bruta⁵⁴. Contudo, as pessoas transexuais transpassam o preestabelecido como biológico e natural. As imposições e restrições que o padrão heterocisnormativo exerce na população acabam tornando obrigatória a adequação de papéis e comportamentos de acordo com o sexo designado ao nascimento, sendo que os que não seguem esse padrão restritivo passam por situações de inibição, violência e não reconhecimento de sua identidade⁵⁴.

Crianças e adolescentes com incongruência de gênero são considerados um dos grupos escolares mais marginalizados e oprimidos. Alguns estudos sugerem que minorias sexuais estão ganhando maior visibilidade e, conseqüentemente, maior

aceitação. Entretanto, estudantes com incongruência de gênero continuam a enfrentar um clima escolar mais hostil se comparado aos seus colegas homossexuais, bissexuais ou *queer*⁵⁵.

O cuidado de enfermagem deve então enfatizar a importância dos papéis dos pais, não no desenvolvimento da não conformidade de gênero, nem na cura da mesma, mas em sua capacidade de encontrar formas colaborativas de nutrir seus filhos, de apoiar sua personalidade e escolhas. Essas medidas são essenciais para estabelecer limites, garantir a segurança e preparar para tomar decisões informadas sobre a potencial transição médica e social ou a falta dela. As consultas e os grupos de apoio podem auxiliá-los a encontrar um ritmo ideal sem pressão, permitindo que o filho apresente o caminho para a sua autorrealização, enquanto eles permanecem encarregados de escolher as estradas mais seguras e amorosas⁵³.

Em geral, o período da adolescência é caracterizado por transtornos e transições intensas, grandes mudanças biológicas, emocionais e socioculturais com crescente rapidez. Amigos, redes sociais, internet, tudo isso compete pela atenção do adolescente. Enquanto todos os membros mantêm relacionamento familiar, os adolescentes se envolvem mais com pessoas fora desse círculo. Essas transições dentro do ciclo vital da família podem ser estressantes, pois desafiam os laços afetivos já existentes²⁰.

Além dos transtornos naturais dessa fase do ciclo da vida, todos os adolescentes desta pesquisa apresentavam psicopatologias como ansiedade, depressão, transtornos de comportamento e episódios de tentativas de suicídio e esses eram mais citados como fonte de angústia. Essa inquietação parece transpassar a apreensão gerada pelas questões referentes ao gênero, porém, aponta para um pensamento de patologização, em um cenário no qual associam as expressões de gênero incongruente a sintomas de uma psicopatologia. Muitos familiares não estão preparados para a intensidade da insistência, persistência e consistência da maneira como a disforia de gênero se apresenta e se apoiam nessa temática para justificar as ações de seus filhos.

O conflito com as normas de gênero faz repensar a ideia de que a normalidade é caracterizada pela continuidade entre sexo biológico e gênero. Diante dessa incompatibilidade, o social cria formas de não aceitação, de tentar normalizar, atribuir a fatores externos, corrigir esse corpo que, sob a perspectiva da

heteronormatividade, difere. A patologização tem sido uma forma de enquadramento, seja pela ciência ou pela sociedade, tornando-se um impedimento para que a pessoa seja do jeito que deseja ser e, então, incorrendo em uma situação de adoecimento mental⁵⁶.

A resistência à patologização é uma luta contra uma sociedade hetero e cisnormativa, que tenta ditar regras de como as pessoas devem ser. Além disso, há também a Lei da Identidade de Gênero (Lei nº 26.743, 2012), que declara a diversidade sexual e de gênero como direito individual, reconhecendo a população trans, possibilitando a modificação do nome e do gênero nos documentos de identidade, trazendo visibilidade para procedimentos de modificação corporal, sem a necessidade de um laudo médico ou psicológico⁵⁶⁻⁵⁷.

Percebeu-se que, à medida que os familiares participavam mais das atividades do ambulatório, se tornavam mais frequentes e, conseqüentemente, mais preparados e instruídos sobre a incongruência de gênero. Desse modo, os discursos foram apresentando mudanças que, possivelmente, poderão ser identificadas ao longo do processo de cuidado, ultrapassando o período desta pesquisa.

Independentemente dessa associação errônea que fortalece a patologização da transgeneridade, observou-se que apenas um dos filhos dos participantes não estava em acompanhamento psiquiátrico e em uso de psicotrópicos. Todos estavam em acompanhamento psicológico. As queixas incluíam disforia de gênero, sintomas depressivos, ansiosos, distanciamento social, *cutting* e Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Esses dados corroboram os achados em estudos anteriores que sugerem que aproximadamente 45% dos adolescentes atendidos em serviços especializados de identidade de gênero na Europa e América do Norte apresentam alguma psicopatologia⁵⁸⁻⁶⁰.

Todos os adolescentes devem ser avaliados quanto a distúrbios de saúde mental, incluindo depressão, ansiedade e risco para suicídio. O adolescente com incongruência de gênero pode se beneficiar do encaminhamento a profissionais de saúde mental por várias razões e o acolhimento familiar e a psicoterapia podem ser necessários para abordar a disforia de gênero, os distúrbios de humor comórbidos e o efeito dessas condições no resto da família⁵³.

Os sintomas depressivos aparecem como grande preocupação dos pais participantes deste estudo. Uma das mães relata que o filho de 17 anos terminou o

ensino médio e parou de estudar, dizendo não se sentir capaz. A angústia é maior ao ver que os amigos do filho, que também são trans, foram aprovados em universidades públicas, tiraram habilitação para dirigir e estão se tornando mais independentes dos pais. O cuidado de enfermagem nessa situação se pautou em acessar os domínios afetivos e comportamentais, estimulando a fala por meio de perguntas circulares para exposição de seus sentimentos e preocupações sobre essa situação.

Estudos apontam que fatores cognitivos, como expectativas negativas para o futuro, também são fortemente associados a níveis elevados de desesperança, depressão e ansiedade em indivíduos com não conformidade de gênero, assim como em indivíduos cisgêneros⁶¹⁻⁶⁴. Do ponto de vista psicopatológico, as síndromes depressivas têm como elementos mais salientes o humor triste e o desânimo. Entretanto, elas se caracterizam por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideológicos e cognitivos, relativos à autovalorização, à vontade e à psicomotricidade. Percebem-se as alterações de autoavaliação quando os pais trazem a identificação de sentimentos de autoestima diminuída, de insuficiência, de incapacidade, de vergonha e autodepreciação⁶⁵.

Pais de um dos pacientes apresentaram a sensação de serem estranhos na casa, devido ao distanciamento que o filho cria na casa, mantendo-se isolado no quarto e que a interação deles se resume em responder ao que é perguntado. O funcionamento da família está intimamente relacionado ao bem-estar físico e psicológico de seus membros e seu comprometimento o afeta como um todo. Altos níveis de conflito e desacordo entre pais e filhos têm impacto negativo na saúde mental dos adolescentes. Além disso, psicopatologias como a depressão podem aparecer sempre que as necessidades básicas de desenvolvimento individual não são atendidas pelo ambiente social e físico^{20,65}.

A mesma família mostrou o sentimento de desesperança quando seu filho diz que vai abandonar as aulas de teatro, único momento em que o filho desenvolvia algum tipo de interação social fora de casa. Ao discutir esse fato com um profissional, a mãe é aconselhada a não se desesperar, já que é normal para um adolescente desistir de coisas. Entretanto, sabe-se que as relações sociais são importantes para o desenvolvimento psicossocial, mesmo fora da consolidação da identidade de gênero. Assim, a enfermeira/o desenvolveu o cuidado de resgatar os rituais que

sempre existiram na casa, como os jantares e assistir a filmes juntos, pela televisão, enaltecendo os pontos fortes da família e estimulando o relacionamento social.

Muitos jovens com incongruência de gênero apresentam prejuízo no relacionamento interpessoal e evitam participar de atividades sociais devido ao seu senso de não pertencimento. No entanto, a ansiedade e a depressão podem diminuir à medida que a transição social vai acontecendo, e assim muitos adolescentes podem se beneficiar da participação em diferentes interações e atividades sociais, como equipes esportivas, por exemplo. Esse processo não apenas permitirá que eles interajam com outras pessoas do mesmo gênero afirmado, mas também agregará às necessidades de desenvolvimento que antes eram evitadas devido à incongruência de gênero⁶⁶.

Receber apoio social e poder acessar esses recursos também moldou a maneira pela qual os jovens passaram a entender sua identidade de gênero. O apoio social aos participantes tomou muitas formas, incluindo apoio profissional, grupos de apoio e interações, com outros jovens transgêneros e suas famílias, e apoio comunitário mais amplo⁶⁷.

Embora as alterações da saúde mental tenham gerado grande angústia nos pais, foi possível identificar que apresentavam um ponto forte a ser exaltado, que levaria ao caminho para se pensar em como atuar em face dessas situações.

É muito importante observar os pontos fortes. Eles podem ser utilizados com eficácia para melhorar a vida familiar. Mais especificamente, podem ser ligados aos problemas e usados como recursos eficazes em sua solução. É crucial indagar a família se o que ela considera seus pontos fortes particulares se contrapõem àqueles classificados de forma arbitrária pela enfermeira/o²⁰.

Atualmente, há evidências crescentes de que o apoio social está ligado a melhores resultados de saúde mental entre adolescentes e adultos transgêneros, o que corrobora pontos fortes evidenciados nas famílias entrevistadas: a capacidade de dar apoio, segurança e incentivo e também de autoajuda e de aceitar ajuda, quando apropriado^{58-60,68-71}.

A importância contínua dos pais na vida dos jovens é indiscutível: começando ao nascimento, estendendo-se até a adolescência e até mesmo na idade adulta emergente, afetando todas as relações além daquelas com os pais, e determinando o próprio sentido do indivíduo de autoestima⁷². Nesse sentido, estudos

apontam que crianças e adolescentes com questões de gênero demonstram melhor resiliência em relação à sua saúde mental quando fazem parte de um ambiente familiar que os apoia⁷³.

Tal fortaleza foi observada no discurso de todos os pais entrevistados neste estudo, mesmo naqueles que não são totalmente a favor da transição de gênero de seus filhos. A capacidade para apoiá-los em suas decisões foi unânime. O cuidado em enfermagem no sistema familiar, como um todo, procurou ser desenvolvido nesse sentido em todos os encontros, fossem eles individuais ou coletivos, incentivando o apoio.

Uma mãe contou que apoiou seu filho quando decidiu deixar os cabelos compridos, mesmo sofrendo *bullying* na escola. Ela conta que, quando soube o que estava acontecendo na escola, sugeriu ao filho que cortasse os cabelos para que não sofresse. A criança então responde que os ataques aconteciam apenas durante o intervalo de 15 minutos e que conseguia aguentar. Após essa resposta, a mãe se reuniu com a direção da escola, explicando a decisão do filho e pedindo ajuda para que pudessem apoiá-lo nesse momento. Desde então, a mãe refere ter percebido melhora nas expressões da criança, que sempre voltava da escola com a feição triste.

Quando não são apoiados pela família, crianças e adolescentes com incongruência de gênero apresentam riscos maiores para discriminação, violência, rejeição familiar, depressão, ideação suicida e suicídio⁶⁹⁻⁷³. Nesse sentido, o cuidado de enfermagem diante dessa situação pode consistir em elogiar os recursos que a família e os indivíduos em questão já possuem, ajudando a mudar a percepção dos membros da família de si mesmos e aumentando a confiança que têm em suas próprias habilidades²⁰.

Apesar de alguns não estarem de acordo com a transição social, apoiam os filhos, tentando, entretanto, deixar a decisão final para eles, pois acreditam que assim não estão incentivando o comportamento. Uma mãe contou que a filha chegou em casa com os pedidos para realizar os exames laboratoriais necessários para avaliação endocrinológica para um possível tratamento hormonal. A mãe diz que tudo bem, se essa era sua decisão ela autorizava, porém, o filho ficaria responsável por agendar o exame e ir até o local. Desse modo, a mãe diz se isentar dessa responsabilidade, sem deixar de dar o apoio.

Desse modo, a construção do genograma, durante as consultas com as famílias, ajuda a enfermeira/o a desenvolver o cuidado ao identificar as pessoas mais próximas que podem fornecer o apoio necessário a esses adolescentes, mas também ao reconhecer aqueles que estão sofrendo com as mudanças e estão dispostos a aceitar ajuda²⁰.

Estudos apontam que as reações iniciais dos pais ao observar a não conformidade de gênero em seus filhos pequenos foram de confusão, preocupação e rejeição. A falta de conhecimento levava alguns familiares a relacionar a expressão de gênero com uma fase, tentando se justificar com declarações como “Por que você quer ser menina?” e “As meninas também podem brincar com caminhões e cabelos curto”⁷³⁻⁷⁵.

Entretanto, evidenciou-se que, tanto neste estudo como em anteriores, apesar da recusa inicial, com alguns meses de participação em sessões de terapia e nos grupos, as famílias começaram a demonstrar maior apoio, o que reforça a orientação de se utilizar essa intervenção no planejamento do cuidado de enfermagem. Tal fato é de extrema importância, considerando que o apoio familiar nessa população é responsável pela melhora da autoestima e dos sintomas depressivos e, conseqüentemente, a diminuição de tentativas de suicídio, reforçando a necessidade do desenvolvimento do cuidado de enfermagem a essa população⁷⁶⁻⁷⁹.

Embora alguns trabalhos sugiram que os pais contemporâneos possam ser tolerantes com alguns comportamentos de gênero em seus filhos, em geral preferem que meninos se entretendam com brinquedos tradicionalmente masculinos e meninas com femininos, e que sejam evitados comportamentos relacionados culturalmente ao sexo oposto. No entanto, a pesquisa também mostrou que os pais demonstram mais impressões negativas sobre o comportamento feminino em filhos. Por outro lado, quando o contrário acontece, quando a menina apresenta atitudes ditas masculinas, os familiares as reforçam positivamente⁸⁰.

Jovens com incongruência de gênero podem entrar em conflito com membros da família que não entendem ou não aceitam sua identificação de gênero. É importante avaliar a compreensão dos familiares sobre a questão e o conhecimento que possuem sobre o assunto. Em vista disso, o acesso ao domínio cognitivo, por meio do oferecimento de informações sobre questões de gênero e como lidar com os

adolescentes que estão passando pela transição de gênero, é de suma importância ao se pensar no cuidado de enfermagem a essas famílias⁸¹.

Na contramão do que alguns estudos apresentam, este estudo pôde entrevistar pais e mães, sendo que os pais muitas vezes demonstravam maior apoio a seus filhos do que as mães. Todos os pais presentes demonstraram maior tranquilidade em reconhecer suas dificuldades em entender a transição de gênero, não ocultando seu apoio, o que fortaleceu o uso dessa intervenção no cuidado de enfermagem. Coincidentemente ou não, apenas os pais de meninos trans estavam presentes nos grupos de familiares. Em estudos anteriores supõe-se que a não presença dos pais em suas amostras está relacionada a um grau menor de apoio a seus filhos transgêneros^{73,82}.

Rejeição familiar é uma experiência comum entre pessoas transgênero. Muitas vezes, os pais não reconhecem a identidade de gênero de seus filhos usando seus pronomes e nomes de nascimento, limitando sua expressão de gênero, questionando sua identidade de gênero e ameaçando e assediando-os querendo provar que tais mudanças estão associadas a sintomas depressivos e comportamentos suicidas⁸⁰. Apesar dessas situações se destacarem nas falas dos familiares deste estudo, em nenhum momento apresentaram-se como comportamentos punitivos, mas sim como dificuldades em modificar hábitos. Todos se mostraram abertos e dispostos a se policiar para utilizar o nome e pronome preferido por seus filhos. A evolução pôde ser percebida ao longo dos encontros: nos primeiros momentos de reunião, apenas um dos familiares apresentou seu filho pelo nome social. No último encontro, todos os pais se referiram aos seus filhos do modo como gostariam.

Elogiando a competência e os pontos fortes das famílias e oferecendo-lhes uma nova opinião por si só, foi criado um contexto de mudança, permitindo que as famílias descubram a solução para seus próprios problemas. Ao mudar a visão que eles têm de si mesmos, as famílias frequentemente conseguem ver o problema de saúde de maneira diferente e, assim, avançar para soluções mais eficazes⁵².

Os resultados positivos obtidos por meio da abordagem apresentada neste estudo, fortalecem o conceito de que para oferecer um cuidado integral à população trans em geral é necessário conhecer seu contexto social e as questões que

influenciam sua vida. Cuidar da família da população trans, principalmente quando se pensa em crianças e adolescentes, é concebido como uma ação fundamental.

É impreterível às/aos enfermeiras/os e demais profissionais da saúde conhecer as necessidades das pessoas trans e suas famílias, ouvir o que elas têm a dizer, compartilhar saberes sobre seus próprios entendimentos, percepções de atendimento e do que é saúde para elas e, assim, prestar um cuidado mais adequado a essa população²².

Muitas pessoas trans relatam ter dificuldades de atendimento nas instituições públicas e privadas de saúde, na maioria das vezes perpetuadas por julgamentos morais dos profissionais que o atendem. E quando falamos de crianças e adolescentes estes obstáculos se estendem a seus familiares. A enfermeira/o, frequentemente tida como referência do primeiro contato da pessoa com o serviço ambulatorial ou hospitalar, tem a responsabilidade de proporcionar um ambiente seguro e livre de preconceito, compreender as nuances que envolvem a identidade de gênero e diminuir sua estigmatização²².

Assim, esse estudo ofereceu sua contribuição para o cuidado de enfermagem integral à pessoa trans.

Experiências de uma enfermeira/o ao cuidar de familiares de crianças e adolescentes com incongruência de gênero em um ambulatório

De uma perspectiva em que a medicalização tenta normalizar a vida, é preciso ter em mente que as disparidades de saúde são estruturalmente produzidas pelas instituições sociais, legais e médicas transfóbicas e heteronormativas de nossa sociedade, a desmedicalização do *queer* implica a desconstrução dos motivos que fazem a heterossexualidade permanecer no manto.

Atuar em um ambulatório de gênero e sexualidades em um hospital universitário, médico-centrado de uma universidade pública, foi um grande desafio. O período em que o ambulatório começou a tomar forma coincidiu com um período eleitoral presidencial que propagava um discurso de ódio para a população que não se adequasse aos moldes da “família tradicional brasileira”.

Entretanto, o conhecimento da luta e do sofrimento sentido pela população LGBTQI+ nesse período serviu como alavanca para o desenvolvimento de trabalhos que voltassem a atenção para essas pessoas em nosso meio. As pessoas estavam

sofrendo. No caso desta pesquisa eram crianças e adolescentes. E eles não estavam sozinhos. Sempre apareciam acompanhados de seus familiares que lutavam para esconder suas expressões de angústia e focar nas necessidades de seus filhos.

O ambulatório cresceu dentro do espaço da medicina, mais especificamente da psiquiatria, idealizado por psiquiatras, pensando nas alterações da saúde mental que essas crianças e adolescentes poderiam desenvolver ao passar por um período de transição de gênero. As crianças seriam assistidas e medicadas conforme necessário para atenuar o sofrimento.

Apesar de complementares, os olhares da medicina e da enfermagem se diferenciam no momento em que a enfermeira entende que está ali para desenvolver o cuidado. O cuidado com a família deveria ser indissociável, principalmente quando estamos acolhendo pessoas que são dependentes, como crianças, adolescentes, idosos portadores de necessidades especiais.

Felizmente, houve a oportunidade de a autora atuar com profissionais da medicina, psicologia, fonoaudiologia, entre outros, que apresentaram uma essência que transpassou os limites de suas profissões. Foi tornando-se fácil conquistar o espaço, ser reconhecida e respeitada.

Assim, foi possível desenvolver uma proposta de cuidado em enfermagem para os familiares das crianças e adolescentes atendidos no ambulatório, relacionando o processo de enfermagem, os MCAIF e a literatura sobre incongruência de gênero na infância e adolescência.

5. Considerações finais

A abordagem metodológica do estudo de caso qualitativo contribuiu para conhecer a vivência da família da criança e do adolescente com incongruência de gênero, por meio da aplicação dos Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar em um Ambulatório de Gênero e Sexualidades na Infância e Adolescência.

Foi possível identificar os problemas dos familiares, caracterizados pelas dificuldades com a transição de gênero e pela preocupação com a saúde mental de seus filhos, mas também os pontos fortes, como a capacidade de dar apoio, segurança e incentivo e de aceitar ajuda.

Conhecer as vivências dessas famílias proporcionou a compreensão de que o cuidado de enfermagem a essa população, baseado em um modelo de avaliação e intervenção, é de extrema importância à medida que possibilitou o

desenvolvimento de um relacionamento de confiança mútua e empatia e favoreceu a narrativa dessas famílias para expressar seus sentimentos e problemas e aprender a utilizar de seus pontos fortes para criar ferramentas para lidar com eles.

As intervenções realizadas, consulta de enfermagem e grupo de familiares permitiram a troca de experiências, fortalecendo o apoio à criança e ao adolescente com incongruência de gênero. Considerando que o apoio familiar nessa população é responsável pela melhora da autoestima e dos sintomas depressivos e, conseqüentemente, a diminuição de tentativas de suicídio, reforça a necessidade do desenvolvimento do cuidado de enfermagem a essa população.

Considerando o cenário apresentado, esta tese abre possibilidades para o desenvolvimento de novos estudos de intervenção em enfermagem com essa população.

Aponta-se, por fim que este estudo apresentou como limitação o fato de ser um caso recortado de um único ambulatório, compreendendo apenas as famílias estudadas.

Referências Bibliográficas

1. Alegria CA. Gender nonconforming and transgender children/youth: Family, community, and implications for practice. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2016; 28(10):521-527.
2. Shumer DE, Nokoff NJ, Spack NP. Advances in the Care of Transgender Children and Adolescents. *Advances in Pediatrics.* 2016; 63(1), 79–102.
3. Coleman E et al. Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero. 2012 World Professional Association for Transgender Health (WPATH).
4. Carlström R, Ek S, Gabrielsson S. “Treat me with respect”: transgender persons’ experiences of encounters with healthcare staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2020; 35(2):600-607.
5. Clark TC, Lucasen MFG, Bullen P, Denny SJ, Fleming, TM, Robinson EM, Rossen, FV. The health and well being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey. *Journal of Adolescent Health.* 2014;55,93–99.
6. Ehrensaftl D. Gender nonconforming youth: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther.* 2017;8:57-67
7. de Vries ALC, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality.* 2012; 59, 301–320.
8. Hill DB, Menvielle E, Sica KM, Johnson A. An Affirmative Intervention for Families With Gender Variant Children: Parental Ratings of Child Mental Health and Gender. *J Sex Marital Ther.* 2010;36(1):6-23.
9. McCann E. People who are transgender: mental health concerns. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2015;22(1):76-81.
10. Heino E, Ellonen N, Kaltiala R. Transgender Identity Is Associated With Bullying Involvement Among Finnish Adolescents. *Front Psychol.* 2021;11:612424.
11. Liang H, Flisher AJ, Lombard CJ. Bullying, violence, and risk behavior in South African school students. *Child Abuse Neglect.* 2007; 31(2):161-71.
12. Kaltiala-Heino R, Fröjd S. Correlation between bullying and clinical depression in adolescent patients. *Adolesc. Health Med. Therap.* 2011;2(1):37-44

13. Heikkilä HK, Väänänen J, Helminen M, Fröjd S, Marttunen M, Kaltiala-Heino R. Involvement in bullying and suicidal ideation in middle adolescence: a 2-year follow-up study. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. 2013;22(1):95–102.
14. Santos JS, Silva RNF, Márcia A. Health of the LGBTI+ Population in Primary Health Care and the Insertion of Nursing. *Escola Anna Nery* [online]. 2019;23(4):e20190162.
15. Simons L, Schragger SM, Clark LF, Belzer M, Olson J. Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2013; 53(6):791–793.
16. Carabez RM, Eliason MJ, Martinson M. Nurses' Knowledge About Transgender Patient Care A Qualitative Study. *ANS Adv Nurs Sci*. 2016; 39(3):257-71.
17. Azevedo AVS, Lanconi Junior AC, Crepaldi MA. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017; 22(11), 3653-3666.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: MS; 2004.
19. Silva KM, Santos SMA. Consulta de enfermagem na estratégia de saúde da família: realidade de um distrito sanitário. *Rev Enferm UFSM*. 2016;6(2):248-258
20. Wright LM, Leahey M. *Enfermeira/os e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2002
21. Eliason MJ, Dibble S, DeJoseph J. Nursing's silence on lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: the need for emancipatory efforts. *ANS Adv Nurs Sci*. 2010;33(3):206-18.
22. Rosa DF *et al.* Nursing Care for the transgender population: genders from the perspective of professional practice. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2019;72(1):299-306.
23. Yin RK. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman. 2015.
24. Isaacs AN. An overview of qualitative research methodology for public health researchers. *Int J Med Public Health* 2014;4(4)318-23.
25. Green J, Thorogood N. *Qualitative Methods for Health Research*. London: Sage Publications; 2004.
26. Cutcliffe JR, Goward P. Mental health nurses and qualitative research methods: a mutual attraction? *Journal of Advanced Nursing*, 2000;31(3): 590-598.

27. Rashid Y, Rashid A, Warraich MA, Sabir SS, Waseem A. Case Study Method: A Step-by-Step Guide for Business Researchers. *International Journal of Qualitative Methods*. 2019;18:1-13.
28. Freitas WRS, Jabbour CJC. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. *Estudo & Debate*. 2011;18(2):07-22.
29. André MEDA. O que é um estudo de caso qualitativo em Educação? *Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade*. 2013; 22(40) 95-103.
30. Santos KS, Ribeiro MC, Queiroga DEU, Silva IAP, Ferreira SMS. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020;25(2):655-664.
31. Bastos LC, Santos WS (Orgs.). *A entrevista na pesquisa qualitativa*. Rio de Janeiro:Quartet:Faperj; 2013.
32. Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: M. W. Bauer, & G. Gaskell (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes; 2002.
33. Lopes PF, Toledo VP. Instrumento para a avaliação familiar da criança com incongruência de gênero. *Rev enferm UFPE on line*. 2020;14:e244026.
34. Silva GRF, Macêdo KNF, Rebouças CBA, Souza AMA. Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. *Online braz j nurs [internet]*. 2006; 5 (2):246-257.
35. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
36. Queiroz DT, Vall J, Souza AMA, Vieira NFC. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *R Enferm UERJ*. 2007;15(2):276-83.
37. Kripka RML, Scheller M, Bonotto DL. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Revista de investigaciones UNAD*. 2015;14(2):55-73.
38. Silva AH, Fossá MIT. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualit@s Revista Eletrônica*. 2015;17(1).
39. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências [Internet]. 1986.
40. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009.

Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado [Internet]. 2009.

41. Oliveira SKP *et al.* Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2012;65(1):155-161.
42. Silva K, Santos S. A consulta de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: realidade de um distrito sanitário. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2016;6(2):248-258.
43. Lopes MHBM, Higa R, Dos Reis MJ, de Oliveira NR, Christóforo FF. Evaluation of the nursing process used at a Brazilian teaching hospital. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2010;21(3):116-23.
44. Dantas CN, Santos VEP, Tourinho FSV. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. *Texto contexto - enferm*. 2016;25(1):e2800014.
45. Benbenishty J. Family support group: a tool for nurses. *Nurs Crit Care*. 2015;20(6):282-3.
46. Murchison G. Supporting & Caring for transgender children. *American Academy of Pediatrics – Section on LGBT Health & Wellness*; 2016.
47. Coolhart D, Shipman DL. Working Toward Family Attunement: Family Therapy with Transgender and Gender-Nonconforming Children and Adolescents. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(1):113-125.
48. Wahlig JH. Losing the Child They Thought They Had: Therapeutic Suggestions for an Ambiguous Loss Perspective with Parents of a Transgender Child, *Journal of GLBT Family Studies*. 2015;11:4, 305-326.
49. Kristen Norwood. Grieving Gender: Trans-identities, Transition, and Ambiguous Loss, *Communication Monographs*. 2013;80(1): 24-45.
50. Shumer, D. E., Nokoff, N. J., & Spack, N. P. (2016). Advances in the Care of Transgender Children and Adolescents. *Advances in Pediatrics*, 63(1), 79–102.
51. Agana MG, Greydanus DE, Indyk JA, Calles JL, Kushner J, Leibowitz S, Cabral MD. Caring for the transgender adolescent and young adult: Current concepts of an evolving process in the 21st century. *Disease-a-Month*. 2019;65(2019):303–356.

52. Wright LM, Leahey M. Calgary family intervention model: one way to think about change. *Journal of Multal and Farrlry Therapy* 1994;20(4): 38-395.
53. Malpas J. Between Pink and Blue: A Multi-Dimensional Family Approach to Gender Nonconforming Children and their Families. *Family Process*. 2011;50(4), 453–470.
54. Vitali MM *et al.* “Homem é homem e mulher é mulher, o resto, sem-vergonhice”: representações sociais da transexualidade sobre comentários da internet. *Saude soc.* 2019;28(4)243-254.
55. Davy Z. School cultures and trans and gender-diverse children: parent’s perspectives. *Journal of GLBT Family Studies*.2017;16(2):1-19.
56. Grade C. Patologização da transexualidade a partir de uma revisão integrativa. *Psicologia, saúde & doenças*. 2019;20(2):435-451.
57. Lei nº 26.743 de 9 de maio de 2012. Estabelece o direito à identidade de gênero das pessoas. 2012.
58. Kaltiala-Heino R, Bergman H, Työlajärvi M, Frisén L. Disforia de gênero na adolescência: perspectivas atuais. *Adolesc Health Med Ther*. 2018; 9:31-41.
59. Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA, et al. Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*. 2012;129(3):418–425. 39.
60. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Tyolajarvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015;9:9.
61. Chodzen G, Hidalgo MA, Chen D, Garofalo R. Minority Stress Factors Associated With Depression and Anxiety Among Transgender and Gender-Nonconforming Youth. *J Adolesc Health*. 2019;64(4):467-471.
62. Horwitz AG, Berona J, Czyz EK, Yeguez CE, King CA. Positive and Negative Expectations of Hopelessness as Longitudinal Predictors of Depression, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior in High-Risk Adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 2017;47(2):168-176.
63. Kosnes L, Whelan R, O'Donovan A, McHugh LA. Implicit measurement of positive and negative future thinking as a predictor of depressive symptoms and hopelessness. *Conscious Cogn*. 2013;22(3):898-912.
64. MacLeod AK, Byrne A. Anxiety, depression, and the anticipation of future positive and negative experiences. *J Abnorm Psychol* 1996;105:286–9.

65. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed. 2000.
66. Wong W, Drake SJ. A qualitative study of transgender children with early social transition: parent perspectives and clinical implications. *International Journal of Social Sciences*. 2017;3(2),1970-1985.
67. Katz-Wise SL, Budge SL, Fugate E, Flanagan K, Touloumtzis C, Rood B, Perez-Brumer A, Leibowitz S. Transactional Pathways of Transgender Identity Development in Transgender and Gender Nonconforming Youth and Caregivers from the Trans Youth Family Study. *Int J Transgend*. 2017;18(3):243-263.
68. Conard LAE, Corathers SD, Trotman G. Caring for Transgender and Gender-Nonforming Youth. *Curr Pediatr Rep*. 2018;6, 139–146.
69. Ryan C, Russell ST, Huebner D, Diaz R, Sanchez J. Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2010;23(4):205-13.
70. Ryan C, Huebner D, Diaz RM, Sanchez J. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*. 2009;123(1):346-52.
71. Giovanardi G, Fortunato A, Mirabella M, Speranza AM, Lingiardi V. Gender Diverse Children and Adolescents in Italy: A Qualitative Study on Specialized Centers' Model of Care and Network. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):9536.
72. Katz-Wise SL, Rosario M, Tsappis M. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth and Family Acceptance. *Pediatr Clin North Am*. 2016; 63(6):1011-1025.
73. Alegría CA. Supporting families of transgender children/youth: Parents speak on their experiences, identity, and views. *International Journal of Transgenderism*. 2018;19(2),132–143.
74. Gregor C, Hingley-Jones H, Davidson S. Understanding the experience of parents of pre-pubescent children with gender identity issues. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 2015;32(3), 237–246.
75. Hill DB, Menvielle E. “You have to give them a place where they feel protected and safe and loved”: The views of parents who have gender-variant children and adolescents. *Journal of LGBT Youth*. 2009;6(2-3), 243–271.

76. Abreu RL, Rosenkrantz DE, Ryser-Oatman JT, Rostosky SS, Riggle EDB. Parental reactions to transgender and gender diverse children: A literature review. *J. GLBT Fam. Stud.* 2019;15, 461–485.
77. Grossman AH, D’Augelli A, Frank J. Aspects of psychological resilience among transgender youth. *J. LGBT Youth.* 2011;8, 103–115.
78. McCann E, Keogh B, Doyle L, Coyne I. The experiences of youth who identify as trans* in relation to health and social care needs: A scoping review. *Youth Soc.* 2017;51, 840–864.
79. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics.* 2016; 137(3), e20153223.
80. Thomas RN, Blakemore JE. Adults' attitudes about gender nonconformity in childhood. *Arch Sex Behav.* 2013 Apr;42(3):399-412.
81. Guss C, Shumer D, Katz-Wise SL. Transgender and gender nonconforming adolescent care: psychosocial and medical considerations. *Curr Opin Pediatr.* 2015;27(4):421-6.
82. Kivalanka KA, Weiner JL, Mahan D. Child, family, and community transformations: Findings from interviews with mothers of transgender girls. *Journal of GLBT Family Studies.* 2014;10(4),354-379.

Apêndice I – Ferramenta para consulta de enfermagem



Ambulatório de Gênero/ HC - Unicamp Consulta de Enfermagem - Família



Data atendimento: ___/___/___

Enfermeiro(a): _____

Nome do Familiar	Sexo	Idade	Parentesco
Profissão/Ocupação	Procedência		Telefone de Contato

Nome do Paciente	Nome Social	Idade
Procedência	HC	

Utiliza Unidade Básica de Saúde: Sim Não Se sim, qual?

Utiliza convênio médico: Sim Não Se sim, qual?

1. Razões do encaminhamento:

2. Discurso do familiar:

3. O que espera do ambulatório de gênero?

4. Avaliação Estrutural

a) Estrutura interna– Genograma e Ecomapa

- Composição familiar (família biológica e não biológica)

Genograma e Ecomapa

- O que é família para você?

b) estrutura externa

- Como é o contato da criança com os familiares? Com quem é mais próxima? Com quem tem mais afinidade?

c) estrutura contextual

- Etnia / Raça: _____
- Classe social: _____
- Espiritualidade (ou religião): _____

5. Avaliação do Desenvolvimento

a) Ciclo vital

b) Problemas de saúde (da criança e da família)

6. Avaliação Funcional

a) Atividades rotineiras da criança/familiares

b) Como a criança está lidando com a situação? Possui estratégias para solução de seus problemas?

c) Como o familiar está lidando com a situação? O que você pensa ser sua responsabilidade em relação a criança?

7. Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções
<p><input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais</p> <p>Relacionado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Falta de habilidades para resolver problemas <input type="checkbox"/> Habilidades de enfrentamento inadequadas <input type="checkbox"/> História familiar de resistência ao tratamento <p>Caracterizado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Habilidades ineficazes para resolução de problemas <input type="checkbox"/> Deterioração nos relacionamentos familiares <input type="checkbox"/> Dinâmica familiar perturbada <p>Disposição para processos familiares melhorados:</p> <p>Caracterizado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adaptação às mudanças <input type="checkbox"/> Cumprimento das tarefas de família <input type="checkbox"/> Comunicação adequada <input type="checkbox"/> Expressão do desejo de melhoria da dinâmica familiar <input type="checkbox"/> Flexibilidade dos papéis dos membros da família 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Melhora do enfrentamento <input type="checkbox"/> Mobilização familiar <input type="checkbox"/> Enfrentamento familiar <input type="checkbox"/> Resiliência familiar <input type="checkbox"/> Apoio da família durante o tratamento <input type="checkbox"/> Estado de saúde da família 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Apoiar o cuidador/família <input type="checkbox"/> Promover o envolvimento <input type="checkbox"/> Auxiliar a identificar na identificação dos serviços de saúde e recursos da comunidade que possam ser usados para melhorar a condição de saúde do paciente <input type="checkbox"/> Auxiliar a listar e priorizar as alternativas possíveis ao problema <input type="checkbox"/> Encaminhar o familiar para: _____ <input type="checkbox"/> Determinar quais as barreiras à assertividade <input type="checkbox"/> Promover o envolvimento familiar <input type="checkbox"/> Encorajar a aceitação das limitações dos outros

8. Evolução:

Apêndice II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONSULTA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DA CRIANÇA COM INCONGRUÊNCIA DE GÊNERO: ESTUDO DE CASO QUALITATIVO

Pesquisadora: Enf. Mestre Paula Fernanda Lopes

Orientadora: Prof^a Dr^a Vanessa Pelegrino Toledo

Número do CAAE: 00923018.6.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

Considerando o impacto da família na qualidade de vida da criança, especialmente se esta apresenta não conformidade de gênero, é de extrema importância que sejam apresentadas possibilidades para que o enfermeiro acolha essas famílias e que, juntos, identifiquem os problemas a serem trabalhados e intervenções a serem propostas.

Desse modo, esse estudo tem como objetivos: Apresentar a experiência de uma enfermeira/o ao realizar consultas de enfermagem com familiares de crianças com não conformidade de gênero em um Ambulatório de Gênero e Sexualidades na Infância e Adolescência com base nos Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar; e conhecer o mundo da família da criança com não conformidade de gênero e os significados que atribui às suas experiências cotidianas.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a: participar de consultas de enfermagem individuais, que acontecerão nas dependências do ambulatório de gênero do Hospital de Clínicas da Unicamp, nos mesmos horários dos atendimentos da criança, facilitando, assim, o seu comparecimento. As consultas serão gravadas por dispositivo de áudio e terão duração de aproximadamente 30 minutos. A fim de conhecer a dinâmica familiar, será utilizado um roteiro para nortear essas consultas.

Desconfortos e riscos:

A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas e não há riscos previsíveis para os participantes. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos critérios de ética em pesquisa com seres humanos conforme Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos oferece risco à sua dignidade.

Benefícios:

Participando desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto, entretanto, espera-se que este estudo possa colaborar para a qualidade do acolhimento dos enfermeiros à família da criança com não conformidade de gênero.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e Indenização:

Deixo claro que você não terá despesas pessoais em qualquer fase do estudo, portanto, não haverá nenhuma forma de ressarcimento em dinheiro, bem como nada será pago por sua participação. Você terá a garantia ao direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras:

Paula Fernanda Lopes, aluna do curso de Doutorado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem – Unicamp. R. Vital Brasil, 251 - Cidade Universitária, Campinas - SP, 13083-888 - Ambulatório de Gênero e Sexualidades na Infância e Adolescência - 2º andar. Telefone: (11) 973094478. E-mail: paula_feerd@hotmail.com

Profª Drª Vanessa Toledo, Docente da Faculdade de Enfermagem Unicamp. R. Tessália Vieira de Camargo, 126 - Cidade Universitária, Campinas - SP, 13083-887. Telefone: (19) 99884-1616 E-mail: vtoledo@unicamp.br

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a) participante: _____

Contato telefônico: _____

e-

mail (opcional): _____

—

_____ Data:
____/____/____.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguo, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data:
____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

Apêndice III - Termo de Autorização para Gravação de Voz

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, portador do R.G _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada "Consulta de enfermagem à família da criança com incongruência de gênero: estudo de caso qualitativo" poderá trazer e, entender especialmente o método que será utilizado para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, as pesquisadoras Paula Fernanda Lopes e Vanessa Pellegrino Toledo a realizar a gravação do som de minha entrevista, sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora Paula Fernanda Lopes e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento.

Campinas, São Paulo. Data: ___/___/___

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

Anexo I – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSULTA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DA CRIANÇA COM NÃO CONFORMIDADE DE GÊNERO: ESTUDO DE CASO QUALITATIVO

Pesquisador: Paula Fernanda Lopes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 00923018.6.0000.5404

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.049.342

Apresentação do Projeto:

Introdução

Crianças podem vestir roupas e se divertir com brincadeiras ou brinquedos que são associadas ao sexo oposto, o que não é incomum. Embora, tipicamente, esses sejam comportamentos temporários e não indique uma predileção por expressões de gênero cruzado, algumas crianças podem persistir em uma não-conformidade de gênero ao alcançarem a adolescência¹. A prevalência de crianças e adolescentes com não conformidade de gênero é difícil de determinar; estima-se que corresponde a 0,3% a 1,2% da população. A dificuldade em obter um número mais preciso ocorre devido a várias razões, tais como relutância de fornecer informação, métodos de pesquisa inadequados e o desafio na definição de termos para descrever essa população²⁻³. Cabe neste ponto, então, expor uma breve definição de alguns dos termos utilizados atualmente. A não- conformidade de gênero, ou variabilidade de gênero, refere-se à medida que a identidade ou expressão de gênero de uma pessoa difere das normas e expectativas sociais atribuídas ao seu sexo designado ao nascer em uma determinada cultura e período histórico. A identidade de gênero é o grau em que se identifica como sendo masculino ou feminino o que, muitas vezes, pode ser confundida pela população em geral como orientação sexual, que se refere à atração emocional e sexual de uma pessoa para um sexo particular¹⁻². Cisgêneros são os indivíduos que apresentam a identidade congruente com seu sexo de nascimento. Transgênero é o adjetivo usado

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: oep@fom.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.049.342

para descrever um grupo diversificado de pessoas cujas identidades de gênero diferem em diversos graus do sexo com o qual foram designadas ao nascer. O termo, às vezes, contrasta-se com "transsexual". Nesse caso, "transgênero" refere-se a pessoas que não alteraram ou não desejam modificar os caracteres sexuais primários com que nasceram. Genderqueer: Pode ser usado por pessoas cuja identidade e/ou papel de gênero não se ajusta a uma compreensão binária de gênero como algo limitado às categorias de homem ou mulher, masculino ou feminino². Crianças podem começar a apresentar comportamentos de não conformidade de gênero desde os 2 ou 3 anos de idade. Podem expressar um desejo de ser do outro sexo e infelicidade com relação a suas características físicas sexuais e suas funções. Nesses casos, o padrão de cuidado é que a criança seja apoiada e não envergonhada, e que o comportamento de não conformidade de gênero seja aceito¹. Uma pequena parte dessas crianças pode vir a desenvolver na adolescência um incômodo ou desconforto causado pela discordância entre a identidade de gênero e o sexo designado à pessoa ao nascer (e o papel de gênero associado e/ou características sexuais primárias e secundárias), o que é denominado disforia de gênero. Entretanto, muitas delas não se tornarão adolescentes com disforia de gênero, então a abordagem recomendada é o modelo watchful waiting¹⁻⁵. O modelo watchful waiting foi desenvolvido pelos membros da equipe interdisciplinar do centro de expertise em disforia de gênero de Amsterdam, da University Medical Center, sob a liderança da Dra. Peggy Cohen-Kettenis. Essa equipe é responsável por introduzir o uso de bloqueadores puberais para colocar uma pausa no crescimento da puberdade e fornecer mais tempo para que um jovem explore seu gênero e consolide sua identidade de gênero adolescente, com uma possibilidade futura de hormônio terapia para alinhar seus corpos com suas identidades de gênero^{1,4-5}. As demonstrações de não conformidade de gênero nas crianças como sua identificação, suas expressões, ou ambas, não devem ser manipuladas de forma alguma, mas sim observadas durante o tempo. Se a identificação persistir, são disponibilizadas intervenções para que a criança consolide uma identidade transgênero, uma vez que são considerados os interesses da criança por meio de intervenções terapêuticas e avaliação psicométrica. Essas intervenções incluem transição social, bloqueio puberal e, no futuro, cirurgias de afirmação de sexo. Não são realizadas tentativas de alterar expressões ou identidade de gênero dessas crianças. Ainda postula-se neste modelo que seria melhor esperar até a puberdade em quaisquer transições sociais de uma criança de um gênero para outro e em vez disso, dar-lhes espaços seguros para expressar plenamente seu sexo como eles preferem antes de facilitar qualquer transição de gênero⁴⁻⁵. Dito isto, não há dúvida de que as crianças com variabilidade de gênero apresentam pais com desafios especiais. Este é especialmente o caso se os pais desaprovam suas crianças com

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: oep@fom.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.049.342

não conformidade de gênero. Os pais podem, contudo, experienciar um dilema: por um lado, eles podem reconhecer a importância de apoiar os desejos de seus filhos; Por outro lado, eles podem ficar angustiados, pois essa criança pode estar exposta ao ostracismo social, ser alvo de violência e geralmente ter uma vida difícil^{1,6}. Como resultado do sofrimento psicológico experimentado devido ao estigma e discriminação da sociedade, a criança pode sofrer fatores estressantes. Tal fato é observado em outras populações minoritárias e é chamado de estresse de minoria, conceito que está muitas vezes relacionado ao desenvolvimento de transtornos mentais como depressão, ansiedade e suicídio⁷. Considerando a vulnerabilidade dessas crianças, a presença do apoio familiar aparece, então, como grande influenciadora na disposição para melhora de problemas de saúde oriundos do estresse que a criança pode vivenciar. Em um estudo com 66 indivíduos transgêneros, de 12 a 24 anos, foram encontrados como resultados uma maior resiliência, menos sintomas de depressão e melhora na qualidade de vida geral nos jovens que tem apoio familiar^{1,8}. Muitas famílias poderiam se beneficiar por meio do acolhimento de profissionais de saúde com experiência em trabalhar com crianças com não conformidade de gênero. Essas famílias precisam ser acolhidas de maneira personalizada, por meio da escuta que possibilite identificar as principais queixas, de forma a humanizar esse cuidado. De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), humanizar significa inicialmente valorizar os sujeitos envolvidos (criança, família, equipe de saúde), e por meio do acolhimento enfatizar a escuta atenta, desenvolver a capacidade de empatia, oferecer apoio, identificar as queixas, e estabelecer vínculos⁹⁻¹¹. De forma específica, o acolhimento oferecido pela enfermeira aos familiares de crianças com não conformidade de gênero é considerado importante para minimizar a ansiedade dos pais em relação às inúmeras inquietações que possam surgir. Nesse sentido, compreender as repercussões da criança e da família, a exemplo de mudanças em seu cotidiano, rotina escolar, conflitos familiares, representa uma habilidade a ser desenvolvida pela enfermeira para que possibilite oferecer uma assistência adequada às suas necessidades individuais⁹⁻¹⁰. A fim de estabelecer um ambiente que facilite a identificação das questões da família, a enfermeira pode utilizar uma ferramenta que visa prioritariamente a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos: a consulta de enfermagem (CE). A CE possibilita à enfermeira acolher essas famílias, identificar, junto a elas, os problemas a serem trabalhados e sugerir intervenções¹². A realização da CE envolve tomada de decisão baseada em conhecimentos científicos e procedimentos que são sistematizados e avaliados constantemente, tomando-se um importante instrumento para o desenvolvimento do pensamento clínico necessário para o cuidado de enfermagem. Entretanto, a criatividade e a flexibilidade no desenvolvimento da CE são diferenciais que tomam possíveis a utilização de

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: oep@fom.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.049.342

outros mecanismos de intervenção como a escuta, o acolhimento e o vínculo¹². A criação do vínculo com essas famílias é de extrema importância. É essencial que elas saibam que estão sendo ouvidas e de que continuarão sendo ouvidas e apoiadas pela equipe de saúde¹³. O enfermeiro tem o compromisso, bem como a obrigação ética e moral, de envolver as famílias em seus cuidados de saúde. A teoria, a prática e a pesquisa de enfermagem apresentaram evidências de que a família tem um impacto significativo sobre a saúde e o bem-estar de cada um de seus membros. Essa evidência deve impelir e obrigar o enfermeiro a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem¹³. A literatura de enfermagem é em sua maior parte silenciosa sobre o cuidado de enfermagem de pacientes transgêneros e com não conformidade de gênero, ainda mais quando se trata de crianças e adolescentes, o que contribui para uma considerável confusão, falta de conhecimento e incerteza sobre como interagir com esses pacientes e suas famílias^{9,14}. Uma parte crucial do papel do enfermeiro no cuidado a essas crianças é o suporte psicológico à família, dessa forma são necessários competência e conhecimento no atendimento a esse grupo minoritário⁷. No Brasil existem apenas três serviços que atendem e acompanham crianças com não conformidade de gênero - o AMTIGOS (Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual) da Universidade de São Paulo (USP), o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e, mais recentemente, o Ambulatório de Gênero na Infância da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Não há conhecimento da atuação da enfermagem nos dois primeiros ambulatórios, apenas no último, representada pela pesquisadora em questão. Dessa forma, considerando a importância da enfermagem no cuidado a família, esse estudo se justifica por representar as primeiras publicações relatando a experiência de uma enfermeira em um ambulatório de gênero na infância no Brasil. Tais experiências remetem ao envolvimento da família no cuidado de enfermagem, processo que está sendo construído no referido ambulatório pela pesquisadora, no âmbito do modelo Watchful Waiting. Considerando as evidências do impacto da família na qualidade de vida da criança, especialmente se esta apresenta não conformidade de gênero, é de extrema importância que sejam apresentadas possibilidades para desenvolver o cuidado de enfermagem a essas pessoas.

Hipótese

Pode se pensar que a apresentação da experiência da enfermeira ao realizar consultas de enfermagem com a família da criança com não conformidade de gênero auxilie na busca pelo conhecimento com relação a esse tema na área de atuação de enfermagem. Também acredita-se

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: oep@fom.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.049.342

que o conhecimento do mundo da criança com não conformidade de gênero pelo enfermeiro pode contribuir para a qualidade do cuidado prestado a suas famílias.

Metodologia Proposta

Tem como referencial metodológico a estratégia de estudo de casos qualitativo, apoiado pelo referencial teórico dos Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção da Família. Serão realizadas entrevistas em consultas de enfermagem com 24 familiares das 12 crianças atendidas no ambulatório de gênero na infância de um hospital do interior paulista, com duração de no máximo 30 minutos, e que serão gravadas por um dispositivo de áudio. Será utilizado um instrumento pré-elaborado com base no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção da Família, enfocando a avaliação estrutural, do desenvolvimento e do funcionamento instrumental e expressivo das famílias. Posteriormente as entrevistas serão transcritas na íntegra utilizando o próprio vocabulário dos sujeitos da pesquisa para a formação dos textos e serão identificados com nomes fictícios, garantindo o sigilo do nome dos participantes. A seguir, estes dados serão analisados à luz do próprio referencial sistêmico, apresentando os casos individualmente, procurando mostrar os diversos pontos de vista, representados pela família das crianças atendidas no ambulatório, sem a pretensão de avaliar e interpretar os "certos" ou "errados" dos eventos.

Critérios de Inclusão e Exclusão (Quando houver)

Critério de Inclusão:

Pertencer à família da criança, ter mais de 18 anos e ter relacionamento direto com ela em seu cotidiano.

Critério de Exclusão:

Familiares que não tiverem disponibilidade para comparecer às consultas de enfermagem no período de coleta de dados e participantes que relatem a pesquisadora, durante as consultas, desconforto significativo, mesmo tendo concordado em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: oep@fom.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.049.342

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Apresentar a experiência de uma enfermeira ao realizar consultas de enfermagem com familiares de crianças com não conformidade de gênero em um ambulatório de gênero na infância com base nos Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar.

Objetivo Secundário:

Conhecer o mundo da família da criança com não conformidade de gênero e os significados que atribui às suas experiências cotidianas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo informações do pesquisador:

Riscos:

A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas e não há riscos previsíveis para os participantes. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos critérios de ética em pesquisa com seres humanos conforme Resolução no 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos oferece risco à sua dignidade. O participante poderá suspender ou se recusar a participar da pesquisa em qualquer momento.

Benefícios:

Este estudo não trará nenhum benefício direto ao participante, entretanto, espera-se que possa colaborar para a qualidade da atuação do enfermeiro frente à família da criança com não conformidade de gênero.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este protocolo se refere ao projeto de pesquisa intitulado CONSULTA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DA CRIANÇA COM NÃO CONFORMIDADE DE GÊNERO: ESTUDO DE CASO QUALITATIVO. A pesquisa se enquadra na área temática de Ciências da Saúde e embasará a Tese de Doutorado em Enfermagem da pesquisadora responsável.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: oep@fom.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.049.342

A pesquisadora responsável é a Ma. Paula Fernanda Lopes, com a assistência de sua orientadora Profa. Dra. Vanessa Pellegrino Toledo.

A pesquisa será realizada no "no Ambulatório de Gênero na Infância de um hospital de ensino, no interior do Estado de São Paulo", em 24 familiares (pais, irmãos e família estendida se forem maiores de idade) de 12 crianças atendidas no ambulatório de gênero na infância do Hospital de Clínicas da Unicamp.

Segundo o cronograma apresentado, as pesquisas serão realizadas entre 31/01/2019 e 28/06/2019.

Segundo a pesquisadora, a proposta é:

"Crianças com não conformidade de gênero apresentam pais com desafios especiais. Este é especialmente o caso se os pais desaprovam seus comportamentos. A família pode, contudo, experienciar um dilema: por um lado, ela pode reconhecer a importância de apoiar os desejos da criança; Por outro lado, ela pode ficar angustiada, pois essa criança pode estar exposta ao ostracismo social, ser alvo de violência e geralmente ter uma vida difícil. Desse modo faz-se importante que o enfermeiro inclua essas famílias no cuidado, buscando acolhê-las, identificar os problemas potenciais e propor intervenções para a melhoria da qualidade de vida das pessoas envolvidas. Este estudo objetiva apresentar a experiência de uma enfermeira ao realizar consultas de enfermagem com familiares de crianças com não conformidade de gênero em um ambulatório de gênero na infância com base nos Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar e conhecer o mundo da família da criança com não conformidade de gênero e os significados que atribui às suas experiências cotidianas. Tem como referencial metodológico a estratégia de estudo de casos qualitativo, apoiado pelo referencial teórico dos Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção da Família. Serão realizadas entrevistas em consultas de enfermagem com 24 familiares das 12 crianças atendidas no ambulatório de gênero na infância de um hospital do interior paulista, com duração de no máximo 30 minutos, e que serão gravadas por um dispositivo de áudio. Será utilizado um instrumento pré-elaborado com base no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção da Família, enfocando a avaliação estrutural, do desenvolvimento e do funcionamento instrumental e expressivo das famílias. Posteriormente as entrevistas serão transcritas na íntegra utilizando o próprio vocabulário dos sujeitos da pesquisa para a formação

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: oep@fom.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.049.342

dos textos e serão identificados com nomes fictícios, garantindo o sigilo do nome dos participantes. A seguir, estes dados serão analisados à luz do próprio referencial sistêmico, apresentando os casos individualmente, procurando mostrar os diversos pontos de vista, representados pela família das crianças atendidas no ambulatório, sem a pretensão de avaliar e interpretar os "certos" ou "errados" dos eventos. Espera-se que a apresentação da experiência da enfermeira ao realizar consultas de enfermagem com a família da criança com não conformidade de gênero auxilie na busca pelo conhecimento com relação a esse tema na área de atuação de enfermagem. Também espera-se que o conhecimento do mundo da criança com não conformidade de gênero pelo enfermeiro possa contribuir para a qualidade do cuidado prestado a suas famílias."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1 - Folha de Rosto Para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos:

Arquivo: paula009.pdf

O item 13 da folha de rosto, quando não preenchido, é considerado o CNPJ da UNICAMP para efeitos de verificação da consistência das informações na folha de rosto.

Sem recomendações. Sem pendências.

2 - Projeto Detalhado / Brochura Investigador:

Arquivo: projeto_detalhado.pdf

Sem recomendações. Sem pendências.

3 - Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Um total de R\$ 50,00 para impressão das fichas de entrevistas custeados pela própria pesquisadora.

Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1166877.pdf

Sem recomendações. Sem pendências.

4 - Cronograma:

Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1166877.pdf

Sem recomendações. Sem pendências.

5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Arquivo:

TCLE.pdf

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: oep@fom.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.049.342

TERMO_GRAVACAO_DE_VOZ.pdf

Sem recomendações. Sem pendências.

6 - Currículo do pesquisador principal e demais colaboradores:

Arquivo: RelatorioMatricula.pdf

Sem recomendações. Sem pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O modelo de tratamento Watchful Waiting que será oferecido aos (ou às) participantes é um modelo de intervenção significativa e minimamente invasiva.

A sociedade preconceituosa, hostil e violenta, permeada por uma cultura de ódio com questões de gênero, é fato e fator de adoecimento das pessoas que são alvo deste preconceito. Por isso as opções de intervenção dos profissionais de saúde são: A negligência diante destes fatores, cuidando paliativamente e sem preocupar-se com as consequências deste meio; Ou considerá-los na proposta de tratamento e ampliar as possibilidades de boas escolhas para o (ou a) paciente ao longo de sua vida.

A intervenção da pesquisa ocorre sobre famílias na difícil situação de cuidar, amparar e proteger uma criança de gênero não-conforme no Brasil atual. E por isso o conhecimento que se busca, para maximizar o envolvimento das famílias em um processo de tratamento de longo prazo que envolve todo o começo da vida social de uma pessoa, mostra-se benéfico e do interesse das crianças pesquisadas, embora não estejam diretamente envolvidas na pesquisa.

É possível também entender que o risco de prejuízo às crianças pacientes pela intervenção sobre famílias eventualmente preconceituosas está minimizado porque as atividades desenvolvidas pela pesquisadora e sua equipe estão de acordo com o modelo de tratamento já aplicado pela equipe. E se pode supor com segurança que questionamentos, decepções, frustrações e fracassos em mitigar os problemas familiares já são inerentes a esta atividade clínica específica. A intervenção que a pesquisa propõe no tratamento é aumentar as oportunidades de ajuda para a família a engajar-se no tratamento, o que está justificado por outras pesquisas citadas que é benéfico para a criança-paciente.

Projeto aprovado.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: oep@fom.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.049.342

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: oep@fom.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.049.342

-O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1166877.pdf	11/10/2018 13:37:06		Aceito
Outros	Consulta_de_Enfermagem.pdf	11/10/2018 13:36:28	Paula Fernanda Lopes	Aceito
Outros	TERMO_GRAVACAO_DE_VOZ.pdf	11/10/2018 13:35:39	Paula Fernanda Lopes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	11/10/2018 13:35:29	Paula Fernanda Lopes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/10/2018 13:30:18	Paula Fernanda Lopes	Aceito
Outros	termo_anuencia_coleta_de_dados.pdf	07/10/2018 10:31:11	Paula Fernanda Lopes	Aceito
Outros	RelatorioMatricula.pdf	07/10/2018 10:22:29	Paula Fernanda Lopes	Aceito
Folha de Rosto	paula009.pdf	05/09/2018 12:59:05	Paula Fernanda Lopes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 30 de Novembro de 2018

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: oep@fom.unicamp.br