

# **DIRETRIZES PARA PRÁTICAS PSICOLÓGICAS COM PESSOAS TRANS E EM NÃO CONFORMIDADE DE GÊNERO**

American Psychological Association<sup>1</sup>

TRADUÇÃO

**Ramiro Figueiredo Catelan**

Psicólogo – CRP 07/26017, mestrando em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS, pós-graduando em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo CEFI

**Angelo Brandelli Costa**

Psicólogo – CRP 07/18867, doutor em Psicologia pela UFRGS, professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, coordenador do Grupo de Pesquisa Preconceito, Vulnerabilidade e Processos Psicossociais (PVPP/PUCRS), conselheiro titular do CRPRS

---

## **NOTA INTRODUTÓRIA**

Este documento é a tradução oficial autorizada das *Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People*, elaboradas pela American Psychological Association em 2015. O objetivo desta tradução é disponibilizar ao público de profissionais da psicologia do Brasil material científico informado por evidências para subsidiar boas práticas psicológicas com pessoas trans e em não conformidade de gênero. Existe uma escassez de publicações em português sobre como trabalhar com essa população de modo adequado, assertivo e respeitoso. Considerando o nível de vulnerabilidade, preconceito, exposição à violência e violação de direitos às quais a população trans é submetida no Brasil cotidianamente, é fundamental que profissionais da psicologia possam ter preparo qualificado para acolhê-la e ajudá-la a enfrentar os desafios impostos pelo contexto social hostil no qual está inserida. A maior parte do conteúdo dessas diretrizes pode ser adaptado e adequado à realidade e contexto cultural brasileiros. Porém, alguns trechos dizem respeito às

---

<sup>1</sup> Material publicado originalmente em inglês pela American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832-864. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039906>. Copyright © 2015 American Psychological Association. Traduzido e reproduzido com autorização. A American Psychological Association não é responsável pela exatidão desta tradução. Não pode ser reproduzida ou distribuída em outros meios sem prévia autorização por escrito da APA.

especificidades jurídicas e contextuais estadunidenses, que não foram adaptados para respeitar o texto original. Comentários feitos pelos tradutores encontram-se entre colchetes ou notas de rodapé assinaladas.

---

Pessoas trans e em não conformidade de gênero<sup>2</sup> (TGNC) são aquelas cuja identidade de gênero não está completamente alinhada ao sexo que lhes foi designado no nascimento. A existência de pessoas TGNC tem sido documentada em uma gama de culturas históricas (Coleman, Colgan, & Gooren, 1992; Feinberg, 1996; Miller & Nichols, 2012; Schmidt, 2003). As estimativas populacionais atuais de pessoas TGNC variam de 0,17 a 1,333 por 100,000 (Meier & Labuski, 2013). O Massachusetts Behavioral Risk Factor Surveillance Survey encontrou 0,5% da população adulta entre 18 a 64 anos identificada como TGNC entre 2009 e 2011 (Conron, Scott, Stowell, & Landers, 2012). No entanto, as estimativas populacionais provavelmente subnotificam o número verdadeiro de pessoas TGNC, dadas as dificuldades em coletar informações demográficas abrangentes a respeito desse grupo (Meier & Labuski, 2013). Nas últimas duas décadas, houve um aumento significativo de pesquisas a respeito de pessoas TGNC. Esse aumento do conhecimento, informado pela comunidade TGNC, resultou no desenvolvimento de práticas progressivamente mais afirmativas nas múltiplas áreas da saúde envolvidas no cuidado com pessoas TGNC (Bockting, Knudson, & Goldberg, 2006; Coleman et al., 2012). As pesquisas documentaram as profundas experiências de estigma e discriminação relatadas por pessoas TGNC (Grant et al., 2011) e as consequências de saúde mental dessas experiências ao longo do curso de vida (Bockting, Miner, Swinburne Romine, Hamilton, & Coleman, 2013), incluindo índices elevados de depressão (Fredriksen-Goldsen et al., 2014) e ideação e tentativa de suicídio (Clements-Nolle, Marx, & Katz, 2006). A falta de acesso aos cuidados de saúde física e mental afirmativos é uma barreira comum a pessoas TGNC (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Garofalo, Deleon, Osmer, Doll, & Harper, 2006; Grossman & D'Augelli, 2006), sendo muitas vezes rejeitadas por conta de sua identidade de gênero (Xavier et al., 2012).

---

<sup>2</sup> Para os propósitos destas diretrizes, usamos o termo pessoas trans e em não conformidade de gênero (TGNC). Pretendemos que o termo seja o mais amplamente inclusivo possível e reconhecemos que algumas pessoas TGNC não se identificam com esses termos. Os leitores podem encontrar no Apêndice A uma listagem de termos que incluem várias classificações de identidade TGNC.

Em 2009, o levantamento da Força-Tarefa sobre Identidade de Gênero e Variância de Gênero da American Psychological Association (APA) concluiu que menos de 30% de profissionais da psicologia e estudantes de pós-graduação referiram familiaridade com questões que pessoas TGNC enfrentam (APA TFGIGV, 2009). Psicólogos/os e demais profissionais de saúde mental que têm treinamento e experiência limitados a respeito de cuidados afirmativos de pessoas TGNC podem lhes causar danos (Mikalson, Pardo, & Green, 2012; Xavier et al., 2012). O nível significativo de estigma e discriminação social que as pessoas TGNC enfrentam, as consequências associadas à saúde mental e a falta de familiaridade de profissionais da psicologia com o atendimento afirmativo levaram a equipe de trabalho da APA a recomendar que diretrizes de prática psicológica fossem desenvolvidas para ajudar profissionais da psicologia a maximizar a eficácia dos serviços oferecidos e evitar danos ao trabalhar com pessoas TGNC e suas famílias.

### **Propósito**

O objetivo das Diretrizes para práticas psicológicas com pessoas trans e em não conformidade de gênero (doravante Diretrizes) é ajudar profissionais da psicologia no oferecimento de práticas psicológicas culturalmente competentes, adequadas para o desenvolvimento e afirmativas com pessoas TGNC. A prática afirmativa é a prestação de cuidados que sejam respeitosos, conscientes e apoiem as identidades e experiências de vida de pessoas TGNC (Korell & Lorah, 2007). As Diretrizes são um recurso introdutório para profissionais da psicologia que encontrarão pessoas TGNC em sua prática, mas também pode ser útil para pessoas com experiência nesta área de prática para melhorar os cuidados já oferecidos às pessoas TGNC. As Diretrizes incluem um conjunto de definições para leitores que podem estar menos familiarizados com a linguagem usada quando se discute a identidade de gênero e as populações TGNC (ver Apêndice A). Distinto de TGNC, o termo "cisgênero" [ou "cis"] é usado para se referir a pessoas cujo sexo designado no nascimento está alinhado com a sua identidade de gênero (Green, 2006; Serano, 2006).

Dada a complexidade adicional de trabalhar com pessoas TGNC jovens<sup>3</sup> e as limitações da pesquisa disponível, as Diretrizes se concentram principalmente, embora não exclusivamente, em adultos TGNC. Futuras revisões das diretrizes irão aprofundar

---

<sup>3</sup> Para os propósitos dessas diretrizes, "jovens" são crianças e adolescentes abaixo de 18 anos.

o foco em jovens TGNC e que se questionam a respeito de seu gênero. As Diretrizes abordam os pontos fortes das pessoas TGNC, os desafios que enfrentam, questões éticas e legais, considerações de vida útil, pesquisa, educação, treinamento e cuidados de saúde. Como as questões de identidade de gênero são muitas vezes combinadas com questões de expressão de gênero ou orientação sexual, a prática psicológica com a população TGNC garante a aquisição de conhecimento específico sobre preocupações únicas para essas pessoas, que não são abordadas por outras diretrizes práticas (APA, 2012). É importante notar que estas Diretrizes não têm como objetivo abordar alguns dos conflitos que as pessoas cisgênero podem experimentar devido às expectativas da sociedade em relação aos papéis de gênero (Butler, 1990), nem pretendem abordar pessoas intersexuais (Dreger, 1999; Preves, 2003).

Em 2005, o Conselho de Representantes da APA autorizou a criação da Força-Tarefa sobre Identidade de Gênero e Variância de Gênero, cobrando para que analisasse as políticas da APA relacionadas às pessoas TGNC e oferecesse recomendações para que a APA atendesse melhor às necessidades das pessoas TGNC (APA TFGIGV, 2009). Em 2009 o Conselho de Representantes da APA adotou a Resolução sobre Transgêneros, Identidade de Gênero e Não-Discriminação de Expressão de Gênero, que exige que profissionais da psicologia em seus papéis profissionais ofereçam tratamento adequado e não discriminatório; encoraja profissionais da psicologia a assumir um papel de liderança no combate à discriminação; apoia a prestação de cuidados de saúde mental e médicos adequados e necessários; reconhece a eficácia, benefício e necessidade médica da transição de gênero; apoia o acesso ao tratamento adequado em contextos institucionais; e apoia a criação de recursos educacionais para todo o corpo de profissionais da psicologia (Anton, 2009). Em 2009, em um extenso relatório sobre o estado atual da prática psicológica com as pessoas TGNC, a força-tarefa determinou que havia conhecimentos suficientes no campo para garantir o desenvolvimento de diretrizes para práticas com as populações TGNC (APA TFGIGV, 2009). A relativa falta de conhecimento de profissionais da psicologia sobre as pessoas TGNC e os cuidados afirmativos, o nível de estigma e discriminação social que enfrentam e as consequências significativas para a saúde mental que experimentam como resultado disso proporcionam uma necessidade convincente de diretrizes de práticas psicológicas para essa população.

## **Usuários/os**

O público-alvo destas Diretrizes inclui profissionais da psicologia que oferecem cuidados clínicos, realizam pesquisas ou realizam ações de educação ou treinamento. Dado que questões relacionadas à identidade de gênero podem surgir em qualquer fase da vida de uma pessoa TGNC (Lev, 2004), clínicos podem encontrar uma pessoa TGNC na prática ou ter um cliente apresentando algum problema envolvendo tópicos relacionados à identidade de gênero ou expressão de gênero. Pesquisadores e educadores se beneficiarão do uso dessas Diretrizes para basear seu trabalho, mesmo que não especificamente focado em populações TGNC. Profissionais da psicologia focados na atuação com essas populações em suas práticas de clínica, pesquisa ou atividades educativas/formativas também se beneficiarão do uso destas Diretrizes.

## **Distinção entre normas e diretrizes<sup>4</sup>**

Ao usar estas Diretrizes, profissionais da psicologia devem estar conscientes de que a APA fez uma importante distinção entre normas e diretrizes (Reed, McLaughlin e Newman, 2002). Normas são mandatos a que todos as(os) psicólogos/os devem aderir (por exemplo, os Princípios Éticos dos Psicólogos e o Código de Conduta, APA, 2010), enquanto as diretrizes são desejáveis. Profissionais da psicologia são encorajados a usar essas Diretrizes em conjunto com os Princípios Éticos dos Psicólogos e o Código de Conduta, e devem estar conscientes de que as leis estaduais e federais podem anular estas Diretrizes (APA, 2010).

Além disso, estas Diretrizes se referem à prática psicológica (por exemplo, trabalho clínico, consultoria, educação, pesquisa e treinamento) em vez de tratamento. As diretrizes de prática são focadas em profissionais e fornecem orientação a elas/eles em relação à "conduta e às questões a serem consideradas em áreas específicas da prática clínica" (Reed et al., 2002, p. 1044). As diretrizes de tratamento são focadas no cliente e abordam recomendações de intervenção específica para uma população ou condição (Reed et al., 2002). Estas Diretrizes destinam-se a complementar as diretrizes de tratamento para as pessoas TGNC que procuram serviços de saúde mental, como as estabelecidas pela Associação Profissional Mundial para os Padrões de Cuidados de

---

<sup>4</sup> **Nota dos tradutores:** Esta subseção reflete especificidades do ordenamento da psicologia nos Estados dos Unidos. Recomenda-se enfaticamente que profissionais da psicologia do Brasil baseiem suas práticas psicológicas nos aportes oferecidos por estas Diretrizes, visando à qualificação do trabalho com pessoas trans e em não conformidade de gênero.

Saúde Transgênero (Coleman et al., 2012) e a Sociedade de Endocrinologia (Hembree et al., 2009).

### **Compatibilidade<sup>5</sup>**

Estas Diretrizes são consistentes com os Princípios Éticos de Psicólogos e Código de Conduta da APA (APA, 2010), os Padrões de Credenciamento para Psicologia do Serviço de Saúde (APA, 2015), o relatório APA TFGIGV (2009) e a Resolução do Conselho de Representantes da APA sobre Transgêneros, Identidade de Gênero e Não-Discriminação de Expressão de Gênero (Anton, 2009).

### **Processo de desenvolvimento das diretrizes práticas**

Para abordar uma das recomendações da Força-Tarefa (APA TFGIGV, 2009), o Comitê da APA sobre Orientação Sexual e Diversidade de Gênero (outrora Comitê sobre Questões de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros) e a Divisão 44 (Sociedade para o Estudo Psicológico de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros) iniciou em 2011 uma equipe de trabalho conjunta sobre diretrizes de práticas psicológicas com pessoas trans e em não conformidade de gênero. Os membros da equipe de trabalho foram selecionados através de um processo de inscrição e revisão conduzido pela liderança do Comitê da APA sobre Orientação Sexual e Diversidade de Gênero e a Divisão 44. A força-tarefa incluiu 10 membros que possuíam conhecimentos substanciais de prática psicológica com pessoas TGNC. Dos 10 membros da força-tarefa, cinco indivíduos se identificaram como TGNC, com uma variedade de identidades de gênero, e cinco se identificaram como cisgênero. Em termos de raça/etnia, seis dos membros da força-tarefa se identificaram como brancos e quatro se identificaram como pessoas de cor (um americano indiano, um americano chinês, um americano latino e um com “raça misturada”).

A força-tarefa realizou uma revisão abrangente da produção do conhecimento existente, identificou o conteúdo mais pertinente para a prática de psicologia com pessoas TGNC e avaliou o nível de evidência para apoiar a orientação dentro de cada diretriz. Para garantir a precisão e abrangência destas Diretrizes, os membros da força-

---

<sup>5</sup> **Nota dos tradutores:** Estas diretrizes se encontram em consonância com o Código de Ética Profissional da psicologia brasileira, que expõe nos seus princípios fundamentais que profissionais da psicologia devem promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades, contribuindo para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

tarefa se reuniram com membros e grupos da comunidade TGNC e consultaram especialistas em assuntos dentro e fora da psicologia. Quando houve falta de consenso profissional, todos os esforços foram feitos para incluir opiniões divergentes no campo relevante para essa questão. Quando isso ocorreu, a força-tarefa descreveu as várias abordagens documentadas na literatura. Além disso, essas Diretrizes foram informadas por comentários recebidos em múltiplas apresentações realizadas em conferências profissionais e comentários obtidos por meio de dois ciclos de debates públicos a respeito de propostas anteriores.

Este documento contém 16 diretrizes para práticas psicológicas com pessoas TGNC. Cada diretriz inclui uma seção de Fundamentação, que revisa a produção de conhecimento relevante, apoia a necessidade da diretriz, e uma seção de Aplicação que descreve como a diretriz particular pode ser aplicada nas práticas psicológicas. As Diretrizes são organizadas em cinco grupos: (a) conhecimento e conscientização fundamentais; (b) estigma, discriminação e barreiras ao cuidado; (c) desenvolvimento do curso de vida; (d) avaliação, terapia e intervenção; e (e) pesquisa, educação e treinamento. O financiamento para este projeto foi fornecido pela Divisão 44 (Sociedade para o Estudo das Questões LGBT); pelo Gabinete da APA sobre Questões de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT); uma subvenção do Comitê de Divisão/Relações da APA; e doações de Randall Ehrbar e Pamela St. Amand. Alguns membros da força-tarefa receberam compensação por meio de apresentações (por exemplo, honorários) ou royalties (por exemplo, contratos de livros) baseados, em parte, nas informações contidas nestas Diretrizes.

### **Seleção das evidências**

Embora o número de publicações sobre o tema da prática afirmativa com a população TGNC tenha aumentado, esta ainda é uma área emergente na literatura e pesquisa acadêmicas. Quando possível, a força-tarefa baseou-se em publicações revisadas por pares, mas os livros, capítulos e relatórios que normalmente não recebem um alto nível de revisão por pares também foram citados quando apropriados. Essas fontes são de uma gama diversificada de campos que abordam a saúde mental, incluindo psicologia, *counseling*, serviço social e psiquiatria. Alguns estudos com pessoas TGNC utilizam tamanhos amostrais pequenos, o que limita a generalização dos resultados. Poucos estudos com pessoas TGNC utilizam amostras probabilísticas ou grupos controle randomizados (por exemplo, Conron et al., 2012; Dhejne et al., 2011). Como

resultado, a força-tarefa baseou-se, principalmente, em estudos usando amostras de conveniência, o que limita a generalização de resultados para a população como um todo, mas pode ser adequado para descrever problemas e situações que surgem dentro da população.

## CONHECIMENTO E CONSCIENTIZAÇÃO FUNDAMENTAIS

**Diretriz 1. Entender que o gênero é um construto não-binário que permite uma variedade de identidades de gênero e que a identidade de gênero de uma pessoa pode não se alinhar com o sexo designado ao nascimento.**

**Fundamentação.** Identidade de gênero é definida como a percepção profunda e inerente que uma pessoa tem em relação a ser uma garota, mulher ou fêmea; um garoto, homem ou macho; ou um gênero alternativo (Bethea & McCollum, 2013; Institute of Medicine [IOM], 2011). Em muitas culturas e tradições religiosas, o gênero tem sido percebido como um construto binário, com categorias mutualmente exclusivas de macho ou fêmea, menino ou menina, homem ou mulher (Benjamin, 1966; Mollenkott, 2001; Tanis, 2003). Essas categorias mutualmente exclusivas incluem o pressuposto de que a identidade de gênero está sempre alinhada ao sexo designado no nascimento (Bethea & McCollum, 2013). Para pessoas TGNC, identidade de gênero se difere do sexo designado no nascimento em vários níveis, podendo ser experimentado e expressado fora do binarismo de gênero (Harrison, Grant, & Herman, 2012; Kuper, Nussbaum, & Mustanski, 2012).

O gênero como um construto não-binário tem sido descrito e estudado há décadas (Benjamin, 1966; Herdt, 1994; Kulick, 1998). Há evidências históricas de reconhecimento, aceitação social e, por vezes, reverência da diversidade na identidade de gênero e na expressão de gênero em várias culturas diferentes (Coleman et al., 1992; Feinberg, 1996; Miller & Nichols, 2012; Schmidt, 2003). Muitas culturas em que as pessoas e grupos em não conformidade de gênero estiveram em visibilidade foram diminuídas pela ocidentalização, colonialismo e desigualdade sistêmica (Nanda, 1999). No século 20, a expressão de pessoas TGNC tornou-se medicalizada (Hirschfeld, 1910/1991), e as intervenções médicas para tratar a discordância entre o sexo atribuído a uma pessoa no nascimento, características sexuais secundárias e identidade de gênero tornaram-se disponíveis (Meyerowitz, 2002).

Já na década de 1950, a pesquisa encontrou variabilidade em como um indivíduo descrevia seu gênero, com alguns participantes relatando uma identidade de gênero diferente das categorias culturalmente definidas, mutuamente exclusivas de "homem" ou "mulher" (Benjamin, 1966). Em vários grandes estudos online recentes com a população TGNC nos Estados Unidos, 30% a 40% dos participantes identificaram sua identidade de gênero como sendo outra que nem homem ou mulher (Harrison et al., 2012; Kuper et al., 2012). Embora alguns estudos tenham fomentado uma compreensão mais ampla do gênero (Conron, Scout & Austin, 2008), a maioria das pesquisas exigiu uma escolha forçada entre homem e mulher, deixando de representar ou retratar aqueles com diferentes identidades de gênero (IOM, 2011). As pesquisas realizadas nas últimas duas décadas demonstraram a existência de um amplo espectro de identidade de gênero e expressão de gênero (Bockting, 2008; Harrison et al., 2012; Kuper et al., 2012), que inclui pessoas que se identificam como homem ou mulher, nem homem nem mulher, uma mistura de homem e mulher, ou uma identidade de gênero única. A identificação de uma pessoa como TGNC pode ser saudável e autoafirmativa e não é inerentemente patológica (Coleman et al., 2012). No entanto, as pessoas podem apresentar sofrimento associado à discordância entre sua identidade de gênero e seu corpo ou sexo designado no nascimento, bem associado como estigma e discriminação social (Coleman et al., 2012).

Entre o final da década de 1960 e o início da década de 1990, os cuidados de saúde para aliviar a disforia de gênero reforçaram em grande parte a concepção binária de gênero (APA TFGIGV, 2009; Bolin, 1994; Hastings, 1974). Naquela época, considerava-se um desfecho ideal que pessoas TGNC se conformassem com uma identidade alinhada com o sexo atribuído ao nascimento ou, se não fosse possível, com o sexo "oposto", com uma forte ênfase na assimilação à população cisgênero ou na passabilidade [ser percebida/o como uma pessoa cisgênero] (APA TFGIGV, 2009; Bolin, 1994; Hastings, 1974). Discordar dessas opções poderia aumentar a preocupação de profissionais de saúde sobre a capacidade de uma pessoa TGNC de transicionar com sucesso. Essas preocupações poderiam atuar como uma barreira ao acesso à cirurgia ou à terapia hormonal, porque o endosso do atendimento médico ou de saúde mental era necessário antes que a cirurgia ou hormônios pudessem ser acessados (Berger et al., 1979). Em grande parte devido à pressão de indivíduos e comunidades TGNC na década de 1990, combinados com avanços na pesquisa e modelos de cuidados afirmativos, há um maior reconhecimento e reconhecimento de um espectro de

diversidade de gênero, com consequentes cuidados individualizados e específicos para pessoas TGNC (Bockting et al., 2006; Coleman et al., 2012).

**Aplicação.** Um entendimento não-binário de gênero é fundamental para prover o cuidado afirmativo para pessoas TGNC. Profissionais da psicologia são encorajadas/os a adaptar ou modificar seu entendimento de gênero, entendendo a variação como saudável e normal. Ao entender o espectro das identidades de gênero e as expressões de gênero que existem, e que a identidade de gênero de uma pessoa pode não estar em alinhamento total com o sexo designado no nascimento, profissionais da psicologia podem aumentar sua capacidade de auxiliar as pessoas TGNC, suas famílias e suas comunidades (Lev, 2004). Respeitar e apoiar as pessoas TGNC na articulação autêntica de sua identidade de gênero e expressão de gênero, bem como sua experiência vivida, pode melhorar a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida dessa população (Witten, 2003).

Algumas pessoas TGNC podem ter acesso limitado aos modelos positivos a serem seguidos com visibilidade. Como resultado, muitas são isoladas e devem lidar com o estigma da não conformidade de gênero sem orientação ou suporte, agravando o efeito negativo do estigma na saúde mental (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Singh, Hays & Watson, 2011). Profissionais da psicologia podem ajudar as pessoas TGNC a desafiar as normas e estereótipos de gênero e a explorar sua identidade de gênero e expressão de gênero. As pessoas, companheiros, famílias, amigos e comunidades TGNC podem se beneficiar da educação sobre a variação saudável da identidade de gênero e da expressão de gênero e a suposição incorreta de que a identidade de gênero se alinha automaticamente com o sexo designado no nascimento.

Profissionais da psicologia podem moderar a aceitação da ambiguidade à medida que as pessoas TGNC desenvolvem e exploram aspectos de seu gênero, especialmente na infância e na adolescência. Uma postura sem julgamento diante da não conformidade do gênero pode ajudar a contrariar o estigma generalizado enfrentado por muitas dessas pessoas e proporcionar um ambiente seguro para explorar a identidade de gênero e tomar decisões informadas sobre a expressão de gênero.

**Diretriz 2. Entender que a identidade de gênero e a orientação sexual são construtos distintos, mas relacionados.**

**Fundamentação.** Os construtos de identidade de gênero e orientação sexual são teórica e clinicamente distintos, ainda que profissionais e não profissionais frequentemente os confundam. Embora algumas pesquisas sugiram um vínculo potencial no desenvolvimento da identidade de gênero e orientação sexual, os mecanismos de tal relação são desconhecidos (Adelson & AACAP CQI, 2012; D’Augelli & Hershberger, 1993; Herdt & Boxer, 1993; Ryan, 2009; Savin-Williams & Diamond, 2000). A orientação sexual é definida como a atração sexual e/ou emocional de uma pessoa por outra pessoa (Shively & De Cecco, 1977), em comparação com a identidade de gênero, que é definida como a percepção profunda e inerente de uma pessoa em relação a um gênero. Para a maioria das pessoas, a identidade de gênero se desenvolve antes da orientação sexual. A identidade de gênero é frequentemente estabelecida na primeira infância (Adelson & AACAP CQI, 2012; Kohlberg, 1966), em comparação com a conscientização sobre a atração pelo mesmo sexo, que muitas vezes surge no início da adolescência (Adelson & AACAP CQI, 2012; D’Augelli & Hershberger, 1993; Herdt & Boxer, 1993; Ryan, 2009; Savin-Williams & Diamond, 2000). Embora a identidade de gênero seja geralmente estabelecida na infância, os indivíduos podem perceber que sua identidade de gênero não está em alinhamento total com o sexo designado, no nascimento na infância, adolescência ou adultez. O caminho do desenvolvimento da identidade de gênero geralmente inclui uma progressão por meio de múltiplos estágios de conscientização, exploração, expressão e integração de identidade (Bockting & Coleman, 2007; A. H. Devor, 2004; Vanderburgh, 2007). Da mesma forma, a orientação sexual de uma pessoa pode progredir por meio de múltiplos estágios de conscientização, exploração e identidade através da adolescência e idade adulta (Bilodeau & Renn, 2005). Assim como algumas pessoas experimentam sua orientação sexual como fluidas ou variáveis (Diamond, 2013), algumas pessoas também experimentam sua identidade de gênero como fluida (Lev, 2004).

A experiência de questionar o próprio gênero pode criar confusão significativa para algumas pessoas TGNC, especialmente para aquelas/es que não estão familiarizadas/os com a variedade de identidades de gênero que existem. Para explicar qualquer discordância que possam ter entre o sexo designado no nascimento, as expectativas sociais relacionadas, os padrões de atração sexual e romântica e/ou a não

conformidade do papel de gênero e a identidade de gênero, algumas pessoas TGNC podem presumir que devem ser gays, lésbicas ou bissexuais (Bockting, Benner, & Coleman, 2009). Concentrar-se exclusivamente na orientação sexual como causa de discordância pode dificultar a consciência de uma identidade TGNC. Pode ser muito importante incluir orientação sexual e identidade de gênero no processo de exploração da identidade, bem como nas decisões associadas sobre quais opções funcionam melhor para qualquer pessoa em particular. Além disso, muitos adultos TGNC disfarçaram ou rejeitaram sua experiência de incongruência de gênero na infância ou na adolescência para se adequarem às expectativas da sociedade e minimizar seu medo da diferença (Bockting & Coleman, 2007; Byne et al., 2012).

Como o gênero e os padrões de atração são usados para identificar a orientação sexual de uma pessoa, a articulação da orientação sexual é mais complexa quando o sexo designado no nascimento não está alinhado com a identidade de gênero. A orientação sexual de uma pessoa não pode ser determinada simplesmente examinando a aparência ou o comportamento externo; deve ser incorporada a identidade e auto-identificação da pessoa (Broido, 2000).

**Aplicação.** Profissionais da psicologia podem ajudar as pessoas a diferenciar sua identidade de gênero e sua orientação sexual. À medida que os clientes tomam consciência de aspectos anteriormente ocultos ou restritos de sua identidade de gênero ou sexualidade, profissionais da psicologia podem oferecer aceitação, apoio e compreensão sem fazer suposições ou impor uma orientação sexual específica ou um desfecho de identidade de gênero (APA TFGIGV, 2009). Por causa de seu papel no acesso, tratamento e prevenção, profissionais da psicologia estão em uma posição única para ajudar as pessoas TGNC a entender e integrar melhor os vários aspectos de suas identidades. Profissionais da psicologia podem ajudar ao introduzir e normalizar diferenças entre identidade e expressão de gênero: no momento em que uma pessoa TGNC encontra uma forma confortável de efetivar e expressar sua identidade de gênero, profissionais da psicologia podem notar que aspectos anteriormente incongruentes de sua orientação sexual podem se tornar mais salientes, melhor integrados ou mais ego-sintônicos. Esse processo deve permitir conforto e oportunidade para as pessoas TGNC explorarem atrações ou aspectos de sua orientação sexual que foram previamente reprimidos, escondidos ou que estavam em conflito com sua identidade. Pessoas TGNC podem experimentar uma exploração renovada de sua orientação sexual, um amplo espectro de atração ou uma mudança na forma como

identificam sua orientação sexual no contexto de uma identidade TGNC em desenvolvimento (Coleman, Bockting & Gooren, 1993; Meier, Pardo, Labuski, & Babcock, 2013; Samons, 2008).

Profissionais da psicologia podem precisar fornecer às pessoas TGNC informações sobre identidades TGNC, oferecendo uma linguagem para descrever a discordância e a confusão que as pessoas TGNC podem experimentar. Para facilitar a aprendizagem, profissionais da psicologia podem apresentar algumas das narrativas escritas por pessoas TGNC que refletem uma série de resultados e processos de desenvolvimento na exploração e afirmação de identidade de gênero (ex: Bornstein & Bergman, 2010; Boylan, 2013; J. Green, 2004; Krieger, 2011; Lawrence, 2014). Esses recursos podem potencialmente ajudar as pessoas TGNC a distinguir entre questões de orientação sexual e identidade de gênero e se localizar no espectro de gênero. Profissionais da psicologia também podem educar famílias e sistemas comunitários mais amplos (por exemplo, escolas, sistemas de saúde) para entender melhor como a identidade de gênero e a orientação sexual são diferentes, mas relacionadas; isso pode ser particularmente útil quando se trabalha com jovens (Singh & Burnes, 2009; Whitman, 2013). Como a identidade de gênero e a orientação sexual são muitas vezes confundidas, mesmo por profissionais, psicólogas/os são encorajadas/os a examinar cuidadosamente espaços que afirmam oferecer serviços afirmativos para pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e queer (LGBTQ), para confirmar quais são informados e inclusivos antes de oferecer referências ou recomendações às pessoas TGNC e suas famílias.

**Diretriz 3. Entender como a identidade de gênero é interseccionada com outras identidades culturais de pessoas TGNC.**

**Fundamentação.** A identidade e a expressão de gênero podem ter profundas intersecções com outros aspectos identitários (Collins, 2000; Warner, 2008). Esses aspectos podem incluir, mas não são limitados a: raça/etnia, idade, educação (nível educacional), situação socioeconômica, ser imigrante, ocupação, deficiência, status sorológico, orientação sexual, status de relacionamento e religião e/ou afiliação espiritual. Enquanto que alguns desses aspectos da identidade podem proporcionar privilégios, outros podem criar estigma e impedir o empoderamento (Burnes & Chen, 2012; K. M. de Vries, 2015). Além disso, pessoas TGNC em processo de afirmação de

gênero podem não estar preparadas para outras mudanças no privilégio ou tratamento social baseados na identidade e expressão de gênero. Para ilustrar, um homem trans negro pode ganhar privilégio masculino, mas pode enfrentar o racismo e o estigma social particular a homens negros. Uma mulher trans asiática pode experimentar o benefício de ser percebida como uma mulher cisgênero, mas também pode enfrentar o sexismo, a misoginia e a objetificação relacionadas às mulheres asiáticas.

A interseção de múltiplas identidades nas vidas das pessoas TGNC é complexa e pode obstruir ou facilitar o acesso ao apoio necessário (A. Daley, Salomão, Newman, & Mishna, 2008). As pessoas TGNC com menos privilégios e/ou múltiplas identidades oprimidas podem sofrer um maior estresse e ter acesso restrito a recursos. Também podem desenvolver resiliência e força para lidar com desvantagens ou podem identificar recursos baseados na comunidade disponíveis para grupos específicos (por exemplo, para pessoas vivendo com HIV; Singh et al., 2011). A afirmação da identidade de gênero pode entrar em conflito com crenças ou tradições religiosas (Bockting & Cesaretti, 2001). Encontrar uma expressão afirmativa de suas crenças e tradições religiosas e espirituais, incluindo relações positivas com líderes religiosos, pode ser um recurso importante para pessoas TGNC (Glaser, 2008; Porter, Ronneberg, & Witten, 2013; Xavier, 2000).

**Aplicação.** Na prática, profissionais devem se esforçar para reconhecer as identidades múltiplas e interseccionadas das pessoas TGNC que influenciam o enfrentamento, a discriminação e a resiliência (Burnes & Chen, 2012). É provável que o relacionamento se aprimore e a aliança terapêutica se desenvolva na medida em que profissionais evitam enfatizar demais a identidade de gênero e a expressão de gênero quando não são aspectos diretamente relevantes para as necessidades e preocupações das pessoas TGNC. Mesmo quando a identidade de gênero é o foco principal do cuidado, profissionais da psicologia são encorajados a entender que a experiência de gênero de uma pessoa TGNC também pode ser moldada por outros aspectos importantes da identidade (por exemplo, idade, raça/etnia, orientação sexual) e que a importância dos diferentes aspectos da identidade pode evoluir à medida que a pessoa continua o desenvolvimento psicossocial em toda a vida, independentemente de completar uma transição social ou médica.

Às vezes, a intersecção de identidades de uma pessoa TGNC pode resultar em conflito, como a luta de uma pessoa para integrar identidade de gênero com educação religiosa e/ou espiritual e crenças (Kidd & Witten, 2008; Levy & Lo, 2013; Rodriguez

& Follins, 2012). Profissionais da psicologia podem ajudar pessoas TGNC a entender e integrar identidades que podem garantir privilégios diferentes nos sistemas de poder e iniquidade sistêmica (Burnes & Chen, 2012). Também podem destacar e fortalecer o desenvolvimento das competências e resiliência das pessoas TGNC à medida em que aprendem a gerenciar a intersecção de identidades estigmatizadas (Singh, 2012).

**Diretriz 4. Perceber como atitudes e conhecimentos sobre identidade e expressão de gênero podem afetar a qualidade do cuidado fornecido às pessoas TGNC e suas famílias.**

Profissionais da psicologia, como outros membros da sociedade, chegam à sua compreensão pessoal e à aceitação de diferentes aspectos da diversidade humana por meio de um processo de socialização. Os vieses culturais de profissionais da psicologia, bem como as diferenças culturais entre eles e seus clientes, têm um impacto clínico (Israel, Gorcheva, Burnes, & Walther, 2008; Vasquez, 2007). Os pressupostos, preconceitos e atitudes que profissionais da psicologia têm a respeito de pessoas TGNC e sobre identidade de gênero e/ou expressão de gênero podem afetar a qualidade dos serviços oferecidos e sua capacidade de desenvolver uma aliança terapêutica efetiva (Bess & Stabb, 2009; Rachlin, 2002). Além disso, a falta de conhecimento ou treinamento na prestação de cuidados afirmativos às pessoas TGNC pode limitar a eficácia de um/a psicólogo/a e perpetuar barreiras ao cuidado (Bess & Stabb, 2009; Rachlin, 2002). Profissionais da psicologia com experiência com pessoas lésbicas, gays ou bissexuais (LGB) podem não estar familiarizados com as necessidades exclusivas das pessoas TGNC (Israel, 2005; Israel et al., 2008). Em pesquisas comunitárias, as pessoas TGNC relataram que muitos prestadores de cuidados de saúde mental não possuem conhecimentos básicos e habilidades relevantes para o atendimento de pessoas TGNC (Bradford, Xavier, Hendricks, Rives, & Honnold, 2007; Xavier, Bobbin, Singer, & Budd, 2005) e recebem pouco treinamento para prepará-los para trabalhar com pessoas TGNC (APA TFGIGV, 2009; Lurie, 2005). O National Transgender Discrimination Survey (Grant et al., 2011) informou que 50% dos entrevistados TGNC afirmaram que tinham que educar seus profissionais da saúde sobre cuidados específicos que pessoas TGNC necessitam, enquanto 28% postergaram atendimento médico devido a um viés anti-trans e 19% tiveram cuidado negado devido à discriminação.

O código de ética da APA (APA, 2010) especifica que profissionais da psicologia somente atuem em áreas nas quais possuem competência (Princípio 2.01), que busquem de maneira pró-ativa e consistente aprimorar suas competências (Princípio 2.03) e baseiem seu trabalho em estudos científicos e conhecimento profissional (Princípio 2.04)<sup>6</sup>. A competência no trabalho com pessoas TGNC pode ser desenvolvida por meio de uma série de atividades, como educação, treinamento, experiência supervisionada, consultoria, estudo ou experiência profissional.

**Aplicação.** Profissionais da psicologia podem se envolver na prática com as pessoas TGNC de várias maneiras; portanto, a profundidade e o nível de conhecimento e competência requeridos por um/a psicóloga/o dependem do tipo e complexidade do serviço oferecido às pessoas TGNC. Os serviços que profissionais da psicologia fornecem às pessoas TGNC requerem uma compreensão básica da população e suas necessidades, bem como a capacidade de interagir respeitosamente de forma afirmativa (L. Carroll, 2010).

A APA enfatiza o uso da prática baseada em evidências (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Dado quão facilmente pressupostos ou estereótipos podem influenciar o tratamento, a prática baseada em evidências pode ser especialmente relevante para a prática psicológica com pessoas TGNC. Até que as práticas baseadas em evidências sejam desenvolvidas especificamente para as pessoas TGNC, profissionais da psicologia são encorajados a utilizar práticas existentes baseadas em evidências no cuidado que proporcionam. A APA também promove a colaboração com os clientes em relação às decisões clínicas, incluindo questões relacionadas aos custos, benefícios potenciais e as opções e recursos existentes relacionados ao tratamento (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). As pessoas TGNC podem se beneficiar dessa colaboração e do envolvimento ativo na tomada de decisões, tendo em conta o histórico de privação de direitos e a desvalorização das pessoas TGNC nos cuidados de saúde.

Em um esforço de desenvolver a competência para trabalhar com pessoas TGNC, profissionais da psicologia são encorajados a examinar suas crenças pessoais em relação ao gênero e sexualidade, estereótipos de gênero e identidades TGNC, além de identificar lacunas em seus próprios conhecimento, compreensão e aceitação (American Counseling Association [ACA], 2010). Este exame pode incluir explorar a

---

<sup>6</sup> **Nota dos tradutores:** O Conselho Federal de Psicologia, por meio do Código de Ética Profissional, faz uma recomendação semelhante.

sua própria identidade de gênero e experiências de gênero relacionadas ao privilégio, poder ou marginalização, bem como buscar consultoria e treinamento com profissionais da psicologia que têm experiência em trabalhar com pessoas e comunidades TGNC.

Profissionais da psicologia são encorajados a desenvolver competências para trabalhar com as pessoas TGNC e suas famílias, buscando conhecimentos básicos atualizados e compreensão da identidade e expressão de gênero, aprendendo a interagir com pessoas TGNC e suas famílias de forma respeitosa e sem julgamento. A competência nesse tipo de trabalho pode ser alcançada e mantida de modo formal e informal, desde a exposição do tema no currículo da formação em psicologia, passando pela oferta de educação continuada em conferências profissionais, até o envolvimento afirmativo como aliados na comunidade TGNC. Além de adquirir competência geral, profissionais da psicologia que optam por se especializar em trabalhar com pessoas TGNC que se apresentam com preocupações relacionadas à identidade de gênero são fortemente encorajados a obter treinamento avançado, consultoria e experiência profissional (ACA, 2010; Coleman et al., 2012).

Profissionais da psicologia podem obter conhecimento sobre a comunidade TGNC e se familiarizarem com as complexas questões sociais que as afetam por meio de experiências de primeira mão (por exemplo, comparecendo a reuniões e conferências da comunidade, lendo narrativas escritas por pessoas TGNC). Caso não tenham desenvolvido competência para trabalhar com pessoas TGNC, recomenda-se que as encaminhem para profissionais que tenham conhecimento específico e sejam capazes de prestar cuidados afirmativos.

## **ESTIGMA, DISCRIMINAÇÃO E BARREIRAS AO CUIDADO**

**Diretriz 5. Reconhecer como o estigma, preconceito, discriminação e violência afetam a saúde e bem-estar de pessoas TGNC.**

**Fundamentação.** Muitas pessoas TGNC experimentam discriminação, variando de sutil a grave, ao acessar habitação, cuidados de saúde, emprego, educação, assistência pública e outros serviços sociais (Bazargan & Galvan, 2012; Bradford, Reisner, Honnold, & Xavier, 2013; Dispenza, Watson, Chung, & Brack, 2012; Grant et al., 2011). A discriminação pode incluir pressupor que o sexo designado no nascimento está totalmente alinhado com a identidade de gênero dessa pessoa, não usar o nome ou

pronome de preferência, fazer perguntas inadequadas a pessoas TGNC sobre seus corpos ou supor que uma determinada psicopatologia existe por causa da identidade de gênero ou expressão de gênero (Nadal, Rivera, & Corpus, 2010; Nadal, Skolnik, & Wong, 2012). A discriminação também pode incluir a recusa de acesso à habitação ou emprego ou atos extremos de violência (por exemplo, agressão sexual, assassinato). As pessoas TGNC que apresentam múltiplas identidades marginalizadas são mais vulneráveis à discriminação e à violência. Mulheres trans e pessoas negras experimentam desproporcionalmente formas graves de violência e discriminação, incluindo violência policial, e são menos propensas a receber ajuda do Estado (Edelman, 2011, National Coalition of Anti-Violence Programs, 2011; Saffin, 2011).

Pessoas TGNC estão em risco de experimentar preconceitos anti-trans e discriminação em contextos educacionais. Em uma amostra representativa nacional de 7.898 jovens LGBT na educação primária, 55,2% dos participantes relataram assédio verbal, 22,7% relataram assédio físico e 11,4% relataram agressão física com base em sua expressão de gênero (Kosciw, Greytak, Palmer, & Boesen, 2014). Em uma pesquisa comunitária nacional com TGNC adultos, 15% relataram, como resultado do assédio, terem deixado de forma prematura o espaço educacional, do jardim de infância à faculdade (Grant et al., 2011). Muitas escolas não incluem identidade de gênero e expressão de gênero em suas políticas de não discriminação escolar; isso deixa os jovens TGNC sem proteções necessárias contra bullying e agressão nas escolas (Singh & Jackson, 2012). Os jovens TGNC em contextos rurais podem ser ainda mais vulneráveis ao bullying e à hostilidade em seus ambientes escolares devido ao preconceito anti-trans (Kosciw et al., 2014).

As desigualdades em contextos educacionais e outras formas de discriminação anti-TGNC podem contribuir para as disparidades econômicas significativas que essa população relata. Grant e colegas (2011) encontraram em seu estudo que as pessoas TGNC são quatro vezes mais propensas a ter uma renda doméstica de menos de US \$ 10.000, em comparação com as pessoas cisgênero, e que quase metade de uma amostra de adultos idosos TGNC relatou um rendimento familiar igual ou inferior a 200% de pobreza (Fredriksen-Goldsen et al., 2014). As pessoas TGNC muitas vezes enfrentam discriminação no local de trabalho, tanto na busca como na manutenção do emprego (Brewster, Velez, Mennicke, & Tebbe, 2014; Dispenza et al., 2012; Mizock & Mueser, 2014). Em um estudo nacional com amostra não representativa de pessoas TGNC, 90% relataram ter "sofrido diretamente assédio ou maus tratos no trabalho e se sentiram

obrigadas a tomarem ações de proteção que impactaram negativamente suas carreiras ou seu bem-estar, como ocultar quem realmente são para evitar repercussões no local de trabalho" (Grant et al., 2011, p. 56). Além disso, 78% dos entrevistados relataram sofrer algum tipo de maus tratos diretos ou discriminação no trabalho (Grant et al., 2011). A discriminação no emprego pode estar relacionada ao estigma com base na aparência de uma pessoa TGNC, discrepâncias na documentação de identidade ou na impossibilidade de fornecer referências de trabalho ligadas ao nome da pré-transição ou apresentação de gênero dessa pessoa (Bender-Baird, 2011).

As questões de discriminação no emprego e assédio no local de trabalho são particularmente salientes para militares e veteranos TGNC. Atualmente, pessoas TGNC não podem servir abertamente nas Forças Armadas dos EUA. Os regulamentos militares citam o "transsexualismo" como uma exclusão médica do serviço (Department of Defense, 2011; Elders & Steinman, 2014). Quando alistados, militares TGNC são confrontados com decisões muito difíceis relacionadas à saída, transição e busca de cuidados médicos e de saúde mental adequados, o que pode afetar ou acabar com suas carreiras militares. Não surpreendentemente, pesquisas documentam taxas muito elevadas de ideação e comportamento suicida entre as populações militares e veteranas TGNC (Blosnich et al., 2013; Matarazzo et al., 2014). Revelar a identidade TGNC para profissionais da saúde pode acarretar riscos para militares TGNC (OutServe-Servicemembers Legal Defense Network, n.d.). As barreiras no acesso aos cuidados de saúde observados pelos veteranos TGNC incluem perceber o sistema de cuidados de saúde de veteranos como uma extensão das forças armadas, entender esse sistema como um ambiente pouco acolhedor e temer as reações negativas dos prestadores de serviços em relação à sua identidade (Sherman, Kauth, Shipherd, & Street, 2014; Shipherd, Mizock, Maguen, & Green, 2012). Um estudo recente mostrou que 28% dos veteranos LGBT perceberam o sistema de cuidado em saúde de veteranos como acolhedor, e um terço como não-amigável (Sherman et al., 2014). Várias iniciativas estão em andamento em todo o sistema para melhorar a qualidade e a sensibilidade dos serviços aos veteranos LGBT.

Dada a discriminação generalizada no local de trabalho e a possível demissão após a transição, as pessoas TGNC podem se dedicar ao trabalho sexual ou ao sexo de sobrevivência (por exemplo, negociar sexo por comida) ou vender drogas para gerar renda (Grant et al., 2011; Hwahng & Nuttbrock, 2007; Operario, Soma, & Underhill, 2008; Stanley, 2011). Isso aumenta o potencial de interações negativas com o sistema

jurídico, como o assédio da polícia, o suborno, a extorsão e a prisão (Edelman, 2011; Testa et al., 2012), bem como a maior probabilidade de sintomas de saúde mental e maiores riscos à saúde, como maior incidência de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV (Nemoto, Operario, Keatley, & Villegas, 2004).

As pessoas TGNC presas relatam assédio, isolamento, sexo forçado e agressão física, tanto pelo pessoal da prisão como por outros presos (American Civil Liberties Union National Prison Project, 2005; Brotheim, 2013; C. Daley, 2005). Em instalações separadas por sexo, as pessoas TGNC podem ser submetidas a confinamento involuntário (também chamado de "segregação administrativa"), o que pode levar a graves consequências negativas para a saúde mental e física e pode bloquear o acesso a serviços (Gallagher, 2014; National Center for Transgender Equality, 2012). Outra área de preocupação é para pessoas TGNC imigrantes e refugiadas. Em centros de detenção, podem não ter acesso aos cuidados necessários e experimentar taxas significativas de assédio e violência nessas instalações (Gruberg, 2013). As pessoas TGNC podem vir a procurar asilo, por exemplo, para escapar do perigo como resultado direto da falta de proteção em seu país de origem (APA Presidential Task Force on Immigration, 2012; Cerezo, Morales, Quintero, & Rothman, 2014; Morales, 2013).

Pessoas TGNC têm dificuldade em acessar os cuidados de saúde necessários (Fredriksen-Goldsen et al., 2014, Lambda Legal, 2012) e muitas vezes se sentem inseguras ao compartilhar sua identidade de gênero ou suas experiências de preconceito e discriminação anti-trans devido à discriminação pregressa e atual de profissionais de saúde (Grant et al., 2011; Lurie, 2005; Singh & McKleroy, 2011). Mesmo quando as pessoas TGNC têm seguros de saúde, os planos podem excluir explicitamente a cobertura relacionada à transição de gênero (por exemplo, terapia hormonal, cirurgia). As pessoas TGNC também podem ter dificuldade em acessar cuidados de saúde primários afirmativos se a cobertura para procedimentos for negada com base no gênero. Por exemplo, homens trans podem ser excluídos dos cuidados ginecológicos necessários com base no pressuposto de que homens não precisam desses serviços. Essas barreiras muitas vezes levam à falta de cuidados de saúde preventivos para pessoas TGNC (Fredriksen-Goldsen et al., 2014, Lambda Legal, 2012). Embora o cenário esteja começando a mudar com a revisão recente da política do Medicare (National Center for Transgender Equality, 2014) e mudanças nas leis estaduais nos Estados Unidos (Transgender Law Center, n.d.), muitas pessoas TGNC ainda

provavelmente terão pouco ou nenhum acesso a cuidados em saúde específicos como resultado das exclusões em seus seguros.

**Aplicação.** A consciência e a sensibilidade aos efeitos do preconceito e da discriminação anti-trans podem ajudar profissionais da psicologia a avaliar, tratar e defender seus clientes TGNC. Quando uma pessoa TGNC enfrenta discriminação baseada na identidade de gênero ou na expressão de gênero, psicólogas/os podem facilitar o processamento emocional dessas experiências e trabalhar com a pessoa para identificar recursos de apoio e possíveis estratégias de ação. As necessidades específicas das pessoas TGNC podem variar; desde desenvolver estratégias de autodefesa e transitar em espaços públicos até buscar recursos legais para assédio e discriminação em serviços públicos e outros sistemas. Além disso, pessoas TGNC traumatizadas por violência física ou emocional podem precisar de apoio terapêutico.

Profissionais da psicologia podem ajudar as pessoas TGNC a acessar sistemas de serviços públicos relevantes. Por exemplo, podem facilitar a identificação de prestadores de cuidados de saúde e recursos habitacionais afirmativos e acessíveis ou localizar comunidades religiosas e espirituais afirmativas (Glaser, 2008; Porter et al., 2013). Também podem auxiliar no fornecimento de documentos oficiais que afirmem a identidade de gênero com o objetivo de acessar espaços públicos adequados, como uso de banheiro ou habitação (Lev, 2009; W. J. Meyer, 2009).

Além disso, podem identificar recursos, informações e serviços adequados para ajudar as pessoas TGNC a lidar com a discriminação no local de trabalho, incluindo estratégias durante uma transição social e/ou médica para a divulgação de identidade no trabalho. Para aqueles que estão buscando emprego, profissionais da psicologia podem ajudar a elaborar estratégias sobre como e se compartilhar informações sobre a história de gênero. Também podem trabalhar com os empregadores para desenvolver políticas de apoio à transição de gênero no local de trabalho ou desenvolver treinamento para ajudar os funcionários a se adaptarem à transição de um colega de trabalho.

Para militares e veteranas TGNC, profissionais da psicologia podem ajudar a resolver o impacto emocional do desenvolvimento da identidade TGNC no sistema militar. Psicólogas/os são encorajadas/os a estarem cientes de que as questões de confidencialidade podem ser particularmente sensíveis com membros do serviço ativo ou de status de reserva, pois as possíveis consequências de serem identificadas como TGNC podem impedir que as pessoas revelem sua identidade de gênero no tratamento.

Em contextos educacionais, profissionais da psicologia podem auxiliar jovens TGNC em vários níveis (APA & National Association of School Psychologists, 2014, Boulder Valley School District, 2012). Podem consultar gestores, professores e comunidade escolar para oferecer recursos e treinamentos sobre o preconceito anti-trans e desenvolver ambientes escolares mais seguros para estudantes TGNC (Singh & Burnes, 2009). O apoio vindo de outras pessoas TGNC demonstrou amortecer o efeito negativo do estigma na saúde mental (Bockting et al., 2013). Assim, psicólogas/os podem considerar e desenvolver intervenções baseadas em pares para facilitar uma maior compreensão e um tratamento respeitoso da juventude TGNC por colegas cisgênero (Case & Meier, 2014). Podem trabalhar com as/os jovens TGNC e suas famílias para identificar recursos relevantes, como políticas escolares que protejam a identidade de gênero e a expressão de gênero (APA & National Association of School Psychologists, 2014; Gonzalez & McNulty, 2010), referenciar as pessoas a organizações positivas com a população TGNC e facilitar acesso a recursos online, o que pode ser especialmente útil para a juventude TGNC em contextos rurais.

**Diretriz 6. Reconhecer a influência de barreiras institucionais nas vidas de pessoas TGNC e ajudar a desenvolver ambientes afirmativos.**

**Fundamentação.** O preconceito anti-trans e a adesão da sociedade de maneira geral ao binarismo de gênero afetam negativamente as pessoas TGNC dentro de suas famílias, escolas, espaços de saúde, sistemas legais, locais de trabalho, tradições religiosas e comunidades (American National Liberties Union National Prison Project, 2005; Bradford et al., 2013; Brewster et al., 2014; Levy & Lo, 2013; McGuire, Anderson, & Toomey, 2010). As pessoas TGNC enfrentam desafios para acessarem banheiros inclusivos, o que pode resultar em desconforto quando forçadas a usar banheiros para homens ou mulheres (Transgender Law Center, 2005). Além do sofrimento emocional que a escolha dicotômica dos banheiros públicos pode causar, as pessoas TGNC se preocupam frequentemente com as reações das outras à sua presença em banheiros públicos, incluindo possíveis discriminações, assédio e violência (Herman, 2013).

Muitas pessoas TGNC podem desconfiar de profissionais devido a experiências anteriores de patologização (Benson, 2013). Experiências de discriminação e preconceito por parte de profissionais de saúde podem ser complicadas por gerarem

assimetrias de poder dentro da relação terapêutica, que podem afetar ou complicar os cuidados que as pessoas TGNC necessitam. Pessoas TGNC tem sido rotineiramente solicitadas a obterem um documento de profissionais da psicologia que ateste a estabilidade de sua identidade de gênero como pré-requisito para acessar serviços de endocrinologia, cirurgias ou instituições legais nos Estados Unidos (por exemplo, departamento de licenças de motorista; Lev, 2009)<sup>7</sup>. A necessidade de documentação vinda de profissional da psicologia pode influenciar o relacionamento, fazendo com que pessoas TGNC tenham medo de um tratamento prejudicial na qual a documentação fique retida ou seja postergada pela/o psicóloga/o (Bouman et al., 2014). Seja quando uma pessoa TGNC passou por experiências fragilizadoras com profissionais ou tenha aprendido em sua comunidade a esperar uma dinâmica prejudicial, profissionais da psicologia são encorajadas/os a se preparem para que as pessoas TGNC sejam muito cautelosas ao entrarem em uma relação terapêutica. Quando as pessoas TGNC se sentem validadas e capacitadas dentro do *setting* psicológico, a relação terapêutica será benéfica e a pessoa pode ficar mais disposta a explorar um eu autêntico e compartilhar incertezas e ambiguidades que fazem parte do desenvolvimento da identidade TGNC.

**Aplicação.** Como muitas pessoas TGNC sofrem preconceito ou discriminação anti-trans, profissionais da psicologia são encorajadas/os a garantir que seus *settings* de trabalho sejam acolhedores e respeitadores, estando conscientes daquilo que pessoas TGNC podem entender como pouco amigável. Para fazer isso, profissionais da psicologia podem educar-se sobre as muitas formas em que o privilégio cisgênero e o preconceito anti-trans podem ser expressos. Profissionais de psicologia também podem ter conversas específicas com as pessoas TGNC sobre suas experiências no sistema de saúde mental e realizar *feedback* para promover ambientes afirmativos. Como resultado, quando as pessoas TGNC acessam vários *settings* de tratamento e espaços públicos, elas podem sofrer menos danos, destituição de poder ou patologização e, portanto, serão mais propensos a aproveitar recursos e suporte.

Profissionais de psicologia devem prestar atenção às sinalizações visuais em seus locais de trabalho e outros ambientes que podem afetar o conforto e a segurança das pessoas TGNC. Para aumentar o conforto, pode-se exibir objetos pró-TGNC em áreas de espera e evitar a exibição de itens que reflitam atitudes anti-trans (Lev, 2009). Encoraja-se que se examine como a linguagem (por exemplo, uso de pronomes e nomes

---

<sup>7</sup> **Nota dos tradutores:** No contexto brasileiro, tem sido comum que profissionais da psicologia sejam solicitados a realizarem pareceres ou laudos para processos de retificação do registro civil, por exemplo.

incorretos) pode reforçar o binarismo de gênero de maneiras explícitas ou implícitas/não intencionais (Smith, Shin, & Officer, 2012). Pode ser útil que profissionais da psicologia façam um treinamento sobre como interagir respeitosamente com as pessoas TGNC para o pessoal de apoio/serviços gerais em seus ambientes de trabalho. Pode-se considerar fazer mudanças nos documentos, formulários ou materiais de divulgação para garantir que sejam mais inclusivos com pessoas TGNC (Spade, 2011b). Por exemplo, os questionários demográficos podem transmitir respeito por meio do uso de linguagem afirmativa e a inclusão de uma variedade de identidades de gênero. Além disso, profissionais da psicologia também podem trabalhar dentro de suas instituições para defender a existência de banheiros inclusivos e acessíveis para pessoas de todas as identidades de gênero e/ou expressões de gênero.

Ao trabalhar com pessoas TGNC em uma variedade de instituições (por exemplo, hospitais gerais e psiquiátricos para pacientes internados, espaços para tratamento de abuso de substâncias, lares de idosos, abrigos/casas de acolhimento, comunidades religiosas, espaços de cuidados de saúde militares e prisões), profissionais da psicologia podem agir como defensores das necessidades de saúde mental das pessoas TGNC, fomentando um tratamento respeitoso que aborde sua identidade de gênero de modo afirmativo. Ao desempenhar esse papel, podem encontrar utilidade em orientações e boas práticas publicadas para cada contexto institucional específico (por exemplo, Department of Veterans Affairs, Veterans' Health Administration, 2013; Glezer, McNiel, & Binder, 2013; Merksamer, 2011).

**Diretriz 7. Entender a necessidade de promover mudanças sociais que reduzam os efeitos negativos do estigma na saúde e bem-estar de pessoas TGNC.**

**Fundamentação.** A falta de políticas públicas destinadas às necessidades de pessoas TGNC cria dificuldades significativas para elas/eles (Taylor, 2007). Embora tenha havido grandes avanços nas proteções legais para as pessoas TGNC nos últimos anos (Buzuvis, 2013; Harvard Law Review Association, 2013), muitas ainda não recebem proteção contra a discriminação com base na identidade ou expressão de gênero (National LGBTQ Task Force, 2013; Taylor, 2007). Por exemplo, em muitos lugares as pessoas TGNC não têm proteção de emprego ou habitação e podem ser demitidas ou perder sua moradia com base em sua identidade de gênero. Muitas políticas que protegem os direitos das pessoas cisgênero, incluindo pessoas LGB

[lésbicas, gays e bissexuais], não protegem os direitos das pessoas TGNC (Currah, & Minter, 2000; Spade, 2011a).

Pessoas TGNC podem enfrentar desafios para obter documentação de identidade de gênero afirmativa (por exemplo, mudanças em certidão de nascimento, passaporte, cartão de seguridade social, carteira de motorista etc.). Para as pessoas TGNC em situação de pobreza ou dificuldades econômicas, os requisitos para a obtenção desta documentação podem ser impossíveis de atender, em parte devido à dificuldade de obter/manter emprego sem documentação que esteja alinhada com a identidade de gênero e a expressão de gênero (Sheridan, 2009). Além disso, as barreiras relacionadas aos sistemas binários de registro/identificação oficiais impedem que algumas pessoas TGNC mudem seus documentos, incluindo as que são encarceradas, imigrantes sem documentação e pessoas que vivem em jurisdições [nos Estados Unidos] que proíbem explicitamente tais mudanças (Spade, 2006). Os requisitos de documentação também podem pressupor uma experiência TGNC universal, o que pode excluir algumas pessoas TGNC, especialmente aquelas que não passam por uma transição médica. Isso pode afetar o bem-estar social e psicológico e interferir no acesso ao emprego, educação, habitação e abrigo, cuidados de saúde, benefícios públicos e recursos básicos de gerenciamento de vida (por exemplo, abrir uma conta bancária).

**Aplicação.** Profissionais da psicologia podem ajudar a informar/formular políticas públicas para reduzir o impacto sistêmico negativo sobre as pessoas TGNC e promover mudanças sociais positivas. Encoraja-se que identifiquem e melhorem os sistemas que permitem a violência; discriminação em educação, emprego e habitação; falta de acesso aos cuidados de saúde; acesso desigual a outros recursos vitais; e outros casos de desigualdade sistêmica que pessoas TGNC experimentam (ACA, 2010). Muitas pessoas TGNC enfrentam estressores vindos de diversas barreiras, tratamento desigual, liberação forçada de informações confidenciais e sensíveis sobre seus corpos e suas vidas (Hendricks & Testa, 2012). Para obter a documentação de identidade adequada, pessoas TGNC podem ser obrigadas a apresentar ordens judiciais, comprovar a cirurgia e documentar a psicoterapia ou um diagnóstico psiquiátrico. Profissionais da psicologia podem trabalhar com pessoas TGNC de modo a ajudá-las a superar suas reações de cansaço e traumatização ao interagir com sistemas e requisitos legais; pessoas TGNC também podem se beneficiar de orientações sobre alternativas de recursos, autodefesa ou apelações jurídicas. Quando as pessoas TGNC sentem que não é

seguro se defenderem, profissionais da psicologia podem trabalhar com seus clientes para acessar recursos adequados na comunidade.

Encoraja-se que se mostrem sensíveis aos desafios que pessoas TGNC enfrentam para obter documentações de identidade e como o aceite ou negação de tal documentação pode afetar o bem-estar social e psicológico, a capacidade da pessoa de obter educação e emprego, encontrar habitação segura, acessar os benefícios públicos, obter empréstimos estudantis e acessar os sistemas de saúde. Pode ser muito significativo que psicólogas/os entendam e ofereçam informações sobre o processo de mudança de nome legal, mudança de identificação de gênero ou processos para acessar outros documentos de afirmação de gênero. Para informações adicionais sobre documentação de identidade para pessoas TGNC no contexto estadunidense pode-se consultar o Centro Nacional para a Igualdade do Transgênero, o Projeto de Lei Sylvia Rivera ou o Centro de Direito Transgênero<sup>8</sup>.

Podem, ainda, optar por se envolver com organizações que buscam revisar leis e políticas públicas para proteger melhor os direitos e a dignidade das pessoas TGNC. Podem participar no nível local, estadual ou nacional para apoiar a acessibilidade positiva de cuidados de saúde TGNC, os direitos humanos em instalações que tem separação por sexo ou a mudança de política em relação à documentação de identidade de gênero afirmativa. Psicólogas/os que trabalham em contextos institucionais também podem expandir seus papéis para trabalhar como defensores colaborativos das pessoas TGNC (Gonzalez & McNulty, 2010). Profissionais da psicologia podem escrever documentos psicológicos apoiando as pessoas TGNC e sua identidade de gênero para que possam acessar os serviços necessários (por exemplo, terapia hormonal).

## **DESENVOLVIMENTO DO CURSO DE VIDA**

**Diretriz 8. Entender que existem diferenças na forma como as crianças e adolescentes desenvolvem-se em relação à identidade e comportamento de gênero e que nem todas as crianças persistem se identificando como uma pessoa TGNC quando adultas.**

---

<sup>8</sup> **Nota dos tradutores:** No contexto brasileiro, pode-se consultar as defensorias públicas regionais e ONGs locais para ter acesso a informações detalhadas de como proceder. Os procedimentos podem variar conforme cada contexto.

**Fundamentação.** Muitas crianças desenvolvem a estabilidade (constância ao longo do tempo) na sua identidade de gênero entre três e quatro anos (Kohlberg, 1966), embora a consistência do gênero (o reconhecimento de que o gênero permanece o mesmo em todas as situações) geralmente não ocorre até que chegue entre quatro e sete anos (Siegal & Robinson, 1987). Crianças que demonstram a não conformidade do gênero na pré-escola e nos primeiros anos do ensino fundamental podem não seguir este percurso (Zucker & Bradley, 1995). Pesquisas existentes sugerem que entre 12% e 50% das crianças diagnosticadas com disforia de gênero podem persistir na identificação com um gênero diferente do sexo designado no nascimento até o final da adolescência e adultez jovem (Drummond, Bradley, Peterson-Badaali, & Zucker, 2008; Steensma, McGuire, Kreukels, Beekman, & Cohen-Kettenis, 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). No entanto, outros estudos categorizaram 30% a 62% dos jovens que não retornaram para intervenção médica após uma avaliação inicial, e cuja identidade de gênero pode ser desconhecida, como "desistentes" que não se identificaram mais com um gênero diferente do sexo designado no nascimento (Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker, 2008a). Como resultado, esse tipo de pesquisa corre um forte risco de inflar estimativas do número de jovens que não persistem com uma identidade TGNC. A pesquisa sugeriu que as crianças que se identificam de forma mais intensa com um gênero diferente do sexo designado no nascimento são mais propensas a persistir nesta identificação de gênero na adolescência (Steensma et al., 2013), e que quando a disforia de gênero persiste através da infância e se intensifica na adolescência a probabilidade de identificação como pessoa TGNC a longo prazo aumenta (A. L. de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2011; Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker, 2008b). As crianças que se questionam sobre seu gênero que não seguem em dúvida em fases do desenvolvimento posteriores podem ser mais propensas a se identificarem como gays ou lésbicas do que crianças que não questionam seu gênero (Bailey & Zucker, 1995; Drescher, 2014; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

Existe na literatura uma distinção clara entre os cuidados a serem oferecidos para pessoas TGNC e para crianças e adolescentes que se questionam sobre seu gênero. Devido à evidência de que nem todas as crianças persistem em uma identidade TGNC na adolescência ou na idade adulta, e porque nenhuma abordagem para trabalhar com crianças TGNC foi adequadamente validada de forma empírica, não existe consenso quanto às melhores práticas com crianças pré-púberes. A falta de consenso sobre a

abordagem preferencial para o tratamento pode ser devida, em parte, a ideias divergentes sobre o que constitui ótimos resultados de tratamento para TGNC e jovens que questionam seu gênero (Hembree et al., 2009). Existem duas abordagens distintas para dar conta das preocupações de identidade de gênero em crianças (Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010; Wallace & Russell, 2013), com alguns autores subdividindo uma das abordagens para sugerir uma terceira (Byne et al., 2012; Drescher, 2014; Stein, 2012).

A primeira abordagem encoraja uma afirmação e aceitação da identidade de gênero expressada pelas crianças. Isso pode incluir ajudar as crianças a transicionar socialmente e começar a transição médica quando seus corpos se desenvolverem fisicamente ou permitir que a identidade de gênero de uma criança se desenvolva sem a expectativa de um resultado específico (A. L. de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Edwards-Leeper & Spack, 2012; Ehrensaft, 2012; Hidalgo et al., 2013; Tishelman et al., 2015). Clínicos que utilizam essa abordagem acreditam que uma exploração e afirmação aberta ajudará as crianças a desenvolver estratégias de enfrentamento e ferramentas emocionais para integrar uma identidade TGNC positiva caso o questionamento sobre o próprio gênero persista (Edwards-Leeper & Spack, 2012).

Na segunda abordagem, as crianças são encorajadas a aceitar seus corpos e a se alinharem com os papéis de gênero que lhes foram atribuídos. Isso inclui endossar e apoiar, antes do início da puberdade, comportamentos e atitudes que se alinham com o sexo designado no nascimento (Zucker, 2008a; Zucker, Wood, Singh, & Bradley, 2012). Os clínicos que usam essa abordagem acreditam que sofrer várias intervenções médicas e viver como uma pessoa TGNC em um mundo que estigmatiza a não conformidade de gênero é um resultado menos desejável do que aquele em que as crianças podem ser auxiliadas a se conformarem com o sexo que lhes foi designado no nascimento (Zucker et al., 2012). Não existe consenso sobre se esta abordagem pode ser benéfica (Zucker, 2008a, Zucker et al., 2012) ou pode causar danos ou levar a adversidades psicossociais (Hill et al., 2010; Pyne, 2014; Travers et al., 2012; Wallace & Russell, 2013). Ao abordar intervenções psicológicas para crianças e adolescentes, a Associação Profissional Mundial para a Saúde dos Transgêneros identifica intervenções "destinadas a tentar mudar a identidade e expressão de gênero para que se tornem mais congruentes com o sexo designado no nascimento" como antiéticas (Coleman et al., 2012, p. 175). Espera-se que pesquisas futuras ofereçam orientações melhoradas nessa área de atuação (Adelson & AACAP CQI, 2012; Malpas, 2011).

Existe um consenso muito maior a respeito de práticas com adolescentes. Adolescentes que apresentam preocupações a respeito da identidade de gênero trazem um leque próprio de desafios. Isso pode incluir uma apresentação tardia (ou seja, pós-puberal) da não conformidade de gênero sem que haja uma história de não conformidade com o papel de gênero ou questionamento de gênero na infância (Edwards-Leeper & Spack, 2012). Complicando sua apresentação clínica, muitos adolescentes que se questionam sobre seu gênero também trazem questões psicológicas co-ocorrentes, como ideação suicida, comportamentos automutilatórios (Liu & Mustanski, 2012; Mustanski, Garofalo, & Emerson, 2010), uso de drogas e álcool (Garofalo et al., 2006) e transtornos do espectro do autismo (A. L. de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010; Jones et al., 2012). Além disso, adolescentes podem se concentrar intensamente em seus desejos imediatos, resultando em demonstrações externas de frustração e ressentimento quando confrontados com qualquer atraso na recepção do tratamento médico do qual eles sentem que se beneficiariam e para o qual se sentem prontos (Angello, 2013; Edwards-Leeper & Spack, 2012). Esse foco intenso em necessidades imediatas pode criar desafios para assegurar que adolescentes sejam cognitivamente e emocionalmente capazes de tomar decisões que afetam a vida, como mudar seu nome ou marcador de gênero, iniciar a terapia hormonal (que pode afetar a fertilidade) ou buscar cirurgias.

No entanto, há um maior consenso de que as abordagens de tratamento para adolescentes afirmam a identidade de gênero deles (Coleman et al., 2012). As opções de tratamento para adolescentes se estendem além das abordagens sociais, podendo incluir abordagens médicas. Uma intervenção médica particular envolve o uso de medicação supressora da puberdade ou "bloqueadores" (análogo de GnRH), que é uma intervenção médica reversível usada para atrasar a puberdade para adolescentes adequadamente avaliados com disforia de gênero (Coleman et al., 2012; A. L. C. de Vries et al., 2014; Edwards-Leeper, & Spack, 2012). Devido à sua idade, outras intervenções médicas também podem estar disponíveis para adolescentes, e profissionais da psicologia são frequentemente consultados/os para fazer uma avaliação de se tais procedimentos seriam aconselháveis (Coleman et al., 2012).

**Aplicação.** Profissionais da psicologia que trabalham com TGNC e jovens que questionam seu gênero são encorajadas/os a consultar regularmente a literatura mais atual nesta área, reconhecendo a pesquisa limitada disponível sobre os potenciais benefícios e riscos de diferentes abordagens de tratamento para crianças e adolescentes.

Podem oferecer a pais e responsáveis informações precisas sobre abordagens de tratamento disponíveis, independentemente da abordagem específica escolhida pela/o psicóloga/o. Podem, ainda, prestar serviço psicológico às crianças e adolescentes TGNC e que se questionam sobre seu gênero, baseando-se em literatura empiricamente validada quando disponível, reconhecendo a influência que os valores e crenças de psicólogas/os podem ter nas opções de tratamento que selecionam (Ehrbar & Gorton, 2010). Também se encoraja que profissionais da psicologia permaneçam conscientes de que o que um jovem e/ou responsável pode estar buscando em uma relação terapêutica pode não coincidir com o papel de um/a clínica/o (Brill & Pepper, 2008). Nos casos em que um/a jovem e/ou responsável desejam resultados diferentes daqueles almejados pela/o profissional, pode não ser clinicamente apropriado continuar trabalhando com a/o jovem e sua família, e opções alternativas, incluindo encaminhamento, podem ser consideradas. Psicólogas/os também podem se encontrar diante de sistemas familiares em que a/o jovem e seus cuidadores estão buscando diferentes resultados de tratamento (Edwards-Leeper & Spack, 2012). Profissionais da psicologia devem refletir cuidadosamente sobre seus valores e crenças pessoais a respeito do desenvolvimento da identidade de gênero, em conjunto com a pesquisa disponível, e manter o melhor interesse da criança/adolescente como primeira opção de decisões clínicas, em todos os momentos.

Uma vez que a não conformidade de gênero pode ser transitória para as crianças menores em particular, o papel da/o psicóloga/o pode ser ajudar as crianças e suas famílias por meio do processo de exploração e auto identificação (Ehrensaft, 2012). Além disso, podem fornecer aos pais informações sobre possíveis trajetórias de longo prazo que as crianças podem tomar em relação à sua identidade de gênero, juntamente com as intervenções médicas disponíveis para adolescentes cuja identificação TGNC persiste (Edwards-Leeper & Spack, 2012).

Ao trabalhar com adolescentes, profissionais da psicologia são encorajados a reconhecer que alguns adolescentes TGNC não terão uma história explícita de não conformidade de gênero na infância ou disforia de gênero, seja por autorrelato ou observação familiar (Edwards-Leeper & Spack, 2012). Alguns desses adolescentes podem ter retido seus sentimentos de inconformidade de gênero por medo de rejeição, confusão, conflitos de identidade de gênero e orientação sexual ou falta de consciência da opção de identificação como TGNC. Os pais desses adolescentes podem precisar de ajuda extra para entendimento e apoio, uma vez que a disforia de gênero e a

identificação enquanto TGNC durante a adolescência podem gerar surpresa significativa. Agir cautelosamente nesses casos é aconselhável (Edwards-Leeper & Spack, 2012). Dada a possibilidade de um foco intenso dos adolescentes em desejos imediatos e reações fortes a barreiras percebidas, as/os psicólogas/os são encorajadas/os a validar essas preocupações e o desejo de passar rapidamente pelo processo, ao mesmo tempo que permanecem cautelosos sobre o tratamento. Adolescentes e suas famílias podem precisar de apoio para tolerar a ambiguidade e a incerteza quanto à identidade de gênero e seu desenvolvimento (Brill & Pepper, 2008). É encorajado que se tome cuidado para não excluir esse processo.

Para adolescentes que apresentam uma longa história de não conformidade de gênero, psicólogas/os podem informar aos pais que a identidade de gênero autoafirmada do adolescente é provavelmente estável (A. L. de Vries et al., 2011). As necessidades clínicas desses adolescentes podem ser diferentes daquelas/es que estão nas fases iniciais de exploração ou questionamento da sua identidade de gênero. Psicólogas/os são encorajadas/os a completar uma avaliação abrangente e garantir a prontidão da/o adolescente e da família para avançar, evitando também um atraso desnecessário para aqueles que estão prontos para dar seguimento à transição/afirmação de gênero.

Psicólogas/os que trabalham com TGNC e jovens que questionam seu gênero são encorajadas/os a se familiarizarem com as opções de tratamento médico para adolescentes (por exemplo, medicação para supressão da puberdade, terapia hormonal) e trabalhem em colaboração com profissionais da medicina para fornecer cuidados adequados às/aos clientes. Como o envolvimento contínuo de profissionais experientes em saúde mental é encorajado devido às implicações psicossociais, e muitas vezes também é uma parte necessária do regime de tratamento médico oferecido aos adolescentes TGNC (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2009), psicólogas/os frequentemente desempenham um papel essencial na assistência desse processo.

Profissionais da psicologia podem encorajar pais e cuidadores a envolver as/os jovens na tomada de decisão para o desenvolvimento apropriado no que diz respeito das suas redes de educação, saúde e redes de pares, já que envolve à identidade de gênero e expressão de gênero de crianças e adolescentes (Ryan, Russell, Huebner, Diaz, & Sanchez, 2010). Também são encorajadas/os a educar-se sobre as vantagens e desvantagens da transição social durante a infância e adolescência e discutir esses fatores com suas/seus jovens clientes e os pais das/os clientes. Não se pode exagerar ao enfatizar aos pais a importância de permitir que seus filhos tenham liberdade de retornar

a uma identidade de gênero que se alinhe com o sexo designado no nascimento ou outra identidade de gênero em qualquer ponto, considerando particularmente as pesquisas que sugerem que nem todas as crianças jovens que questionam seu gênero irão expressar posteriormente uma identidade de gênero diferente da designada no nascimento (Wallien, & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995). Psicóloga/os são encorajadas/os a reconhecer e explorar o medo e o peso da responsabilidade que pais e cuidadores podem sentir ao tomar decisões sobre a saúde de suas/seus filhas/os (Grossman, D'Augelli, Howell, & Hubbard, 2006). Pais e cuidadores podem se beneficiar de um ambiente de apoio para discutir os sentimentos de isolamento, explorar a perda e o sofrimento que podem sofrer, desabafar sobre a raiva e frustração com sistemas que desrespeitam ou discriminam seus jovens e eles e aprender a se comunicar com outras pessoas sobre a identidade ou expressão de gênero de suas filhas/os (Brill & Pepper, 2008).

**Diretriz 9. Entender os desafios particulares que pessoas TGNC da terceira idade vivenciam e a resiliência que podem desenvolver.**

**Fundamentação.** Poucas pesquisas foram realizadas com pessoas TGNC da terceira idade, deixando muito a ser investigado sobre esta fase de vida (Auldridge, Tamar-Mattis, Kennedy, Ames, & Tobin, 2012). A socialização em comportamentos conformes com papéis de gênero e expectativas baseadas no sexo designado no nascimento, bem como o quanto as pessoas TGNC aderem a esses padrões sociais, é influenciada pela idade na qual uma pessoa se percebe como TGNC, a idade em que “sai do armário” ou transição social e/ou médica (Birren & Schaie, 2006; Bockting & Coleman, 2007; Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2010; Nuttbrock et al., 2010; Wahl, Iwarsson e Oswald, 2012) e a geração da pessoa (por exemplo, 1950 vs. 2010; Fredriksen-Goldsen et al., 2011).

Mesmo décadas após uma transição médica ou social, TGNC na terceira idade ainda podem agir conforme as expectativas predominantes de papel de gênero que existiram no momento da transição (Knochel, Croghan, Moore, & Quam, 2011). Antes da década de 1980, as pessoas TGNC que transicionaram foram fortemente encorajadas pelas/os provedoras/es de cuidado a terem passibilidade cisgênero e heterossexual e evitar associação com outras pessoas TGNC (Benjamin, 1966; R. Green & Money, 1969; Hastings, 1974; Hastings & Markland, 1978). Mesmo TGNC na terceira idade

que estavam confortáveis contando às outras pessoas sobre sua identidade TGNC quando eram mais jovens podem optar por não revelar sua identidade em um estágio posterior da vida (Ekins & King, 2005; Ippolito & Witten, 2014). A falta de vontade de idosas/os para divulgar sua identidade TGNC pode resultar de sentimentos de vulnerabilidade física ou maior dependência de outras pessoas que possam discriminá-las/os ou tratá-las/os mal por causa da sua identidade de gênero (Bockting & Coleman, 2007), especialmente se reside em um ambiente institucionalizado (ou seja, lar de idosos, instalações de vida assistida etc.) e depende de outras pessoas para muitas necessidades diárias (Auldridge et al., 2012). TGNC na terceira idade também estão em maior risco de depressão, ideação suicida e solidão em comparação com idosos LGB (Auldridge et al., 2012; Fredriksen-Goldsen et al., 2011).

Uma pesquisa do Transgender Law Center demonstrou que pessoas TGNC e LGB na terceira idade tem menos bem-estar financeiro do que pessoas mais jovens, apesar de terem um nível educacional superior ao médio para sua faixa etária em comparação com a população em geral (Hartzell, Frazer, Wertz, & Davis, 2009). A pesquisa também revelou que TGNC na terceira idade enfrentam subemprego e lacunas no emprego muitas vezes devido à discriminação (Auldridge et al., 2012; Beemyn & Rankin, 2011; Factor & Rothblum, 2007). No passado, algumas pessoas TGNC com carreiras estabelecidas podem ter sido encorajadas pelas/os prestadoras/es de cuidados a encontrar novas carreiras ou empregos para evitar sofrer uma transição de gênero no trabalho ou serem identificados como TGNC, levando potencialmente à perda significativa de renda e identidade ocupacional (Cook-Daniels, 2006). Os obstáculos ao emprego podem aumentar as disparidades econômicas que resultam no aumento das necessidades de serviços de apoio habitacional e outros benefícios sociais (National Center for Transgender Equality, 2012; Services and Advocacy for GLBT Elders & National Center for Transgender Equality, 2012).

Pessoas TGNC na terceira idade podem enfrentar obstáculos à busca ou acesso a recursos que apoiem seu bem-estar físico, financeiro ou emocional. Por exemplo, podem estar preocupadas/os com a candidatura a benefícios de seguridade social temendo que sua identidade TGNC possa ser conhecida (Hartzell et al., 2009). Um/a idosa/o TGNC pode evitar cuidados médicos, aumentando a probabilidade de mais tarde precisar de um nível mais alto de cuidados médicos (por exemplo, cuidados domiciliares, vida assistida ou lar de idosos) do que seus pares cisgênero da mesma idade (Hartzell et al., 2009; Ippolito & Witten, 2014, Mikalson et al., 2012). As

residências para terceira idade e as instalações de vida assistida raramente são sensíveis às necessidades médicas únicas de TGNC idosas/os (National Senior Citizens Law Center, 2011). Alguns indivíduos TGNC que moram em habitações conjuntas, na vida assistida ou em espaços de cuidados prolongados podem sentir a necessidade de reverter sua transição para se alinhar com o sexo designado no nascimento para evitar discriminação e perseguição por outras pessoas residentes e funcionárias (Ippolito & Witten, 2014).

O envelhecimento pode facilitar e complicar o tratamento médico relacionado à transição de gênero. Pessoas TGNC que iniciam a terapia hormonal mais tarde na vida podem ter uma transição mais suave devido aos níveis de hormônio decrescente que são naturais ao envelhecimento (Witten & Eyler, 2012). A idade também pode influenciar as decisões que TGNC fazem em relação às cirurgias de afirmação sexual, especialmente se existirem condições físicas que possam aumentar significativamente os riscos associados à cirurgia ou à recuperação.

Muito foi escrito sobre a resiliência de pessoas na terceira idade que sofreram trauma (Fuhrmann & Shevlowitz, 2006; Hardy, Concato, & Gill, 2004; Mlinac, Sheeran, Blissmer, Lees, & Martins, 2011; Rodin & Stewart, 2012). Embora algumas pessoas TGNC na terceira idade tenham sofrido um trauma psicológico significativo relacionado à sua identidade de gênero, algumas também desenvolveram resiliência e formas efetivas de lidar com a adversidade (Fruhauf & Orel, 2015). Apesar da disponibilidade limitada de organizações religiosas afirmativas LGBTQ em muitas comunidades locais, TGNC na terceira idade fazem maior uso desses recursos do que seus pares cisgênero (Porter et al., 2013).

**Aplicação.** Profissionais da psicologia devem buscar informações sobre as necessidades biopsicossociais de pessoas TGNC na terceira idade para informar a conceituação de casos e o planejamento do tratamento para abordar preocupações psicológicas, sociais e médicas. Muitas pessoas TGNC na terceira idade são socialmente isoladas. O isolamento pode ocorrer como resultado de uma perda de redes sociais através da morte ou pela divulgação de uma identidade TGNC. Psicólogas/os podem ajudar no estabelecimento de novas redes sociais que apoiem e valorizem a identidade TGNC, enquanto trabalham para fortalecer as redes familiares e amigáveis existentes depois que uma identidade TGNC foi divulgada. Pessoas TGNC na terceira idade podem encontrar um valor especial nas relações com outras pessoas em sua faixa geracional ou aquelas que possam ter experiências de “saída do armário” semelhantes.

Pode-se encorajar as pessoas a identificar formas de orientar e melhorar a resiliência das gerações TGNC mais jovens, criando uma sensação de generatividade (Erikson, 1968) e contribuição, ao mesmo tempo em que criam novas relações de apoio. Psicólogas/os que trabalham com idosas/os TGNC podem ajudá-las/os a reconhecer as fontes de sua resiliência e incentivá-las/os a se conectarem e a serem ativas/os em suas comunidades (Fuhrmann & Craffey, 2014).

Para pessoas TGNC na terceira idade que resolveram não revelar sua identidade de gênero, profissionais da psicologia podem ajudar na abordagem da vergonha, culpa e preconceito anti-trans internalizado, validando a liberdade de cada pessoa de escolher a forma como escolhe ou não “sair do armário”. Psicólogas/os clínicas/os podem também validar e empatizar quando pessoas TGNC na terceira idade escolhem um modelo de transição que evita a revelação da identidade de gênero e é focado massivamente na passabilidade cisgênero.

Pessoas TGNC na terceira idade que optarem por passar por uma transição médica ou social na velhice podem experimentar preconceito anti-trans de pessoas que questionam o valor da transição em uma idade avançada ou que acreditam que elas não estão verdadeiramente dedicadas à sua transição ou que não acreditam que elas têm uma identidade TGNC, dado o período de tempo que esperaram (Auldridge et al., 2012). Algumas também podem lamentar o tempo perdido e as oportunidades deixadas para trás. Profissionais da psicologia podem validar as escolhas das pessoas para se revelar, transitar ou evoluir em sua identidade de gênero ou expressão de gênero em qualquer idade, reconhecendo que tais escolhas podem ter sido muito menos acessíveis ou viáveis em estágios iniciais da vida de pessoas TGNC na terceira idade.

Profissionais da psicologia podem auxiliar habitações conjuntas ou espaços de cuidados prolongados para melhor atender às necessidades de pessoas TGNC na terceira idade por meio de uma comunicação respeitável e a afirmação da identidade de gênero e da expressão de gênero de cada pessoa. Podem, ainda, trabalhar com pessoas TGNC em sistemas de cuidados paliativos para desenvolver um plano de fim de vida que respeite os desejos da pessoa sobre a divulgação de identidade de gênero durante e após a morte.

## AVALIAÇÃO, TERAPIA E INTERVENÇÃO

**Diretriz 10. Entender que a saúde mental pode ou não estar relacionada com a identidade de gênero de uma pessoa TGNC e os efeitos psicológicos do estresse de minoria.**

**Fundamentação.** As pessoas TGNC podem procurar assistência de profissionais da psicologia para abordar questões relacionadas ao gênero, outros problemas de saúde mental ou ambos. Os problemas de saúde mental experimentados por uma pessoa TGNC podem ou não estar relacionados com a identidade de gênero dessa pessoa e/ou podem complicar a avaliação e intervenção de preocupações concernentes ao gênero. Em alguns casos, pode não existir uma relação entre a identidade de gênero de uma pessoa e uma condição de co-ocorrência (por exemplo, depressão, TEPT, abuso de substâncias). Em outros casos, ter uma identidade TGNC pode levar ou contribuir para uma condição de saúde mental co-ocorrente, diretamente por meio de disforia de gênero, ou indiretamente por meio de estresse de minoria e opressão (Hendricks & Testa, 2012; I. H. Meyer, 1995, 2003). Em casos extremamente raros, uma condição de co-ocorrência pode imitar a disforia de gênero (ou seja, um processo psicótico que distorce a percepção do gênero; Baltieri & De Andrade, 2009; Hepp, Kraemer, Schnyder, Miller, & Delsignore, 2004).

Independentemente da presença ou ausência de um vínculo etiológico, a identidade de gênero pode afetar a forma como uma pessoa TGNC experimenta uma condição de saúde mental que se apresenta em co-ocorrência e/ou uma condição de saúde mental co-ocorrente pode complicar a expressão de gênero ou a identidade de gênero da pessoa. Por exemplo, um transtorno alimentar pode ser influenciado pela expressão de gênero de uma pessoa TGNC (por exemplo, padrões rígidos de alimentação usados para gerenciar a forma do corpo ou menstruação podem estar relacionados à identidade de gênero ou disforia de gênero; Ålgars, Alanko, Santtila, & Sandnabba, 2012; Murray, Boon, & Touyz, 2013). Além disso, a presença de transtorno do espectro autista pode complicar a articulação e a exploração da identidade de gênero TGNC (Jones et al., 2012). Nos casos em que a disforia de gênero está contribuindo para outras preocupações de saúde mental, o tratamento da disforia de gênero pode ser útil para aliviar essas preocupações (Keo-Meier et al., 2015).

Existe também uma relação entre as condições de saúde mental e os prejuízos psicológicos do estresse de minoria que as pessoas TGNC podem experimentar. Dado que as pessoas TGNC enfrentam violência física e sexual (Clements-Nolle et al., 2006; Kenagy & Bostwick, 2005; Lombardi, Wilchins, Priesing, & Malouf, 2001; Xavier et al., 2005), assédio e discriminação em geral (Beemyn & Rankin, 2011; Factor & Rothblum, 2007) e discriminação em emprego e habitação (Bradford et al., 2007), tornam-se suscetíveis a experimentar níveis significativos de estresse de minoria. Os estudos demonstraram níveis desproporcionalmente elevados de sequelas psicológicas negativas relacionadas ao estresse de minoria, incluindo ideação suicida e tentativas de suicídio (Center for Substance Abuse Treatment, 2012; Clements-Nolle et al., 2006; Cochran & Cauce, 2006; Nuttbrock et al., 2010; Xavier et al., 2005) e suicídio consumado (Dhejne et al., 2011; van Kesteren, Asscheman, Megens, & Gooren, 1997). Estudos recentes começaram a demonstrar uma associação entre fontes de estresse externo e transtornos psicológicos (Bockting et al., 2013; Nuttbrock et al., 2010), incluindo ideação e tentativas de suicídio e comportamento autolesivo (Dickey, Reisner, & Juntunen, 2015; Goldblum et al., 2012; Testa et al., 2012).

O modelo de estresse de minoria explica tanto os efeitos negativos que o estresse relacionado ao estigma tem sobre a saúde mental quanto os processos pelos quais os membros do grupo minoritário podem desenvolver resiliência e resistência aos efeitos negativos do estresse (I. H. Meyer, 1995, 2003). Embora o modelo de estresse de minoria tenha sido desenvolvido como uma teoria da relação entre orientação sexual e transtornos mentais, o modelo foi adaptado às populações TGNC (Hendricks & Testa, 2012).

**Aplicação.** Devido ao aumento do risco de condições de saúde mental relacionadas ao estresse, profissionais da psicologia podem realizar uma avaliação diagnóstica cuidadosa, incluindo um diagnóstico diferencial, ao trabalhar com pessoas TGNC (Coleman et al., 2012). Tendo em conta a intrincada interação entre os efeitos dos sintomas de saúde mental e a identidade de gênero e a expressão de gênero, encoraja-se a não ignorar os problemas de saúde mental que uma pessoa TGNC está enfrentando, tampouco a presumir, de forma equivocada, que esses problemas de saúde mental são resultado da identidade de gênero ou expressão de gênero da pessoa. Deve-se ter cautela antes de determinar que a não conformidade ou disforia de gênero deve-se a um processo psicótico subjacente, pois esse tipo de relação causal é rara.

Quando as pessoas TGNC acessam cuidados de saúde relacionados à transição, uma avaliação psicossocial é muitas vezes parte desse processo (Coleman et al., 2012). Uma avaliação abrangente e equilibrada geralmente inclui não apenas informações sobre as experiências prévias de preconceito ou discriminação anti-trans, pensamentos internalizados relacionadas a essas experiências e antecipação da vitimização ou rejeição futura (Coolhart, Provancher, Hager, & Wang, 2008), mas também estratégias de enfrentamento e fontes de resiliência (Hendricks & Testa, 2012; Singh et al., 2011). Reunir informações sobre eventos de vida negativos diretamente relacionados à identidade de gênero e expressão de gênero de uma pessoa TGNC pode ajudar profissionais da psicologia a entender as sequelas do estresse e discriminação, distinguindo-os de problemas de saúde mental concorrentes e potencialmente não relacionados. Da mesma forma, quando uma pessoa TGNC tem uma queixa principal que não é centrada no gênero, uma avaliação abrangente leva em consideração a experiência dessa pessoa em relação à identidade de gênero e à expressão de gênero, incluindo qualquer discriminação, assim como incluiria a avaliação de outros possíveis antecedentes de trauma, queixas médicas, experiência prévia com profissionais de cuidado, metas futuras importantes e aspectos importantes da identidade. As estratégias que uma pessoa TGNC usa para manejar a discriminação anti-trans podem ser fontes de força para lidar com desafios da vida ou fontes de dificuldades que aumentam desafios e barreiras.

Pode-se ajudar as pessoas TGNC a entender a influência generalizada do estresse de minoria e da discriminação que podem existir em suas vidas, potencialmente incluindo atitudes negativas internalizadas sobre si mesmas e sua identidade TGNC (Hendricks & Testa, 2012). Com esse apoio, as/os clientes podem entender melhor as origens de seus sintomas de saúde mental e normalizar suas reações quando confrontados com desigualdades e discriminação relacionadas à identidade TGNC. Os modelos de estresse de minoria também identificam fontes potencialmente importantes de resiliência. As pessoas TGNC podem desenvolver resiliência quando se conectam com outras pessoas TGNC que fornecem informações sobre como manejar o preconceito anti-trans e aumentar o acesso aos cuidados e recursos necessários (Singh et al., 2011). As pessoas TGNC podem precisar de ajuda para desenvolver sistemas de apoio social para nutrir sua resiliência e reforçar sua capacidade de lidar com os efeitos adversos do preconceito anti-trans (Singh & McKleroy, 2011).

A terapia hormonal feminizadora ou masculinizadora pode afetar de forma positiva ou negativa transtornos de humor existentes (Coleman et al., 2012). Profissionais da psicologia também podem ajudar as pessoas TGNC que estão nos estágios iniciais da terapia hormonal a se ajustarem às mudanças normais em como experimentar emoções. Por exemplo, as mulheres trans que começam o uso de estrogênios e antiandrogênicos podem experimentar uma gama mais ampla de emoções do que estão acostumadas; os homens trans que iniciam o uso de testosterona podem apresentar uma maior libido e se sentir mais emocionalmente reativos em situações estressantes. Por meio do processo de ajuda psicológica, essas mudanças podem ser entendidas como semelhantes aos ajustes emocionais que mulheres e homens cisgênero passam durante a puberdade. Algumas pessoas TGNC serão capazes de adaptar estratégias de enfrentamento existentes, enquanto outras podem precisar de ajuda para desenvolver habilidades adicionais (por exemplo, regulação emocional ou assertividade). As/os leitoras são encorajados a consultar a Associação Profissional Mundial para os Padrões de Cuidados de Saúde Transgênero para discutir os possíveis efeitos da terapia hormonal no humor, afetos e comportamento de uma pessoa TGNC (Coleman et al., 2012).

**Diretriz 11. Reconhecer que as pessoas TGNC vivem melhor quando recebem apoio social e cuidado afirmativo.**

**Fundamentação.** As pesquisas têm mostrado resultados de tratamento positivos quando pessoas TGNC adultas e adolescentes recebem serviços médicos e psicológicos afirmativos (por exemplo, psicoterapia, hormônios, cirurgia; Byne et al., 2012; R. Carroll, 1999; Cohen-Kettenis, Delemarre-van de Waal, & Gooren, 2008; Davis & Meier, 2014; De Cuypere et al., 2006; Gooren, Giltay, & Bunck, 2008; Kuhn et al., 2009), embora os tamanhos de amostra sejam frequentemente pequenos, sem estudos populacionais. Em uma meta-análise da literatura de tratamento de terapia hormonal com pessoas TGNC adultas e adolescentes, 80% das/os participantes que receberam atendimento afirmativo tiveram uma qualidade de vida melhorada, diminuição da disforia de gênero e uma redução nos sintomas psicológicos negativos (Murad et al., 2010).

Além disso, pessoas TGNC que recebem apoio social acerca da identidade de gênero e expressão de gênero melhoraram seus desfechos e a qualidade de vida (Brill &

Pepper, 2008; Pinto, Melendez, & Spector, 2008). Vários estudos indicam que a aceitação familiar de adolescentes e adultos TGNC está associada a taxas reduzidas de desfechos negativos, como depressão, suicídio e comportamentos de risco para infecção por HIV (Bockting et al., 2013; Dhejne et al., 2011; Grant et al., 2011; Liu & Mustanski, 2012; Ryan, 2009). O apoio familiar também é um forte fator de proteção para pessoas TGNC adultas e adolescentes (Bockting et al., 2013; Moody & Smith, 2013; Ryan et al., 2010). As pessoas TGNC, no entanto, frequentemente enfrentam preconceito anti-trans explícitos ou implícitos, discriminação e até mesmo violência dentro de suas famílias (Bradford et al., 2007). Essa rejeição familiar está associada a taxas mais altas de infecção por HIV, suicídios, encarceramento e privação de moradia em pessoas TGNC adultas e adolescentes (Grant et al., 2011; Liu & Mustanski, 2012). A rejeição familiar e os níveis mais baixos de apoio social estão significativamente correlacionados com a depressão (Clements-Nolle et al., 2006; Ryan, 2009). Muitas pessoas TGNC procuram apoio em relacionamentos de pares, famílias escolhidas e comunidades nas quais podem ser mais propensos a ter aceitação (Gonzalez & McNulty, 2010; Nuttbrock et al., 2009). O apoio de outras pessoas TGNC foi considerado um moderador entre o preconceito anti-trans e a saúde mental, com níveis mais elevados de apoio de pares associados a uma melhor saúde mental (Bockting et al., 2013). Para algumas pessoas TGNC, o apoio de comunidades religiosas e espirituais estabelece uma importante fonte de resiliência (Glaser, 2008; Kidd & Witten, 2008; Porter et al., 2013).

**Aplicação.** Dada a forte evidência da influência positiva dos cuidados afirmativos, deve-se facilitar o acesso e prestar cuidados afirmativos às pessoas TGNC. Seja por meio da oferta de avaliação e psicoterapia, ou pela assistência para o acesso à terapia hormonal ou cirurgias, profissionais da psicologia podem desempenhar um papel crítico na capacitação e validação das experiências de pessoas TGNC adultas e adolescentes e aumentar os resultados em seus desfechos de vida (Bess & Stabb, 2009; Rachlin, 2002).

É importante estar consciente da importância do apoio social afirmativo e auxiliar as pessoas TGNC na construção de redes de apoio social nas quais sua identidade de gênero é aceita e afirmada. Profissionais da psicologia podem ajudar a manejar e negociar a dinâmica familiar que possa emergir no curso da exploração e estabelecimento da identidade de gênero. Dependendo do contexto da prática psicológica, essas questões podem ser abordadas no trabalho individual com clientes

TGNC em sessões conjuntas, incluindo membros da sua rede de apoio, terapia familiar ou terapia grupal. Pode-se ajudar as pessoas TGNC a decidir como e quando revelar sua identidade de gênero no trabalho ou na escola, nas comunidades religiosas, e para amigos e contatos em outros espaços. As pessoas TGNC que decidem não se revelar em todos os aspectos de suas vidas ainda podem se beneficiar de grupos de apoio afirmativos entre pares presenciais ou online.

Clientes podem pedir a profissionais da psicologia que ajudem membros da família a explorar sentimentos sobre a identidade de gênero e a expressão de gênero. Os modelos publicados de ajuste familiar (Emerson & Rosenfeld, 1996) podem ser úteis para ajudar a normalizar as reações dos membros da família ao saber que têm um membro da família TGNC, e para reduzir os sentimentos de isolamento. Ao trabalhar com membros da família ou outras pessoas importantes, pode ser útil normalizar sentimentos de perda ou medo do que pode acontecer com os relacionamentos atuais quando as pessoas TGNC revelam sua identidade e expressão de gênero para outras pessoas. Profissionais da psicologia podem ajudar as outras pessoas importantes a se adaptar às mudanças de relacionamentos e ponderar como conversar com a família estendida, amigos e membros da comunidade sobre os entes queridos TGNC. Proporcionar com que as outras pessoas importantes para as pessoas TGNC sejam referenciadas a profissionais afirmativos, recursos educacionais e grupos de apoio pode ter um impacto profundo na compreensão da identidade de gênero e na comunicação com os entes queridos TGNC. Psicólogas/os que trabalham com casais e famílias também podem ajudar as pessoas TGNC a identificar maneiras de incluir outras pessoas importantes em sua transição social ou médica.

Psicólogas/os que trabalham com pessoas TGNC em contextos rurais podem oferecer às/aos clientes recursos para se conectarem com outras pessoas TGNC online ou fornecer informações sobre grupos de apoio presenciais em que possam explorar os desafios particulares de serem TGNC nessas áreas geográficas (Walinsky & Whitcomb, 2010). Psicólogas/os que trabalham no contexto militar precisam ser sensíveis às barreiras que indivíduos TGNC enfrentam, especialmente as pessoas que estão em serviço militar ativo (OutServe-Servicemembers Legal Defense Network, n.d.). Pode-se ajudar membros militares e reformados TGNC a estabelecer sistemas específicos de apoio que criem um espaço seguro e afirmativo para reduzir o isolamento e criar uma rede de pares com uma experiência militar compartilhada.

**Diretriz 12. Entender os efeitos que as mudanças na identidade de gênero e expressão de gênero têm sobre os relacionamentos românticos e sexuais de pessoas TGNC.**

**Fundamentação.** As relações de pessoas TGNC podem ser saudáveis e bem sucedidas (Kins, Hoebeke, Heylens, Rubens, & De Cuyprere, 2008; Meier, Sharp, Michonski, Babcock, & Fitzgerald, 2013) e desafiantes (Brown, 2007; Iantaffi & Bockting, 2011). Um estudo de relações bem sucedidas entre homens trans e mulheres cisgênero descobriu que esses casais atribuíram o sucesso de sua relação ao respeito, honestidade, confiança, amor, compreensão e comunicação aberta (Kins et al., 2008). Assim como os relacionamentos entre as pessoas cisgênero podem envolver abusos, isso pode acontecer com relacionamentos entre as pessoas TGNC e seus parceiros (Brown, 2007), com alguns parceiros violentos que ameaçam divulgar a identidade de uma pessoa TGNC para controlar o relacionamento (FORGE, n.d.).

Nas primeiras décadas de transição médica e social para as pessoas TGNC, apenas aquelas cujas orientações sexuais seriam heterossexuais no pós transição (por exemplo, mulher trans com um homem cisgênero) eram consideradas elegíveis para transição médica e social (Meyerowitz, 2002). Esta restrição prescrevia somente certos tipos de parceiras/os para relações (American Psychiatric Association, 1980; Benjamin, 1966; Chivers & Bailey, 2000), negando o acesso à cirurgia para homens trans identificados como gays ou bissexuais (Coleman & Bockting, 1988) ou mulheres trans identificadas como lésbicas ou bissexuais, inclusive exigindo que os casamentos legais existentes das pessoas TGNC fossem dissolvidos antes de poderem ter acesso a cuidados de transição (Lev, 2004).

A revelação de uma identidade TGNC pode ter um impacto importante na relação entre pessoas TGNC e suas/seus parceiras/os. A divulgação do status TGNC no início do relacionamento tende a ser associada a melhores resultados de relacionamento, enquanto que a divulgação do status de TGNC após muitos anos em um relacionamento existente pode ser percebida como uma traição (Erhardt, 2007). Quando uma pessoa TGNC “sai do armário” no contexto de um relacionamento, pode ser útil se ambos os parceiros estejam envolvidos na tomada de decisões sobre o uso de recursos compartilhados (ou seja, como equilibrar os custos financeiros da transição com outras necessidades da família) e como compartilhar a notícia com apoio compartilhado (ou seja, amigos e familiares). Às vezes, os papéis de relacionamento são renegociados no

contexto de uma pessoa TGNC se revelando para o parceiro (Samons, 2008). Os pressupostos sobre o que significa ser um "marido" ou uma "esposa" podem mudar se a identidade de gênero do cônjuge mudar (Erhardt, 2007). Dependendo de quando as questões de gênero são reveladas e quanto de mudança que cria na relação, os parceiros podem sofrer a perda de aspectos de seu parceiro e a forma como o relacionamento costumava ser (Lev, 2004).

Embora o aumento do alinhamento entre a identidade de gênero e a expressão de gênero, seja através de roupas, comportamentos ou intervenções médicas (por exemplo, hormônios, cirurgia), não afete necessariamente por quem uma pessoa TGNC é atraída (Coleman et al., 1993), as pessoas TGNC podem se tornar mais abertas para explorar sua orientação sexual, podem redefinir a orientação sexual à medida que avançam na transição, ou ambas (Daskalos, 1998; H. Devor, 1993; Schleifer, 2006). Por meio de um maior conforto com seu corpo e identidade de gênero, as pessoas TGNC podem explorar aspectos de sua orientação sexual que anteriormente estavam ocultos, ou que sentiam discordantes com seu sexo designado no nascimento. Após uma transição médica e/ou social, a orientação sexual de uma pessoa TGNC pode permanecer constante ou mudar, temporária ou permanentemente (por exemplo, exploração renovada da orientação sexual no contexto da identidade TGNC, mudança de atração ou escolha de parceiros sexuais, espectro ampliado de atração, mudança da identidade da orientação sexual; Meier, Sharp et al., 2013; Samons, 2008). Por exemplo, um homem trans que previamente se identificava como lésbica pode posteriormente se sentir atraído por homens (Coleman et al., 1993; Dickey, Burnes, & Singh, 2012), e uma mulher trans atraída, no estágio pré transição, por mulheres, pode continuar atraída por mulheres no pós transição (Lev, 2004).

Algumas pessoas TGNC e suas/seus parceiras/os podem temer a perda da atração sexual mútua e outros efeitos potenciais da mudança de identidade de gênero no relacionamento. Parceiras lésbicas de homens trans podem lutar com a ideia de que estar em um relacionamento com um homem pode fazer com que outras pessoas os percebam como um casal heterossexual (Califia, 1997). Da mesma forma, as mulheres em relações heterossexuais que mais tarde aprendem que seus parceiros são mulheres trans podem não estar familiarizadas com o manejo do estigma sexual ao serem interpretados socialmente como um casal de lésbicas (Erhardt, 2007). Além disso, as/os parceiras/os podem descobrir que não se sentem mais atraídas/os após a transição. Como exemplo, uma lésbica cuja parceira transiciona para uma identidade masculina pode achar que não

é mais atraída por essa pessoa, já que não se sente sexualmente atraída por homens. Parceiras/os de pessoas TGNC também podem experimentar luto e sofrimento quando suas/seus parceiras/os se envolvem em transições sociais e/ou médicas.

**Aplicação.** Psicólogas/os podem ajudar a promover a resiliência nos relacionamentos, abordando questões específicas para parceiras/os de pessoas TGNC. Podem apoiar parceiras/os que estão tendo dificuldades com a evolução da identidade ou transição de gênero de seus parceiros, ou estão lidando com outras pessoas com dificuldades diante da transição da/o parceira/o. Os grupos de apoio aos pares podem ser especialmente úteis no manejo de preocupações a respeito de negligência, vergonha, ressentimento e relacionamento ligados à transição de gênero de um/a parceira/o. Reunir ou conhecer outras pessoas TGNC, outras/os parceiras/os das pessoas TGNC e casais que passaram pela transição com sucesso também pode ajudar as pessoas TGNC e suas/seus parceiros e servir como fator de proteção (Brown, 2007). Quando o status TGNC é divulgado durante um relacionamento atual, psicólogas/os podem ajudar os casais a explorar quais as dinâmicas de relacionamento que eles querem preservar e quais gostariam de mudar.

Ao acessarem serviços psicológicos, as pessoas TGNC podem explorar uma série de questões em seus relacionamentos e sua sexualidade (Dickey et al., 2012), incluindo quando e como revelar-se a parceiras/os românticas/os e sexuais atuais ou potenciais, comunicando seus desejos sexuais, renegociando a intimidade que pode ser perdida durante a transição da/o parceira/o TGNC, adaptando-se às mudanças corporais causadas pelo uso de hormônios ou realização de cirurgias e explorando fronteiras quanto ao contato, carinho e práticas sexuais mais seguras (Iantaffi & Bockting, 2011; Sevelius, 2009). Pessoas TGNC podem experimentar aumento de auto eficácia sexual através da transição. Embora profissionais da psicologia possam ajudar parceiras/os na compreensão das decisões de transição de uma pessoa TGNC, estas também podem se beneficiar da ajuda na conscientização sobre as maneiras pelas quais essas decisões influenciam a vida de seus entes queridos.

**Diretriz 13. Entender como a parentalidade e a formação de famílias entre as pessoas TGNC ocorre de formas variadas.**

**Fundamentação.** Profissionais da psicologia trabalham com as pessoas TGNC ao longo da vida para abordar questões parentais e familiares (Kenagy & Hsieh, 2005).

Há evidências de que muitas pessoas TGNC têm e querem ter filhos (Wierckx et al., 2012). Algumas pessoas TGNC concebem uma criança através de relações sexuais, enquanto outras podem adotar, contratar mães de aluguel ou empregar tecnologias de reprodução assistida, como a doação de espermatozoides ou óvulos, para construir ou expandir uma família (De Sutter, Kira, Verschoor, & Hotimsky, 2002). Com base em um pequeno conjunto de pesquisas até o momento, não há indícios de que crianças cujos pais são pessoas TGNC sofram impactos negativos de longo prazo diretamente relacionados à mudança de gênero parental (R. Green, 1978, 1988; White & Ettner, 2004). As pessoas TGNC podem descobrir que é difícil tanto encontrar médicas/os que estejam dispostas/os a oferecer tratamento reprodutivo quanto pagar os custos do tratamento (Coleman et al., 2012). Da mesma forma, a adoção pode ser bastante trabalhosa, e algumas pessoas podem ter dificuldade em encontrar serviços de acolhimento ou adoção que trabalhem de maneira não-discriminatória. O uso atual ou passado da terapia hormonal pode limitar a fertilidade e restringir as opções reprodutivas de uma pessoa TGNC (Darnery, 2008; Wierckx et al., 2012). Outras pessoas TGNC podem ter filhos ou famílias antes de se revelarem TGNC ou iniciar uma transição de gênero.

As pessoas TGNC podem apresentar uma série de questões parentais e de construção familiar. Algumas buscarão apoio para abordar problemas em sistemas familiares pré-existentes; algumas explorarão a criação ou expansão de uma família; e algumas precisarão tomar decisões sobre potenciais problemas de fertilidade relacionados à terapia hormonal, supressão puberal ou transição cirúrgica. A transição médica e/ou social de pais TGNC pode mudar a dinâmica familiar, criando desafios e oportunidades para parceiras/os, filhas/os e outros membros da família. Um estudo das reflexões dos terapeutas sobre suas experiências com clientes TGNC sugeriu que a constelação familiar e o relacionamento parental eram mais significativos para as crianças do que a transição social e/ou médica dos pais em si (White & Ettner, 2004). Embora a pesquisa não tenha documentado que as transições das pessoas TGNC têm efeito sobre suas habilidades parentais, parcerias ou casamentos pré-existentes podem não sobreviver à revelação de uma identidade TGNC ou uma transição subsequente (Dickey et al., 2012). Isso pode resultar em divórcio ou separação, o que pode afetar as crianças da família. Uma relação positiva entre os pais, independentemente do estado civil, foi sugerida como um importante fator protetivo para as crianças (Amato, 2001; White & Ettner, 2007). Este parece ser o caso especialmente quando as crianças são

lembradas do amor dos pais e tem assegurada a presença contínua dos pais em suas vidas (White & Ettner, 2007). Com base em um pequeno corpo de literatura disponível, sabe-se que geralmente é o caso de as crianças mais jovens estarem mais aptas a incorporar a transição de um pai, seguido de crianças adultas, com adolescentes geralmente apresentando maior dificuldade (White & Ettner, 2007). Se separados ou divorciados de seus parceiros ou cônjuges, pais TGNC podem estar em risco de perda de direitos de custódia ou de visita porque alguns tribunais supõem que existe um nexo entre sua identidade de gênero ou expressão de gênero e a aptidão a ser pai/mãe (Flynn, 2006). Esse tipo de preconceito é comumente direcionado a pessoas TGNC negras (Grant et al., 2011).

**Aplicação.** Profissionais da psicologia podem auxiliar nas preocupações parentais e de construção familiar das pessoas TGNC. Ao trabalhar com pessoas TGNC que possuem experiência anterior de parentalidade, podem ajudá-las a identificar como ser pai/mãe pode influenciar a decisão de se revelar TGNC ou iniciar uma transição (Freeman, Tasker, & Di Ceglie, 2002; Grant et al. 2011; Wierckx et al., 2012). Algumas pessoas TGNC podem optar por atrasar a revelação até que suas/seus filhas/os cresçam e saiam de casa (Bethea & McCollum, 2013). As diretrizes clínicas desenvolvidas em conjunto por uma organização comunitária TGNC de Vancouver, British Columbia, e uma organização de prestadores de cuidados de saúde incentivam psicólogas/os e outras/os profissionais de saúde mental a trabalharem com as pessoas TGNC para planejar a divulgação a um/a parceira/o, parceira/o anterior ou crianças e prestar atenção especial a recursos que ajudem as pessoas TGNC a discutirem sua identidade com crianças de várias idades de maneira apropriada para o desenvolvimento (Bockting et al., 2006). Algumas/uns psicólogas/os podem achar útil o modelo de estágio de desenvolvimento que Lev (2004) usa para explicar o processo que os membros da família provavelmente enfrentarão diante da nova identidade TGNC de um de seus membros da família. A conscientização das redes de apoio aos pares para cônjuges e filhos das pessoas TGNC também pode ser útil. Profissionais da psicologia podem oferecer aconselhamento familiar para ajudar uma família a gerenciar a revelação, melhorar o funcionamento da família e manter o envolvimento familiar da pessoa TGNC, bem como ajudar a pessoa TGNC a compreender as formas que seu processo de transição afetou os membros da sua família (Samons, 2008). Ajudar os pais a continuarem a trabalhar em conjunto para se concentrar nas necessidades de seus filhos

e manter os laços familiares aumenta a probabilidade de levar melhores resultados às crianças (White & Ettner, 2007).

Psicólogas/os podem apoiar as pessoas TGNC na busca de advogadas/os que trabalhem com direitos parentais em adoção ou custódia. Dependendo da situação, isso pode ser desejável, mesmo que o pai ou a mãe TGNC sejam biologicamente relacionados à criança (Minter & Wald, 2012). Embora ser TGNC não seja um impedimento legal para a adoção, existe o potencial de discriminação e barreiras explícitas e implícitas, dado o preconceito generalizado contra as pessoas TGNC. A questão de se divulgar o status TGNC em uma candidatura à adoção é pessoal, e um potencial pai ou mãe TGNC se beneficiaria da orientação jurídica. Dada a extensa investigação de base que com frequência é realizada em casos de adoção, pode ser difícil evitar a revelação da identidade TGNC. Muitas/os advogadas/os defendem a divulgação para evitar possíveis desafios legais durante o processo de adoção (Minter & Wald, 2012).

Ao discutir as opções de construção familiar com as pessoas TGNC, psicólogas/os são encorajadas/os a permanecer conscientes de que algumas dessas opções exigem intervenção médica e não estão disponíveis em todos os lugares, além de serem bastante onerosas (Coleman et al., 2012). Podem trabalhar com as/os clientes para gerenciar sentimentos de perda, sofrimento, raiva e ressentimento que possam surgir se as pessoas TGNC não puderem acessar ou pagar os serviços necessários para a construção de uma família (Bockting et al., 2006; De Sutter et al., 2002).

Quando as pessoas TGNC cogitam iniciar terapia hormonal, profissionais da psicologia podem conversar a respeito dos efeitos possivelmente permanentes na fertilidade, para subsidiá-las melhor a tomarem uma decisão totalmente informada. Isso pode ser de especial importância com os adolescentes TGNC e adultos jovens, que muitas vezes sentem que o planejamento familiar ou a perda de fertilidade não é uma preocupação significativa em suas vidas diárias atuais e, portanto, desconsideram as implicações reprodutivas de longo prazo da terapia hormonal ou cirurgia (Coleman et al., 2012). Pode-se discutir práticas anticoncepcionais e práticas sexuais mais seguras com pessoas TGNC, dado que elas ainda podem ter a capacidade de conceber, mesmo quando submetidas à terapia hormonal (Bockting, Robinson, & Rosser, 1998). Profissionais da psicologia podem desempenhar um papel crítico na educação de adolescentes TGNC e jovens adultos e seus pais sobre os efeitos a longo prazo das intervenções médicas na fertilidade, e ajudá-los a buscar consentimento informado antes

de prosseguir com as intervenções. Embora a terapia hormonal possa limitar a fertilidade (Coleman et al., 2012), psicólogas/os podem incentivar que pessoas TGNC não confiem na terapia hormonal como único meio de controle de natalidade, mesmo quando uma pessoa tem amenorreia (Gorton & Grubb, 2014). A educação sobre práticas sexuais mais seguras também pode ser importante, já que alguns segmentos da comunidade TGNC (por exemplo, mulheres trans e pessoas negras) são especialmente vulneráveis a infecções sexualmente transmissíveis e têm alta prevalência e taxas de incidência de infecção pelo HIV (Kellogg Clements-Nolle, Dilley, Katz, & McFarland, 2001, Nemoto, Operario, Keatley, Han, & Soma, 2004).

Dependendo do momento e do tipo de opções selecionadas, psicólogas/os podem explorar as implicações físicas, sociais e emocionais caso as pessoas TGNC optem por atrasar ou parar a terapia hormonal, fazer tratamento de fertilidade ou engravidar. Os efeitos psicológicos da interrupção da terapia hormonal podem incluir depressão, mudanças de humor e reações à perda de masculinização ou feminização físicas facilitadas pela terapia hormonal (Coleman et al., 2012). Pessoas TGNC que optam por interromper a terapia hormonal durante as tentativas de conceber ou durante uma gravidez podem precisar de apoio psicológico adicional. Por exemplo, pessoas TGNC e suas famílias podem precisar de ajuda para gerenciar o preconceito anti-trans adicional que pode ocorrer quando uma pessoa TGNC com características estereotipicamente masculinas fica visivelmente grávida. Também podem ajudar as pessoas TGNC a enfrentar suas perdas quando não puderem realizar atividades reprodutivas consistentes com sua identidade de gênero, ou quando enfrentam barreiras que não são tipicamente enfrentadas por outras pessoas para conceber ou adotar crianças (Vanderburgh, 2007). Deve-se avaliar quão afirmativos são os equipamentos de saúde e garantia de direitos antes de encaminhar as pessoas TGNC a eles. Psicólogas/os também podem oferecer informações positivas a respeito de pessoas TGNC a trabalhadoras/es do serviço de saúde reprodutiva quando há falta de conhecimento afirmativo.

**Diretriz 14. Reconhecer os benefícios potenciais de uma abordagem interdisciplinar no cuidado com pessoas TGNC e trabalhar de forma colaborativa com outros profissionais.**

**Fundamentação.** A colaboração entre disciplinas pode ser crucial quando se trabalha com pessoas TGNC, devido à interação potencial de fatores biológicos,

psicológicos e sociais no diagnóstico e tratamento (Hendricks & Testa, 2012). Os desafios de viver com uma identidade estigmatizada e a necessidade de muitas pessoas TGNC em relação à transição social e/ou médica podem exigir o envolvimento de profissionais de saúde de várias disciplinas, incluindo psicólogas/os, psiquiatras, assistentes sociais, profissionais da atenção primária, endocrinologistas, enfermeiras/os, farmacêuticas/os, cirurgiões, ginecologistas, urologistas, fonoaudiólogas/os, fisioterapeutas, orientadoras/es pastorais ou capelães e aconseladoras/es de carreira ou educacionais. A comunicação, cooperação e colaboração garantirão uma ótima coordenação e qualidade dos cuidados. Assim como profissionais da psicologia frequentemente encaminham pessoas TGNC a médicas/os para avaliação e tratamento de problemas clínicos, estas/es podem confiar em psicólogos para avaliar a prontidão e ajudar clientes TGNC a se prepararem para os aspectos psicológicos e sociais da transição antes, durante e após intervenções médicas (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2009; Lev, 2009). Os resultados de pesquisa até o momento apoiam o valor e a eficácia de uma abordagem interdisciplinar e colaborativa para cuidados específicos de pessoas TGNC (para uma revisão, ver Coleman et al., 2012).

**Aplicação.** A colaboração de profissionais da psicologia com colegas nas disciplinas médicas e da saúde associadas envolvidas no atendimento de clientes TGNC (por exemplo, tratamento hormonal e cirúrgico, cuidados de saúde primários; Coleman et al., 2012; Lev, 2009) pode assumir muitas formas e deve ocorrer em tempo hábil, de maneira a não dificultar o acesso aos serviços necessários (por exemplo, questões sobre tempo de espera). Por exemplo, um/a psicóloga/o que trabalha com um homem trans que tenha um diagnóstico de transtorno bipolar, além de tratar a disforia de gênero, pode precisar se comunicar com prestadores de cuidados primários e psiquiatra para ajustar os níveis hormonais e medicamentos psiquiátricos, uma vez que a testosterona pode ter um efeito ativador. Em um nível básico, a colaboração pode facilitar a documentação necessária que as pessoas TGNC precisam apresentar a cirurgiões ou médicos para acessar intervenções médicas de afirmação de gênero (por exemplo, cirurgias, terapia hormonal; Coleman et al., 2012). Psicólogas/os podem oferecer apoio, informação e educação a colegas interdisciplinares que não estão familiarizados com questões de identidade de gênero e expressão de gênero para ajudar as pessoas TGNC na obtenção de cuidados afirmativos (Holman & Goldberg, 2006; Lev, 2009). Por exemplo, um/a psicóloga/o que está ajudando uma mulher trans no preparo para uma cirurgia de afirmação de gênero pode, com seu consentimento, entrar em contato com seu novo

ginecologista para o preparo de sua primeira visita médica. Este contato poderia incluir o compartilhamento de informações gerais sobre seu histórico de gênero, além de discutir como ambos os fornecedores poderiam fazer avaliações de saúde mais afirmativas e adequadas para garantir sua melhor saúde física (Holman & Goldberg, 2006).

Psicólogas/os em ambientes interdisciplinares também podem colaborar com profissionais da medicina que prescrevem terapia hormonal, educando pessoas TGNC e garantindo que possam tomar decisões totalmente informadas antes do início do tratamento hormonal (Coleman et al., 2012; Deutsch, 2012; Lev, 2009). Psicólogas/os que trabalham com crianças e adolescentes desempenham um papel particularmente importante na equipe interdisciplinar, devido a considerações sobre o desenvolvimento cognitivo e social, dinâmica familiar e grau de apoio parental. Este papel é especialmente crucial quando se oferece avaliação psicológica para determinar a adequação e a pontualidade de uma intervenção médica. Quando profissionais da psicologia não fazem parte de um contexto interdisciplinar, especialmente em comunidades isoladas ou rurais, podem identificar colegas de outras disciplinas com quem podem colaborar e/ou se referir (Walinsky & Whitcomb, 2010). Por exemplo, um/a psicóloga/o rural pode identificar um pediatra afirmativo em uma área próxima e ajudar o pediatra a trabalhar com os pais, abordando questões relacionadas às pessoas TGNC e crianças e adolescentes que questionam seu gênero.

Além de trabalhar em colaboração com outros profissionais, psicólogas/os que têm formação adicional para se especializar no trabalho com as pessoas TGNC também podem servir como consultores na temática (por exemplo, oferecendo apoio adicional a profissionais que trabalham com pessoas TGNC ou ajudando a escola e locais de trabalho com treinamento em diversidade). Psicólogas/os que têm experiência em trabalhar com pessoas TGNC podem desempenhar um papel consultivo com profissionais em ambientes ambulatoriais que procuram oferecer atendimento afirmativo aos clientes TGNC. Também podem colaborar com colegas assistentes sociais para oferecer a pessoas TGNC referências afirmativas relacionadas à habitação, apoio financeiro, aconselhamento e treinamento vocacional/educacional, comunidades religiosas ou espirituais afirmativas, apoio entre pares e outros recursos comunitários (Gehi & Arkles, 2007). Essa colaboração também pode incluir assegurar que as pessoas TGNC que são menores em custódia do Estado tenham acesso a cuidados culturalmente apropriados.

## PESQUISA, EDUCAÇÃO E TREINAMENTO

**Diretriz 15. Respeitar o bem-estar e os direitos de participantes TGNC em pesquisas e analisar os resultados com acurácia, evitando o mau uso ou representação inadequada dos achados.**

**Fundamentação.** Historicamente, em um conjunto de questões demográficas, a pesquisa psicológica tem incluído um item em sexo ou gênero, com duas opções de resposta: masculino e feminino. Esta abordagem desperdiça uma oportunidade para aumentar o conhecimento sobre as pessoas TGNC para quem nenhuma das opções pode se adequar à sua identidade; corre-se o risco de excluir participantes TGNC (IOM, 2011). Por exemplo, há pouco conhecimento sobre a prevalência do HIV, os riscos e as necessidades de prevenção das pessoas TGNC, porque a maior parte da pesquisa sobre HIV não inclui questões demográficas para identificar participantes TGNC dentro de suas amostras. Em vez disso, pessoas TGNC foram historicamente acopladas a categorias demográficas maiores (por exemplo, homens que fazem sexo com homens, mulheres negras etc.), tornando invisível o impacto da epidemia de HIV na população TGNC (Herbst et al., 2008). Estudiosas/os observaram que esta invisibilidade não chama a atenção para as necessidades das populações TGNC que apresentam as maiores disparidades de saúde, incluindo pessoas TGNC negras, imigrantes, com baixa renda, sem-teto, veteranas, encarceradas, vivendo em áreas rurais ou com deficiências (Bauer et al., 2009; Hanssmann, Morrison, Russo, Shiu-Thornton, & Bowen, 2010; Shipherd et al., 2012; Walinsky & Whitcomb, 2010).

Há uma grande necessidade de mais pesquisas para informar a prática, incluindo abordagens de tratamento afirmativo com pessoas TGNC. Embora existam evidências suficientes para apoiar os padrões atuais de cuidados (Byne et al., 2012; Coleman et al., 2012), ainda há muito a aprender para otimizar a qualidade dos cuidados e o resultado para clientes TGNC, especialmente no que se refere ao tratamento de crianças (IOM, 2011; Mikalson et al., 2012). Além disso, algumas pesquisas com populações de pessoas TGNC foram mal utilizadas e mal interpretadas, afetando negativamente o acesso das pessoas TGNC aos serviços de saúde quando desejam abordar questões de identidade de gênero e expressão de gênero (Namaste, 2000). Isso resultou em ceticismo e desconfiança justificáveis na comunidade TGNC quando são convidados a participar

de iniciativas de pesquisa. De acordo com o código de ética da APA (APA, 2010), os psicólogos devem realizar pesquisas e distribuir resultados com integridade e respeito pelas pessoas participantes da pesquisa. À medida que a pesquisa com a população TGNC aumenta, algumas comunidades TGNC podem ser alvo de sobreamostragem em áreas geográficas específicas e/ou pessoas TGNC negras podem não estar bem representadas em estudos com a população TGNC (Hwahng & Lin, 2009; Namaste, 2000).

**Aplicação.** Todas as/os psicólogas/os que fazem pesquisas, mesmo quando não específicas com as populações TGNC, são encorajadas/os a oferecer uma variedade de opções para obter informações demográficas sobre pessoas TGNC, para que estas possam ser incluídas e representadas com precisão (Conron et al., 2008; Deutsch et al., 2013). Um grupo de especialistas recomendou que a pesquisa populacional, e especialmente a pesquisa epidemiológica patrocinada pelo Estado, use um método de dois passos, primeiro perguntando o sexo designado no nascimento seguido de uma questão sobre identidade de gênero (GenIUSS, 2013). Para a pesquisa focada em pessoas TGNC, incluir questões que avaliam o sexo designado no nascimento e a identidade de gênero atual permite a desagregação de subgrupos dentro da população TGNC, e tem potencial para aumentar o conhecimento das diferenças dentro da população. Além disso, as descobertas sobre um subgrupo de pessoas TGNC podem não se aplicar a outros subgrupos. Por exemplo, os resultados de um estudo de mulheres trans negras com história de trabalho sexual que vivem em áreas urbanas (Nemoto, Operario, Keatley, & Villegas, 2004) podem não se generalizar para todas as mulheres TGNC negras ou para a população TGNC mais ampla (Bauer, Travers, Scanlon, & Coleman, 2012; Operario et al., 2008).

Ao realizar pesquisas com pessoas TGNC, profissionais da psicologia enfrentarão desafios associados ao estudo de uma população relativamente pequena, geograficamente dispersa, diversa, estigmatizada, oculta e difícil de alcançar (IOM, 2011). Como indivíduos TGNC são muitas vezes difíceis de alcançar (IOM, 2011) e a pesquisa com essa população está evoluindo rapidamente, é importante considerar os pontos fortes e as limitações dos métodos que foram ou podem ser usados para estudar a população TGNC para interpretar e representar resultados em conformidade. Alguns pesquisadores recomendaram fortemente modelos de pesquisa colaborativa (por exemplo, pesquisa de ação participativa) em que os membros da comunidade TGNC estão integralmente envolvidos nessas atividades de pesquisa (Clements-Nolle &

Bachrach, 2003; Singh, Richmond, & Burnes, 2013). Psicólogos/os que procuram educar o público através da comunicação de resultados de pesquisa na mídia popular também enfrentarão desafios, porque a maioria dos jornalistas tem conhecimento limitado sobre o método científico e há potencial para a mídia interpretar mal, explorar ou tratar os resultados de modo sensacionalista (Garber, 1992; Namaste, 2000).

**Diretriz 16. Preparar futuros profissionais de psicologia para trabalhar de forma competente com pessoas TGNC.**

**Fundamentação.** Os Princípios Éticos dos Psicólogos e o Código de Conduta (APA, 2010) incluem a identidade de gênero como um fator para o qual profissionais da psicologia podem precisar obter treinamento, experiência, consultoria ou supervisão para garantir sua competência (APA, 2010). Além disso, quando programas credenciados pela APA são necessários para demonstrar um compromisso com a diversidade cultural e individual, a identidade de gênero é especificamente incluída (APA, 2015)<sup>9</sup>. Pesquisas com pessoas TGNC sugerem que muitos prestadores de cuidados de saúde mental não possuem conhecimentos e habilidades básicas necessárias para oferecer cuidados afirmativos (Bradford et al., 2007; O'Hara, Dispenza, Brack, & Blood, 2013; Xavier et al., 2005). A Força-Tarefa sobre Identidade de Gênero e Variância de Gênero (APA, 2009) projetou que muitos, se não a maioria de profissionais e estudantes de pós-graduação em psicologia, encontrarão em algum momento pessoas TGNC entre seus clientes, colegas e estagiários. No entanto, a educação profissional e a formação em psicologia incluem pouca ou nenhuma preparação para trabalhar com pessoas TGNC (Anton, 2009; APA TFGIGV, 2009), e a educação profissional contínua disponível para clínicos também é escassa (Lurie, 2005). Apenas 52% dos psicólogos e estudantes de pós-graduação que responderam a uma pesquisa realizada pela força-tarefa relataram ter tido a oportunidade de aprender sobre as questões TGNC na formação; das pessoas entrevistadas, apenas 27% relataram estar adequadamente familiarizadas com as questões de gênero (n=294; APA TFGIGV, 2009).

---

<sup>9</sup> **Nota dos tradutores:** Trecho que retrata uma especificidade do contexto estadunidense relativo à formação em psicologia. A discussão sobre gênero e sexualidade na formação em psicologia no contexto brasileiro ainda é incipiente, mas precisa avançar para abarcar as especificidades do trabalho com a população trans e em não conformidade de gênero.

O treinamento sobre identidade de gênero na psicologia tem sido frequentemente incluído nas discussões de orientação sexual ou nas aulas sobre sexualidade humana. Alguns estudiosos sugeriram que profissionais e estudantes de psicologia acreditam erroneamente que obtiveram conhecimentos e conscientização adequados sobre pessoas TGNC por meio de treinamento focado nas populações LGB (Harper & Schneider, 2003). No entanto, Israel e colegas encontraram diferenças importantes entre as necessidades terapêuticas das pessoas TGNC e pessoas LGB nas percepções de clientes e prestadores (Israel et al., 2008, Israel, Walther, Gorcheva e Perry, 2011). Nadal e colegas sugeriram que a ausência de informações distintas e precisas sobre as populações TGNC no treinamento de psicologia não só perpetua a desinformação e marginalização das pessoas TGNC pelas/os psicólogas/os, mas também contribui para a marginalização contínua das pessoas TGNC na sociedade como um todo (Nadal et al., 2010, 2012).

**Aplicação.** Psicólogas/os devem se esforçar para continuar sua educação sobre questões de identidade de gênero e expressão de gênero com pessoas TGNC como um componente fundamental da prática psicológica afirmativa. Além dessas diretrizes, que educadores podem usar como recurso no desenvolvimento de currículos e experiências de treinamento, ACA (2010) também adotou um conjunto de competências que podem ser um recurso útil para educadores. Além de incluir as pessoas TGNC e suas questões na educação fundamental na psicologia ligada a serviços de saúde (por exemplo, desenvolvimento de personalidade, multiculturalismo, métodos de pesquisa), alguns cursos de psicologia também podem oferecer treinamento para estudantes interessados em desenvolver conhecimentos mais avançados em questões de identidade de gênero e expressão de gênero.

Devido ao alto nível de ignorância social e estigma associado às pessoas TGNC, garantir que a educação psicológica, o treinamento e a supervisão sejam afirmativos, e não sensacionalistas (Namaste, 2000), exploradores ou patologizantes com as pessoas TGNC (Lev, 2004), requer cuidados por parte de educadores. Alunas/os se beneficiarão com o apoio de seus educadores no desenvolvimento de uma atitude profissional, sem julgamento, em relação a pessoas que possam ter uma experiência de identidade de gênero e expressão de gênero diferentes da sua própria. Foram publicados vários materiais de treinamento que podem ser úteis para os psicólogos na integração de informações sobre as pessoas TGNC nos treinamentos oferecidos (por exemplo, Catalano, McCarthy, & Shlasko, 2007; Stryker, 2008; Wentling, Schilt, Windsor, &

Lucal, 2008). Como a maioria das/os psicólogas/os teve pouco ou nenhum treinamento sobre as populações TGNC e não se percebem como tendo uma compreensão suficiente de questões relacionadas à identidade de gênero e à expressão de gênero (APA TFGIGV, 2009), profissionais da psicologia com conhecimentos relevantes são encorajados a desenvolver e prover educação contínua e treinamento para ajudar a suprir essas lacunas. Psicólogas/os que trabalham com educação e formação podem incorporar atividades que aumentam a conscientização sobre o privilégio cisgênero, o preconceito anti-trans e a discriminação, criar eventos com pessoas TGNC para que ofereçam perspectivas pessoais ou incluir narrativas de pessoas TGNC em leituras de cursos (ACA, 2010). Ao desenvolver essas abordagens, é importante incluir uma ampla variedade de experiências de pessoas TGNC para refletir a diversidade inerente dentro da comunidade.

## REFERÊNCIAS

- Adelson, S. L., & The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*, 957–974. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004>
- Ålgars, M., Alanko, K., Santtila, P., & Sandnabba, N. K. (2012). Disordered eating and gender identity disorder: A qualitative study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention, 20*, 300–311. <http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2012.668482>
- Amato, P. R. (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology, 15*, 355–370.
- American Civil Liberties Union National Prison Project. (2005). *Still in danger: The ongoing threat of sexual violence against transgender prisoners*. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.justdetention.org/pdf/stillindanger.pdf>
- American Counseling Association. (2010). American Counseling Association competencies for counseling with transgender clients. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 4*, 135–159. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2010.524839>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, amended June 1, 2010). Retrieved from <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- American Psychological Association. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist, 67*, 10–42. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024659>
- American Psychological Association. (2015). *Standards of accreditation for health service psychology*. Retrieved from <http://www.apa.org/ed/accreditation/about/policies/standards-of-accreditation.pdf>

- American Psychological Association & National Association of School Psychologists. (2014). *Resolution on gender and sexual orientation diversity in children and adolescents in schools*. Retrieved from [http://www.nasponline.org/about\\_nasp/resolution/gender\\_sexual\\_orientation\\_diversity.pdf](http://www.nasponline.org/about_nasp/resolution/gender_sexual_orientation_diversity.pdf)
- American Psychological Association Presidential Task Force on Immigration. (2012). *Crossroads: The psychology of immigration in the new century*. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.apa.org/topics/immigration/report.aspx>
- American Psychological Association Task Force on Gender Identity and Gender Variance. (2009). *Report of the task force on gender identity and gender variance*. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/gender-identity-report.pdf>
- Angello, M. (2013). *On the couch with Dr. Angello: A guide to raising & supporting transgender youth*. Philadelphia, PA: Author.
- Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the Council of Representatives. *American Psychologist*, *64*, 372–453. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015932>
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*, 271–285. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Auldridge, A., Tamar-Mattis, A., Kennedy, S., Ames, E., & Tobin, H. J. (2012). *Improving the lives of transgender older adults: Recommendations for policy and practice*. New York, NY: Services and Advocacy for LGBT Elders & Washington, DC: National Center for Transgender Equality. Retrieved from <http://www.lgbtagingcenter.org/resources/resource.cfm?r520>
- Bailey, J. M., & Zucker, K. J. (1995). Childhood sex-typed behavior and sexual orientation: A conceptual analysis and quantitative review. *Developmental Psychology*, *31*, 43–55. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.31.1.43>
- Baltieri, D. A., & De Andrade, A. G. (2009). Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder. *Journal of Sexual Medicine*, *6*, 1185–1188. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00655.x>
- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). “I don’t think this is theoretical; this is our lives”: How erasure impacts

- health care for transgender people. *JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20, 348–361. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>
- Bauer, G. R., Travers, R., Scanlon, K., & Coleman, T. A. (2012). High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: A province-wide respondent-driven sampling survey. *BMC Public Health*, 12, 292. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-292>
- Bazargan, M., & Galvan, F. (2012). Perceived discrimination and depression among low-income Latina male-to-female transgender women. *BMC Public Health*, 12, 663–670. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-663>
- Beemyn, G., & Rankin, S. (2011). *The lives of transgender people*. New York, NY: Columbia University.
- Bender-Baird, K. (2011). *Transgender employment experiences: Gendered exceptions and the law*. Albany, NY: SUNY Press.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York, NY: Warner.
- Benson, K. E. (2013). Seeking support: Transgender client experiences with mental health services. *Journal of Feminist Family Therapy: An International Forum*, 25, 17–40. <http://dx.doi.org/10.1080/08952833.2013.755081>
- Berger, J. C., Green, R., Laub, D. R., Reynolds, C. L., Jr., Walker, P. A., & Wollman, L. (1979). *Standards of care: The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons*. Galveston, TX: The Janus Information Facility.
- Bess, J. A., & Stabb, S. D. (2009). The experiences of transgendered persons in psychotherapy: Voices and recommendations. *Journal of Mental Health Counseling*, 31, 264–282. <http://dx.doi.org/10.17744/mehc.31.3.f624154681133w50>
- Bethea, M. S., & McCollum, E. E. (2013). The disclosure experiences of male-to-female transgender individuals: A Systems Theory perspective. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 12, 89–112. <http://dx.doi.org/10.1080/15332691.2013.779094>
- Bilodeau, B. L., & Renn, K. A. (2005). Analysis of LGBT identity development models and implications for practice. *New Directions for Student Services*, 2005, 25–39. <http://dx.doi.org/10.1002/ss.171>
- Birren, J. E., & Schaie, K. W. (2006). *Handbook of the psychology of aging* (6th ed.). Burlington, MA: Elsevier Academic.

- Blosnich, J. R., Brown, G. R., Shipherd, J. C., Kauth, M., Piegari, R. I., & Bossarte, R. M. (2013). Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing Veterans Health Administration care. *American Journal of Public Health, 103*(10), e27–e32. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301507>
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies, 17*, 211–224. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2008.08.001>
- Bockting, W. O., Benner, A., & Coleman, E. (2009). Gay and bisexual identity development among female-to-male transsexuals in North America: Emergence of a transgender sexuality. *Archives of Sexual Behavior, 38*, 688–701. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-009-9489-3>
- Bockting, W. O., & Cesaretti, C. (2001). Spirituality, transgender identity, and coming out. *The Journal of Sex Education, 26*, 291–300.
- Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming-out process. In R. Ettner, S. Monstrey, & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–208). New York, NY: Haworth.
- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism, 9*, 35–82. [http://dx.doi.org/10.1300/J485v09n03\\_03](http://dx.doi.org/10.1300/J485v09n03_03)
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health, 103*, 943–951. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>
- Bockting, W. O., Robinson, B. E., & Rosser, B. R. S. (1998). Transgender HIV prevention: A qualitative needs assessment. *AIDS Care, 10*, 505–525. <http://dx.doi.org/10.1080/09540129850124028>
- Bolin, A. (1994). Transcending and transgenering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender, beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 447–486). New York, NY: Zone Books.
- Bornstein, K., & Bergman, S. B. (2010). *Gender outlaws: The next generation*. Berkeley, CA: Seal Press.

- Boulder Valley School District. (2012). *Guidelines regarding the support of students who are transgender and gender nonconforming*. Boulder, CO: Author. Retrieved from <http://www.bvsd.org/policies/Policies/AC-E3.pdf>
- Bouman, W. P., Richards, C., Addinall, R. M., Arango de Montis, I., Arcelus, J., Duisin, D.,... Wilson, D. (2014). Yes and yes again: Are standards of care which require two referrals for genital reconstructive surgery ethical? *Sexual and Relationship Therapy*, 29, 377–389. <http://dx.doi.org/10.1080/14681994.2014.954993>
- Boylan, J. F. (2013). *She's not there* (2nd ed.). New York, NY: Broadway Books.
- Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health*, 103, 1820–1829. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2012.300796>
- Bradford, J., Xavier, J., Hendricks, M., Rives, M. E., & Honnold, J. A. (2007). *The health, health-related needs, and lifecourse experiences of transgender Virginians. Virginia Transgender Health Initiative Study Statewide Survey Report*. Retrieved from <http://www.vdh.state.va.us/epidemiology/DiseasePrevention/documents/pdf/THISFINALREPORTVol1.pdf>
- Brewster, M. E., Velez, B. L., Mennicke, A., & Tebbe, E. (2014). Voices from beyond: A thematic content analysis of transgender employees' workplace experiences. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1, 159–169. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000030>
- Brill, S., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. San Francisco, CA: Cleis Press.
- Broido, E. M. (2000). Constructing identity: The nature and meaning of lesbian, gay, and bisexual lives. In R. M. Perez, K. A. DeBord, & K. J. Bieschke (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients* (pp. 13–33). Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10339-001>
- Brothim, H. (2013). Transgender inmates: The dilemma. *American Jails*, 27, 40–47.
- Brown, N. (2007). Stories from outside the frame: Intimate partner abuse in sexual-minority women's relationships with transsexual men. *Feminism & Psychology*, 17, 373–393.

- Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Burnes, T. R., & Chen, M. M. (2012). The multiple identities of transgender individuals: Incorporating a framework of intersectionality to gender crossing. In R. Josselson & M. Harway (Eds.), *Navigating multiple identities: Race, gender, culture, nationality, and roles* (pp. 113–128). New York, NY: Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199732074.003.0007>
- Butler, J. (1990). *Gender trouble and the subversion of identity*. New York, NY: Routledge.
- Buzuvis, E. (2013). “On the basis of sex”: Using Title IX to protect transgender students from discrimination in education. *Wisconsin Journal of Law, Gender & Society*, 28, 219–347.
- Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J.,...American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. (2012). Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 759–796. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x>
- Califia, P. (1997). *Sex changes: The politics of transgenderism*. San Francisco, CA: Cleis Press.
- Carroll, L. (2010). *Counseling sexual and gender minorities*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Merrill.
- Carroll, R. (1999). Outcomes of treatment for gender dysphoria. *Journal of Sex Education & Therapy*, 24, 128–136.
- Case, K. A., & Meier, S. C. (2014). Developing allies to transgender and gender-nonconforming youth: Training for counselors and educators. *Journal of LGBT Youth*, 11, 62–82. <http://dx.doi.org/10.1080/19361653.2014.840764>
- Catalano, C., McCarthy, L., & Shlasko, D. (2007). Transgender oppression curriculum design. In M. Adams, L. A. Bell, & P. Griffin (Eds.), *Teaching for diversity and social justice* (2nd ed., p. 219245). New York, NY: Routledge.
- Cavanaugh, J. C., & Blanchard-Fields, F. (2010). *Adult development and aging* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2012). *A provider’s introduction to substance abuse treatment for lesbian, gay, bisexual and transgender individuals* (DHHS Pub. No. [SMA] 21– 4104). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human

Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.

- Cerezo, A., Morales, A., Quintero, D., & Rothman, S. (2014). Trans migrations: Exploring life at the intersection of transgender identity and immigration. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*, 170–180. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000031>
- Chivers, M. L., & Bailey, J. M. (2000). Sexual orientation of female-to-male transsexuals: A comparison of homosexual and nonhomosexual types. *Archives of Sexual Behavior, 29*, 259-278. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1001915530479>
- Clements-Nolle, K., & Bachrach, A. (2003). Community based participatory research with a hidden population: The transgender community health project. In M. Minkler & N. Wallerstein (Eds.), *Community based participatory research for health* (pp. 332–343). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Clements-Nolle, K., Marx, R., & Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of Homosexuality, 51*, 53–69. [http://dx.doi.org/10.1300/J082v51n03\\_04](http://dx.doi.org/10.1300/J082v51n03_04)
- Cochran, B. N., & Cauce, A. M. (2006). Characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals entering substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 30*, 135–146. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2005.11.009>
- Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Gooren, L. J. G. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights. *Journal of Sexual Medicine, 5*, 1892–1897. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00870.x>
- Cole, B., & Han, L. (2011). *Freeing ourselves: A guide to health and self love for brown bois*. Retrieved from [https://brownboiproject.nationbuilder.com/health\\_guide](https://brownboiproject.nationbuilder.com/health_guide)
- Coleman, E., & Bockting, W. O. (1988). “Heterosexual” prior to sex reassignment, “homosexual” afterwards: A case study of a female-to-male transsexual. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 1*, 69–82.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuyper, G., Feldman, J.,...Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. *International Journal of Transgenderism, 13*, 165–232. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>

- Coleman, E., Bockting, W. O., & Gooren, L. (1993). Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 37–50. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01552911>
- Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 313–321. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01542999>
- Collins, P. H. (2000). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., & Landers, S. J. (2012). Transgender health in Massachusetts: Results from a household probability sample of adults. *American Journal of Public Health*, 102, 118–122. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300315>
- Conron, K. J., Scout, & Austin, S. B. (2008). “Everyone has a right to, like, check their box”: Findings on a measure of gender identity from a cognitive testing study with adolescents. *Journal of LGBT Health Research*, 4, 1–9.
- Cook-Daniels, L. (2006). Trans aging. In D. Kimmel, T. Rose, & S. David (Eds.), *Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging: Research and clinical perspectives* (pp. 20–35). New York, NY: Columbia University Press.
- Coolhart, D., Provancher, N., Hager, A., & Wang, M. (2008). Recommending transsexual clients for gender transition: A therapeutic tool for assessing gender. *Journal of GLBT Family Studies*, 4, 301–324. <http://dx.doi.org/10.1080/15504280802177466>
- Currah, P., & Minter, S. P. (2000). *Transgender equality: A handbook for activists and policymakers*. San Francisco, CA: National Center for Lesbian Rights; New York, NY: The Policy Institute of the National Gay & Lesbian Task Force. Retrieved from [http://www.thetaskforce.org/static\\_html/downloads/reports/reports/TransgenderEquality.pdf](http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/TransgenderEquality.pdf)
- Daley, A., Solomon, S., Newman, P. A., & Mishna, F. (2008). Traversing the margins: Intersectionalities in the bullying of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Gay & Lesbian Social Services: Issues in Practice, Policy & Research*, 19, 9–29. <http://dx.doi.org/10.1080/10538720802161474>
- Daley, C. (2005, August 15). *Testimony before the National Prison Rape Elimination Commission*. Retrieved from <http://transgenderlawcenter.org/pdf/prisonrape.pdf>

- Darnery, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky, & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (11th ed., pp. 615–644). Philadelphia, PA: Saunders.
- Daskalos, C. T. (1998). Changes in the sexual orientation of six heterosexual male-to-female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, *27*, 605–614. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1018725201811>
- D'Augelli, A. R., & Hershberger, S. L. (1993). Lesbian, gay, and bisexual youth in community settings: Personal challenges and mental health problems. *American Journal of Community Psychology*, *21*, 421–448. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00942151>
- Davis, S. A., & Meier, S. C. (2014). Effects of testosterone treatment and chest reconstruction surgery on mental health and sexuality in female-to-male transgender people. *International Journal of Sexual Health*, *26*, 113–128. <http://dx.doi.org/10.1080/19317611.2013.833152>
- De Cuypere, G., Elaut, E., Heylens, G., Van Maele, G., Selvaggi, G., T'Sjoen, G.,...Monstrey, S. (2006). Long-term follow-up: Psychosocial outcomes of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. *Sexologies*, *15*, 126–133. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2006.04.002>
- Department of Defense. (2011). Instruction: Number 6130.03. Retrieved from <http://www.dtic.mil/whs/directives/corres/pdf/613003p.pdf>
- Department of Veterans Affairs, Veterans' Health Administration. (2013). *Providing health care for transgender and intersex veterans* (VHA Directive 2013–003). Retrieved from [http://www.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub\\_ID2863](http://www.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub_ID2863)
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, *6*(3), 215–221.
- Deutsch, M. B. (2012). Use of the informed consent model in provision of cross-sex hormone therapy: A survey of the practices of selected clinics. *International Journal of Transgenderism*, *13*, 140–146. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2011.675233>
- Deutsch, M. B., Green, J., Keatley, J. A., Mayer, G., Hastings, J., Hall, A. M., . . . the World Professional Association for Transgender Health EMR Working Group. (2013). Electronic medical records and the transgender patient: Recommendations

- from the World Professional Association for Transgender Health EMR Working Group. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 20, 700–703. <http://dx.doi.org/10.1136/amiajnl-2012-001472>
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen-stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 8, 41–67.
- Devor, H. (1993). Sexual orientation identities, attractions, and practices of female-to-male transsexuals. *Journal of Sex Research*, 30, 303–315. <http://dx.doi.org/10.1080/00224499309551717>
- de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality*, 59, 301–320. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
- de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134, 696–704. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-2958>
- de Vries, A. L., Noens, I. L., Cohen-Kettenis, P. T., van BerckelaerOnnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 930–936. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>
- de Vries, A. L., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 2276–2283. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
- de Vries, K. M. (2015). Transgender people of color at the center: Conceptualizing a new intersectional model. *Ethnicities*, 15, 3–27. <http://dx.doi.org/10.1177/1468796814547058>
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS ONE*, 6(2), e16885. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>
- Diamond, L. M. (2013). Concepts of female sexual orientation. In C. J. Patterson & A. R. D'Augelli (Eds.), *Handbook of psychology and sexual orientation* (pp. 3–17). New York, NY: Oxford University Press.

- Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, *38*, 172. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-008-9438-6>
- dickey, I. M., Burnes, T. R., & Singh, A. A. (2012). Sexual identity development of female-to-male transgender individuals: A grounded theory inquiry. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *6*, 118–138. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2012.678184>
- dickey, I. M., Reisner, S. L., & Juntunen, C. L. (2015). Non-suicidal self-injury in a large online sample of transgender adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, *46*, 3–11. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038803>
- Dispenza, F., Watson, L. B., Chung, Y. B., & Brack, G. (2012). Experience of career-related discrimination for female-to-male transgender persons: A qualitative study. *Career Development Quarterly*, *60*, 65–81. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2161-0045.2012.00006.x>
- Dreger, A. D. (1999). *Intersex in the age of ethics*. Hagerstown, MD: University Publishing Group.
- Drescher, J. (2014). Controversies in gender diagnosis. *LGBT Health*, *1*, 10–14. <http://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2013.1500>
- Drescher, J., & Byne, W. (Eds.). (2013). *Treating transgender children and adolescents: An interdisciplinary discussion*. New York, NY: Routledge.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badaali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, *44*, 34–45. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>
- Edelman, E. A. (2011). “This area has been declared a prostitution free zone”: Discursive formations of space, the state, and trans “sex worker” bodies. *Journal of Homosexuality*, *58*, 848–864. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2011.581928>
- Edwards-Leeper, L., & Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary “Gender Management Service” (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality*, *59*, 321–336. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653302>
- Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, *12*, 198–210. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2010.544235>

- Ehrensaft, D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Journal of Homosexuality*, 59, 337–356. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653303>
- Ekins, R., & King, D. (2005). Virginia Prince: Pioneer of transgendering. *International Journal of Transgenderism*, 8, 5–15. [http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n04\\_02](http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n04_02)
- Elders, J., & Steinman, A. M. (2014). *Report of the transgender military service commission*. Retrieved from [http://www.palmcenter.org/files/Transgender%20Military%20Service%20Report\\_0.pdf](http://www.palmcenter.org/files/Transgender%20Military%20Service%20Report_0.pdf)
- Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7, 1–12. <http://dx.doi.org/10.1300/J085V07N0301>
- Erhardt, V. (2007). *Head over heels: Wives who stay with cross-dressers and transsexuals*. New York, NY: Haworth.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth, and crisis*. New York, NY: Norton.
- Factor, R. J., & Rothblum, E. D. (2007). A study of transgender adults and their non-transgender siblings on demographic characteristics, social support and experiences of violence. *Journal of LGBT Health Research*, 3, 11–30. <http://dx.doi.org/10.1080/15574090802092879>
- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.
- Flynn, T. (2006). The ties that (don't) bind. In P. Currah, R. M. Juang, & S. P. Minter (Eds.), *Transgender rights* (pp. 32–50). Minneapolis, MN: University of Minnesota.
- FORGE. (n.d.). *Trans-specific power and control tactics*. Retrieved from [http://forge-forward.org/wp-content/docs/power-control-tactics-categories\\_FINAL.pdf](http://forge-forward.org/wp-content/docs/power-control-tactics-categories_FINAL.pdf)
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A., Emlet, C. A., Hoy-Ellis, C. P.,...Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. *The Gerontologist*, 54, 488–500. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnt021>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H., Emlet, C. A., Muraco, A., Erosheva, E. A., Hoy-Ellis, C. P.,... Petry, H. (2011). *The aging and health report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual and transgender older adults*. Retrieved

from <http://caringandaging.org/wordpress/wp-content/uploads/2011/05/Full-Report-FINAL.pdf>

- Freeman, D., Tasker, F., & Di Ceglie, D. (2002). Children and adolescents with transsexual parents referred to a specialist gender identity development service: A brief report of key development features. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 423–432. <http://dx.doi.org/10.1177/1359104502007003009>
- Fruhauf, C. A., & Orel, N. A. (2015). Fostering resilience in LGBT aging individuals and families. In N. A. Orel & C. A. Fruhauf (Eds.), *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience* (pp. 217–227). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fuhrmann, M., & Craffey, B. (2014). *Lessons learned on the path to filial maturity*. Charleston, SC: Createspace.
- Fuhrmann, M., & Shevlowitz, J. (2006). *Sagacity: What I learned from my elderly psychotherapy clients*. Bloomington, IN: IUUniverse.
- Gallagher, S. (2014). The cruel and unusual phenomenology of solitary confinement. *Frontiers in Psychology*, 5, 1–8. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00585>
- Garber, M. B. (1992). *Vested interests: Cross-dressing & cultural anxiety*. New York, NY: Routledge.
- Garofalo, R., Deleon, J., Osmer, E., Doll, M., & Harper, G. W. (2006). Overlooked, misunderstood, and at-risk: Exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 38, 230–236. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.03.023>
- Gehi, P. S., & Arkles, G. (2007). Unraveling injustice: Race and class impact of Medicaid exclusions of transition-related health care for transgender people. *Sexuality Research & Social Policy*, 4, 7–35. <http://dx.doi.org/10.1525/srsp.2007.4.4.7>
- GenIUSS. (2013). *Gender-related measures overview*. Los Angeles, CA: Williams Institute. Retrieved from: <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/GenIUSS-Gender-related-Question-Overview.pdf>
- Glaser, C. (Ed.), (2008). *Gender identity and our faith communities: A congregational guide to transgender advocacy*. Washington, DC: Human Rights Campaign Foundation. Retrieved from <http://www.hrc.org/resources/entry/gender-identity-and-our-faith-communitiessa-congregational-guide-for-transg>

- Glezer, A., McNeil, D. E., & Binder, R. L. (2013). Transgendered and incarcerated: A review of the literature, current policies and laws and ethics. *Journal of the American Academy of Psychiatry Law, 41*, 551–559.
- Goldblum, P., Testa, R. J., Pflum, S., Hendricks, M. L., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). In-school gender-based victimization and suicide attempts in transgender individuals. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*, 468–475. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029605>
- Gonzalez, M., & McNulty, J. (2010). Achieving competency with transgender youth: School counselors as collaborative advocates. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 4*, 176–186. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2010.524841>
- Gooren, L. J., Giltay, E. J., Bunck, M. C. (2008). Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: Extensive personal experience. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism: Clinical and Experimental, 93*, 19–25. <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2007-1809>
- Gorton, R. N., & Grubb, H. M. (2014). General, sexual, and reproductive health. In L. Erickson-Schroth (Ed.), *Trans bodies, trans selves: A resource for the transgender community* (pp. 215–240). New York, NY: Oxford University Press.
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Kiesling, M. (2011). *Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality & National Gay and Lesbian Task Force. Retrieved from [http://endtransdiscrimination.org/PDFs/NTDS\\_Report .pdf](http://endtransdiscrimination.org/PDFs/NTDS_Report.pdf)
- Green, E. R. (2006). Debating trans inclusion in the feminist movement: A trans-positive analysis. *Journal of Lesbian Studies, 10*(1/2), 231–248. [http://dx.doi.org/10.1300/J155v10n01\\_12](http://dx.doi.org/10.1300/J155v10n01_12)
- Green, J. (2004). *Becoming a visible man*. Nashville, TN: Vanderbilt University.
- Green, R. (1978). Sexual identity of 37 children raised by homosexual and transsexual parents. *American Journal of Psychiatry, 135*, 692–697. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.135.6.692>
- Green, R. (1988). Transsexuals' children. *International Journal of Transgenderism, 2*(4).
- Green, R., & Money, J. (1969). *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. *Journal of Homosexuality*, *51*, 111–128. [http://dx.doi.org/10.1300/J082v51n01\\_06](http://dx.doi.org/10.1300/J082v51n01_06)
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. H., & Hubbard, A. (2006). Parent reactions to transgender youth gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, *18*, 3–16. [http://dx.doi.org/10.1300/J041v18n01\\_02](http://dx.doi.org/10.1300/J041v18n01_02)
- Gruberg, S. (2013). *Dignity denied: LGBT immigrants in U.S.* Retrieved from <https://www.americanprogress.org/issues/immigration/report/2013/11/25/79987/dignity-denied-lgbt-immigrants-in-u-s-immigrationdetention/>
- Hanssmann, C., Morrison, D., Russian, E., Shiu-Thornton, S., & Bowen, D. (2010). A community-based program evaluation of community competency trainings. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *21*, 240–255. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2009.12.007>
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of communitydwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, *52*, 257–262. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52065.x>
- Harper, G. W., & Schneider, M. (2003). Oppression and discrimination among lesbian, gay, bisexual, and transgendered people and communities: A challenge for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, *31*, 246–252. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1023906620085>
- Harrison, J., Grant, J., & Herman, J. L. (2012). A gender not listed here: Genderqueers, gender rebels and otherwise in the National Transgender Discrimination Study. *LGBT Policy Journal at the Harvard Kennedy School*, *2*, 13–24. Retrieved from <http://isites.harvard.edu/icb/icb.do?keywordk78405&pageidicb.page497030>
- Hartzell, E., Frazer, M. S., Wertz, K., & Davis, M. (2009). *The state of transgender California: Results from the 2008 California Transgender Economic Health survey*. San Francisco, CA: Transgender Law Center. Retrieved from <http://transgenderlawcenter.org/pubs/the-state-oftransgender-california>
- Harvard Law Review Association. (2013). Recent case: Employment law: Title VII: EEOC affirms protections for transgender employees: Macy v. Holder. *Harvard Law Review*, *126*, 1731–1738.
- Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. *Clinics in Plastic Surgery*, *1*, 335–344.

- Hastings, D., & Markland, C. (1978). Post-surgical adjustment of twenty- five transsexuals (male-to-female) in the University of Minnesota study. *Archives of Sexual Behavior*, 7, 327–336. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01542041>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. E., Gooren, L. J., Meyer, W. J., III, Spack, N. P.,... Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism*, 94, 3132–3154. <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2009-0345>
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 460–467. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029597>
- Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2004). Psychiatric comorbidity in Gender Identity Disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 259–261. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.08.010>
- Herbst, J. H., Jacobs, E. D., Finlayson, T. J., McKleroy, V. S., Neumann, M. S., & Crepaz, N. (2008). Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: A systemic review. *AIDS & Behavior*, 12, 1–17. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-007-9299-3>
- Herdt, G. (1994). *Third sex, third gender, beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York, NY: Zone Books.
- Herdt, G., & Boxer, A. (1993). *Children of horizons: How gay and lesbian teens are leading a new way out of the closet*. Boston, MA: Beacon Press.
- Herman, J. L. (2013). Gendered restrooms and minority stress: The public regulation of gender and its impact on transgender people’s lives. *Journal of Public Management and Social Policy*, 19, 65–80.
- Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garafalo, R., Rosenthal, S. M.,... Olson, J. (2013). The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn. *Human Development*, 56, 285–290. <http://dx.doi.org/10.1159/00355235>
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36, 6–23. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230903375560>

- Hirschfeld, M. (1991). *Transvestites: The erotic drive to crossdress* (M. Lombardi-Nash, trans.). Buffalo, NY: Prometheus Books. (Original work published 1910)
- Holman, C., & Goldberg, J. M. (2006). Social and medical transgender case advocacy. *International Journal of Transgenderism*, 9, 197–217. [http://dx.doi.org/10.1300/J485v09n03\\_09](http://dx.doi.org/10.1300/J485v09n03_09)
- Hughes, I. A., Houk, C., Ahmed, S. F., & Lee, P. A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Journal of Pediatric Urology*, 2, 148–162. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpuro.2006.03.004>
- Hwahng, S. J., & Lin, A. (2009). The health of lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and questioning people. In C. Trinh-Shevrin, N. Islam, & M. Rey (Eds.), *Asian American communities and health: Context, research, policy, and action* (pp. 226–282). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Hwahng, S. J., & Nuttbrock, L. (2007). Sex workers, fem queens, and cross-dressers: Differential marginalizations and HIV vulnerabilities among three ethnocultural male-to-female transgender communities in New York City. *Sexuality Research & Social Policy*, 4, 36–59. <http://dx.doi.org/10.1525/srsp.2007.4.4.36>
- Iantaffi, A., & Bockting, W. O. (2011). Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships. *Culture, Health, & Sexuality*, 13, 355–370. <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2010.537770>
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: National Academy of Sciences.
- Ippolito, J., & Witten, T. M. (2014). Aging. In L. Erickson-Schroth (Ed.), *Trans bodies, trans selves: A resource for the transgender community* (pp. 476–497). New York, NY: Oxford University Press.
- Israel, T. (2005). ... and sometimes T: Transgender issues in LGBT psychology. *Newsletter of the Society for the Psychological Study of Lesbian, Gay, and Bisexual Issues*, 21, 16–18.
- Israel, T., Gorcheva, R., Burnes, T. R., & Walther, W. A. (2008). Helpful and unhelpful therapy experiences of LGBT clients. *Psychotherapy Research*, 18, 294–305. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300701506920>
- Israel, T., Walther, W. A., Gorcheva, R., & Perry, J. S. (2011). Policies and practices for LGBT clients: Perspectives of mental health services administrators. *Journal of*

- Gay and Lesbian Mental Health*, 15, 152–168.  
<http://dx.doi.org/10.1080/19359705.2010.539090>
- Jones, R. M., Wheelwright, S., Farrell, K., Martin, E., Green, R., Di Ceglie, D., & Baron-Cohen, S. (2012). Brief report: Female-to-male transsexual people and autistic traits. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 42, 301–306.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s10803-011-1227-8>
- Kellogg, T. A., Clements-Nolle, K., Dilley, J., Katz, M. H., & McFarland, W. (2001). Incidence of human immunodeficiency virus among male-to-female transgendered persons in San Francisco. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28, 380–384. <http://dx.doi.org/10.1097/00126334-200112010-00012>
- Kenagy, G. P., & Bostwick, W. B. (2005). Health and social service needs of transgender people in Chicago. *International Journal of Transgenderism*, 8, 57–66.  
[http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n02\\_06](http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n02_06)
- Kenagy, G. P., & Hsieh, C. (2005). Gender differences in social service needs of transgender people. *Journal of Social Service Research*, 31, 1–21.  
[http://dx.doi.org/10.1300/J079v31n303\\_01](http://dx.doi.org/10.1300/J079v31n303_01)
- Keo-Meier, C. L., Herman, L. I., Reisner, S. L., Pardo, S. T., Sharp, C., Babcock, J. C. (2015). Testosterone treatment and MMPI-2 improvement in transgender men: A prospective controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 143–156. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037599>
- Kidd, J. D., & Witten, T. M. (2008). Understanding spirituality and religiosity in the transgender community: Implications for aging. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 20, 29–62. <http://dx.doi.org/10.1080/15528030801922004>
- Kins, E., Hoebeke, P., Heylens, G., Rubens, R., & De Cuyprere, G. (2008). The female-to-male transsexual and his female partner versus the traditional couple: A comparison. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34, 429–438.  
<http://dx.doi.org/10.1080/00926230802156236>
- Knochel, K. A., Croghan, C. F., Moore, R. P., & Quam, J. K. (2011). *Ready to serve? The aging network and LGB and T older adults*. Washington, DC: National Association of Area Agencies on Aging. Retrieved from <http://www.n4a.org/pdf/ReadyToServe1.pdf>
- Knudson, G., De Cuyper, G., & Bockting, W. O. (2010). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of

- the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12, 115–118. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2010.509215>
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex differences* (pp. 82–173). Stanford, CA: Stanford University.
- Korell, S. C., & Lorah, P. (2007). An overview of affirmative psychotherapy and counseling with transgender clients. In K. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed., pp. 271–288). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kosciw, J. G., Greytak, E. A., Palmer, N. A., & Boesen, M. J. (2014). *The 2013 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in our nation's schools*. New York, NY: Gay, Lesbian & Straight Education Network. Retrieved from [http://www.glsen.org/sites/default/files/2013%20National%20School%20Climate%20Survey%20Full%20Report\\_0.pdf](http://www.glsen.org/sites/default/files/2013%20National%20School%20Climate%20Survey%20Full%20Report_0.pdf)
- Krieger, N. (2011). *Nina here nor there: My journey beyond gender*. Boston, MA: Beacon Press.
- Kuhn, A., Brodmer, C., Stadlmayer, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhauser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility*, 92, 1685–1689. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.08.126>
- Kulick, D. (1998). *Travesti: Sex, gender, and culture among Brazilian transgendered prostitutes*. Chicago, IL: University of Chicago.
- Kuper, L. E., Nussbaum, R., & Mustanski, B. (2012). Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *Journal of Sex Research*, 49, 244–254. <http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2011.596954>
- Lambda Legal. (2012). *Professional organization statements supporting transgender people in health care*. Retrieved from [http://www.lambdalegal.org/sites/default/files/publications/downloads/fs\\_professional-org-statements-supporting-trans-health\\_1.pdf](http://www.lambdalegal.org/sites/default/files/publications/downloads/fs_professional-org-statements-supporting-trans-health_1.pdf)

- Lawrence, A. A. (2014). *Men trapped in men's bodies: Narratives of autogynephilic transsexualism*. New York, NY: Springer.
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. New York, NY: Haworth Clinical Practice.
- Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, *11*, 74–99. <http://dx.doi.org/10.1080/15532730903008032>
- Levy, D. L., & Lo, J. R. (2013). Transgender, transsexual, and gender queer individuals with a Christian upbringing: The process of resolving conflict between gender identity and faith. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, *32*, 60–83. <http://dx.doi.org/10.1080/15426432.2013.749079>
- Liu, R. T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *American Journal of Preventive Medicine*, *42*, 221–228. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2011.10.023>
- Lombardi, E. L., Wilchins, R. A., Priesing, D., & Malouf, D. (2001). Gender violence: Transgender experiences with violence and discrimination. *Journal of Homosexuality*, *42*, 89–101. [http://dx.doi.org/10.1300/J082v42n01\\_05](http://dx.doi.org/10.1300/J082v42n01_05)
- Lurie, S. (2005). Identifying training needs of health care providers related to the treatment and care of transgender persons: A qualitative needs assessment in New England. *International Journal of Transgenderism*, *8*, 93–112. [http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n02\\_09](http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n02_09)
- MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine*, *350*, 367–378. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra022784>
- Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*, *50*, 453–470. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.2011.01371.x>
- Matarazzo, B. B., Barnes, S. M., Pease, J. L., Russell, L. M., Hanson, J. E., Soberay, K. A., & Gutierrez, P. M. (2014). Suicide risk among lesbian, gay, bisexual, and transgender military personnel and veterans: What does the literature tell us? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *44*, 200–217. <http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12073>

- McGuire, J. K., Anderson, C. R., & Toomey, R. B. (2010). School climate for transgender youth: A mixed method investigation of student experiences and school responses. *Journal of Youth and Adolescence*, *39*, 1175–1188. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-010-9540-7>
- Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). The demographics of the transgender population. In A. K. Baumle (Ed.), *International handbook of the demography of sexuality* (pp. 289–327). New York, NY: Springer.
- Meier, S. C., Pardo, S. T., Labuski, C., & Babcock, J. (2013). Measures of clinical health among female-to-male transgender persons as a function of sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, *42*, 463–474. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-0052-2>
- Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C., & Fitzgerald, K. (2013). Romantic relationships of female-to-male trans men: A descriptive study. *International Journal of Transgenderism*, *14*, 75–85. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.791651>
- Merksamer, J. (2011). *A place of respect: A guide for group care facilities serving transgender and gender non-conforming youth*. San Francisco, CA: National Center for Lesbian Rights; New York, NY: Sylvia Rivera Law Project. Retrieved from [http://www.nclrights.org/wp-content/uploads/2013/07/A\\_Place\\_Of\\_Respect.pdf](http://www.nclrights.org/wp-content/uploads/2013/07/A_Place_Of_Respect.pdf)
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, *36*, 38–56. <http://dx.doi.org/10.2307/2137286>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, *129*, 674–697. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, W. J. (2009). World Professional Association of Transgender Health's Standards of Care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, *11*, 127–132. <http://dx.doi.org/10.1080/15532730903008065>
- Meyerowitz, J. (2002). *How sex changed: A history of transsexuality in the United States*. Cambridge, MA: Harvard University.
- Mikalson, P., Pardo, S., & Green, J. (2012). *First do no harm: Reducing disparities for lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and questioning populations in*

- California. Retrieved from [http://www.eqcai.org/atf/cf/%7B8cca0e2f-faec-46c1-8727-cb02a7d1b3cc%7D/FIRST\\_DO\\_NO\\_HARM-LGBTQ\\_REPORT.PDF](http://www.eqcai.org/atf/cf/%7B8cca0e2f-faec-46c1-8727-cb02a7d1b3cc%7D/FIRST_DO_NO_HARM-LGBTQ_REPORT.PDF)
- Miller, J., & Nichols, A. (2012). Identity, sexuality and commercial sex among Sri Lankan nachchi. *Sexualities, 15*, 554–569. <http://dx.doi.org/10.1177/1363460712446120>
- Minter, S. M., & Wald, D. H. (2012). Protecting parental rights. In J. L. Levi & E. E. Monnin-Browder (Eds.), *Transgender family law: A guide to effective advocacy* (pp. 63–85) Bloomington, IN: Authorhouse.
- Mizock, L., & Mueser, K. T. (2014). Employment, mental health, internalized stigma, and coping with transphobia among transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*, 146–158. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000029>
- Mlinac, M. E., Sheeran, T. H., Blissmer, B., Lees, F., Martins, D. (2011). Psychological resilience. In B. Resnick, L. P. Gwyther, & K. A. Roberto, *Resilience in aging* (pp. 67–87). New York, NY: Springer.
- Mollenkott, V. (2001). *Omnigender: A trans-religious approach*. Cleveland, OH: Pilgrim Press.
- Moody, C. L., & Smith, N. G. (2013). Suicide protective factors among trans adults. *Archives of Sexual Behavior, 42*, 739–752. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-013-0099-8>
- Morales, E. (2013). Latino lesbian, gay, bisexual, and transgender immigrants in the United States. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 7*, 172–184. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2013.785467>
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systemic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology, 72*, 214–231. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x>
- Murray, S. B., Boon, E., & Touyz, S. W. (2013). Diverging eating psychopathology in transgendered eating disorder patients: A report of two cases. *Eating Disorders, 21*, 70–74. <http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2013.741989>
- Mustanski, B. S., Garofalo, R., & Emerson, E. M. (2010). Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *American Journal of Public Health, 100*, 2426–2432. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.178319>

- Nadal, K. L., Rivera, D. P., & Corpus, M. J. H. (2010). Sexual orientation and transgender microaggressions in everyday life: Experiences of lesbians, gays, bisexuals, and transgender individuals. In D. W. Sue (Ed.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (pp. 217–240). New York, NY: Wiley.
- Nadal, K. L., Skolnik, A., & Wong, Y. (2012). Interpersonal and systemic microaggressions toward transgender people: Implications for counseling. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 6, 55-82. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2012.648583>
- Namaste, V. K. (2000). *Invisible lives: The erasure of transsexual and transgendered people*. Chicago, IL: University of Chicago.
- Nanda, S. (1999). *Neither man nor woman, the Hijras of India* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.
- National Center for Transgender Equality. (2012). *Reassessing solitary confinement: The human rights, fiscal, and public safety consequences*. Retrieved from <http://www.scribd.com/doc/97473428/NCTE-Testimonyon-U-S-Senate-Solitary-Confinement-Hearing>
- National Center for Transgender Equality. (2014). *Medicare and transgender people*. Retrieved from <http://transequality.org/PDFs/MedicareAndTransPeople.pdf>
- National Coalition of Anti-Violence Programs. (2011). *Hate violence against lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and HIV-affected communities in the United States in 2011: A report from the National Coalition of Anti-Violence Programs*. New York, NY: Author. Retrieved from [http://avp.org/storage/documents/Reports/2012\\_NCAVP\\_2011\\_HV\\_Report.pdf](http://avp.org/storage/documents/Reports/2012_NCAVP_2011_HV_Report.pdf)
- National LGBTQ Task Force. (2013). *Hate crimes laws in the U. S.* Washington, DC: Author. Retrieved from [http://www.thetaskforce.org/static\\_html/downloads/reports/issue\\_maps/hate\\_crimes\\_06\\_13\\_new.pdf](http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/issue_maps/hate_crimes_06_13_new.pdf)
- National Senior Citizens Law Center. (2011). *LGBT older adults in long-term care facilities: Stories from the field*. Washington, DC: Author, National Gay and Lesbian Task Force, Services and Advocacy for GLBT Elders, Lambda Legal, National Center for Lesbian Rights, & National Center for Transgender Equality. Retrieved from <http://www.nslc.org/wp-content/uploads/2011/07/LGBT-Stories-from-theField.pdf>

- Nemoto, T., Operario, D., Keatley, J. A., Han, L., & Soma, T. (2004). HIV risk behaviors among male-to-female transgender persons of color in San Francisco. *American Journal of Public Health, 94*, 1193–1199. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.7.1193>
- Nemoto, T., Operario, D., Keatley, J., & Villegas, D. (2004). Social context of HIV risk behaviors among male-to-female transgenders of color. *AIDS Care, 16*, 724–735. <http://dx.doi.org/10.1080/09540120413331269567>
- Nuttbrock, L. A., Bockting, W. O., Hwahng, S., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2009). Gender identity affirmation among male-to-female transgender persons: A life course analysis across types of relationships and cultural/lifestyle factors. *Sexual and Relationship Therapy, 24*, 108–125. <http://dx.doi.org/10.1080/14681990902926764>
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research, 47*, 12–23. <http://dx.doi.org/10.1080/00224490903062258>
- O'Hara, C., Dispenza, F., Brack, G., & Blood, R. A. (2013). The preparedness of counselors in training to work with transgender clients: A mixed methods investigation. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 7*, 236–256. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2013.812929>
- Operario, D., Soma, T., & Underhill, K. (2008). Sex work and HIV status among transgender women: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Acquired Immunity Deficiency Syndromes, 48*, 97–103. <http://dx.doi.org/10.1097/QAI.0b013e31816e3971>
- OutServe-Servicemembers Legal Defense Network. (n.d.). *Transgender service*. Retrieved from [https://www.outserve-sldn.org/?p.transgender\\_service](https://www.outserve-sldn.org/?p.transgender_service)
- Pinto, R. M., Melendez, R. M., & Spector, A. Y. (2008). Male-to-female transgender individuals building social support and capital from within a gender-focused network. *Journal of Gay and Lesbian Social Services, 20*, 203–220. <http://dx.doi.org/10.1080/10538720802235179>
- Porter, K. E., Ronneberg, C. R., & Witten, T. M. (2013). Religious affiliation and successful aging among transgender older adults: Findings from the Trans MetLife Survey. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 25*, 112–138. <http://dx.doi.org/10.1080/15528030.2012.739988>

- Preves, S. E. (2003). *Intersex and identity: The contested self*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Pyne, J. (2014). Gender independent kids: A paradigm shift in approaches to gender non-conforming children. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 23, 1–8. <http://dx.doi.org/10.3138/cjhs.23.1.CO1>
- Rachlin, K. (2002). Transgender individuals' experience of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1).
- Reed, G. M., McLaughlin, C. J., & Newman, R. (2002). American Psychological Association policy in context: The development and evaluation of guidelines for professional practice. *American Psychologist*, 57, 1041–1047. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.57.12.1041>
- Rodin, D., & Stewart, D. E. (2012). Resilience in elderly survivors of child maltreatment. *SAGE Open*, 2, 1–9. <http://dx.doi.org/10.1177/2158244012450293>
- Rodriguez, E. M., & Follins, L. D. (2012). Did God make me this way? Expanding psychological research on queer religiosity and spirituality to include intersex and transgender individuals. *Psychology & Sexuality*, 3, 214–225. <http://dx.doi.org/10.1080/19419899.2012.700023>
- Ryan, C. (2009). *Supportive families, healthy children: Helping families with lesbian, gay, bisexual & transgender children*. San Francisco, CA: Family Acceptance Project, Marian Wright Edelman Institute, San Francisco State University. Retrieved from [http://familyproject.sfsu.edu/files/FAP\\_English%20Booklet\\_pst.pdf](http://familyproject.sfsu.edu/files/FAP_English%20Booklet_pst.pdf)
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescence and the Health of LGBT Young Adults*, 23, 205–213.
- Saffin, L. A. (2011). Identities under siege: Violence against transpersons of color. In E. A. Stanley & N. Smith (Eds.), *Captive genders: Trans embodiment and the prison industrial complex* (pp. 141–162). Oakland, CA: AK Press.
- Samons, S. (2008). *When the opposite sex isn't: Sexual orientation in male-to-female transgender people*. New York, NY: Routledge.
- Savin-Williams, R. C., & Diamond, L. M. (2000). Sexual identity trajectories among sexual-minority youths: Gender comparisons. *Archives of Sexual Behavior*, 29, 607–627. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1002058505138>

- Schleifer, D. (2006). Make me feel mighty real: Gay female-to-male transgenderists negotiating sex, gender, and sexuality. *Sexualities*, 9, 57–75. <http://dx.doi.org/10.1177/1363460706058397>
- Schmidt, J. (2003). Paradise lost? Social change and Fa'afafine in Samoa. *Current Sociology*, 51, 417–432. <http://dx.doi.org/10.1177/0011392103051003014>
- Serano, J. (2006). *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*. Emeryville, CA: Seal Press.
- Services and Advocacy for GLBT Elders & National Center for Transgender Equality. (2012). *Improving the lives of transgender older adults*. New York, NY: Author. Retrieved from <http://transequality.org/Resources/TransAgingPolicyReportFull.pdf>
- Sevelius, J. (2009). “There’s no pamphlet for the kind of sex I have”: HIV-related risk factors and protective behaviors among transgender men who have sex with non-transgender men. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20, 398–410. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2009.06.001>
- Sheridan, V. (2009). *The complete guide to transgender in the workplace*. Santa Barbara, CA: Praeger.
- Sherman, M. D., Kauth, M. R., Shipherd, J. C., & Street, R. L., Jr. (2014). Communication between VA providers and sexual and gender minority veterans: A pilot study. *Psychological Services*, 11, 235–242. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035840>
- Shipherd, J. C., Mizock, L., Maguen, S., & Green, K. E. (2012). Male-to-female transgender veterans and VA health care utilization. *International Journal of Sexual Health*, 24, 78–87. <http://dx.doi.org/10.1080/19317611.2011.639440>
- Shively, M. G., & De Cecco, J. P. (1977). Component of sexual identity. *Journal of Homosexuality*, 3, 41–48. [http://dx.doi.org/10.1300/J082v03n01\\_04](http://dx.doi.org/10.1300/J082v03n01_04)
- Siegal, M., & Robinson, J. (1987). Order effects in children’s genderconstancy responses. *Developmental Psychology*, 23, 283–286. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.23.2.283>
- Singh, A. A. (2012). Transgender youth of color and resilience: Negotiating oppression, finding support. *Sex Roles: A Journal of Research*, 68, 690–702. <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-012-0149-z>
- Singh, A. A., & Burnes, T. R. (2009). Creating developmentally appropriate, safe counseling environments for transgender youth: The critical role of school

- counselors. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 3, 215–234. <http://dx.doi.org/10.1080/15538600903379457>
- Singh, A. A., & Burnes, T. R. (2010). Shifting the counselor role from gatekeeping to advocacy: Ten strategies for using the Competencies for Counseling with Transgender Clients for individual and social change. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 4, 241–255. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2010.525455>
- Singh, A. A., Hays, D. G., & Watson, L. (2011). Strategies in the face of adversity: Resilience strategies of transgender individuals. *Journal of Counseling and Development*, 89, 20–27. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6678.2011.tb00057.x>
- Singh, A. A., & Jackson, K. (2012). Queer and transgender youth: Education and liberation in our schools. In E. R. Meiners & T. Quinn (Eds.), *Sexualities in education: A reader* (pp. 175–186). New York, NY: Peter Lang.
- Singh, A. A., & McKleroy, V. S. (2011). “Just getting out of bed is a revolutionary act”: The resilience of transgender people of color who have survived traumatic life events. *Traumatology*, 20, 1–11. <http://dx.doi.org/10.1177/1534765610369261>
- Singh, A. A., Richmond, K., & Burnes, T. (2013). The practice of ethical and empowering participatory action research with transgender people and communities. *International Journal of Transgenderism*, 14, 93–104. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.818516>
- Smith, L. C., Shin, R. Q., & Officer, L. M. (2012). Moving counseling forward on LGB and transgender issues: Speaking queerly on discourses and microaggressions. *The Counseling Psychologist*, 40, 385–408. <http://dx.doi.org/10.1177/0011000011403165>
- Spade, D. (2006). Compliance is gendered: Struggling for gender selfdetermination in a hostile economy. In P. Currah, R. M. Juang, & S. P. Minter (Eds.), *Transgender rights* (pp. 217–241). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Spade, D. (2011a). *Normal life: Administrative violence, critical trans politics, and the limits of the law*. Brooklyn, NY: South End.
- Spade, D. (2011b). Some very basic tips for making higher education more accessible to trans students and rethinking how we talk about gendered bodies. *Radical Teacher*, 92, 57–62.
- Stanley, E. A. (2011). Fugitive flesh: Gender self-determination, queer abolition, and trans resistance. In E. A. Stanley & N. Smith (Eds.), *Captive genders: Trans embodiment and the prison industrial complex* (pp. 1–11). Oakland, CA: AK Press.

- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood Gender Dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 582–590. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>
- Stein, E. (2012). Commentary on the treatment of gender variance and gender dysphoria in children and adolescents: Common themes and ethical reflections. *Journal of Homosexuality*, 59, 480-500. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653316>
- Stryker, S. (2008). *Transgender history*. Berkley, CA: Seal Press.
- Tanis, J. E. (2003). *Trans-gendered: Theology, ministry, and communities of faith*. Cleveland, OH: Pilgrim.
- Taylor, J. K. (2007). Transgender identities and public policy in the United States: The relevance for public administration. *Administration & Society*, 39, 833–856. <http://dx.doi.org/10.1177/0095399707305548k>
- Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 452–459. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029604>
- Tishelman, A. C., Kaufman, R., Edwards-Leeper, L., Mandel, F. H., Shumer, D. H., & Spack, N. P. (2015). Serving transgender youth: Challenges, dilemmas, and clinical examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46, 37–45. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037490>
- Transgender Law Center. (2005). Peeing in peace: A resource guide for transgender activists and allies. San Francisco, CA: Author. Retrieved from <http://transgenderlawcenter.org/issues/public-accomodations/peeing-in-peace>
- Transgender Law Center. (n.d.). *Transgender health benefits: Negotiating inclusive coverage*. Retrieved from <http://translaw.wpengine.com/issues/health/healthinsurance>
- Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papaimitriou, M. (2012). *Impacts of strong parental support for trans youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services*. Retrieved from <http://transpulseproject.ca/wpcontent/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Supportfor-Trans-Youth-vFINAL.pdf>

- Vanderburgh, R. (2007). *Transition and beyond: Observations on gender identity*. Portland, OR: Q Press.
- van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. O. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, *47*, 337–342. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x>
- Vasquez, M. J. T. (2007). Cultural difference and the therapeutic alliance: An evidence-based analysis. *American Psychologist*, *62*, 878–885. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.62.8.878>
- Wahl, H. W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: Toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist*, *52*, 306–316. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr154>
- Walinsky, D., & Whitcomb, D. (2010). Using the ACA Competencies for counseling with transgender clients to increase rural transgender wellbeing. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *4*, 160–175. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2010.524840>
- Wallace, R., & Russell, H. (2013). Attachment and shame in gender-nonconforming children and their families: Toward a theoretical framework for evaluating clinical interventions. *International Journal of Transgenderism*, *14*, 113–126. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.824845>
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *47*, 1413–1423. <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
- Warner, L. R. (2008). A best practices guide to intersectional approaches in psychological research. *Sex Roles: A Journal of Research*, *59*, 454–463. <http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-9-5>
- Wentling, T., Schilt, K., Windsor, E., & Luce, B. (2008). Teaching transgender. *Teaching Sociology*, *36*, 49–57. <http://dx.doi.org/10.1177/0092055X0803600107>
- White, T., & Ettner, R. (2004). Disclosure, risks and protective factors for children whose parents are undergoing a gender transition. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, *8*, 129–147.
- White, T., & Ettner, R. (2007). Adaptation and adjustment in children of transsexual parents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *16*, 215–221. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-006-0591-y>

- Whitman, J. (2013). Safe schools: Prevention and intervention for bullying and harassment. In E. Fisher & K. Hawkins (Eds.), *Creating school environments to support lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning students and families: A handbook for school professionals* (pp. 123–139). New York, NY: Routledge.
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F.,...T'Sjoen, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, *27*, 483–487. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/der406>
- Witten, T. M. (2003). Life course analysis—The courage to search for something more: Middle adulthood issues in the transgender and intersex community. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, *8*, 189–224. [http://dx.doi.org/10.1300/J137v8no2\\_12](http://dx.doi.org/10.1300/J137v8no2_12)
- Witten, T. M., & Eyler, A. E. (2012). *Gay, lesbian, bisexual, and transgender aging: Challenges in research, practice, and policy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University.
- World Health Organization. (2015). *Transsexualism F64.0*. Retrieved from <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F64.0>
- Xavier, J. M. (2000). *The Washington, DC Transgender Needs Assessment Survey*. Washington, DC: Us Helping Us, People Into Living. Retrieved from <http://www.glaa.org/archive/2000/tgneedsassessment1112.shtml>
- Xavier, J., Bobbin, M., Singer, B., & Budd, E. (2005). A needs assessment of transgendered people of color living in Washington, DC. *International Journal of Transgenderism*, *8*, 31–47. [http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n02\\_04](http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n02_04)
- Xavier, J., Bradford, J., Hendricks, M., Safford, L., McKee, R., Martin, E., & Honnold, J. A. (2012). Transgender health care access of Virginia: A qualitative study. *International Journal of Transgenderism*, *14*, 3–17. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.689513>
- Zucker, K. J. (2008a). Children with gender identity disorder. Is there a best practice? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *56*, 358–364. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.06.003>
- Zucker, K. J. (2008b). On the “natural history” of gender identity disorder in children [Editorial]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *47*, 1361–1363. <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818960cf>
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.

Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D., & Bradley, S. J. (2012). A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with Gender Identity Disorder. *Journal of Homosexuality*, 59, 369–397.  
<http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>

## CRÉDITOS

A Força-Tarefa da American Psychological Association (APA) para as Diretrizes para práticas psicológicas com pessoas trans e em não conformidade de gênero desenvolveu essas diretrizes. Lore M. Dickey, Louisiana Tech University, e Anneliese A. Singh, Georgia University, foram as presidentes da força-tarefa. Os membros da força-tarefa foram Walter O. Bockting, Columbia University; Sand Chang, prática independente; Kelly Ducheny, Howard Brown Health Center; Laura Edwards-Leeper, Pacific University; Randall D. Ehrbar, Whitman Walker Health Center; Max Fuentes Fuhrmann, prática independente; Michael L. Hendricks, Washington Psychological Center, P.C.; e Ellen Magalhaes, Center for Psychological Studies at Nova Southeastern University and California School of Professional Psychology at Alliant International University.

A força-tarefa agradece a BT, Robin Buhrke, Jenn Burleton, Theo Burnes, Loree Cook-Daniels, Ed Delgado-Romero, Maddie Deutsch, Michelle Emerick, Terry S. Gock, Kristin Hancock, Razia Kosi, Kimberly Lux, Shawn MacDonald, Pat Magee, Tracee McDaniel, Edgardo Menvielle, Parrish Paul, Jamie Roberts, Louise Silverstein, Mary Alice Silverman, Holiday Simmons, Michael C. Smith, Cullen Sprague, David Whitcomb e Milo Wilson por terem feito importantes contribuições nos rascunhos das diretrizes. A força-tarefa agradece especialmente a Clinton Anderson e Ron Schlittler, respectivamente diretor e coordenador de programa do Gabinete da APA para Assuntos LGBT, que ajudaram habilmente e deram conselhos à força-tarefa ao longo deste projeto. A força-tarefa também gostaria de agradecer aos funcionários que fizeram a ponte com o Comitê da APA sobre Prática e Padrões Profissionais, April Harris-Britt e Scott Hunter, e sua funcionária de apoio, Mary Hardiman. Além disso, as/os membros da força-tarefa gostariam de agradecer à equipe do Phillip Rush Center e Agnes Scott College Counselling Center em Atlanta, Geórgia, que foram anfitriões para os encontros presenciais.

Este documento expirará como política APA em 2022. Após essa data, as/os usuárias/os devem entrar em contato com a Diretoria de Interesse Público da APA para determinar se as diretrizes neste documento permanecem em vigor como política da APA.

Correspondências relativas a este artigo devem ser dirigidas à Diretoria de Interesses Públicos, American Psychological Association, 750 First Street, NE, Washington, DC 20002.

## APÊNDICE A – DEFINIÇÕES

A terminologia nas áreas da saúde e nas comunidades TGNC estão em constante evolução (Coleman et al., 2012). A evolução da terminologia tem sido especialmente rápida na última década, uma vez que a consciência da profissão sobre a diversidade de gênero aumentou à medida que mais literatura e pesquisas nesta área foram publicadas e as vozes da comunidade TGNC se fortaleceram. Alguns termos ou definições não são universalmente aceitos, e há desacordo entre profissionais e comunidades quanto às palavras ou definições "corretas", dependendo da orientação teórica, região geográfica, geração ou cultura, com alguns termos vistos como afirmativos, enquanto outros são vistos como desatualizados ou degradantes. A Força-Tarefa da APA para as Diretrizes para práticas psicológicas com pessoas trans e em não conformidade de gênero desenvolveu as definições abaixo, revisando as definições existentes apresentadas por organizações profissionais (por exemplo, Força-Tarefa sobre Identidade de Gênero e Variância de Gênero, 2009; Instituto de Medicina, 2011; e a Associação Profissional Mundial para os Padrões de Cuidados de Saúde Transgênero [Coleman et al., 2012]), agências de cuidados de saúde que atendem clientes TGNC (por exemplo, Centro de Saúde Fenway), recursos da comunidade TGNC (Centro de Recursos de Equidade de Gênero, Centro Nacional de Igualdade de Transgêneros) e a literatura profissional. Psicólogas/os são encorajadas/os a atualizar regularmente seus conhecimentos e familiaridade com a evolução da terminologia à medida em que as mudanças emergem na comunidade e/ou na literatura profissional. As definições abaixo incluem termos frequentemente usados nas Diretrizes, pela comunidade TGNC e na literatura profissional.

**Afirmativo:** ser respeitoso, consciente e apoiador das necessidades de pessoas TGNC.

**Aliada/o:** pessoa cisgênero que apoia e defende pessoas e comunidades TGNC.

**Binarismo de gênero:** a classificação de gênero em duas categorias dicotômicas de menino/homem e menina/mulher.

**Cirurgia de afirmação de gênero (cirurgia de redesignação sexual ou cirurgia de reatribuição de gênero):** cirurgia para alterar as características do sexo primário e/ou secundário para melhor alinhar a aparência física de uma pessoa com sua identidade de gênero. A cirurgia de afirmação de gênero pode ser uma parte importante

do tratamento médico necessário para aliviar a disforia de gênero e pode incluir mastectomia, histerectomia, metoioplastia, faloplastia, aumento de mama, orquiectomia, vaginoplastia, cirurgia de feminização facial e/ou outros procedimentos cirúrgicos.

**Cisgenerismo:** um viés sistêmico baseado na ideologia de que a expressão de gênero e as identidades de gênero são determinadas pelo sexo designado no nascimento, em detrimento da auto identificação de gênero. Cisgenerismo pode levar a atitudes preconceituosas e comportamentos discriminatórios contra pessoas TGNC ou contra formas de comportamento e expressão de gênero que cruzem a fronteira do binarismo tradicional de gênero.

**Cisgênero:** termo usado para descrever uma pessoa cuja identidade de gênero e expressão de gênero se alinham com o sexo designado no nascimento; uma pessoa que não é TGNC.

**Crossdressing:** vestir roupas, acessórios e/ou maquiagem e/ou adotar uma expressão de gênero não associada ao sexo designado no nascimento de acordo com os padrões culturais e ambientais (Bullough & Bullough, 1993). Crossdressing nem sempre reflete a identidade de gênero ou orientação sexual. Pessoas que fazem crossdressing podem ou não se identificar com a comunidade TGNC.

**Disforia de gênero:** desconforto ou dificuldade relacionada à incongruência entre a identidade de gênero de uma pessoa, sexo designado no nascimento e/ou características do sexo primário e secundário (Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010). Em 2013, a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) adotou o termo "disforia de gênero" como um diagnóstico caracterizado por "uma incongruência marcada entre" o gênero de uma pessoa designado no nascimento e identidade de gênero (American Psychiatric Association, 2013, p. 453). A disforia de gênero substituiu o diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero (TIG) na versão anterior do DSM (American Psychiatric Association, 2000).

**Dois-espíritos:** termo usado por algumas culturas nativas nos Estados Unidos para descrever pessoas que se identificam com papéis de gênero masculino e feminino; pode incluir tanto identidade de gênero como orientação sexual. Pessoas dois-espíritos são frequentemente respeitadas e têm papéis espirituais únicos em suas comunidades.

**Drag:** o ato de adotar uma expressão de gênero, muitas vezes como parte de uma performance. Drags podem se apresentar como uma crítica política sobre gênero,

como paródia ou como entretenimento, e não refletem necessariamente a identidade de gênero.

**Expressão de gênero:** a apresentação de um indivíduo, incluindo aparência física, escolha e acessórios de roupas e comportamentos que expressam aspectos de identidade ou papel de gênero. A expressão de gênero pode ou não estar em conformidade com a identidade de gênero de uma pessoa.

**Facilitador:** o papel que psicólogas/os e outros profissionais de saúde mental exercem ao avaliar a elegibilidade e prontidão da pessoa TGNC para terapia hormonal ou cirurgias, de acordo com os Padrões de Atenção estabelecidos pela Associação Profissional Mundial para os Padrões de Cuidados de Saúde Transgênero (Coleman et al., 2012). No passado, esse papel foi percebido como limitador da autonomia de uma pessoa TGNC adulta, contribuindo para a desconfiança entre psicólogas/os e clientes TGNC. As abordagens atuais são sensíveis a essa história e são mais afirmativas em relação à autonomia de uma pessoa TGNC adulta na tomada de decisões em relação à transição médica (American Counseling Association, 2010; Coleman et al., 2012; Singh & Burnes, 2010).

**Genderqueer [pessoas não-binárias]:** termo para descrever uma pessoa cuja identidade de gênero não se alinha com uma compreensão binária do gênero (ou seja, uma pessoa que não se identifica totalmente como homem ou mulher). As pessoas que se identificam como queer podem redefinir o gênero ou recusar-se a se definir como totalmente de algum gênero. Por exemplo, as pessoas que se identificam como queer podem pensar em si mesmas como homem e mulher (bigênero, pangênero, andróginas); nem homem nem mulher (sem gênero, gênero neutro, a-gênero); movendo-se entre os gêneros (gênero-fluidos); ou incorporando um terceiro gênero.

**Homem trans, homem transexual, transhomem, homem transgênero:** pessoa que foi designada mulher no nascimento, mas se identifica como homem.

**Homem-para-Mulher (HpM, ou Male-to-Female, MtF)<sup>10</sup>:** indivíduo que foi designado do sexo masculino no nascimento que mudou, está mudando ou deseja mudar seu corpo e/ou identidade de gênero para um corpo ou identidade de gênero mais feminino. As pessoas HpM também são frequentemente chamadas de mulheres transgêneros, mulheres transexuais, transmulheres ou mulheres trans.

---

<sup>10</sup> **Nota dos tradutores:** Esse é um termo que pode ofender algumas pessoas TGNC no contexto brasileiro por fazer alusão a uma certa essencialização dos corpos. Recomenda-se dar preferência à denominação mulheres trans e similares.

**Identidade de gênero:** a percepção profunda e inerente que uma pessoa tem em relação a ser uma garota, mulher ou fêmea; um garoto, homem ou macho; ou um gênero alternativo (ex: pessoas não-binárias, pessoas em não conformidade de gênero, pessoas a-gênero, pessoas com gênero neutro etc.) que pode não corresponder ao sexo designado no nascimento ou às características sexuais primárias ou secundárias. Por conta de ser interna, a identidade de gênero de alguém não é necessariamente visível às outras pessoas. “Identidade de gênero afirmada” se refere à identidade de gênero que uma pessoa assume após passar por procedimentos de transição médica e/ou social.

**Marcador de gênero:** um indicador (M, F) do sexo ou gênero de uma pessoa encontrado na identificação (por exemplo, carteira de motorista, passaporte) e outros documentos legais (por exemplo, certidão de nascimento, documentos acadêmicos).

**Mulher trans, mulher transexual, transmulher ou mulher transgênero:** pessoa que foi designada homem no nascimento, mas se identifica como mulher.

**Mulher-para-Homem (MpH, ou Female-to-Male, FtM)**<sup>11</sup>: indivíduo que foi designado do sexo feminino no nascimento que mudou, está mudando ou deseja mudar seu corpo e/ou identidade de gênero para um corpo ou identidade de gênero mais masculino. As pessoas MpH também são frequentemente chamadas de homens transgêneros, homens transexuais, transhomens ou homens trans.

**Não conformidade de gênero:** termo guarda-chuva para descrever pessoas cuja expressão de gênero ou identidade de gênero difere das normas de gênero associadas ao sexo designado no nascimento. Subpopulações da comunidade TGNC podem desenvolver linguagem própria para representar sua experiência e cultura, como o termo "masculino do centro" (MDC; Cole & Han, 2011), que é usado em algumas comunidades negras dos EUA para descrever a identidade de não conformidade de gênero.

**Orientação sexual:** um componente da identidade que inclui a atração sexual e emocional de uma pessoa para outra e o comportamento e/ou afiliação social que podem resultar dessa atração. Uma pessoa pode ser atraída por homens, mulheres, ambos, nem um nem outro, pessoas não-binárias ou sem gênero, andróginos ou por pessoas com outras identidades de gênero. Os indivíduos podem se identificar como lésbicas, gays, heterossexuais, bissexuais, pansexuais, assexuais, entre outros.

---

<sup>11</sup> **Nota dos tradutores:** Esse é um termo que pode ofender algumas pessoas TGNC no contexto brasileiro pelos motivos expostos na nota acima. Recomenda-se dar preferência à denominação homens trans e similares.

**Papel de gênero:** refere-se a um padrão de aparência, personalidade e comportamento que, em uma determinada cultura, está associado a ser um menino/homem/macho ou ser uma menina/mulher/fêmea. As características de aparência, personalidade e comportamento podem ou não estar em conformidade com o que se espera com base no sexo designado no nascimento, de acordo com os padrões culturais e ambientais. O papel de gênero também pode se referir ao papel social que uma pessoa está vivendo (por exemplo, como mulher, homem ou outro gênero), com algumas funções conformes e outras não conformes com o que está associado a meninas/mulheres ou meninos/homens em uma determinada cultura e tempo.

**Passabilidade:** a habilidade de se assimilar a pessoas cisgênero sem ser reconhecida como uma pessoa trans, baseado na expressão ou papel de gênero; ser percebido como cisgênero. Ter passabilidade pode ou não ser um objetivo de pessoas TGNC.

**Preconceito anti-trans (preconceito contra pessoas trans, transnegatividade, transfobia):** atitudes prejudiciais que podem resultar na desvalorização, antipatia e ódio a pessoas cuja identidade de gênero e/ou expressão de gênero não está em conformidade com seu sexo designado no nascimento. O preconceito anti-trans pode eliciar comportamentos discriminatórios em áreas como emprego e acomodações públicas, e pode levar a assédio e violência. Quando as pessoas TGNC têm atitudes negativas a respeito de si mesmas e sua identidade de gênero, isso é chamado transfobia internalizada (uma construção análoga à homofobia internalizada). Transmisoginia descreve uma experiência simultânea de sexismo e preconceito anti-trans, com efeitos particularmente adversos para as mulheres trans.

**Questionamento de gênero (pessoas que questionam seu gênero):** termo usado para descrever pessoas que questionam ou exploram sua identidade de gênero e cuja identidade de gênero pode não se alinhar com o sexo designado no nascimento.

**Revelar-se/“sair do armário”:** um processo pelo qual indivíduos afirmam e atualizam uma identidade estigmatizada. Revelar-se TGNC pode incluir a divulgação de uma identidade de gênero ou histórico de gênero que não se alinha com o sexo designado no nascimento ou expressão de gênero atual. A “saída do armário” é um processo individual e parcialmente influenciado pela idade e outras influências geracionais.

**Sexo (sexo designado no nascimento):** o sexo geralmente é designado no nascimento (ou antes, durante ultrassom) com base na aparência dos órgãos genitais

externos. Quando os genitais externos são ambíguos, outros indicadores (por exemplo, genitália interna, sexo cromossômico e hormonal) são considerados para assinalar um sexo, com o objetivo de atribuir um sexo que seja mais suscetível de ser congruente com a identidade de gênero da criança (MacLaughlin & Donahoe, 2004). Para a maioria das pessoas, a identidade de gênero é congruente com o sexo designado no nascimento (ver cisgênero); para os indivíduos TGNC, a identidade de gênero difere em graus variados do sexo designado no nascimento.

**Supressão da puberdade (bloqueio da puberdade, terapia de atraso da puberdade):** um tratamento que pode ser usado para suprimir temporariamente o desenvolvimento de características sexuais secundárias que ocorrem durante a puberdade na juventude, tipicamente usando análogos de hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH). A supressão da puberdade pode ser uma parte importante do tratamento médico necessário para aliviar a disforia de gênero. A supressão da puberdade pode proporcionar aos adolescentes tempo para determinar se desejam uma intervenção médica menos reversível, e podem servir como uma ferramenta de diagnóstico para determinar se a intervenção médica adicional é justificada.

**Terapia hormonal (terapia hormonal afirmativa de gênero, terapia de reposição hormonal):** o uso de hormônios para masculinizar ou feminizar o corpo de uma pessoa para melhor alinhar as características físicas dessa pessoa com sua identidade de gênero. As pessoas que desejam feminizar seu corpo recebem antiandrógenos e/ou estrogênios; pessoas que desejam masculinizar seu corpo recebem testosterona. A terapia hormonal pode ser uma parte importante do tratamento médico necessário para aliviar a disforia de gênero.

**TGNC:** abreviação usada para se referir a pessoas trans e em não conformidade de gênero.

**Trans:** termo abreviado que abarca termos como transgênero, transexual e/ou gênero não-conforme. Embora o termo “trans” seja comumente aceito, nem todas as pessoas transexuais ou em não conformidade de gênero se identificam como trans.

**Transexual:** termo usado para descrever pessoas cuja identidade de gênero não está alinhada ao sexo designado no nascimento. Podem ou não buscar mudanças em seus corpos por meio de intervenções médicas (ex: hormônios, cirurgias) para melhor alinhar sua identidade de gênero ao sexo que lhes foi designado no nascimento. Nem todas as pessoas que se identificam como transexuais se consideram TGNC. Por exemplo, alguns indivíduos transexuais se identificam como homens ou mulheres, sem

se identificarem como TGNC. Transsexualismo é um diagnóstico médico presente na Classificação Internacional de Doenças (CID-10)<sup>12</sup>.

**Transgênero:** termo guarda-chuva usado para descrever uma vasta gama de pessoas cuja identidade de gênero e/ou papel de gênero não está conforme o que é tipicamente associado ao sexo designado no nascimento<sup>13</sup>.

**Transição:** um processo em que algumas pessoas TGNC avançam quando se deslocam para um papel de gênero que difere do associado ao sexo designado no nascimento. A duração, o escopo e o processo de transição são particulares a cada pessoa. Para muitas, isso envolve o desenvolvimento de um papel e expressão de gênero mais alinhado com sua identidade de gênero. Normalmente ocorre uma transição durante um período de tempo; as pessoas TGNC podem prosseguir através de uma transição social (por exemplo, mudanças na expressão de gênero, papel de gênero, nome, pronome e marcador de gênero) e/ou uma transição médica (por exemplo, terapia hormonal, cirurgias e/ou outras intervenções).

**Transtornos do desenvolvimento sexual (pessoas intersexuais, pessoas intersex):** termo usado para descrever uma variedade de condições médicas associadas ao desenvolvimento atípico das características do sexo físico de um indivíduo (Hughes, Houk, Ahmed, & Lee, 2006). Essas condições podem envolver diferenças entre os órgãos reprodutores internos e/ou externos de uma pessoa, cromossomos sexuais e/ou hormônios relacionados ao sexo, que podem complicar a designação de sexo no nascimento. As condições intersexuais podem ser consideradas variações na diversidade biológica em vez de transtornos (M. Diamond, 2009); portanto, alguns preferem os termos intersex, intersexualidade ou diferenças no desenvolvimento do sexo em vez de "transtornos do desenvolvimento sexual" (Coleman et al., 2012).

**Travesti:** identidade de gênero característica dos contextos brasileiro e latino-americano. Travestis são pessoas que foram designadas homens no nascimento, tem uma performance de gênero tipicamente feminina, constroem seus corpos com símbolos ligados ao feminino, mas que não costumam se identificar nem como homens, nem como mulheres, mas como travestis (um gênero à parte). Não são homens que se vestem

---

<sup>12</sup> **Nota dos tradutores:** No contexto brasileiro, transexual é usado muitas vezes como sinônimo de transgênero ou trans. O termo transsexualismo encontra-se em desuso na comunidade científica e está associado a um viés patológico, devendo ser evitado.

<sup>13</sup> **Nota dos tradutores:** Embora o termo "transgênero" seja popular no contexto anglo-saxão, nem todas as pessoas TGNC se identificam como transgênero.

de mulheres, como prega o senso comum. A maior parte das travestis prefere ser referenciada com o pronome feminino (a travesti, não o travesti)<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> **Nota dos tradutores:** termo que não consta no documento original, acrescentado para contemplar especificidades culturais do contexto brasileiro relacionadas à identidade de gênero.

## **APÊNDICE B - DIRETRIZES PARA PRÁTICAS PSICOLÓGICAS COM PESSOAS TRANS E EM NÃO CONFORMIDADE DE GÊNERO**

### **CONHECIMENTO E CONSCIENTIZAÇÃO FUNDAMENTAIS**

Diretriz 1. Entender que o gênero é um construto não-binário que permite uma variedade de identidades de gênero e que a identidade de gênero de uma pessoa pode não se alinhar com o sexo designado ao nascimento.

Diretriz 2. Entender que a identidade de gênero e a orientação sexual são construtos distintos, mas relacionados.

Diretriz 3. Entender como a identidade de gênero é interseccionada com outras identidades culturais de pessoas TGNC.

Diretriz 4. Perceber como atitudes e conhecimentos sobre identidade e expressão de gênero podem afetar a qualidade do cuidado fornecido às pessoas TGNC e suas famílias.

### **ESTIGMA, DISCRIMINAÇÃO E BARREIRAS AO CUIDADO**

Diretriz 5. Reconhecer como o estigma, preconceito, discriminação e violência afetam a saúde e bem-estar de pessoas TGNC.

Diretriz 6. Reconhecer a influência de barreiras institucionais nas vidas de pessoas TGNC e ajudar a desenvolver ambientes afirmativos.

Diretriz 7. Entender a necessidade de promover mudanças sociais que reduzam os efeitos negativos do estigma na saúde e bem-estar de pessoas TGNC.

### **DESENVOLVIMENTO DO CURSO DE VIDA**

Diretriz 8. Entender que existem diferenças na forma como as crianças e adolescentes desenvolvem-se em relação à identidade e comportamento de gênero e que nem todas as crianças persistem se identificando como uma pessoa TGNC quando adultas.

Diretriz 9. Entender os desafios particulares que pessoas TGNC da terceira idade vivenciam e a resiliência que podem desenvolver.

## **AVALIAÇÃO, TERAPIA E INTERVENÇÃO**

Diretriz 10. Entender que a saúde mental pode ou não estar relacionada com a identidade de gênero de uma pessoa TGNC e os efeitos psicológicos do estresse de minoria.

Diretriz 11. Reconhecer que as pessoas TGNC vivem melhor quando recebem apoio social e cuidado afirmativo.

Diretriz 12. Entender os efeitos que as mudanças na identidade de gênero e expressão de gênero têm sobre os relacionamentos românticos e sexuais de pessoas TGNC.

Diretriz 13. Entender como a parentalidade e a formação de famílias entre as pessoas TGNC ocorre de formas variadas.

Diretriz 14. Reconhecer os benefícios potenciais de uma abordagem interdisciplinar no cuidado com pessoas TGNC e trabalhar de forma colaborativa com outros profissionais.

## **PESQUISA, EDUCAÇÃO E TREINAMENTO**

Diretriz 15. Respeitar o bem-estar e os direitos de participantes TGNC em pesquisas e analisar os resultados com acurácia, evitando o mau uso ou representação inadequada dos achados.

Diretriz 16. Preparar futuros profissionais de psicologia para trabalhar de forma competente com pessoas TGNC.