

Características de crianças e adolescentes com disforia de gênero quanto ao cuidado à saúde: revisão de escopo

Characteristics of children and adolescents with gender dysphoria for their health care: scoping review

Características de niños y adolescentes con disforia de género para su atención en salud: revisión del alcance

Beatriz Peña¹

ORCID: 0000-0001-9429-7551

Melanie Catalina Pérez Orellana¹

ORCID: 0009-0009-0233-1931

Andrea Carolina

Valenzuela Mena¹

ORCID: 0009-0005-4994-922X

Javiera Paz Aros Molina¹

ORCID: 0009-0000-0777-9713

Paula Ignacia González Núñez¹

ORCID: 0009-0003-7804-672X

Sofia Alejandra Castro

Urra¹

ORCID: 0009-0005-8491-2879

Resumo

Objetivo: Identificar as características demográficas e psicossociais de crianças e adolescentes com disforia de gênero e dos profissionais de saúde envolvidos no seu cuidado. **Métodos:** Revisão de escopo segundo o PRISMA-ScR com as bases de dados Web of Science, Science Direct, Scopus, Biblioteca Virtual em Saúde e Pubmed, usando os descritores: crianças, adolescentes, disforia de gênero, pediatria e profissionais de saúde. Critérios de inclusão: pesquisas primárias e secundárias sobre disforia de gênero e diversidade sexual na assistência à saúde, com estudantes ou profissionais de saúde. Critérios de exclusão: população adulta, outro contexto de assistência à saúde, tratamentos, comorbidades e publicação cinza. Quinze artigos foram incluídos. **Resultados:** As crianças apresentam disforia por volta dos 6 anos de idade, com diagnóstico e tratamento tardios. Têm maior tendência a problemas de saúde mental como ansiedade, depressão e distúrbios alimentares, sendo fundamental o apoio familiar. Os profissionais de saúde possuem baixa formação de graduação, escassa formação permanente e atuação multidisciplinar. **Conclusão:** É necessário incorporar na formação dos profissionais de saúde temas sobre diversidade, identidade de gênero e disforia, bem como formação contínua com ferramentas que permitam uma abordagem abrangente, aumentem a confiança e a segurança na relação prestador-paciente, de forma a melhorar o bem-estar das crianças.

Descritores: Disforia de Gênero; Profissionais de Saúde; Crianças; Adolescente; Pediatria.

¹Escola de Enfermagem,
Universidade de Valparaíso,
Valparaíso, Chile.

Autor correspondente:
Beatriz Peña Silva
E-mail: beatriz.pena@uv.cl

O que se sabe?

Crianças e adolescentes que apresentam disforia de gênero são tratados tardiamente por profissionais que não têm conhecimento de como se relacionar e de seu tratamento, o que altera seu desenvolvimento.

O que o estudo adiciona?

A necessidade de disponibilizar ferramentas sobre a diversidade de gênero para os profissionais de saúde da atenção primária e nas unidades educacionais, que apoiem a detecção de comportamentos associados à disforia de gênero.



Como citar este artigo: Peña B, Pérez Orellana MCP, Valenzuela Mena ACV, Aros Molina JPA, González Núñez PI, Castro Urra SA. Características de crianças e adolescentes com disforia de gênero quanto ao cuidado à saúde: revisão de escopo. Rev. enferm. UFPI. [internet] 2024 [citado em: dia mês abreviado ano];13:e4281. DOI: 10.26694/reufpi.v13i1.4281

Abstract

Objective: To identify the demographic and psychosocial characteristics of children and adolescents with gender dysphoria and of the health professionals involved in their care. **Methods:** Scoping review according to PRISMA-ScR with the databases Web of Science, Science Direct, Scopus, Virtual Health Library and Pubmed, using the descriptors: children, adolescents, gender dysphoria, pediatrics and health professionals. **Inclusion criteria:** primary and secondary research on gender dysphoria and sexual diversity in health care, with students or health professionals. **Exclusion criteria:** adult population, other context of health care, treatments, comorbidities and gray publication. **Fifteen articles were included. Results:** Children present with dysphoria around 6 years of age, with late diagnosis and treatment. They have a greater tendency toward mental health problems such as anxiety, depression and eating disorders, and family support is crucial. Health professionals have low undergraduate training, scarce continuous training and multidisciplinary work. **Conclusion:** It is necessary to incorporate subjects on diversity, gender identity and dysphoria into the training of health professionals, as well as continuous training with tools that allow a comprehensive approach, increasing confidence and security in the provider-patient relationship, in order to improve the well-being of children.

Descriptors: Gender Dysphoria; Health Professionals; Child; Adolescent; Pediatrics.

Resumen

Objetivo: Identificar las características demográficas y psicosociales de niños y adolescentes con disforia de género y de los profesionales de la salud involucrados en su atención. **Método:** Revisión de alcance según PRISMA-ScR con las bases de datos Web of Science, Science Direct, Scopus, Biblioteca Virtual en Salud y Pubmed, con los descriptores; niños, adolescentes, disforia de género, pediatría y profesionales de la salud. Los criterios de inclusión: investigaciones primarias y secundarias sobre disforia de género y diversidad sexual en la atención de salud, con estudiantes o profesionales de la salud. Los criterios de exclusión: población adulta, otro contexto de atención de salud, tratamientos, comorbilidades y publicación gris. Se incluyeron quince artículos. **Resultados:** Los niños presentan disforia alrededor de los 6 años de edad, con diagnóstico y tratamiento tardío. Poseen mayor tendencia a sufrir problemas de salud mental como ansiedad, depresión y trastornos alimentarios, siendo crucial el apoyo familiar. Los profesionales de la salud cuentan con baja formación en pregrado, escasa capacitación continua y bajo trabajo multidisciplinario. **Conclusión:** Es necesario incorporar en la formación de los profesionales de la salud materias sobre diversidad, identidad de género y disforia, así como la capacitación continua con herramientas que permitan un abordaje integral, aumentar la confianza y seguridad en la relación proveedor-paciente, para mejorar el bienestar de los menores.

Descriptores: Disforia de Género; Profesionales de Salud; Niño; Adolescente; Pediatría.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, a sociedade tem sido confrontada com vários avanços em consequência da mudança de perspectivas de direitos humanos, gerando movimentos cujo objetivo é a despatologização das identidades de gênero não-binárias.⁽¹⁾

Surgiram uma reformulação e uma análise de conceitos já estabelecidos, incluindo o “sexo biológico” e a “identidade de gênero”, o que tornou necessário chegar a um consenso sobre certas definições e entendimentos. O primeiro é a atribuição de “sexo”, que se refere às características biológicas que definem homens e mulheres.⁽²⁾ O segundo é a identidade de gênero, que, por sua vez, é entendida como a percepção pessoal e interna do que é ser homem, mulher ou outra opção, que nem sempre coincide com o seu sexo biológico. Portanto, é um espectro que é não necessariamente limitado às identidades feminina e masculina, podendo aproximar-se dos extremos, passando de um para o outro ou não se identificando com nenhum deles.⁽¹⁾

Deve-se levar em consideração o questionamento constante e evolutivo das pessoas sobre a necessidade de cumprir determinados padrões e estereótipos que são atribuídos ao sexo biológico com o qual nasceram, que tem sido fortemente influenciado pela cultura, dependendo do contexto e do local onde elas estão.⁽¹⁾

Pela teoria, a identidade de gênero é construída pelo retorno contínuo gerado entre o ambiente e a biologia que se possui, gerando uma autocategorização interna que está relacionada ao aprendizado de estereótipos, comportamentos e papéis. Portanto, é considerado um fenômeno dinâmico e multicausal, de construção social e cultural.⁽³⁾

Para Bem, uma vez que as crianças são categorizadas, elas seguirão as características de personalidade, papéis ou comportamentos associados ao grupo com o qual se identificam. Na perspectiva social, destacam-se a influência dos estereótipos nos comportamentos e na construção da percepção individual, aprendendo através de modelos e reforços, as demandas associadas ao papel socialmente estabelecido e a categorização motivada pela valorização de um grupo ou de acordo com a proposta integradora, onde os indivíduos terão um produto de identificação das interações que estabelecem.⁽³⁾

O fato de considerar que os menores são receptores ativos do seu ambiente ajuda a compreender o aparecimento da Disforia de Gênero (DG) desde a infância, pois eles podem expressar, a partir dos 2 anos,

um desejo persistente de ser de outro sexo, desconforto com as suas características sexuais primárias ou preferir roupas, brinquedos, atividades, etc., que sejam socialmente atribuídos ao sexo oposto.⁽⁴⁾

As Diretrizes Psiquiátricas Americanas DSM-5 definem DG como “incongruência entre o sexo sentido ou expresso de alguém e o sexo atribuído a alguém, durando pelo menos seis meses”,⁽⁵⁾ acrescentando que a incongruência de gênero corresponde a “uma incongruência marcante e persistente entre o gênero vivenciado por um indivíduo e o sexo atribuído”, onde o comportamento e as variantes de gênero por si só não são suficientes para um diagnóstico.⁽⁶⁾

Por outro lado, a variabilidade de gênero ou a identificação como transgênero não é inerente à vivência da disforia de gênero,⁽⁷⁾ entendendo-se a definição de trans como “aqueles que não correspondem às expectativas do sexo atribuído à nascença e se reconhecem para além da referência binária ‘menino’ ou ‘menina’, a partir da interpretação externa dos dados fisiológicos utilizados para demarcar um gênero obrigatório”.⁽⁸⁾ Por sua vez, cisgênero é definido como identificação com o gênero que é congruente com o sexo natal.⁽⁹⁾

Durante décadas, qualquer expressão de gênero que se diferenciava do cisgênero era patologizada pelo não cumprimento dos estereótipos fornecidos pela sociedade,⁽¹⁰⁾ cujo descumprimento traz consigo o aparecimento da disforia, sentimento que não tem origem no inconformismo de gênero, mas sim em experiências subjetivas associada a situações de discriminação e rejeição nos diferentes espaços sociais em que vivem crianças e adolescentes.⁽¹⁾

É, portanto, importante esclarecer que a DG não é uma patologia mental, conforme classificada na décima primeira versão internacional das doenças (CID-11), onde foi gerada uma reformulação desses conceitos, visando eliminar estigmas e proporcionar uma “maior utilidade clínica e melhor resposta às necessidades, experiências e direitos das populações envolvidas”.⁽¹¹⁾

O conceito de DG foi alvo de diversas críticas e modificações ao longo dos anos. Em 1978, o Dr. John Money, psicólogo e sexólogo, criou o conceito de “transtorno de identidade de gênero”, para pessoas com “comportamento cruzado de gênero”, ou seja, com comportamentos socialmente atribuídos ao outro gênero.⁽¹²⁾

Essa ideia foi transformada na definição atual de DG, que o define como ansiedade e angústia relacionadas a conflitos de gênero e sexo que são incongruentes, o que pode levar a extrema ansiedade, depressão e tendências suicidas que são exacerbadas se familiares, amigos, educadores e profissionais de saúde não derem apoio.⁽¹³⁾ O início das manifestações de disforia pode ocorrer entre os 3 e os 7 anos de idade.⁽¹⁴⁾

Geralmente, a DG aumenta à medida que a criança cresce, como resultado da confusão interna, da preocupação familiar e do estresse social gerado pela estigmatização no ambiente escolar, nas religiões, nas comunidades, etc. Portanto, elas tendem a não expressar sua identidade de gênero para se adequarem às expectativas sociais, desencadeando transtornos mentais e alterações no desenvolvimento e aceitação de sua personalidade, autoestima e identidade, entre outros.⁽⁹⁾

Mundialmente, os dados fornecidos pelo “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” de 2014 indicam uma prevalência entre 0,005 e 0,014% de homens e 0,002 a 0,003% de mulheres com critérios diagnósticos para disforia de gênero ao nascer.⁽¹⁴⁾ No entanto, um estudo de 2017 na Finlândia indica que 1,3% dos jovens entre os 16 e os 19 anos têm disforia de gênero,⁽¹⁵⁾ enquanto um estudo de 2018 em Tóquio indica uma prevalência de 0,5% nos rapazes e 1,6% nas raparigas entre os 3 e os 12 anos.⁽¹⁶⁾

Por outro lado, em 2021, M. Di Grazia publica que a prevalência da DG é influenciada pela definição do caso e pelas diversas metodologias aplicadas pelos prestadores para avaliar os casos, relatando uma prevalência que varia de 1% a 4,7%, com predomínio do sexo masculino em transição para o feminino para crianças e de 1,2% para 16,1% em adolescentes, entre os quais predomina a transição do feminino para o masculino.⁽¹⁷⁾

No Chile, apesar da relevância de ter dados específicos, não existem fontes com números concretos sobre o número de crianças com DG. No entanto, tem sido fornecido apoio para avançar de forma constante na qualidade e amplitude dos mecanismos de cuidados para esse grupo. Um dos avanços mais significativos foi a promulgação da Lei de Identidade de Gênero em Dezembro de 2018, que reconhece e dá proteção ao direito à identidade em documentos legais, tanto públicos quanto privados, para que as pessoas sejam reconhecidas e identificadas de acordo com a sua identidade de gênero.⁽¹⁸⁾

Isso foi acompanhado pela primeira tentativa de caracterizar uma população de gênero diverso, através do inquérito T, que incluiu o grupo transgênero e gênero não-conformista, onde não foi possível até agora incorporar a participação de menores.^(1,19)

Os profissionais de saúde têm a oportunidade de estabelecer contato direto com menores e adolescentes em diferentes contextos, como exames de saúde regulares de acordo com o ciclo de vida, estabelecimentos de ensino, testes de morbidade, etc. É assim que o acompanhamento realizado desde cedo naqueles que apresentam incongruência na identidade de gênero está diretamente ligado à funcionalidade da criança de forma saudável e abrangente.⁽¹⁾

Embora tenha havido avanços nas questões de identidade de gênero, ainda faltam informações concretas sobre prevalência e conhecimento, considerando que a infância e a adolescência são fases cruciais para abordar esta questão, uma vez que estão em meio a problemas físicos, emocionais e psicológicos e desenvolvimento da identidade de gênero.

Portanto, é importante ter as competências necessárias para identificar precocemente incongruências de gênero, sintomas de disforia e relacionar-se adequadamente nos diferentes contextos de cuidados, o que melhoraria a sua abordagem e preveniria possíveis complicações presentes e futuras. É importante reconhecer as manifestações da DG, compreendendo a importância de intervir a tempo para que esses sentimentos de angústia e tristeza não interfiram no desenvolvimento das crianças e adolescentes.

A partir do exposto, a questão de pesquisa que se coloca segundo o acrônimo PCC é: Quais as características demográficas e psicossociais das crianças e adolescentes com disforia de gênero e dos profissionais de saúde envolvidos no seu cuidado? O objetivo geral desta revisão é identificar as características demográficas e psicossociais de crianças e adolescentes com disforia de gênero e dos profissionais de saúde envolvidos no seu cuidado.

MÉTODOS

Para responder à questão de pesquisa, foi realizada uma revisão de escopo⁽²⁰⁾ segundo o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)*.⁽²¹⁾ Foram consideradas bases de dados com foco relacionado às ciências da saúde, a saber: *Web of Science (WoS)*, *Science Direct*, *Scopus*, *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)* e *Pubmed*.

Adotou-se a síntese focada na revisão de escopo, segundo a abordagem proposta por Arksey H e O'Malley L, que identificam quatro aspectos a considerar: revisar trabalhos e informações científicas existentes, incluindo áreas menos afins; realizar uma pesquisa bibliográfica prévia para determinar a viabilidade do estudo; resumir os resultados das investigações; e identificar a lacuna atual.⁽²⁰⁾

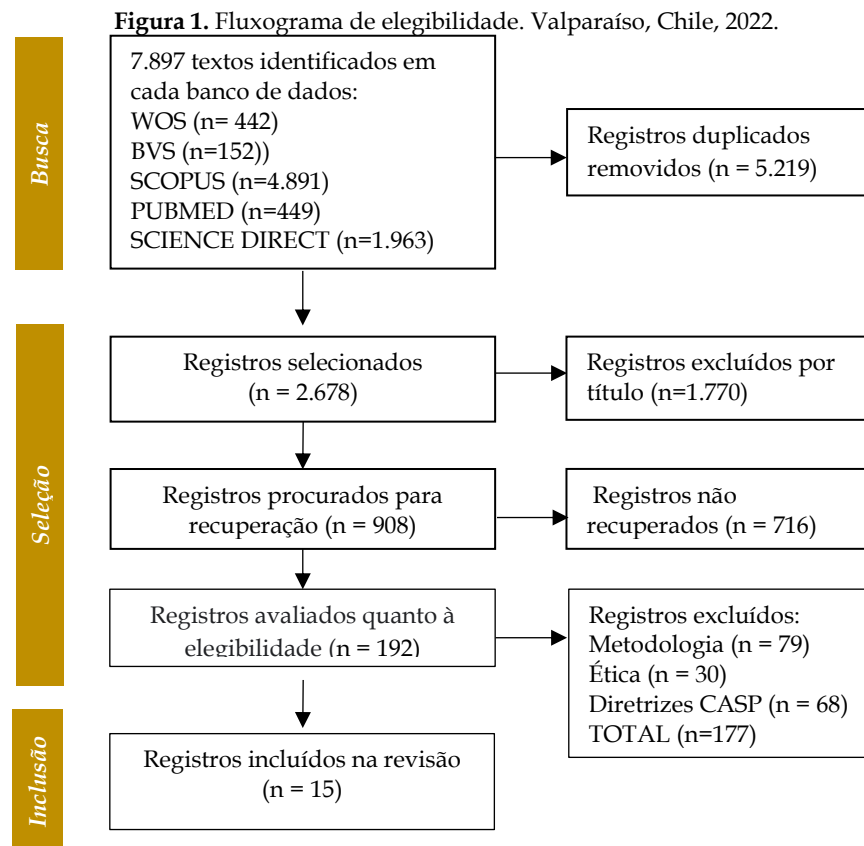
Foram utilizados os descritores padronizados encontrados nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs) e *Medical Subject Headings (Mesh)*, onde foram selecionados: Disforia de Gênero, Criança, Adolescente, Profissionais de Saúde e Pediatria. Esses termos foram combinados com o operador booleano AND, dispensando qualquer outro operador ou truncador, pois diminuiriam a busca.

As combinações de busca, tanto em espanhol quanto em inglês, foram: Disforia de gênero AND profissionais de saúde, Disforia de gênero AND adolescente AND profissionais de saúde, Disforia de gênero AND crianças AND profissionais de saúde, Disforia de gênero AND Pediatria. Além disso, utilizamos como filtros os últimos 5 anos, de 2017 a 2022, tipo de documento; artigos originais e revisões, para responder com melhores evidências e linguagem: espanhol, inglês e português.

A busca descrita gerou um total de 7.897 textos, eliminando 5.219 que estavam duplicados através do gerenciador bibliográfico EndNote, restando 2.678 textos.

Os textos resgatados foram digitados em um banco de dados *Excel*. Para que a seleção pudesse discernir conforme leitura do título e do resumo, foram considerados como critérios de inclusão: pesquisas primárias e secundárias sobre disforia de gênero, ou sensações associadas à sua definição (como angústia, tristeza, ansiedade, etc.), disforia de gênero associada à diversidade sexual no contexto dos cuidados de saúde e associada a estudantes ou profissionais de saúde. Por outro lado, os critérios de exclusão foram: textos associados a adultos e outros contextos de cuidados de saúde, tratamentos, recuperação de comorbidades e publicação cinza. Com base no exposto, foram eliminados 2.485 textos e escolhidos 192.

Por fim, foi realizada análise crítica por meio da leitura do texto completo, onde foi avaliada a qualidade dos artigos quanto à metodologia, congruência e aspectos éticos, com apoio das Diretrizes CASP.⁽²²⁾ Mediante revisão de artigos qualitativos e quantitativos, foram eliminados 117 textos. Para as etapas de seleção e elegibilidade, a revisão foi realizada em duas vias, de forma independente, com apoio de um terceiro autor em caso de dúvidas e com consenso final, resultando em 15 artigos de pesquisa primária e secundária para a revisão. A sistematização está resumida no fluxograma de elegibilidade (Figura 1) seguindo as recomendações do PRISMA 2020.⁽²³⁾



Fonte: Elaboração dos autores (2022).

RESULTADOS

Do total de textos obtidos na busca, foram eliminados 7.882 textos, sendo que, dos artigos incluídos para esta revisão, o maior número de publicações pertence aos anos de 2018 (5) e 2021 (5), representando 33,3% cada. Em termos de idioma, 86,6% dos artigos estão em inglês, pertencentes maioritariamente à América, onde 40% tiveram origem nos EUA.

Considerando o tipo de estudo, esses artigos foram principalmente qualitativos e quantitativos, 40% e 46,6% respectivamente, onde a maioria envolvia profissionais de enfermagem, com 40%. O descrito acima é apresentado no Quadro 1, juntamente com a caracterização dos artigos selecionados.

Quadro 1. Características dos artigos selecionados. Valparaíso, Chile, 2022.

Título / Ano	Autores	País/Idioma	Metodologia / Amostra
1. Enfermeiro na escola. Percepções dos profissionais sobre as necessidades de cuidados de saúde dos adolescentes transgênero e gênero não-conformista. 2021 ⁽²⁴⁾	Davis J, Hequemburg A, Pamplum P.	Estados Unidos/ Inglês	Estudo descritivo qualitativo. 6 enfermeiras, americanas, com idades compreendidas entre os 42 e os 65 anos, com uma média de 18,5 anos de prática, pertencentes à <i>New York School-Based Health Alliance</i> (NYSBHA), que defende os centros de saúde escolares no Estado de Nova Iorque.
2. Estudo descritivo dos jovens transgênero que recebem cuidados de saúde no programa de identidade de gênero no sul do Brasil. 2021 ⁽²⁵⁾	Machado B, Fontanar A, Brandelli A, Chinazz I, Cardoso D, Guadagnin F et al.	Brasil/ Inglês	Estudo descritivo quantitativo. 24 jovens brasileiros de 8 a 16 anos com disforia de gênero e 34 de seus cuidadores: 21 mães (de 27 a 61 anos) e 13 pais (de 30 a 64 anos).

3. Disforia de gênero na população pediátrica: Experiência inicial de um grupo transdisciplinar. 2021 ⁽²⁶⁾	Moreno-Bencardino C, Zuluaga L, Pérez J, Céspedes-Salazar C, Forero C & Fernández C.	Colômbia/ Inglês	Estudo descritivo quantitativo. Quatro casos de adolescentes com disforia de gênero com idades de 12, 14, 16 e 17 anos. Três deles com identidade de gênero feminina e um masculino.
4. Negociando o gênero na vida cotidiana: Em busca de um Modelo Conceitual de Disforia de Gênero em Adolescentes. 2021 ⁽²⁷⁾	Jessen RS, Wæhre A, David L, Stånicke E.	Noruega/ Inglês	Estudo fenomenológico qualitativo. 15 pacientes com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos, recentemente encaminhados para a Unidade Nacional de Tratamento da Incongruência de Gênero do Hospital Universitário de Oslo.
5. Progressão da Disforia de Gênero em Crianças e Adolescentes: Um estudo longitudinal. 2021 ⁽²⁸⁾	Wagner S, Panagiot L, Nash R, Bradlyn A, Getahun D, Lash T, et al.	Estados Unidos/ Inglês	Estudo longitudinal quantitativo. 958 menores pertencentes aos sistemas integrados de cuidados de saúde da <i>Kaiser Permanente</i> (KP), na Geórgia, no norte e no sul da Califórnia, com pelo menos uma consulta de acompanhamento e evidência de disforia de gênero, sem terem recebido terapia de afirmação de gênero.
6. Transexualidade: Transições, destruições e arrependimentos em Espanha. 2020 ⁽²⁹⁾	Pazos M, Gómez M, Gomes M, Hurtado F, Solá E & Morillas C.	Espanha/ Espanhol	Estudo qualitativo. 4 casos de transição/arrependimento; 3 adultos e 1 adolescente que experimentaram disforia de gênero na adolescência e estão a iniciar a transição social.
7. Atitudes/crenças e conhecimentos/competência percebidos pelos enfermeiros pediátricos na prestação de cuidados a jovens transgênero e gênero não-conformista. 2020 ⁽³⁰⁾	Collins CA.	Estados Unidos/ Inglês	Pesquisa descritiva e transversal quantitativa. 93 enfermeiros dos Estados Unidos, com idades compreendidas entre os 26 e os 74 anos. De 1 a 42 anos de prática em 8 estados: Arizona, Louisiana, Nova Jersey, Nova Iorque, Oregon, Pensilvânia, Virgínia e Washington.
8. Jovens LGBT em acolhimento familiar e o papel fundamental dos enfermeiros da saúde pública. 2019 ⁽³¹⁾	Carabez R & Kim JE	Estados Unidos/ Inglês	Estudo quantitativo. 39 enfermeiros norte-americanos que trabalham com menores LGBT em acolhimento familiar na área da Baía de São Francisco (Estados Unidos).
9. Perspectivas de enfermeiros e médicos sobre as necessidades de formação e o conforto de trabalhar com jovens transgênero e com diversidade de gênero. 2019 ⁽³²⁾	Rider N, McMorris BJ, Gower AL, Coleman L, Brown C & Eisenberg ME.	Estados Unidos/ Inglês	Estudo qualitativo. 8 enfermeiros e 6 médicos pertencentes à equipe multidisciplinar da Universidade de Minnesota que trabalha com adolescentes.
10. Apoio a estudantes LGBTQ+: Um Estudo De Grupo Focal com Enfermeiros do Ensino Secundário. 2019 ⁽³³⁾	Laiti M, Pakarinen A, Parisod H, Hayter M, Sariola S & Salanterä S.	Finlândia/ Inglês	Estudo descritivo qualitativo. 15 enfermeiros com experiência de trabalho com estudantes LGBTQ+ do ensino secundário e que eram falantes nativos de sueco ou finlandês, em 4 municípios do sul da Finlândia.
11. Desafios morais nos cuidados aos transexuais: análise temática baseada em uma etnografia orientada. 2018 ⁽³⁴⁾	Gerritse K, Hartman L, Antonides MF, Wensing-Kruger A, de Vries ALC &	Países Baixos/ Inglês	Estudo descritivo qualitativo. 10 observações de reuniões entre equipes multidisciplinares no <i>Center for Expertise in Gender Dysphoria</i> (CEGD) em Amsterdã, Países Baixos.

	Molewijk BC.		
12.Percepções e Práticas do Pessoal de Saúde Mental em Relação à Automutilação, à Suicidalidade e à Procura de Ajuda em Jovens LGBTQ: Resultados de uma Pesquisa Transversal no Reino Unido. 2018 ⁽³⁵⁾	Hughes E, Rawlings V & McDermott E.	Reino Unido/ Inglês	Estudo transversal quantitativo. 113 profissionais de saúde que trabalham em diferentes contextos de saúde mental nos Serviços Nacionais de Saúde da Inglaterra e do País de Gales, regiões do Noroeste, Londres e Yorkshire.
13.Disforia de Gênero em crianças: revisão integrativa da literatura e recomendações para o manejo na Atenção Primária à Saúde. 2018 ⁽¹⁶⁾	Oliveira-Mariano T & Moretti-Pires R.	Brasil/ Português	Revisão integrativa. 12 artigos de pesquisa encontrados nas bases de dados PubMed, Medline, Lilacs e Scielo, publicados entre 2008 e 2018, com as características das comorbidades apresentadas por menores com disforia de gênero.
14.Disforia de gênero em jovens: Uma visão geral para os prestadores de cuidados primários de saúde. 2018 ⁽³⁶⁾	Kameg B & Nativio D.	Estados Unidos/ Inglês	Revisão de literatura. Artigos de investigação entre 2012 e 2018, utilizando as bases de dados PubMed e Cinhal e as referências dos artigos selecionados.
15.Avaliação da disforia de gênero e ação para os jovens: Análise dos serviços de saúde e das experiências dos jovens trans em Manitoba. 2018 ⁽³⁷⁾	Heard J, Morris A, Kirouac N, Ducharme J, Trepel S & Wicklow B.	Canadá/ Inglês	Estudo descritivo quantitativo. Análise dos processos de 174 pacientes com menos de 18 anos de idade encaminhados pelo programa <i>Gender Dysphoria Assessment and Action for Youth of Manitoba</i> (GDAAY). Além de 24 pacientes pesquisados.

Fonte: Elaboração dos autores (2022).

Nos resultados dos artigos selecionados, como se pode ver no Quadro 2, identificam-se características que podem ser agrupadas naquelas associadas às crianças com DG, distribuídas em 3 dimensões: demográfica, pessoal e social; enquanto o segundo grupo está orientado para os prestadores de serviços, o que está relacionado com o nível de formação e as áreas de trabalho onde os resultados devem ser focados.

Quadro 2. Agrupamento dos resultados dos artigos selecionados. Valparaíso, Chile, 2022.

Características das crianças e adolescentes com disforia de gênero quanto aos cuidados de saúde		
Demográficas	Idade	A idade em que começam a tomar consciência da sua identidade de gênero é, em média, entre os 6 e os 9 anos de idade ^(25,26,37) e a DG começa por volta dos 6 anos de idade, ⁽²⁶⁾ enquanto a sua expressão se situa entre os 12 e os 14 anos de idade. ^(25,26) No entanto, a idade em que recebem atenção para o diagnóstico e tratamento ocorre entre os 13 e os 15 anos. ^(28,37) Por outro lado, a presença de ansiedade ou depressão associada é frequente entre os 3 e os 12 anos de idade e a ideação suicida pode ocorrer antes dos 13 anos. ⁽³⁴⁾
	Sexo	Apesar de não haver diferença no reconhecimento da incongruência de gênero em função do sexo, aqueles que são designados do sexo feminino ao nascer e se identificam com o sexo masculino são identificados mais cedo pelos pais, ⁽²⁵⁾ têm maior probabilidade de receber um diagnóstico de disforia e iniciar tratamento, ^(28,37) apresentam maior desconforto com as mamas e iniciaram a transição social mais tarde. ⁽²⁵⁾ Em comparação com os que se identificam com o gênero feminino, que iniciaram mais cedo a transição social ⁽²⁴⁾ e têm maior desconforto com os genitais sexuais, apresentam também maior consumo de álcool, abuso de substâncias psicoativas, depressão, tentativas de suicídio e internamentos psiquiátricos, enquanto os que se identificam com o gênero masculino têm maior vulnerabilidade ao transtorno opositor desafiador, anorexia e bulimia. ⁽²⁵⁾
Pessoal	Necessidades exigidas	Um estudo realizado em Nova Iorque indica que os adolescentes de gênero não-conformista com DG têm necessidades mentais únicas, uma vez que existem importantes fatores de risco social como o <i>bullying</i> e a

		discriminação, entre outros, que influenciam principalmente os menores com diversidade de gênero. ⁽²⁵⁾ Por outro lado, as preocupações das crianças e adolescentes são a utilização de banheiros e vestiários, o tratamento dos bloqueadores da puberdade e a segurança na escola. ⁽³⁶⁾
	Comorbidade de saúde mental	O estudo realizado em Manitoba revela que 46,8% tinham algum diagnóstico de saúde mental pré-existente, mais frequentemente ansiedade e depressão. ⁽³⁷⁾ Outro estudo realizado em Londres mostra que crianças menores de 12 anos encaminhadas para o centro especializado relataram <i>bullying</i> , ansiedade, automutilação e ideação suicida. ⁽¹⁶⁾ Um estudo realizado no Brasil mostrou que crianças com DG são mais propensas a comportamentos de risco, depressão, tentativas de suicídio, hospitalizações psiquiátricas, transtorno opositor desafiador, anorexia e bulimia. ⁽²⁵⁾
Social	Família	Os pais que defendem a aceitação estão preocupados com a utilização de banheiros, vestiários, recursos gerais, questões legais e discussão da diversidade de gênero com pessoas não pertencentes à família. ⁽¹⁶⁾ Os profissionais de enfermagem e os médicos destacam o apoio familiar como fundamental para o bem-estar holístico dos menores e crucial para a tomada de decisões. ^(30,33,34) Por outro lado, é referido que o cuidador/família pode ser uma barreira para os jovens LGBTQ. ⁽³⁵⁾
	Escolas/professores	Enquanto há professores que colaboram com os enfermeiros e aceitam a dissidência, há também professores conservadores que criticam e julgam abertamente a comunidade LGBTQ+. ⁽³³⁾ Há uma elevada percentagem de menores com DG que referem ter sentido rejeição devido à sua incongruência de gênero e alguns decidiram abandonar a escola. ^(25,27)
Características dos Prestadores de Serviços para o cuidado das crianças com disforia de gênero		
Nível de Formação	Graduação	Os estudos mostram que tanto os estudantes quanto os profissionais de saúde indicam que o ensino sobre a diversidade sexual é resumido, incompleto ou inexistente em nível da graduação. ^(24,32,33) Além disso, é necessário atualizar e acrescentar educação sobre diversidade de gênero no currículo dos programas, para que os estudantes estejam mais bem preparados para prestar cuidados abrangentes adequados. ⁽³⁶⁾
	Formação permanente	Há uma falta de acesso a serviços especializados de diversidade de gênero ⁽¹⁶⁾ porque os prestadores de serviços têm poucos conhecimentos e experiência. ^(26,34,37) Isso leva a encaminhamentos tardios para a equipe multidisciplinar ⁽²⁶⁾ e é o paciente que tem de dar formação ao prestador. ⁽³⁷⁾ Embora existam formações sobre saúde sexual dos adolescentes, estas são muito limitadas e abordam tópicos de nível básico, ⁽²⁴⁾ razão pela qual os prestadores de cuidados de saúde expressam a necessidade de formações de nível mais avançado para trabalhar com crianças e adolescentes com diversidade de gênero, para abordar a terminologia, a linguagem adequada para abordar o gênero, os tipos de tratamentos hormonais, as cirurgias, etc. ^(24,32) Um estudo realizado no Reino Unido afirma que uma melhor formação aumentaria o grau de sensibilização, segurança e gestão por parte dos prestadores de serviços para debater estas questões com os utentes que servem. ⁽³⁴⁾ O estudo de Manitoba referiu que 65% das crianças e adolescentes indicaram que os prestadores de cuidados primários não sabiam o suficiente sobre os cuidados que deveriam prestar aos transexuais. ⁽³⁷⁾
	Cuidados primários de saúde	Os prestadores de cuidados primários são considerados a primeira linha de cuidados para as crianças com DG; por conseguinte, devem estar informados e disponíveis para responder às perguntas dos pacientes e dos seus pais ou cuidadores. ^(16,36) Um estudo feito no Brasil refere que o objetivo desse nível de cuidados é promover o desenvolvimento do bem-estar físico, emocional e social das crianças com DG e das suas famílias. ⁽³⁵⁾
Áreas de atuação	Relação prestador-paciente	O estudo feito na Finlândia observou que os enfermeiros estão dispostos a fazer tudo o que for possível para criar uma relação terapêutica confidencial e segura com os menores, tentam reconhecer as suas necessidades para avaliar se necessitam de informação sobre diversidade sexual e gênero ⁽³²⁾ , o que confirma outro estudo em Nova Iorque, onde é reconhecida a importância de ser capaz de criar um ambiente seguro, onde

		os menores não se sintam vulneráveis, fornecendo apoio e confidencialidade nos cuidados, sem discriminação. ⁽²⁴⁾ No entanto, o estudo em Manitoba observou que uma elevada percentagem de crianças com DG sofreu discriminação por parte dos prestadores de cuidados. ⁽³⁷⁾
	Autonomia de crianças e adolescentes	Os médicos e os enfermeiros consideram que têm um duplo papel: o de protetores dos menores e o de promotores dos seus direitos e da sua autonomia. ⁽³³⁻³⁴⁾
	Trabalhando com uma equipe multidisciplinar	O diagnóstico da DG requer uma equipe multidisciplinar experiente no assunto, ⁽¹⁶⁾ para criar um equilíbrio e prestar cuidados abrangentes. ^(25,32,34) No entanto, outro estudo realizado no Brasil mostra que a maioria das crianças e jovens foi avaliada por uma equipe multidisciplinar após o início da puberdade, ou seja, tardiamente. De fato, 1 em cada 4 jovens já tinha iniciado a ingestão de medicamentos hormonais antes da avaliação pela equipe multidisciplinar. ⁽²⁵⁾

Fonte: Elaboração dos autores (2022).

A percepção de desconforto das crianças foi associada à exclusão durante a fase puberal e também na interação com os profissionais de saúde durante o seu cuidado, com até 100% de interações negativas com os profissionais de saúde em algum momento do cuidado. Quanto à abordagem de patologização da DG, esta foi detectada no artigo espanhol onde foi relatada a medicalização excessiva.⁽²⁹⁾

DISCUSSÃO

Tal como nos resultados apresentados, a literatura indica que a DG tem início na infância, a partir dos 5-6 anos de idade e persiste sem tratamento durante anos, os jovens convivem entre os 22-27 anos com disforia antes de iniciarem a transição de gênero, seja mediante tratamento hormonal, cirurgia ou transição social;⁽¹⁴⁾ embora, em outro estudo com 96 adolescentes não-binários, alguns casos comecem mais cedo, entre 16-17 anos,⁽³⁸⁾ considerando que o diagnóstico e o manejo precoce durante a infância e adolescência podem melhorar a qualidade de vida e a sobrevivência.⁽¹⁴⁾

Em relação ao sexo, há literatura com resultados inversos indicando que adolescentes e jovens com identidade de gênero masculina apresentam maior nível de disforia de gênero em comparação com aqueles que se identificam com o gênero feminino,⁽³⁸⁾ que também tendem a procurar algum tipo de tratamento, seja hormonal ou cirúrgico.⁽¹⁾ Por outro lado, não existe diferença significativa no que diz respeito aos comportamentos de risco e doenças/transtornos mentais associados à identidade masculina ou feminina,⁽¹⁴⁾ o que é relevante para ser esclarecido.

Os menores com DG apresentam necessidades únicas, tanto físicas quanto mentais.⁽³⁹⁾ No entanto, a razão pela qual os jovens procuram os serviços do sistema de saúde está relacionada com a procura de informações sobre saúde sexual. Assim, os profissionais de saúde devem abordar questões como o uso de substâncias e comportamentos sexuais de risco durante qualquer consulta de saúde relacionada com jovens.^(40,41) Portanto, a falta de acesso às unidades de diversidade de gênero⁽¹⁶⁾ e a falta de experiência do pessoal^(26,34,37) torna necessário começar a orientar qualquer tipo de apoio ou cuidado com base nas necessidades das crianças e adolescentes.

É importante compreender que a presença de disforia de gênero não implica necessariamente psicopatologia, mas se alguma estiver presente, deve ser tratada de forma paralela.⁽⁴²⁾ As manifestações psicopatológicas mais frequentes são depressão, ansiedade, comportamentos de oposição, diminuição do desempenho acadêmico, comportamentos autolesivos, automedicação e comportamentos suicidas,⁽⁴³⁾ o que é consistente com estudo em crianças com DG, onde 37% relataram transtornos, com depressão e ansiedade destacando-se com maior frequência, e em menor proporção, os transtornos alimentares, os transtornos de personalidade borderline e os transtornos de personalidade emocionalmente instáveis.⁽⁴⁴⁾

Além disso, nos Estados Unidos, dos 96 jovens transexuais que procuravam cuidados para a sua DG, 100% queriam iniciar intervenção hormonal para reduzir a disforia, dos quais 35% relataram sintomas de depressão, 51% tiveram pensamentos suicidas e 30% tentaram suicídio pelo menos uma vez. Em relação aos comportamentos de risco, aproximadamente 65% dos jovens com DG relataram ter consumido álcool, tabaco e cannabis uma ou mais vezes, enquanto 43% relataram ter usado drogas como cocaína, alucinógenos, opioides, tranquilizantes e estimulantes.⁽³⁸⁾

Na esfera social, a literatura confirma que o apoio social, especialmente da família, tem sido apontado como um determinante da saúde mental em jovens transexuais, além de influenciar a qualidade

de vida, o bem-estar, a autoestima, a depressão, a ansiedade, estresse, pensamentos ou tentativas de suicídio.⁽⁴⁵⁾

O apoio dos pais está associado a menor carga pessoal de ser transgênero, menos sintomas depressivos e maior satisfação com a vida.⁽⁴²⁾ No entanto, o impacto emocional nas famílias é produto da falta de informação e conhecimento sobre como lidar com a situação,⁽⁴⁵⁾ o que pode levar a diversas reações, desde a rápida aceitação até ao sentimento de rejeição,⁽⁴⁶⁾ o que poderá fomentar o desenvolvimento de perturbações associadas à disforia de gênero em menores.⁽³⁸⁾

O medo vivenciado pelos pais devido à desinformação sobre possíveis consequências da transição social e da aceitação na sociedade gera um desejo apreensivo nos filhos de se arrependem ou reconsiderarem o processo de transição.⁽⁴⁷⁾ Além disso, a negação do tratamento pela família é uma barreira vivenciada pelas crianças com DG,⁽⁴⁸⁾ causando acesso tardio ou limitado ao tratamento, considerando que um requisito para elegibilidade ao tratamento de DG nos Padrões de Cuidados (PC) da *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) é ter um bom diagnóstico prévio.⁽⁴⁹⁾

Os resultados no ambiente escolar^(25,27,33) coincidem com o que tem sido relatado por jovens transexuais, que têm sofrido assédio e discriminação nas escolas por parte dos seus pares e até dos professores, criando como consequência que esses espaços sejam vistos como locais perigosos, o que, por sua vez, aumenta o risco de absentismo escolar e baixo desempenho acadêmico,⁽⁵⁰⁾ situação confirmada em outro estudo com adolescentes que se identificaram como transexuais, que tinham 4,5 vezes mais probabilidades de terem sofrido *bullying* e quase duas vezes mais probabilidades de terem temido pela sua segurança pessoal, de terem estado em situação grave luta física e terem sido espancados, em comparação com seus pares que se identificam como cisgênero.⁽⁵¹⁾

A falta de formação sobre diversidade de gênero nos ambientes de graduação e de trabalho é consistente com um estudo realizado com profissionais e estagiários de saúde nos Estados Unidos, onde 90% dos estudantes não têm conhecimento de populações com diversidade de gênero com DG, enquanto 80% dos profissionais entrevistados nunca receberam treinamento sobre o tema, o que os faz sentirem-se desconfortáveis e inseguros na prestação dos cuidados.⁽⁴²⁾

Da mesma forma, um estudo no Reino Unido indicou que existem múltiplos casos de jovens com diversidade de gênero que, ao acessarem o sistema de saúde para aconselhamento, são os que devem fornecer informações aos profissionais em qualquer ambiente de cuidados.⁽⁴⁴⁾ Às vezes, são os próprios pacientes que percebem o desconforto, o tratamento inadequado e a insegurança por parte do pessoal de saúde, sendo finalmente o próprio profissional quem indica não ter conhecimento do assunto e não poder dar atenção imediata,⁽⁵²⁾ mesmo na atenção primária, e mencionaram que muitos dos jovens optam por manter a sua identidade de gênero em silêncio por medo de discriminação por parte do prestador de serviço, e aqueles que conseguiram revelar-se tiveram que educar os seus próprios prestadores sobre as suas necessidades.⁽⁵³⁾ Isso se traduz em um atendimento integral deficiente, com precariedade no aconselhamento e na orientação e dificuldade em diferenciar o tipo de tratamento adequado para cada pessoa.⁽⁴¹⁾

Como pode ser observado nos resultados, um elevado percentual de crianças e adolescentes com DG tem sofrido discriminação por parte dos prestadores de serviços, o que pode estar associado aos pressupostos da heterossexualidade normalizada, que invisibiliza o paciente ou não tem opção pelo prestador, ou seja, o profissional assume a heterossexualidade de uma pessoa como se fosse moralmente correta, invisibilizando a população que difere do pressuposto.^(42,54)

Detalhes tão simples como a linguagem utilizada podem significar uma barreira para o atendimento ou enviar uma mensagem errada ao paciente, onde não é dado espaço à identificação de gênero, causando medo de exclusão dos serviços ou discriminação por parte dos profissionais de saúde, tornando menos provável que revelem sua orientação sexual ou identidade de gênero ao prestador de serviços, resultando em má comunicação e prejudicando a relação.^(40,42)

Da mesma forma, foram encontradas evidências de que os prestadores de serviços faziam comentários antiéticos e minimizavam as consequências do atraso no tratamento, mencionando até que os veriam novamente dentro de algum tempo, se ainda estivessem vivos. Contudo, em uma perspectiva mais positiva, a linguagem e a comunicação correta podem ser utilizadas como ferramentas que melhoram significativamente a relação prestador-paciente, o que tem sido evidenciado quando os profissionais se dirigem aos adolescentes pelo nome ou pronome escolhido, que experimentam uma sensação de alívio e até mesmo euforia.⁽⁵⁵⁾

Por outro lado, é importante notar que a estigmatização dos menores é potencializada pela necessidade de contar com a aprovação de outra pessoa para se desenvolverem com base na sua identidade de gênero, sendo excluídos aqueles que apresentam uma identidade de gênero não-binária.⁽⁵⁶⁾ No Chile, após uma longa trajetória e discussão, foi promulgada a Lei de Identidade de Gênero. No entanto, quem pode optar por esse direito de forma autônoma são as pessoas maiores de 18 anos, ou entre 14 e 17 anos que tenham autorização do seu representante legal.⁽¹⁸⁾ Portanto, a teoria sugere que a lei deva considerar os menores de 18 anos, uma vez que são sujeitos de direito e a disforia de gênero ocorre em idade precoce.⁽⁵⁷⁾

O acesso limitado ou tardio às terapias hormonais aumenta a DG e, em muitos casos, os jovens passam a autoadministrar substâncias, como a testosterona, para diminuir ou acelerar o desenvolvimento das suas características sexuais, sem qualquer tipo de acompanhamento e controle.⁽⁵⁵⁾

É importante priorizar a autonomia das crianças e adolescentes, permitindo-lhes tomar decisões de acordo com sua fase de crescimento, em ações como a mudança no corte de cabelo, que fazem grande diferença no seu desenvolvimento psicossocial e emocional, o que pode reduzir os sintomas da disforia.⁽⁵⁵⁾

Quanto aos resultados sobre a necessidade de uma equipe multidisciplinar para o diagnóstico de DG, isso coincide com a evidência disponível, que afirma que é importante procurar uma equipe para o manejo das crianças e suas famílias para encaminhar, quando necessário, e oferecer os diferentes tipos de tratamentos disponíveis, reversíveis e irreversíveis, de acordo com a situação.⁽⁵⁸⁾

Assim, as crianças que sofrem de incongruência de gênero devem receber uma avaliação por um psicólogo especializado em saúde mental pediátrica, que possa determinar e esclarecer qualquer incongruência de gênero, reconhecer a limitação da redesignação de sexo e descartar a presença de uma condição de saúde psicológica subjacente pré-existente.⁽⁵⁹⁾ Por outro lado, ao longo da avaliação diagnóstica, o psiquiatra infantil avalia elementos do desenvolvimento psicossocial do adolescente (sentimentos de gênero, experiências sexuais, atração sexual, relações sexuais, fantasias sexuais e imagem corporal) e aspectos gerais do funcionamento psicológico, como o desenvolvimento intelectual, habilidades de enfrentamento, psicopatologia e autoestima.⁽⁴³⁾

Além disso, os enfermeiros pediátricos podem ser prestadores de cuidados de saúde essenciais quando os pais questionam e procuram orientação. Enfermeiros escolares, conselheiros, profissionais de serviço social e enfermeiros psiquiátricos também devem estar familiarizados com as características de gênero não-conformista para identificação, intervenção e apoio precoces,⁽⁶⁰⁾ uma vez que a avaliação tardia por uma equipe multidisciplinar pode resultar no início da autoadministração de substâncias pelos jovens sem supervisão.⁽⁵⁵⁾

A revisão identifica as características necessárias para abordar a disforia de gênero e as necessidades especiais exigidas pelas crianças e jovens que passam um longo período de tempo sem apoio adequado ou suficiente, apresentando as áreas de abordagem e os déficits existentes. Além disso, evidencia a carência de estudos relacionados ao apoio de enfermagem na atenção primária, bem como de intervenções que favoreçam o processo de identidade de gênero em crianças e adolescentes.

CONCLUSÃO

Embora a identidade de gênero se torne hoje mais visível, as crianças devem esperar até à adolescência pela sua expressão e gestão, experimentando ao longo do tempo alterações na sua saúde mental e comportamentos de risco, que podem ser influenciados por ambientes hostis nos estabelecimentos de ensino ou pela falta de apoio familiar. Cada criança ou adolescente deve ser abordado de acordo com suas necessidades para alcançar seu bem-estar, respeitando sua autonomia e proporcionando conforto e segurança nos espaços onde se desenvolve.

A revisão da literatura revelou a falta de formação em diversidade de gênero durante a graduação; portanto, as instituições de formação em ciências da saúde devem reavaliar e integrar a diversidade de gênero, a identidade e a disforia nos seus programas, abordando a terminologia, a gestão, os tipos de tratamento e os elementos necessários para prestar cuidados abrangentes e de qualidade, com base nas necessidades das crianças, para prevenir o surgimento da disforia de gênero.

Da mesma forma, todos os prestadores de cuidados de saúde devem ser capacitados, com ênfase naqueles que possam ter contato com menores, para desmistificar a sua atenção e serem capazes de educar as suas famílias sobre as suas necessidades e criar um ambiente acolhedor e sem julgamentos no momento do cuidado, para fomentar uma relação de confiança entre profissional e paciente e ter melhor percepção e aproximação.

É necessário providenciar ferramentas sobre diversidade de gênero a quem trabalha nos cuidados primários e nas escolas, para detectar comportamentos associados à disforia de gênero, de forma a ter uma abordagem precoce e contínua para evitar a alteração do bem-estar físico, emocional e social na infância, o que favoreceria a identidade de gênero, o desenvolvimento integral e a prevenção de transtornos de saúde mental e de tentativas de suicídio.

Embora, no Chile, seja possível perceber uma mudança na visão heteronormativa da saúde, ao incorporar a abordagem de gênero na norma técnica para a supervisão de crianças na Atenção Primária à Saúde, é necessário um estudo mais aprofundado do assunto em nível global, tanto para obter informações epidemiológicas quanto para abordar a disforia de gênero em crianças e adolescentes.

As limitações do estudo estão relacionadas à alta duplicidade de artigos nas bases de dados, à delimitação de tempo e três idiomas no processo de busca, à falta de acesso aberto para alguns de alta relevância e à exploração insuficiente da disforia, associada à identidade de gênero em crianças e adolescentes, os quais, por ainda estarem em fase de desenvolvimento emocional, físico, psicológico e sexual, por vezes, não conseguem expressar e comunicar suas emoções ou sensações. Por isso, os pesquisadores optam pela opinião dos cuidadores ou quando esses são mais velhos.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção ou desenho do estudo: Peña B, Pérez MC, Valenzuela AC, Aros J, González PI y Castro SA. Coleta dos dados: Pérez MC, Valenzuela AC, Aros J, González PI y Castro SA. Análise e interpretação dos dados: Peña B, Pérez MC, Valenzuela AC, Aros J, González PI y Castro SA. Redação do artigo ou revisão crítica: Peña B, Pérez MC, Valenzuela AC, Aros J, González PI y Castro SA. Aprovação final da versão a ser publicada: Peña B.

REFERÊNCIAS

1. Ministry of Health (CL). Undersecretariat of Public Health. Recommendations for the implementation of the program of accompaniment for children and adolescents tran and gender nonconforming. Santiago: Ministry of Health; 2021. Disponível em: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/RECOMENDACIONES-PARA-LA-IMPLEMENTACION-DEL-PROGRAMA-DE-ACOMPANAMIENTO-PARA-NINOS-NINAS-Y-ADOLESCENTES-TRANS-Y-GENERO-NO-CONFORME.pdf>
2. World Health Organization (WHO). Sexual Health [Internet]. Disponível em: <https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health>
3. García-Leiva P. Gender Identity: Explanatory Models. *Escr Psicol* [Internet]. 2005;(7):71-81. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1710824>
4. Olivera AGC, Vilaça AF, Gonçalves DT. From transsexuality to gender dysphoria - approach protocol and guidance in primary health care. *Rpmgf* [Internet]. 2019;35(3):210-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v35i3.12105>
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 5a ED. Washington, DC: Panamericana; 2014. Disponível em: <https://www.bibliopsi.org/docs/guia/DSM%20V.pdf>
6. ICD-11 for mortality and morbidity statistics [Internet]. Who.int. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F411470068>
7. Robles R, Fresán A, Vega-Ramírez H, Cruz-Islas J, Rodríguez-Pérez V, Domínguez-Martínez T, et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2016;3(9):850-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30165-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30165-1)
8. National Association of Transvestites and Transsexuals. (2023). Technical note on access to healthcare for transgender children: from the transpathologizing model to transspecific care. Brazil: ANTRA. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2023/06/nota-tecnica-criancas-trans-antra.pdf>

9. Reilly M, Desousa V, Garza-Flores A, Perrin EC. Young children with gender nonconforming behaviors and preferences. *J Dev Behav Pediatr*. [Internet]. 2019;40(1):60–71. DOI: <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000612>
10. Wylie K, Knudson G, Khan SI, Bonierbale M, Watanyusakul S, Baral S. Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *Lancet* [Internet]. 2016;388(10042):401–11. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00682-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00682-6)
11. Robles Garcia R, Ayuso-Mateos JL. ICD-11 and the depathologization of the transgender condition. *Rev Psiquiatr Salud Ment (English Ed.)* [Internet]. 2019;12(2):65–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.01.002>
12. Garriga i Setó C. The concept of gender in the history of psychoanalysis and its clinical implications. *Brocar Cuad Investig Hist*. [Internet]. 2011;(35):117–56. DOI: <https://doi.org/10.18172/brocar.1598>
13. Serón T, Catalán M. Gender Identity and Mental Health. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. [Internet]. 2021; 59(3): 234–247. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272021000300234>
14. Zaliznyak M, Yuan N, Bresee C, Freedman A, Garcia MM. How early in life do Transgender Adults Begin to Experience Gender Dysphoria? Why This Matters for patients, providers, and for Our Healthcare System. *Sex Med*. [Internet]. 2021;9(6):100448. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100448>
15. Sumia M, Lindberg N, Työlajärvi M, Kaltiala-Heino R. Current and recalled childhood gender identity in community youth in comparison to referred adolescents seeking sex reassignment. *J Adolesc* [Internet]. 2017;56(1):34–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.01.006>
16. Mariano TSO, Moretti-Pires RO. Gender dysphoria in children: integrative literature review and recommendations for management in Primary Health Care. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. [Internet]. 2018;13(40):1–11. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf.13\(40\)1653](https://doi.org/10.5712/rbmf.13(40)1653)
17. Di Grazia M, Sammartano F, Taverna C, Knowles A, Trombetta C, Barbone F. Epidemiologic considerations on gender incongruence in adults, adolescents and children and mental health issues: A review of the literature. *Sexologies*. [Internet]. 2021;30(1): e61–75. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2020.12.003>
18. Library of the National Congress. Law 12120 Recognizes and gives protection to the right to gender identity. Ministry of Justice and Human Rights [Internet]. Disponível em: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1126480>
19. Report on survey t: 1st survey for trans and gender non-conforming people in Chile. Executive summary. Santiago, Chile; 2017. Disponível em: https://otdchile.org/wp-content/uploads/2020/05/Informe_ejecutivo_Encuesta-T.pdf
20. Chambergo-Michilot D, Diaz-Barrera ME, Benites-Zapata VA. Scope reviews, reviews umbrella and review-focused synthesis of maps: methodological aspects and applications. *Rev Peru Med Exp. Public Health* 2021;38(1):136–42. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2021.381.6501>
21. PRISMA. Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews: PRISMA-ScR, Checklist. 2019. Disponível em: http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA-ScR-Fillable-Checklist_11Sept2019.pdf
22. Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe). Case Control Study analysis Tool. Alicante, España; 2016.

23. PRISMA. PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>
24. Davis J, Hequembourg A, Paplham P. School-based nurse practitioners' perceptions of the health care needs of transgender and gender nonconforming adolescents. *J Sch Nurs* [Internet]. 2021;10598405211017124. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/10598405211017125>
25. Soll BMB, Fontanari AM, Brandelli Costa A, Chinazzo Í, Silva DC, Guadagnin F, et al. Descriptive study of transgender youth receiving health care in the Gender Identity Program in southern Brazil. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021;12:627661. DOI: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2021.627661>
26. Moreno-Bencardino C, Zuluaga L, Perez J, Cespedes C, Forero C, Fernandez N. Gender dysphoria in the pediatric population: Initial experience of a transdisciplinary group. *Rev Urol Colomb/Colomb Urol J.* [Internet]. 2021;30(04): e286-92. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1730327>
27. Jessen RS, Waehre A, David L, Stänicke E. Negotiating Gender in Everyday Life: Toward a Conceptual Model of Gender Dysphoria in Adolescents. *Arch Sex Behav.* [Internet]. 2021;50(8):3489-503. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02024-6>
28. Wagner S, Panagiotakopoulos L, Nash R, Bradlyn A, Getahun D, Lash TL, Roblin D, Silverberg MJ, Tangpricha V, Vupputuri S, Goodman M. Progression of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: A Longitudinal Study. *Pediatrics.* [Internet]. 2021;148(1): e2020027722. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-027722>
29. Pazos Guerra M, Gómez Balaguer M, Gomes Porras M, Hurtado Murillo F, Solá Izquierdo E, Morillas Ariño C. Transsexuality: transitions, transitions and regrets in Spain. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl).* [Internet]. 2020;67(9):562-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.03.008>
30. Collins CA. Pediatric nurse practitioners' attitudes/beliefs and knowledge/perceived competence in caring for transgender and gender-nonconforming youth. *J Spec Pediatr Nurs* [Internet]. 2021;26(2): e12321. DOI: <https://doi.org/10.1111/jspn.12321>
31. Carabez R, Kim JE. LGBT youth in foster care and the critical advocacy role of Public Health Nurses. *Public Health Nurs.* [Internet]. 2020;37(5):750-6. DOI: <https://doi.org/10.1111/phn.12757>
32. Rider GN, McMorris BJ, Gower AL, Coleman E, Brown C, Eisenberg ME. Perspectives from Nurses and Physicians on Training Needs and Comfort Working With Transgender and Gender-Diverse Youth. *J Pediatr Health Care.* [Internet]. 2019;33(4):379-385. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.11.003>
33. Laiti M, Pakarinen A, Parisod H, Hayter M, Sariola S, Salanterä S. Supporting LGBTQ+ Students: A Focus Group Study with Junior High School Nurses. *J Sch Nurs.* [Internet]. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1177/10598405221086035>
34. Gerritse K, Hartman L, Antonides MF, Wensing-Kruger A, de Vries ALC, Molewijk BC. Moral challenges in transgender care: A thematic analysis based on a focused ethnography. *Arch Sex Behav* [Internet]. 2018;47(8):2319-33. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1287-3>
35. Hughes E, Rawlings V, McDermott E. Mental health staff perceptions and practice regarding self-harm, suicidality and help-seeking in LGBTQ youth: Findings from a cross-sectional survey in the UK. *Issues Ment Health Nurs.* [Internet]. 2018;39(1):30-6. DOI: <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1398284>
36. Kameg BN, Nativio DG. Gender dysphoria in youth: An overview for primary care providers. *J Am Assoc Nurse Pract.* [Internet]. 2018;30(9):493-498. DOI: <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000068>

37. Heard J, Morris A, Kirouac N, Ducharme J, Trepel S, Wicklow B. Gender dysphoria assessment and action for youth: Review of health care services and experiences of trans youth in Manitoba. *Paediatr Child Health*. [Internet]. 2018;23(3):179-84. DOI: <https://doi.org/10.1093/pch/pxx156>.
38. Olson J, Schragger SM, Belzer M, Simons LK, Clark LF. Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. *J Adolesc Health* [Internet]. 2015;57(4):374-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.027>
39. Feldman J, Goldberg, J. Transgender Primary Medical Care. *International Journal of Transgenderism*. [Internet]. 2009;9(3):3- 34. DOI: https://doi.org/10.1300/J485v09n03_02
40. Makadon HJ. Ending LGBT invisibility in health care: the first step in ensuring equitable care. *Cleve Clin J Med*. [Internet]. 2011;78(4):220-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.3949/ccjm.78gr.10006>
41. Brennan AMW, Barnsteiner J, Siantz ML de L, Cotter VT, Everett J. Lesbian, gay, bisexual, transgendered, or intersexed content for nursing curricula. *J Prof Nurs* [Internet]. 2012;28(2):96-104. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.11.004>
42. Bosse JD, Nesteby JA, Randall CE. Integrating sexual minority health issues into a health assessment class. *J Prof Nurs* [Internet]. 2015;31(6):498-507. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2015.04.007>
43. Gatica G, Almonte C. Therapeutic interventions in gender dysphoria in children and adolescents. *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc*. [Internet]. 2015;26(2): 121-32. Disponível em: https://www.sopnia.com/wp-content/uploads/2021/05/Revista-SOPNIA_201502.pdf#page=121
44. Mc Callion S, Smith S, Kyle H, Shaikh MG, Wilkinson G, Kyriakou A. An appraisal of current service delivery and future models of care for young people with gender dysphoria. *Eur J Pediatr*. [Internet]. 2021;180(9):2969-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-021-04075-2>
45. Sharek D, Huntley-Moore S, McCann E. Education needs of families of transgender young people: A narrative review of international literature. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2018;39(1):59-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/01612840.2017.1395500>
46. Drescher J, Byne W. Gender dysphoric/gender variant (GD/GV) children and adolescents: summarizing what we know and what we have yet to learn. *J Homosex*. [Internet]. 2012;59(3):501-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653317>
47. Menvielle EJ, Rodnan LA. A therapeutic group for parents of transgender adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2011;20(4):733-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2011.08.002>
48. González-Gómez A, Sellán-Soto C. Gender dysphoria in children and adolescents: narrative review. [Final degree thesis]. Madrid: Autonomous University of Madrid, 2018. Disponível em: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684876/gonzalez_gomez_andreatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
49. Hurtado-Murillo, F. Gender Dysphoria in childhood and adolescents: Clinical Practice Guideline. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*. [Internet]. 2015;6 Suppl (1):45-52. DOI: <https://doi.org/10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2015.Apr.283>
50. McGuire JK, Anderson CR, Toomey RB, Russell ST. School climate for transgender youth: a mixed method investigation of student experiences and school responses. *J Youth Adolesc*. [Internet]. 2010;39(10):1175-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-010-9540-7>

51. Clark TC, Lucassen MFG, Bullen P, Denny SJ, Fleming TM, Robinson EM, et al. The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *J Adolesc Health* [Internet]. 2014;55(1):93–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
52. Castillo Muñoz L, Cuadrado F. Transgender people's perception of health care. *Index enferm* [Internet]. 2020;29(1–2):13–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962020000100004>
53. Abeln B, Love R. Considerations for the care of transgender individuals. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2019;54(4):551–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2019.07.005>
54. Rondahl G. Students inadequate knowledge about lesbian, gay, bisexual and transgender persons. *Int J Nurs Educ Scholarsh* [Internet]. 2009;6(1):1–15. DOI: <http://dx.doi.org/10.2202/1548-923X.1718>
55. Gridley SJ, Crouch JM, Evans Y, Eng W, Antoon E, Lyapustina M, et al. Youth and Caregiver Perspectives on Barriers to Gender-Affirming Health Care for Transgender Youth. *J Adolesc Health*. [Internet]. 2016;59(3):254–61. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.017>
56. Gauché Marchetti XA, Lovera Parmo DA. The right to gender identity of children and adolescents beyond Law 21.120: expansions from a rights-based approach. *Ius Prax* [Internet]. 2022;28(1):122–40. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-00122022000100122>
57. Ravetllat Ballesté I. Equally different: the gender identity of children and adolescents in Chile. *Ius Prax*. [Internet]. 2018;24(1):397–436. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-00122018000100397>
58. González Díaz F, Catalán Águila M, Pantoja de Prada V. Health assessment of trans people situation in Chile: an invisible reality. *CMS*. [Internet]. 2018;58(2):49–55. Disponível em: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/282>
59. Singh SM, Gatzke N. The nurse practitioner's role in the management of gender dysphoria among youth. *J Nurse Pract* [Internet]. 2021;17(5):540–4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2021.01.020>
60. Forcier M, Johnson M. Screening, identification, and support of gender non-conforming children and families. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2013;28(1):100–2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2012.11.001>

Conflitos de interesse: Não

Submissão: 2023/06/05

Revisão: 2023/20/07

Aceite: 2023/30/10

Publicação: 2024/25/01

Editor Chefe ou Científico: Jose Wicto Pereira Borges

Editor Associado: Francisco Lucas de Lima Fontes

Autores mantêm os direitos autorais e concedem à Revista de Enfermagem da UFPI o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution BY 4.0 que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.