

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO

Cláudia Corrêa Garcia de Garcia

**Estilos Parentais Percebidos por Indivíduos com Disforia de Gênero
Atendidos em Hospital Universitário do Sul do Brasil**

Porto Alegre

2021



**Estilos Parentais Percebidos por Indivíduos com Disforia de Gênero
Atendidos em Hospital Universitário do Sul do Brasil**

Cláudia Corrêa Garcia de Garcia

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

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

Porto Alegre

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Corrêa Garcia de Garcia, Claudia
Estilos Parentais Percebidos por Indivíduos com
Disforia de Gênero Atendidos em Hospital Universitário
do Sul do Brasil / Claudia Corrêa Garcia de Garcia. --
2021.
58 f.
Orientadora: Maria Ines Rodrigues Lobato.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do
Comportamento, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Estilo parental. 2. Transexualidade. 3. Disforia
de Gênero.. I. Rodrigues Lobato, Maria Ines, orient.
II. Título.

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação de mestrado só se tornou realidade graças ao empenho, dedicação e principalmente ao constante entusiasmo de minha orientadora, Professora Doutora Maria Inês Rodrigues Lobato a qual presto meus mais sinceros agradecimentos. Suas palavras, correções, orientações, carinho e amizade, jamais serão esquecidos. Outras pessoas também foram fundamentais neste processo, às quais dedico minha gratidão. Agradeço ao colega César Augusto Bridi, pela parceria e por estar sempre me estimulando e tornando mais leve este período, ao encorajamento do Ângelo Brandelli Costa, ao coleguismo, cuidado, incentivo e incansável empenho da Karine Schwarz, ao grupo de pesquisa PROTIG, em especial ao Dhiordan Cardoso da Silva que me ajudou no início deste processo, o qual presto minha admiração, pois de “meu estagiário” hoje doutor e participante desta banca, a Anna Martha Vaitses Fontaniri, pela gentileza e disponibilidade e aceitar prontamente participar desta banca, colega que, se me permite, vi se formar em medicina e depois em seu doutorado, à enfermeira Marcia Brambila, companheira de congressos e viagens, ao carinho da assistente social Fernanda Guadagnin, a Bianca Soll, pela dica de utilizar o inventário que serviu de base para este estudo, ao acolhimento e disponibilidade da Dra. Silza Tramontina, ao Maiko Abel Schneider pelo carinho, a toda equipe multiprofissional sempre engajada em dar o seu melhor, buscando e pesquisando alternativas para melhor atendimento e conhecimento de nosso trabalho, divulgando e qualificando as pesquisas, a minha família e familiares, aos antigos e novos professores que vez ou outra sempre tinham uma dica ou uma palavra de apoio, em especial a professora Maria Piedad Rangel, a professora Keila Maria Mendes Ceresér, primeiro contato com para dar início ao processo de pesquisa e que gentilmente aceitou ser revisora desta dissertação, a minha querida Gabrielli Yamashita na sua expertise com tabelas e cálculos, a Ana Rita Facchini, que desde a graduação me entusiasmava a seguir em frente, mas acima de tudo o meu mais profundo OBRIGADA aos pacientes do PROTIG, que tão gentilmente atenderam a minha solicitação e colaboraram para que este trabalho se concretizasse. E por fim, aos meus filhos Álvaro e Armando que sempre diziam: “Vai Mãe!!!”

Nada poderia ser mais gratificante a ter todos estas pessoas ao meu lado. Muito obrigada!

RESUMO

Os modelos familiares, de modo geral, são estabelecidos segundo as práticas educativas oferecidas pelos pais. De acordo com a parentalidade exercida, aspectos positivos e/ou negativos podem ser identificados ao longo do desenvolvimento dos filhos. Esta dissertação tem como objetivo identificar a percepção que indivíduos com Disforia de Gênero (DSM-5-APA-2013) atendidos no Programa de Transdisciplinar de Identidade de Gênero (PROTIG) do Hospital de Clínicas do Porto Alegre (HCPA) têm sobre o estilo parental vivenciado e qual o modelo de estilo parental mais presente. O Inventário de Estilos Parentais (IEP) foi utilizado para identificação dos estilos parentais. Este questionário é composto de 42 itens, dividido em sete práticas educativas diferentes adotadas por seus pais e/ou cuidadores. Oitenta e dois indivíduos foram entrevistados no PROTIG/HCPA, tendo sido obtidos 145 protocolos, 65 referentes a pais e 80 referentes a mães. Os homens e mulheres transexuais tiveram uma percepção média positiva de sua relação com suas mães (média = 0,13) e uma percepção média negativa em relação aos seus pais (média = -5,28). As mulheres transexuais tiveram, em média, uma percepção positiva de seu relacionamento com suas mães e uma percepção negativa de seu relacionamento com seus pais. Essa diferença de percepção foi principalmente na área de práticas positivas; as mulheres sentiam que suas mães exibiam práticas mais positivas nos itens monitoramento positivo (A) e comportamento moral (B) do que seus pais. Quando comparamos práticas negativas (C+D+E+F+G), não foram evidenciadas diferenças entre os estilos parentais materno e paterno na percepção de mulheres transexuais. Entretanto, a negligência (D) foi considerada significativamente pior na percepção de homens transexuais em relação aos seus pais do que na percepção de mulheres transexuais em relação às suas mães. No geral, a percepção de homens transexuais em relação às práticas educativas das mães foi maior do que sua percepção em relação às práticas educativas dos pais, entretanto sem diferença estatística significativa. Os achados nesta amostra estudada sugerem um cenário no qual as mães aceitaram mais a disforia de gênero, definida pelo DSM-5, tanto para homens quanto para mulheres transexuais.

Palavras-chave: Estilo parental. Transexualidade. Disforia de Gênero.

ABSTRACT

Family models are generally established according to the educational practices offered by parents. Positive and/or negative aspects can be identified during the children development according to the parenting experienced. The objective of this study was to identify the perception of parenting style in Gender Dysphoric individuals treated at the Gender Identity Transdisciplinarity Program (PROTIG) of the *Hospital de Clínicas do Porto Alegre* (HCPA), and which is the most present parenting style model. The Parenting Styles Inventory (EPI) was applied to identify the parenting style. It is a 42-item questionnaire divided into seven different educational practices adopted by parents and/or caregivers. Eighty-two patients were interviewed at the PROTIG/HCPA, and 145 protocols were obtained, 65 referring to fathers and 80 referring to mothers. Transsexual men and women had positive average perception of their relationship with their mothers (average = 0.13) and negative average perception of their relationship with their fathers (average = -5.28). Transsexual women had, on average, positive perception of their relationship with their mothers and a negative perception of their relationship with their fathers. This difference in perception regarded mainly the positive practices; women felt that their mothers exhibited more positive practices in positive monitoring (A) and moral behavior (B) than their fathers. When comparing negative practices (C+D+E+F+G), transsexual women perceived no difference between the parenting style of their mothers and fathers. However, transsexual men considered their fathers presented worst practices in the negligence (D) domain than the transsexual women perception of their mothers. In general, the transsexual men perception of their mothers' educational practices was better than their perception of their fathers' educational practices. No statistical difference was identified though. The findings for the studied sample suggest that mothers accepted more GD, as defined by DSM-5, for both transgender men and women.

Keywords: Parenting style. Transsexuality. Gender Dysphoria.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estilo Parental apresentado por Baumrind (1966) e Posteriormente Modificado por Maccoby e Martin (1983)	22
Figura 2 – Estilos Parentais Classificados por Gomide (2006)	26
Figura 3 – Dados normativos das práticas educativas maternas (a) e paternas (b).....	28

LISTA DE QUADROS

Figura 1 – Dados normativos das práticas educativas maternas (a) e paternas (b).....	28
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra.....	30
Tabela 2 – Índices de Estilo Parental por genitor e por grupo de participantes.....	31
Tabela 3 – Índices de Estilo Parental por genitor e por grupo de participantes para cada uma das práticas educativas.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação Internacional de Doenças
CRS	Cirurgia de Redesignação Sexual
DG	Disforia de Gênero
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 2013
IEP	Inventário de Estilos Parentais
HBIGDA	<i>The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association</i>
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IG	Incongruência de Gênero
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PROTIG	Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero
SUS	Sistema Único de Saúde
SOC	<i>Standards of Care – WPATH</i>
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
WPATH	<i>World Professional Association for Transgender Health</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. EMBASAMENTO TEÓRICO	15
2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	15
2.2 ASPECTOS ETIOLÓGICOS	16
2.3 ESTRESSE DE MINORIA E CONTEXTO SOCIAL	16
2.4 CONTEXTO FAMILIAR	18
2.5 ESTILOS PARENTAIS	21
2.6 CONTEXTO TERAPÊUTICO	22
3. OBJETIVOS 24
3.1 OBJETIVO GERAL	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
4. ARTIGO.....	25
5. DISCUSSÃO	43
6. CONCLUSÃO	46
7. REFERENCIAS	48
8. APÊNDICES.....	52

1. INTRODUÇÃO

O conceito de gênero se refere às atitudes, sentimentos e comportamentos ligados à expressão do sexo biológico. O sexo biológico, por sua vez, é determinado geneticamente e é normalmente identificado pela genitália apresentada. Os termos propostos por movimentos ativistas que definem identidade de gênero são: um indivíduo é considerado cisgênero quando a sua identidade de gênero – ou seja, o gênero percebido, experienciado – coincide com o sexo biológico, e é considerado transgênero quando apresenta algum grau de incongruência de gênero, ou seja, quando há discrepância entre o gênero experienciado e o sexo biológico. Esta terminologia, apesar de leiga, tem sido incorporada ao vocabulário científico na atualidade por diferentes autores.

A disforia de gênero (DG), previamente denominada transexualidade, é o estresse psíquico relacionado à incongruência entre o sexo biológico e a identidade com a qual o sujeito se percebe. Os indivíduos nascidos do sexo biológico masculino e que se identificam como sendo do gênero feminino são denominadas mulheres transexuais, enquanto indivíduos nascidos do sexo biológico feminino que se identificam como sendo do gênero masculino são denominados homens transexuais.

Em 1966, Harry Benjamin, através da obra *The Transsexual Phenomenon*, descreveu a condição que na época se chamava de transexualismo.¹ Em 1987, o DSM-III-R incluiu o diagnóstico de transtorno de identidade de gênero para descrever pessoas com DG, focando principalmente no desejo de viver, há pelo menos dois anos, como alguém do gênero oposto.²

Na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde CID-10, a DG é denominada como transtorno de identidade de gênero e é classificada como um Transtorno de Personalidade e Comportamento em Adultos codificado como F64, como um entre os Transtornos de Identidade Sexual. Para CID-10 o diagnóstico implica desejo pela mudança de sexo por pelo menos dois anos.³

Mais recentemente, em 2013, a *American Psychiatric Association* (APA) publicou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), no qual o transtorno de identidade de gênero passou a ser chamado de DG.⁴ Nesta edição, a DG foi classificada em um capítulo separado (antes estava no capítulo de Disfunções Sexuais e Parafilias), caracterizando esta condição da seguinte forma:

- A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo dois dos seguintes:

1. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas).
 2. Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas).
 3. Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias de outro gênero.
 4. Forte desejo de pertencer ao outro gênero (ou a algum gênero alternativo diferente do designado).
 5. Forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado).
 6. Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou de algum gênero alternativo diferente do designado).
- B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Em um estudo⁵ comparativo entre CID-10 e DMS-5, os autores concluíram que embora não houvesse consenso quando aos critérios, os diagnósticos realizados baseados em ambos os manuais se sobrepunham. E em 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS), publicou a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da OMS (CID-11), ainda sem edição disponível, também alterando o nome de Transtorno de Identidade de Gênero para Incongruência de Gênero (IG) e passando tal condição para o agora novo capítulo “Condições relacionadas à saúde sexual”. Ao caracterizar a IG, a CID-11 também descreve uma persistente e acentuada incongruência entre o gênero experimentado e o sexo de nascimento. No entanto, diferentemente da DSM-5, a CID-11 não considera a necessidade de disfunção social como critério diagnóstico e é vaga quanto ao critério tempo (presença da incongruência por muitos meses) comparado aos pelo menos 6 meses descritos pelo DSM-5:⁴

“A incongruência de gênero na adolescência e no adulto é caracterizada por uma acentuada e persistente incongruência entre o gênero experimentado por um indivíduo e o sexo de nascimento, manifestado por pelo menos dois dos seguintes:

1. Forte aversão ou desconforto com os caracteres sexuais primários ou secundários (em adolescentes, preocupação em ter os caracteres secundários de forma antecipada) devido a sua incongruência com o gênero experimentado;
2. Forte desejo para livrar-se de alguns ou todos caracteres sexuais primários e/ou secundários (em adolescentes, preocupação em ter os caracteres secundários de forma antecipada) devido sua incongruência com o gênero experimentado;
3. Forte desejo de ter os caracteres sexuais primários e/ou secundários do gênero experimentado. O indivíduo vivencia um forte desejo em ser tratado (viver e ser aceito) como uma pessoa do gênero experimentado. A incongruência de gênero vivenciada deve ter sido presente continuamente por pelo menos alguns meses. O diagnóstico não pode ser realizado antes do início da puberdade. Comportamentos e preferências variantes de gênero sozinhas não são bases para este diagnóstico.” (CID-11)

No Brasil, em 1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Resolução nº 1.482/97, determinou que a assistência a pacientes diagnosticados com DG, para maiores de 18 anos, deveria ser realizada em hospitais universitários por uma equipe multidisciplinar.⁶ O Programa de Identidade de Gênero (PROTIG) foi criado, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em 1998, seguindo as normas estipuladas pelo CFM. Nele, além do acompanhamento terapêutico, realiza-se a Cirurgia de Redesignação Sexual (CRS). A conduta da assistência clínica dos indivíduos com DG que têm acesso aos serviços de saúde do PROTIG é orientada pelas normas definidas pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 que ampliou o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)⁷ e conforme os critérios estabelecidos na Resolução nº 1.652, de 2002 do CFM.⁸

2. EMBASAMENTO TEÓRICO

2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

A prevalência da DG não é bem estabelecida, devido a suas características idiossincráticas, envolvendo preconceitos e inserção social. Além disso, o método mais comumente utilizado para estudos epidemiológicos na área considera apenas os indivíduos com DG que procuram serviços de saúde em busca de CRS e/ou tratamento hormonal.

Enquanto os primeiros estudos indicavam baixa prevalência de DG, publicações mais recentes apresentam percentuais mais elevados. Zucker sugeriu que a diminuição do preconceito, a retirada desta condição da categoria de transtorno psiquiátrico, bem como a realização de estudos recentes que consideram “casos” a autoidentificação como “*transgêneros*” ou como Incongruência de Gênero, estariam permitindo observar percentuais de prevalência mais elevados.⁹

Apesar do desafio de planejar estudos epidemiológicos com metodologias que incluam a complexidade dos fatores demográficos, psicossociais e clínicos desta população, a literatura internacional sugere um aumento das estimativas de casos de DG. O DSM-5 estimou uma prevalência de mulheres transexuais entre 5 a 14 por 1000 entre homens adultos (0,015-0,014), e 2 a 3 por 1000 entre mulheres adultas (0,002-0,003).⁴ Winter e Conway estimam que existiriam mais de 15 milhões de indivíduos transexuais no mundo.¹⁰

Em 2015, Arcelus et al., em uma metanálise utilizando dados dos últimos 50 anos, encontrou prevalência de DG de 4,6 por 100.000 indivíduos: 6,8 para mulheres transexuais e 2,6 para homens transexuais.¹¹ Flores et al., utilizando um *survey* populacional americano, referiu que 1,4 milhões de indivíduos adultos se auto identificaram como pessoas que tinham uma incongruência entre seu sexo de nascimento e o gênero ao qual se percebia.¹²

Em um estudo de seguimento de 18 anos no nosso programa, que é centro de referência assistencial no sul do Brasil, Cardoso et al.(2021) observou prevalência de 9,3 por 100.000 habitantes (95% IC = 8,6 a 9,8) a partir de uma população de 934 indivíduos com diagnóstico de DG e desejo de transição cirúrgica, ou 1:10.796, de 15 por 100.000 pessoas (95% IC = 14 a 16) ou as quais 1:6.887 eram mulheres transexuais e 4,1 por 100.000 pessoas (95% CI 3,5 e 4,8) ou 1:24.220 eram homens transexuais.¹³

2.2 ASPECTOS ETIOLÓGICOS

Apesar da etiologia da DG seguir inconclusiva, alguns estudos sugerem mecanismos biológicos na gênese da DG, como fatores genéticos e exposição no período pré-natal a

hormônios sexuais. Em contraste, não existem evidências de que haja influência claramente ambiental no desenvolvimento do quadro.

Quando analisamos aspectos fisiológicos do desenvolvimento fetal, sabemos que os ovários e os testículos se desenvolvem por volta da 6ª semana de gestação e que em fetos masculinos, até a 12ª semana, os testículos são responsáveis pela produção de testosterona que é necessária para diferenciação do órgão sexual. Já no feto feminino, ao contrário, a diferenciação da genitália ocorre pela falta de andrógenos.

No final do período intrauterino, a influência da testosterona desenvolve no feto um cérebro “masculino”, enquanto a falta da testosterona leva um cérebro “feminino”. Acredita-se que estas diferenciações ocorram de forma inversa na DG, ou seja, ocorre uma incongruência entre o “gênero do cérebro” e sua genitália.

Estudos têm observado que irmãos de primeiro grau têm maior probabilidade de desenvolverem DG do que a população geral, o mesmo acontece com gêmeos, sendo que os monozigóticos apresentam maior concordância em apresentar DG do que dizigóticos. Tais resultados sugerem influência direta de fatores genéticos envolvidos na gênese da DG. Ainda assim, nenhum gene específico foi considerado responsável para o desenvolvimento de DG.¹⁴⁻¹⁶

2.3 ESTRESSE DE MINORIA E CONTEXTO SOCIAL

O modelo do Estresse de Minorias, desenvolvido em 1995 por Ian Meyer, é definido como estresse psicológico vivenciado por grupos minoritários que sofrem preconceito.¹⁷ O modelo teórico foi criado a partir de estudos com a população de homens gays, entretanto ele pode ser aplicado às demais minorias tanto sexuais como de gênero. O estresse de minorias é entendido como o conflito vivenciado por pessoas pertencentes a grupos minoritários diante dos valores culturais dominantes e das experiências de preconceito e discriminação sofridas por elas.¹⁷ Grupos em não conformidade com as lógicas binária e heteronormativa, crenças dominantes na cultura ocidental, podem ser afetados, enquanto pertencentes a um status social “inferior”, por situações como alienação, internalização de valores e atitudes negativas relacionada com a identidade de gênero ou com a orientação sexual.

O modelo do Estresse de Minorias é operacionalizado por meio de três componentes: preconceito percebido, preconceito antecipado e preconceito internalizado.^{17,18} O preconceito percebido se refere às situações externas, às vivências que o indivíduo sofre por sua condição de pertencer a um grupo minoritário; tais situações, por si, criam estresse explícito na vida do indivíduo. O preconceito antecipado pode ser entendido como a antecipação de evento

estressor no futuro. Vivenciam-se a expectativa de rejeição e recriminação em função do seu status minoritário, o estado de vigilância decorrente dessa antecipação e as ações para esconder-se e proteger-se para evitar agressão física e/ou psicológica. Tanto a expectativa, quanto o esforço para se esconder são considerados fatores estressores. E o terceiro componente, o preconceito internalizado, ocorre quando as atitudes e o preconceito do ambiente social são internalizados pelas próprias pessoas pertencentes a um grupo minoritário. Esse componente é o mais subjetivo e não é diretamente observável, porém possuem efeitos negativos na capacidade de enfrentamento e na resiliência dos indivíduos em relação a eventos estressores.

Portanto, pessoas com DG, por serem um grupo minoritário, são frequentemente expostas a estigma, preconceito e discriminação. Em recente revisão abordando a relação entre estigma e discriminação com a vulnerabilidade de mulheres transgênero ao HIV/aids, Magno et al. define que¹⁹

“a estigmatização estaria relacionada a um processo social que produz desvalorização por meio de rótulos e estereótipos; o rótulo seria um termo sancionado oficialmente e aplicado a condições, indivíduos, grupos, lugares, organizações, instituições ou outras entidades sociais; já o estereótipo estaria relacionado a atitudes e crenças negativas direcionadas às entidades sociais rotuladas; o preconceito como um endossamento de crenças e atitudes negativas relacionadas ao estereótipo; e a discriminação seriam as ações direcionadas ao endossamento e reforço dos estereótipos para trazer desvantagem às pessoas rotuladas.”

O estigma é definido como um processo social dinâmico e complexo no qual estão envolvidas a rotulação, a estereotipagem e a rejeição das diferenças humanas.²⁰⁻²² Neste processo, um determinado atributo, traço ou característica de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos é percebido pelos outros como depreciativo. O estigma foi categorizado em diferentes níveis por Hatzenbuehler et al.^{23,24} O estigma estrutural se refere a normas sociais e políticas institucionais, de segurança e saúde, por exemplo, que restringem acesso a recursos, oportunidades e o bem-estar dos indivíduos estigmatizados. O estigma interpessoal se refere a ações diretas em relação aos indivíduos estigmatizados, como agressões verbais, violência física, abuso sexual e maus-tratos gerais em locais comuns frequentados no dia a dia destes indivíduos. O estigma individual, por sua vez, se refere aos sentimentos que os indivíduos estigmatizados possuem sobre si mesmos ou sobre a percepção que estes indivíduos têm sobre os julgamentos de outrem em relação a si.²² Corrigan et al. descreve o conceito de autoestigma como o processo de internalização dos estereótipos e crenças negativas, a seu respeito, em função da condição estigmatizada.²⁵

No Brasil, o preconceito contra orientações não heterossexuais é relatado por diversos artigos, como discute Costa et al. em revisão sistemática.²⁶ E embora a homossexualidade e a IG sejam conceitos distintos, os autores sugerem que não é possível discutir preconceito contra orientações não heterossexuais sem considerar preconceito contra expressões de gênero diversas da hegemônica.

Pode se afirmar que estigma, preconceito e discriminação podem conduzir a situações de vulnerabilidade social, cultural, financeira, bem como ocasionar danos à saúde da população LGBT, com problemas de ordem física, mental e psicológica.^{27,28} Um percentual alto de uso de drogas é observado em jovens com DG.²⁹ Outros autores relatam alta prevalência de doenças mentais em indivíduos transgêneros.^{18,28,30,31}

Na prática clínica, é comum observar relatos de adultos com DG sobre situações vividas ao longo de seu desenvolvimento relacionadas com sofrimento e discriminação. Lobato et al. refere alta prevalência de rejeição por familiares, amigos e colegas de trabalho entre a população com DG estudada.³²

Estudos sugerem que intervenções, além de objetivarem o suporte direto a indivíduos com DG, também devem ser direcionadas a familiares, pares e profissionais, tendo efeitos positivos no bem-estar, saúde e qualidade de vida de indivíduos com LGBT.^{22,30,33} Intervenções direcionadas a profissionais da saúde são eficazes na redução do preconceito contra população com DG.³⁴ É comum indivíduos com DG evitarem consultas a serviços de saúde devido a situações de discriminação vivenciadas anteriormente.³⁵

O importante papel da família no suporte aos indivíduos com DG, fundamental para o enfrentamento de estigma, preconceito e discriminação, é discutido a seguir.

2.4 CONTEXTO FAMILIAR

Diversos autores definem a função familiar parental e relacionam com diferentes desfechos emocionais. É comum a diferentes autores o entendimento da família como um sistema no qual se produzem relações próximas e complexas entre os indivíduos que a compõe e que influenciam uns aos outros.³⁶⁻³⁸ Estas relações, que são dinâmicas e também interagem com fatores externos, são fundamentais para a constituição do indivíduo e são capazes de criar padrões de comportamento.

Para Relvas a família é uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos que sofrem modificações ao longo do ciclo vital familiar.³⁹ Existem vários tipos de organização familiar, dentre as quais: família nuclear com e sem filhos biológicos, famílias monoparentais, famílias reconstituídas, famílias alargadas, adotivas

e de acolhimento. Não existe um tipo de família modelo ou ideal. É a primeira instituição social que assegura e responde a determinadas necessidades, tais como: amor, carinho, alimentação, proteção e socialização, sendo um sistema que muda em função de espaço e do tempo.

Salvador e Weber sugerem que a família, representada pelos pais ou cuidadores, se constitui como o primeiro núcleo de socialização da criança, que acaba propiciando grande influência no processo de desenvolvimento social, cognitivo e psicológico.⁴⁰ A importância da família é reconhecida tanto pela psicologia, quanto pelas ciências sociais, interferindo diretamente no desenvolvimento saudável, no surgimento de patologias e também na forma como o indivíduo irá manifestar essa estruturação psíquica no âmbito social. As interações precoces, ocorridas desde o início o desenvolvimento infantil, irão formar as bases internas para crenças e comportamentos afetivos ou cognitivos que irão se expressar ao longo da vida.⁴¹ Toda criança nasce fusionada, indiferenciada em relação à sua família. Na família, as crianças experimentam tanto o pertencimento quanto a diferenciação, que deverá ocorrer adiante seu desenvolvimento, para alcançar autonomia e independência. Pertencer significa participar, saber-se membro desta família, partilhar as suas crenças, valores, regras, mitos e segredos. Diferenciar refere-se à afirmação de sua singularidade, à sua individuação e ao seu direito de pensar e expressar-se independentemente dos valores defendidos por sua família.⁴²

Solis-Ponton define a parentalidade como “estudo dos vínculos de parentesco e dos processos psicológicos que se desenvolvem a partir daí, necessitando de um processo de preparação e aprendizagem”.⁴³ O mesmo autor relata que o neologismo “parentalidade” surgiu em 1961, com a proposição do termo pelo francês Paul-Claude Recamier que utilizou o termo maternalidade para definir “(...) o conjunto dos processos psicoafetivos que se desenvolvem e se integram à mulher por ocasião da maternidade”, e acrescentou também esse neologismo para as palavras paternidade e parentalidade, para que os termos tivessem um significado mais dinâmico. Durante vinte anos, o termo ficou em desuso reaparecendo em 1985, utilizado por René Clément, sendo hoje objeto de muitas pesquisas.⁴⁴

Os problemas de ordem afetiva e emocional, de conduta e comportamento ou distúrbios psíquicos estão ligados a múltiplos fatores, variáveis genéticas ou ambientais, como família, escola ou comunidade.^{45,46}

Estudos sobre estilos parentais destacam que este é um dos aspectos mais importantes que influenciam as crianças em seu desenvolvimento neurológico, psicológico e social.^{47,48} A maioria dos estudos destaca que os pais e mães devem amar, proteger, educar, orientar e ensinar seus filhos, além de ajudá-los a crescer, desenvolver e prosperar. As interações

pais-filhos implicam influência dos pais à estrutura comportamental, emocional e intelectual dos filhos.^{41,49} Práticas como normatização, estabelecimento de regras e limites, e envolvimento afetivo, podem estar associadas a um bom desenvolvimento infantil.⁵⁰

Mondim destaca que os pais que desenvolvem suas práticas educativas baseadas na resolução de problemas, com uso de estratégias e diálogos adequados, calmos e pacíficos, têm maior chance de que seus filhos desenvolvam características como respeito e confiança, além de resolver seus problemas de forma não agressiva.⁴⁴

Gomide destaca que a construção da criança se dá a partir do modelo de conduta e padrões morais estabelecidos pelos pais.⁵¹ As regras devem ser firmes e claras, mas não ter caráter ameaçador, pois podem gerar indivíduos inseguros, emocionalmente manipuladores e/ou agressivos.

Maus-tratos na infância estão relacionados com perfis de adultos inseguros.⁵² Indivíduos inseguros têm regulação emocional disfuncional, o que impacta na forma como os indivíduos se relacionam com os outros e está relacionada ao desenvolvimento de patologias como a depressão e ansiedade.⁵³

A integridade física e moral da criança devem ser consideradas primordiais para os pais e cuidadores. Maus-tratos na infância, relacionados com a base familiar da criança, demonstram uma predisposição para transtornos psiquiátricos na vida adulta⁵⁴⁻⁵⁷, inclusive para populações transgênero.²⁷ A falta de suporte familiar está associada à baixa autoestima e a maior chance de viver sem moradia fixa⁵⁸, bem como a maior vulnerabilidade para o abuso de drogas em jovens com DG.²⁹

Para indivíduos com DG, a falta de apoio familiar e maus-tratos podem resultar em, além de danos à saúde física e mental, atrasos no processo de transição. Conforme discute Hugtho, uma transição tardia pode resultar em mais problemas emocionais, além de dificultar o próprio processo de alteração de características de gênero já estabelecidas organicamente.²²

A importância de estudos e intervenções para melhorar o suporte familiar é destacada na literatura.^{59,60} Cabe, então, aos pais a responsabilidade de criar a conexão entre o mundo interno familiar e o mundo externo social, estabelecendo regras morais e oportunizando aprendizado. Essa forma de interação familiar que explicita a relação constitutiva da criança é denominada de estilo parental.

Apesar da literatura sobre o tema “família” ser extenso, não encontramos nenhum estudo diretamente relacionado a esta perspectiva (parentalidade) no contexto da DG.

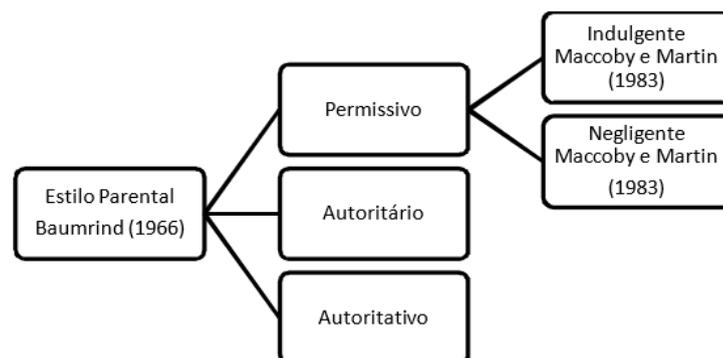
2.5 ESTILOS PARENTAIS

Estilo parental é um conjunto de práticas educativas específicas que permitem avaliar a influência nos comportamentos expressos do desenvolvimento infantil, seja ele normativo ou desajustado.^{52,61}

O modelo descrito por Baumrind propõe conceitos de estilos parentais integrando aspectos emocionais e comportamentais.⁶² O autor afirma que o modelo autoritativo (presença de regras e limites estabelecidos, porém de forma não repressiva, participativa), é mais efetivo que os dois outros tipos de controle: o autoritário (exigente e controlador) e o permissivo (pouca cobrança de responsabilidades).

No início da década de 80, Maccoby e Martin sugeriram mais duas práticas educativas dos pais: exigência e responsividade.⁶³ A primeira refere-se à forma de controle do comportamento dos filhos, com limites e regras; a segunda é aquela na qual o apoio emocional dos pais favorece o desenvolvimento e a autonomia dos filhos. Mais tarde, Maccoby e Martin promoveram um desdobramento do modelo permissivo atribuindo dois outros conceitos: o indulgente (a criança monitora seu próprio comportamento) e negligente (pouco ou nenhum envolvimento com o comportamento da criança), conforme ilustrado na Figura 1.⁶³

Figura 1 – Estilo Parental apresentado por Baumrind e Posteriormente Modificado por Maccoby e Martin.^{62,63}



Fonte: Adaptado de “Estilos Parentais e Práticas Educativas Parentais: Revisão Sistemática e Crítica da Literatura” de C. Cassoni, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2013, 29.⁶⁵

2.6 CONTEXTO TERAPÊUTICO

A partir dos trabalhos pioneiros de Harry Benjamin¹, o contexto terapêutico para indivíduos com DG está baseado no tripé psicoterapia, tratamento hormonal e CRS. Em 2001, os padrões de cuidado sugeridos pelo *The Harry Benjamin International Gender Dysphoria*

Association (HBIQDA) salientaram a importância da “real life experience” e que, além do tripé mencionado, é necessário que o paciente viva integral e realmente como se pertencesse ao gênero desejado por pelo menos seis meses, antes mesmo de qualquer outra mudança definitiva.⁶⁴ A *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) publica anualmente diretrizes de atendimento para indivíduos com DG através do *Standards of Care* (SOC), incluindo a abordagem psicoterápica, hormonal e cirúrgica para população de DG adultos, adolescentes e crianças.⁶⁶

O paciente com DG, atendido no HCPA conforme determinação da portaria nº 2.803 de 19 de novembro de 2013, inicia o processo psicoterápico antes de realizar os procedimentos cirúrgicos. Ao longo do programa de atendimento é esperado que o paciente possa ser beneficiado: no processo de amadurecimento pessoal como um todo; no seguimento pós-cirúrgico, auxiliando no processo de transformação, incluindo as relações afetivas e sociais; na adequação das expectativas quanto aos resultados dos procedimentos: hormonização, cirurgias estéticas complementares, fonoterapia, cirurgia de redesignação sexual; na integração da mudança de gênero ao seu dia a dia e a identificação e incremento de pontos destoantes e frágeis na adequação do gênero em todas as relações.

Concomitante com a decisão de realizar o procedimento de transição, a hormonioterapia em adultos tem desempenho importante no padrão anatômico e psicológico desejado no processo de transição, melhorando a qualidade de vida, limitando comorbidades psiquiátricas, pois o paciente se sente e se parece com o gênero ao qual se identifica e implica conhecimento dos limites e possibilidades da ação do hormônio, riscos e benefícios.⁶⁷ Entretanto, ainda é alto o percentual de indivíduos que utilizam hormônios sem acompanhamento médico.³²

A CRS constitui tratamento efetivo e apropriado para a DG segundo o CID-10³ e o DSM-5⁴, respectivamente. A CRS inclui, além das cirurgias para alteração da genitália de acordo com o gênero de identificação do indivíduo, cirurgias não genitais, como aumento de mama ou mastectomia, cirurgias nas cordas vocais e cirurgia plástica para alteração de traços faciais inerentes ao sexo atribuído ao nascimento.⁶⁸ Alguns requisitos devem ser levados em conta a fim de garantir sucesso nessa longa transição que culmina com um procedimento invasivo: o cirurgião deve fazer parte da equipe, conhecê-la e confiar em suas opiniões; os critérios envolvem desde a idade mínima (maior idade legal, que varia de acordo com cada país), tempo de hormonioterapia e experiência de vida no gênero desejado até o conhecimento de riscos, custos e possíveis complicações; o cirurgião deve possuir competência especializada em técnicas de reconstrução genital.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar qual o estilo parental vivenciado mais prevalente na percepção dos pacientes com DG, atendidos no PROTIG através do Inventário de Estilo Parental (IEP), em relação à parentalidade materna e paterna.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar qual o estilo parental vivenciado mais prevalente na percepção dos pacientes mulheres transexuais e homens transexuais, atendidos no PROTIG através do IEP, em relação à parentalidade materna e paterna.
- b) Descrever os resultados de cada item do IEP entre os grupos de pacientes mulheres transexuais e homens transexuais, em relação à parentalidade materna e paterna.

4. ARTIGO

FRONTIERS: YOUR MANUSCRIPT IS ACCEPTED - 655407

Caixa de entrada



19 de out. de 2021
06:03 (há 12 dias)

FRONTIERS PSYCHOLOGY <PSYCHOLOGY.EDITORIAL.O

para mim

Dear Dr Garcia,

Frontiers Psychology has sent you a message. Please click 'Reply' to send a direct response

I am pleased to inform you that your manuscript "Perceived Parenting Styles of Individuals with Gender Dysphoria" has been approved for production and accepted for publication in Frontiers in Psychology, section Gender, Sex and Sexualities.

Proofs are being prepared for you to verify before publication. We will also perform final checks to ensure your manuscript meets our criteria for publication

(<https://www.frontiersin.org/about/review-system#ManuscriptQualityStandards>).

The title, abstract and author(s) list you provided during submission is currently online and will be replaced with the final version when your article is published. Please do not communicate any changes until you receive your proofs.

Any questions? Please visit our Production Help Center page for more

information: <https://zendesk.frontiersin.org/hc/en-us/categories/200397292-Article-Production>

=

Manuscript title: Perceived Parenting Styles of Individuals with Gender Dysphoria

Journal: Frontiers in Psychology, section Gender, Sex and Sexualities

Article type: Brief Research Report

Authors: Cláudia Correa Garcia, Karine Schwarz, Angelo Brandelli Costa, Cesar Augusto Bridi Filho, Maria Inês Rodrigues Lobato

Manuscript ID: 655407

Edited by: Alessandro Orsini

Submetido e aceito na *Frontiers in Psychology*. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.655407

ABSTRACT

Objective: To map patterns of behavior of parents and/or caregivers as perceived by their adult children, transsexual patients seen through the Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero, and to determine if one parenting style was more prevalent. **Design:** 82 patients were interviewed by the Parenting Style Inventory. **Results:** The 82 patients (32 transsexual men and 50 transsexual women) completed a total of 145 protocols, being 65 concerning their fathers and 80 concerning their mothers. The transsexual women's perceptions of their mothers were significantly different from those concerning their fathers. The transsexual men and women had a positive mean perception of their relationship with their mothers and a negative mean perception of their fathers. The transsexual women had on average a positive perception of their relationship with their mothers and a negative perception of their relationship with their fathers. This difference in perception was primarily in positive practices; the women felt that their mothers exhibited more positive practices of Positive Monitoring (A) and Moral Behavior (B) than their fathers. When we compared negative practices, negligence alone was considered the worst parental pattern by both transsexual men and women. **Conclusion:** Our study shows that fathers, more so than mothers, need to be encouraged to participate in the process of understanding the transsexual condition and that in general, families need to be supported by mental health professionals to provide a more welcoming environment for individuals with GD.

Keywords: transsexualism, gender identity, family, neglect, gender dysphoria.

INTRODUCTION

A recent publication by the World Health Organization (WHO) in June 2018 announced a new edition of the International Classification of Diseases, the ICD-11 (the new version will be presented for adoption by the Member States in May 2019 and will come into use January 1, 2022). In this new edition, the WHO has removed transsexuality from the mental illness chapter and renamed it gender incongruity. The 5th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – the DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) – uses the term gender dysphoria, which has the following diagnostic criteria: marked incongruity between the experienced/expressed gender and the gender assigned at birth; strong desire to get rid of primary and/or secondary sex characteristics because of the marked gender incongruity; duration of at least six months; and association with impairment in social, academic or other important areas of the individual's life that may cooccur with sexual development disorders. The estimated prevalence of gender dysphoria for males at birth ranges from 0.005% to 0.014%; for females at birth, it ranges from 0.02% to 0.03% (American Psychiatric Association, 2013).

According to Weber, Prado, Viezzer, and Brandenburg (2004), parents influence the behavioral, emotional, and intellectual development of their children through parent-child interactions. Patterson (1982) emphasizes that practices such as setting of rules and limits, and affective involvement may be associated with good child development. By contrast, authoritarian practices such as strict discipline can lead to maladaptive social behaviors as well as anxiety and depression.

Mondim (2008) notes that parents whose educational practices are based on problem solving and the use of appropriate, calm, and peaceful strategies and dialogues are more likely to have children who develop characteristics such as respect and confidence and who solve their problems without using aggression. Gomide (2006) emphasizes that the construction of the child is based on a model of conduct and moral standards set by the parents. Rules must

be firm and clear but not threatening, as threats can lead to insecure, emotionally manipulative and/or aggressive individuals. The physical and moral integrity of the child should be paramount for parents and caregivers. Parents have a responsibility to create a connection between the family's internal world and the external social world by establishing moral rules and providing opportunities for learning.

Parenting style has been defined by several authors, each of whom broadened the focus to develop their research. Darling and Steinberg (1993) describe parenting style as a set of specific educational practices that allow the assessment of parents and/or caregivers' influence on their children's expressed behaviors, be they normative or maladaptive. These authors point out that since the 1930s, research related to this topic has been the object of investigation by several researchers.

In Baumrind's (1966) model, the adopted parenting practices serve as a foundation for research on parent-child education, guiding the concepts of parenting styles, and integrating emotional and behavioral aspects. The author asserts that the authoritative model (the presence of established rules and limits, but in a non-repressive, participatory fashion) is more effective than the two other types of control: authoritarian (demanding and controlling) and permissive (low demands).

Parental representations of transgender women and men in relation to control groups matched for age, educational level and number of siblings were initially assessed by Cohen-Kettenis and Arrindell (1990) using the Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour (EMBU). Results showed that transgender men rated both (fathers and mothers) as more rejecting and less emotionally affectionate, but only their mothers as more protective than their rated female control counterparts. Furthermore, transgender men and women differed from each other in some aspects (lower scores on parental emotional warmth and higher scores on maternal rejection for female patients).

In the early 1980s, however, Maccoby and Martin (1983) suggested two parental educational practices: demand and responsiveness. The first refers to how parents control their children's behavior with limits and rules. The second refers to the type of emotional support that parents favor, which influences their children's development and autonomy. The authors later promoted the splitting of the permissive parenting style into two other concepts: indulgence (in which the child monitors his or her own behavior) and negligence (in which the parent has little or no involvement in the child's behavior), as shown in Figure 1.

[Figure 1 near here]

The Parental Style Inventory (PSI) is divided into two specific types of behaviors: social (positive) behaviors and antisocial (negative) behaviors, as shown in Figure 2 (Gomide, 2006). Positive social behaviors include positive monitoring (i.e., knowing one's children's whereabouts and activities and how they adapt) and moral behavior (i.e., imparting values such as justice, compassion and friendship), which contribute to better self-esteem and autonomy; in contrast, antisocial-negative behaviors include inconsistent punishment, neglect (i.e., ignoring one's children's behavior and providing little response when they initiate communication), relaxed discipline (i.e., withdrawing from conflict when children do not comply with established rules), negative monitoring (i.e., excessive control over and orders given to children), and physical abuse (i.e., the use of physical force with the intention of causing pain), which can lead to aggressive behavior, low self-esteem, poor tolerance for frustration, difficulty following social norms and lack of regret.

[Figure 2 near here]

The objective of this study was to characterize the family model of patients with GD from the patients' perspective and to identify whether the perspectives differed between GD groups (transgender women and transgender men). For this purpose, the PSI was used (Gomide, 2006).

MATERIALS AND METHODS

Participants

To calculate the sample size we used the WinPepi program, version 11.65. Considering a confidence of 95%, a margin of error of two units and a standard deviation of 10.02 in the children's IEP scale, as mentioned in (Sampaio and Gomide, 2006) the sample size was 99 participants. An average of two acceptable error points was considered for this study, since clinical practice with this population manifests aspects of family absence, abandonment, maltreatment, negligence, among others.

The individuals with gender dysphoria (GD) who participated in this study and were seen at the outpatient clinic of the *Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero* (Gender Identity Transdisciplinary Program; PROTIG) at the *Hospital de Clínicas de Porto Alegre* (Porto Alegre General Hospital; HCPA) reported that they came from families with a history of physical violence, abandonment, and emotional neglect.

All adult patients were invited to participate and those who expressed their agreement through the Informed Consent Form were included in the survey. Of the 94 adult patients seen by PROTIG, monthly, 82 subjects (32 transgender men and 50 transgender women) between 18 and 59 years of age accepted to participate in the study. Of the 82 participants, 38 were 29 years old or younger, 29 were between 30 and 39 years of age, and 13 were over 40 years old. Regarding education level, 51 had a high school education or less, and 29 had begun or completed higher education. A sociodemographic characterization of the sample is shown in Table 1.

[Table 1 near here]

Procedures

This was a cross-sectional study that used convenience sampling at PROTIG/HCPA from October 2017 to July 2018. The aim was to characterize the family model of patients with GD seen at the outpatient clinic of PROTIG/HCPA (approved project 2018/0201) based on their insights and using the PSI scale. The inclusion criteria were as follows: patients seen at the PROTIG outpatient clinic with a diagnosis of GD according to the DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). The data were collected in person on the HCPA premises. The participants were invited to participate by the lead researcher, and, prior to completing the questionnaire, the individuals expressed their willingness to participate by signing an informed consent form. Anonymity was guaranteed, and only the researchers had access to the data as required in the ethical considerations of Resolution n. 510/2016 of *Conselho Nacional de Saúde* (Brazilian National Health Council) for research on human beings.

Instruments

The complete survey was composed of a sociodemographic questionnaire and the PSI (Gomide, 2006).

Parenting Style Inventory

This instrument consists of 42 items that correspond to seven educational practices. For each educational practice, six questions were formulated and distributed throughout the inventory. Of the seven educational practices, two correspond to positive educational practices: (A) Positive monitoring and (B) moral behavior, and five refer to negative educational practices: (C) inconsistent punishment, (D) negligence, (E) relaxed discipline, (F) negative monitoring, and (G) physical abuse. The Parenting Style Index (PSIs) is calculated by adding the positive practices (A+B) and the negative practices (C+D+E+F+G) and then subtracting the sum of the negative practices from the sum of the positive practices: $PSI = (A+B)-(C+D+E+F+G)$, according to the author's recommendation. When the parental index is positive, it indicates a strong presence of positive parenting practices (positive monitoring and

moral behavior) that outweighs negative practices (inconsistent punishment, neglect, relaxed discipline, negative monitoring and physical abuse).

Scores on the PSI can vary from -60 (complete absence of positive practices and exclusive presence of negative practices) to +24 (absence of negative practices and exclusive presence of positive practices). The score result is categorized into four categories: (1) Great parenting style: no negative parenting practices; (2) Regular parenting style above average and (3) Regular below-average parenting style: both include variations of positive and negative practices; and (4) Risky Parenting Style: a predominant use of negative practices to the detriment of the positives.

Data Analysis

First, Cronbach's alpha for the PSI was calculated to investigate its internal consistency. Then, the participants were divided into three groups based on their age: up to 29 years old, from 30 to 39, and over 40 years old. An analysis of variance (ANOVA) was then performed between the PSI scores and the age ranges.

RESULTS

Each participant responded to one protocol concerning their mother and/or another concerning their father; therefore, some completed a protocol for only one parent seeing as they had not been raised by both parents. Thus, a total of 145 protocols were completed – 65 concerning fathers and 80 concerning mothers. Cronbach's alpha for the PSI was 0.77, which indicates reasonable internal consistency of the questionnaire according to Pestana and Gageiro (2008). Table 2 shows the means and standard deviations of the Maternal and Paternal PSIs based on the respondents' perceptions. Only the maternal perceptions of the female participants obtained a positive mean value; the others obtained negative means. Table 3 shows the means for each protocol.

[Table 2 near here]

[Table 3 near here]

When the perceptions of transgender women regarding maternal and paternal parenting styles were analyzed separately from those of transgender men, it was possible to observe that the women perceived the maternal parental style with a positive value on average, characterizing a regular parenting style. The transgender women perceived the paternal parenting style as negative, corresponding to a style that offers risk. The transgender men perceived both maternal and paternal parenting styles as negative, both corresponding to risky parenting styles.

“The results described in Table 3 indicate that transgender women’s perceptions of their mothers were significantly different from those concerning their father ($p=0.001$, $t=3.77$, $df=37$, and Cohen’s $d=0.60$)”

The transgender women had on average a positive perception of their relationship with their mothers and a negative perception of their relationship with their fathers. This difference in perception was primarily in the area of positive practices; the women felt that their mothers exhibited more positive practices (practices A and B in the questionnaire) than their fathers ($p=0.0001$, $F=12.11$, $MS=116.15$, $df(\text{factor})=3$, $df(\text{error})=141$; $p=0.0001$, $F=6.90$, $MS=54.15$, $df(\text{factor})=3$, $df(\text{error})=141$; respectively).

A post-hoc analysis using Tukey’s HSD (see Table 3) showed that for practice A, the maternal mean did not differ between the transgender women and transgender men, but it did differ from and have a higher value than the paternal mean for both transgender men and transgender women. The same was true for practice B, showing that the mothers of the transgender women were perceived to exhibit more positive behaviors than the fathers of both the transgender men and the transgender women.

For practice D, the paternal mean for the transgender men was higher than the maternal mean for the transgender women, showing that the fathers of transgender men were perceived to exhibit more negative behaviors than the mothers of transgender women ($p=0.019$, $F = 3.43$, $MS=38.0$, $df(\text{factor})=3$, $df(\text{error})=141$). The other practices, C-E-F-G, did not differ between categories ($p=0.644$, $F=0.56$, $MS=3.69$, $df(\text{factor})=3$, $df(\text{error})=141$; $p=0.571$, $F=0.67$, $MS=3.22$, $df(\text{factor})=3$, $df(\text{error})=141$; $p=0.017$, $F=3.50$, $MS=21.15$,

$df(\text{factor})=3$, $df(\text{error})=141$; $p=0.152$, $F=1.79$, $MS=19.4$, $df(\text{factor})=3$, $df(\text{error})=141$; respectively)

Other analyses identified a significant difference ($p=0.003$, $t=3.10$, $df=63$) between the interviewees' perceptions of their fathers compared to their perceptions of their mothers (with no difference between the transgender men and the transgender women). These results showed that transgender men and women had a positive mean perception of their relationship with their mothers (mean=0.13) and a negative mean perception of their fathers (mean=-5.28), as shown in Table 4

[Table 4 near here]

DISCUSSION

There is a well-known and generalized history of rejection and mistreatment of people with GD, which is described as a feeling of incongruity between one's gender identity and the sex assigned at birth (Lai et al, 2010). In one of the pioneering studies on parenting styles, the authors highlighted that transgender man rated their parents as less affectionate, more rejecting and more protective than male controls rated their parents (Cohen-Kettenis and Arrindel, 1990). This history has served as an impetus for research and has motivated a worldwide task force fostered by the World Professional Association for Transgender Health (WPATH), with the goal of educating and supporting family members of individuals with GD in attempts to minimize psychiatric and social morbidity resulting from abandonment and family rejection. The maternal/paternal role within the nuclear family may vary in different cultures, but it seems reasonable to infer that Brazilian society may be similar to that of other Western countries.

In our society, according to the latest census of the IBGE/2010, the number of households with a female head of family has increased considerably, rising from 22.2% in 2000 to 37.3% in 2010. These data include broken families, in which increased economic and

childcare responsibility rests on the mother. In this sense, and considering sociocultural differences, homophobic feelings are still present in our society, and fathers have more difficulty than mothers dealing with children with gender issues, especially transgender women. Our findings agree with this data; however, since this study did not involve qualitative interviews and there was a small number of participants and no control group, it is not possible to make affirmations in that regard – additional research remains to be done in later studies. Moreover, mothers are more likely than fathers to accept variations in terms of gender and sexual orientation, either due to subjective issues related to the social identity of motherhood or due to the mother-child bond. This agrees with previous studies which show that fathers of transgender are more hostile than those of a control group, while mothers tend to be perceived as more intrusive, as seen in a study by Simon et al. (2011). Lai et al. (2009), however, found opposing results in their study, which showed that adults with gender dysphoria perceived less support and affection and more authoritarian control from both their parents in comparison to those without GD. Since their study was not conducted in a western society, it is possible that may be the cause of this difference.

In our study, the age and education level of the participants did not influence their PSI scores. Therefore, we did not find generational differences when we examined the hypothesis that there would be a more positive parenting style among those born after the 1990s, as we anticipated that they would have been educated in a more tolerant environment than previous generations.

Considering the abovementioned maternal context, it is not surprising that our patients, both transgender men and transgender women, generally showed a healthier bond with their mothers and felt that their mothers used more positive educational practices than their fathers.

The results also demonstrate that transgender women perceive their mothers significantly differently from how they perceive their fathers. The transgender women in our

study had a positive mean perception of their relationship with their mothers and a negative mean perception of their relationships with their fathers, thereby reinforcing the idea of the positive importance of the maternal role in the family constellation. This is in agreement with previous studies, as shown by Lai et al (2009).

When comparing the study groups, we found a more positive attitude among the mothers of transgender women than among the mothers of transgender men. This result is in accordance to that of the study conducted by Simon et al. (2011), which reported that transgender men experience less maternal care than transgender women or nontransgender women. It is possible that gender identification facilitates dialogue between daughters and mothers. Transgender women need to "learn" to be women. According to Simon et al. (2011), transgender women are made to feel by their mothers as defective. The mothers of the transgender men had lower scores for positive attitudes. It can be inferred that both the mothers and their children (transgender men) mutually rejected each other for reasons that did not apply to the transgender women (as they had no identity to be imitated or learned from their mothers). It is also possible that mothers of transgender men feel "more guilt" for their "daughters'" lack of femininity, which they interpret as a (maternal) flaw in the process of developing their children's personalities, which may lead to frustration, mutual demands and resentment.

Another result that confirms the difference between mothers' and father's views concerns the practice of negligence (practice D). The transgender men viewed their fathers as being more negligent ($p=0.007$; $t= 2.85$) than the transgender women viewed their mothers. Paternal neglect among transgender men may be related to a general cultural disinterest in the outcomes of women (even daughters) and, therefore, a greater interest in males at birth. Another hypothesis is that "if he wants to be a man," a transgender man needs to play the

social roles expected for males (alleged emotional autonomy, proactivity, etc.). Another possibility is that fathers, unlike mothers, feel less responsible for outcomes in this area.

There were other results that we found interesting despite the absence of statistical significance. The mothers had higher score for negative monitoring (practice F) for both the transgender men and the transgender women. This type of monitoring suggests attitudes that are meant to protect but are excessively controlling, which likely reflects anxiety and a sense of helplessness in dealing with the educational needs of their children. Thus, the mothers used resources such as oversight and excessive orders. Another result points to greater use of physical abuse by the fathers of transgender women. These data are in agreement with the observation that fathers are less tolerant of variations in sexual orientation and gender when compared to mothers and that the use of violent "corrective" methods may reflect the fantasy that "fear" can prevent the development of GD. However, both negative monitoring and physical abuse represent feelings of anger and frustration with GD and the likely attempt to deal with feelings of impotence in relation to this situation. Despite cultural and trans-generational differences, we all tend to repeat familial educational models, and the use of physical punishment as an educational tool has only recently been called into question and forbidden in Brazilian society.

It is important to emphasize that the descriptive nature of this study prevents us from making extrapolations to other populations besides the study, transgender people who seek gender affirmation surgeries. Furthermore, the fact that we do not have a paired control group prevents us to extrapolate these results. The lack of a control group, as a limitation, means that the data may simply indicate that, regardless of whether their children are transgender, Brazilian parents may have the characteristics presented here. Nevertheless, given that the theme of this study is little explored in the literature, future works can address these

limitations with a more comprehensive sample of the transgender community and a control group.

CONCLUSION

Since 1998, individuals who experience a discrepancy between the gender assigned to them at birth and their expressed identity have found support in PROTIG/HCPA, an ally in helping transgender individuals who wish to undergo gender reassignment surgery and those who achieve this milestone. PROTIG/HCPA is also a promoter of understanding GD through research.

Positive family relationships are associated with better interpersonal relationships, quality of life and emotional balance. In the context of transsexuality, where there are incredible social and affective barriers, the family is the foundation for better social adaptation. Our study shows that fathers, more so than mothers, need to be encouraged to participate in the process of understanding the transgender condition and that in general, families need to be supported by mental health professionals to provide a more welcoming environment for individuals with GD. This study sample should be expanded upon, and parents' own perceptions should also be included. Further studies could also include qualitative interviews and a control group.

FUNDING

National Council for Scientific and Technological Development (CNPq), Coordination for the Improvement of Higher Education (CAPES), Graduate Program in Behavioral Sciences, Psychiatry at UFRGS and Research and Events Incentive Fund (FIPE) of the Hospital de Clinicas de Porto Alegre.

DISCLOSURE STATEMENT

The authors have no conflicts of interest to declare.

REFERENCES

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37, 887–907. doi: 10.4103/njcp.njcp_116_16
- Cassoni, C. (2013). Estilos parentais e práticas educativas parentais: Revisão sistemática e crítica da literatura (Dissertação de mestrado). [Retrieved from <http://www.thesis.usp.br/tesis/disponiveis/59/59137/tde-14122013-105111/en.php>]
- Cohen-Kettenis P. T., Arrindel W. A. (1990). Perceived parental rearing style, parental divorce and transsexualism: a controlled study. *Psychological Medicine*, 20, 613-620.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487–496. doi: 10.1037/0033-2909.113.3.487
- Gomide, P. (2006). *Inventário de estilos parentais. Modelo teórico: Manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis: Vozes.
- Lai, M. C., Chiu, Y. N., Gadow, K. D., Gau, S. S., & Hwu, H. G. (2010). Correlates of Gender Dysphoria in Taiwanese University Students. *Archives of Sexual Behavior*, 39(6), 1415-1428.
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development*. New York, NY: Wiley.
- Mondim, E. (2008). Práticas educativas parentais e seus efeitos na criação dos filhos. *Psicologia Argumento*, 26, 233–244.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene: Castalia Publishing Company.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5th ed.). Lisbon: Sílabo.

Sampaio, I.T.A., Gomide, P.I.C (2007). Inventário de Estilos Parentais (IEP): Percurso de padronização e normatização. *Psicologia Argumento*, 25(48), 15-26.

Simon, L., Zsolt, U., Fogd, D., & Czobor, P. (2011). Dysfunctional core beliefs, perceived parenting behavior and psychopathology in gender identity disorder: A comparison of male-to-female, female-to-male transsexual and nontranssexual control subjects. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(1), 38–45.

Weber, L., Prado, P., Viezzer, A., & Brandenburg, O. (2004). Identificação de estilos parentais: O ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, 323–331.

FIGURES

Figure 1. Parenting style as presented by Diana Baumrind (1966) and modified by E. Maccoby and Martin (1983).

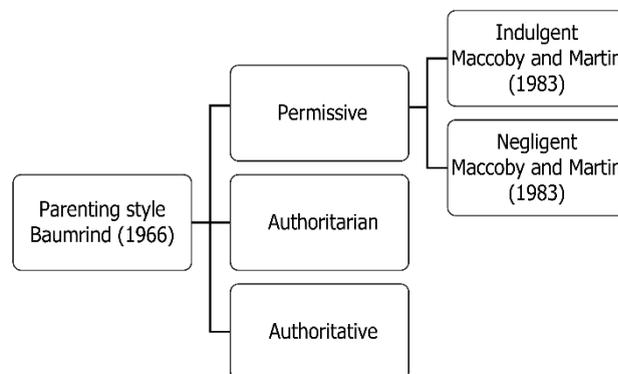
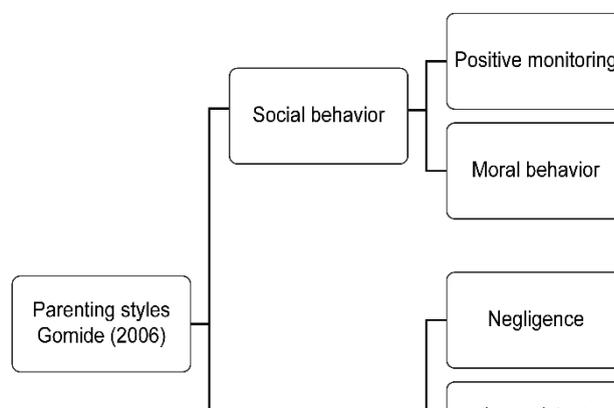


Figure 2. Parental Styles (Gomide, 2006)



TABLES

Table 1

Sociodemographic Characterization of the Sample

Feature	n (%) (N = 82)
Age group	
Up to 29 years	38 (46.3)
30 - 39 years	29 (35.4)
Over 40 years	13 (15.9)
Did not answer	2 (2.4)
Gender	
Transgender Men	32 (39.0)
Transgender Women	50 (61.0)
Education level	
High school or less	1 (0.6)
Began or completed higher education	2 (1.1)
Did not answer	19 (10.7)

Table 2

Means and Standard Deviations of Parenting Style Indices

Index	N (samples)	Mean	Standard deviation	Minimum	Maximum
Maternal PSI_TM	30	-2.87	12.41	-27	15
Paternal PSI_TM	27	-4.52	11.27	-30	11
Maternal PSI_TW	50	1.92	11.62	-27	21
Paternal PSI_TW	38	-5.82	14.20	-38	16

Note: TM Transgender men; TW Transgender women

Table 3

Average and Standard Deviation of Maternal and Paternal (PSI)

	N (samples)	A	B	C	D	E	F	G
Transgender men - maternal	30	7.47 ^a _b (3.44)	7.83 ^{a, b} (2.20)	3.57 (2.40)	4.60 ^a _b (3.40)	2.97 (2.63)	5.03 ^a (2.34)	2.00 (2.00)
Transgender men - paternal	27	5.56 ^b (3.14)	6.81 ^b (3.34)	3.04 (2.44)	5.30 ^a (3.45)	2.26 (1.91)	3.48 ^a (2.24)	2.81 (3.64)
Transgender women - maternal	50	9.08 ^a (2.47)	9.46 ^a (2.34)	3.48 (2.44)	3.06 ^b (2.97)	2.92 (2.11)	5.00 ^a (2.09)	2.16 (2.90)
Transgender women - paternal	38	5.61 ^b (3.58)	7.31 ^b (3.32)	3.87 (2.93)	4.76 ^a _b (3.63)	2.66 (2.10)	3.87 ^a (3.07)	3.58 (3.78)

^{a, b} Means followed by different letters within a column are significantly different from each other according to Tukey's test.

Table 4

Negligence: Mean perception of parental style (PSI)

/	N (samples)	Mean	Standard deviation	Minimum	Maximum
Maternal PSI	80	0.13	12.07	-27	21
Paternal PSI	65	-5.28	12.98	-38	16

5. DISCUSSÃO

Em nossa prática clínica desenvolvida dentro do PROTIG-HCPA, observamos tanto em pacientes como em seus familiares o desconhecimento sobre o tema da DG. São comuns sentimento de culpa e frustração, altos níveis de agressividade gerando abandono precoce do lar, evasão escolar, além de sintomatologia psiquiátrica.

Neste estudo observamos que as mães das mulheres transexuais têm estilo parental positivo maior do que dos pais de homens transexuais e mulheres transexuais, enquanto os pais dos homens transexuais têm estilo parental negativo maior do que as mães das mulheres transexuais. Na clínica, podemos observar diferenças no que tange às práticas maternas quando comparadas entre filhas e filhos, o que não ocorre com as práticas paternas, normalmente similares para filhas e filhos. Quanto às práticas de comportamento moral e monitoramento, as mães diferem entre os sexos, exigindo uma conduta mais adequada das meninas do que dos meninos. No que tange às práticas educativas negativas as mães expressam uma disciplina relaxada e maior rigidez quanto à prática de abuso físico em relação aos homens do que as mulheres. Sobre os outros três modelos de práticas educativas, negligência, monitoria negativa e punição inconsistente, não foi identificada nenhuma diferença significativa, para ambos os sexos. Gomide descreve que existem diferenças entre os sexos, sendo as práticas educativas maternas estatisticamente diferentes quando comparadas entre as crianças, o que não é o caso das práticas paternas, que são semelhantes para ambos os sexos.⁵¹

Levando-se em conta diferenças socioculturais, sentimentos preconceituosos seguem presentes em nossa sociedade, na qual os pais têm maior dificuldade do que mães em lidar com filhos com questões de gênero, especialmente com o grupo de mulheres transexuais. Nosso estudo vem ao encontro destes dados. Além disso, quer por questões subjetivas relacionadas à identidade social da maternidade, quer pelo vínculo, mães costumam apresentar maior aceitação de variantes tanto de gênero, quanto de orientação sexual, quando comparadas aos pais. Em nosso estudo, a idade e a escolaridade dos participantes não influenciaram nos escores do IEP.

Os resultados encontrados também podem reforçar a ideia da importância positiva do papel materno na constituição familiar. O processo de constituição psíquica do indivíduo passa pelas relações iniciais estabelecidas com seu núcleo familiar, principalmente pela relação mãe-filho e pelo processo de diferenciação emocional do indivíduo. A capacidade da

mãe de permitir este afastamento e individuação do filho é peça fundamental para que ele ocorra.³⁸

Quando comparados os grupos entre si, nosso estudo encontrou uma atitude mais positiva entre as mães de mulheres transexuais do que nas mães de homens transexuais. É possível que uma identificação quanto ao gênero facilite a interlocução entre elas. Mulheres transexuais precisam “aprender” a ser mulher. Já mães de homens transexuais apresentam escores menores em atitudes positivas. Pode-se inferir que tanto as mães quanto seus filhos (homens transexuais) rejeitem-se mutuamente pelo motivo oposto ao das mulheres transexuais (sem identidade a ser mimetizada ou aprendida). Também podemos pensar que é possível que as mães de homens transexuais se sintam “mais culpadas” pela não feminilidade “das suas filhas” e interpretem esta questão como uma falha (materna) no processo de formação de suas personalidades, gerando frustração, cobranças mútuas e ressentimentos.

Outro resultado que confirma a diferença de posicionamento dos pais diz respeito à prática negligência (prática D). Os homens transexuais percebem seus pais mais negligentes do que as mulheres transexuais percebem suas mães. A negligência paterna nos homens transexuais pode estar relacionada, em geral, a um desinteresse cultural por este desfecho das filhas nascidas mulheres e, portanto, um maior interesse pelos filhos nascidos homens. Hipótese alternativa que poderia explicar estes resultados seria um entendimento por parte dos pais de que “já que o filho(a) quer ser homem”, que assume o papel social de gênero “esperado” em nossa sociedade, com pretensa autonomia afetiva, proatividade, etc. Outra possibilidade é que os pais, ao contrário das mães, neste caso, se sentem menos responsáveis por este desfecho.

Apesar da ausência de significância, cabe ressaltar que mães tiveram escores maiores em monitoria negativa (prática F), tanto para os homens, como para as mulheres transexuais. Este tipo de monitoria sugere atitudes que visam a uma suposta proteção e controle excessivo, traduzindo provável ansiedade e sentimento de impotência em lidar com as demandas educativas de seus filhos. Assim, utilizam recursos como fiscalização e ordens excessivas.

Outro resultado aponta maior utilização do abuso físico pelos pais das mulheres transexuais. Pode-se pensar que este dado também vem ao encontro da observação de que pais são menos tolerantes com variantes de orientação e gênero sexual quando comparados às mães, e que a utilização de métodos violentos “corretivos” pode sugerir a fantasia de que “pelo medo” possam evitar o desenvolvimento da DG. Porém, ambos (monitoria negativa e abuso físico) representam sentimentos de raiva e frustração com a situação dos filhos e a provável tentativa de lidar com a impotência em relação à situação. Apesar de diferenças

culturais e transgeracionais, todos nós tendemos a repetir modelos educativos familiares, e apenas recentemente, a punição física como instrumento educacional tem sido questionada com ênfase e proibida na sociedade brasileira.

Para finalizar, um aspecto impactante do nosso estudo: quando comparamos as práticas negativas entre si, a negligência isoladamente foi considerada o pior padrão parental, tanto por homens, quanto por mulheres transexuais. Este achado pode significar que, para os nossos pacientes, “até o abuso físico” é preferível à negligência (“melhor ser maltratado do que ignorado”), uma vez que esta evidencia descaso, desamor, e desinteresse dos pais, acarretando sofrimento pela invisibilidade parental.

Não encontramos diferenças geracionais quando testamos a hipótese de que a geração nascida após os anos 90 pudesse ter sido educada em ambiente mais tolerante do que as gerações anteriores. O fator geracional já foi estudado por outros autores, e não há evidências que gerações mais antigas sejam de fato mais prejudicadas que gerações mais jovens.^{69,70}

O não atingimento do número amostral inicialmente planejado, e a criação por apenas um dos genitores são limitações deste trabalho. Oitenta pacientes responderam somente acerca de sua percepção em relação à mãe, sendo, portanto, oriundos de famílias formadas por um único genitor e, no caso em sua maioria, materno.

6. CONCLUSÃO

Os indivíduos com DG deste estudo, atendidos no ambulatório do PROTIG/HCPA relatam serem oriundos de famílias com histórico de violência física, abandono ou negligência emocional. A percepção apresentada pelo paciente adulto revelada nas entrevistas iniciais forma um quadro sobre a condição atual do seu sofrimento e aponta o modo como constrói suas relações a partir do modelo primário estabelecido pela família.

Na observação clínica realizada no ambulatório do PROTIG/HCPA, com pacientes e seus familiares, percebemos que a grande maioria é originada de famílias com relatos de violência física, abandono e negligência emocional, geradoras da grande parte da sintomatologia psiquiátrica e dos prejuízos psicossociais observados nesta população. Estas famílias parecem não saber como administrar a relação com o indivíduo com DG, pois não foram preparadas para tal. Na maioria das vezes, são “surpreendidas”, seja porque o indivíduo com DG de fato não emitia sinais claros de sua condição, seja porque, como ocorre com muita frequência, havia nos integrantes da família resistência em admitir esta realidade. No entanto, há outro grupo de familiares que relatam não só apoio como buscam um melhor entendimento do que é DG e a melhor forma auxiliar o familiar com esta condição. Mesmo com dedicação e sinceridade de propósitos para encontrar os caminhos mais corretos para lidar com esta condição, faltam-lhes instrumentos adequados para tal manejo. Os resultados obtidos são fundamentais no aprimoramento de nossa condução do tema, bem como nos permitem contribuir de uma forma mais efetiva para a melhoria do relacionamento dos indivíduos transexuais e seus familiares na assistência hospitalar.

A discrepância entre o sexo de nascimento e a identidade expressa tem amparo, desde 1998, no PROTIG/HCPA, um aliado no auxílio ao indivíduo com DG que deseja realizar a cirurgia de reafirmação de gênero, concretizar esta etapa, bem como, por meio de pesquisas, melhorar o entendimento desta condição.

Relações familiares positivas estão associadas a melhor qualidade de relação interpessoal, qualidade de vida e equilíbrio emocional e, no contexto da DG, onde existem imensas barreiras sociais e afetivas, a família é o alicerce para uma melhor adaptação social. A família pode ter importante papel protetivo, estando relacionada à melhor autoestima e menos sintomas de depressão.⁷¹ Nosso estudo revela que pais, mais do que mães, precisam ser estimulados a participar do processo de entendimento da condição transexual e que, de forma geral, as famílias precisam ser apoiadas por profissionais de saúde mental para que proporcionem um ambiente mais acolhedor para os portadores de DG.

Sugere-se que esta amostra do estudo seja ampliada, e que seja incluído um grupo controle. A avaliação das percepções dos genitores e/ou cuidadores sobre os estilos parentais por eles adotados também deve ser incluída.

7. REFERÊNCIAS

1. Benjamin, H. The transsexual phenomenon: A scientific report on transsexualism and sex conversion in the human male and female. New York: Julian Press; 1966.
2. American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM III-R. São Paulo: Manole; 1989.
3. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
5. Soll BM, Robles-García R, Brandelli-Costa A, Mori D, Mueller A, Vaitses-Fontanari AM, et al. Gender incongruence: a comparative study using ICD-10 and DSM-5 diagnostic criteria. *Braz J Psychiatry*. 2017 Oct 2;40(2):174-80.
6. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1.482, de 19 de setembro de 1997. Dispõe sobre o procedimento de transgenitalização e demais intervenções sobre gônadas e caracteres sexuais secundários. Publicada no Diário Oficial União, Brasília, p. 20.944, 19 set. 1997.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html>
8. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1.652, de 6 de novembro de 2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e REVOGA a Resolução CFM n.º 1.482/97. Publicada no Diário Oficial da União, Brasília, n. 232, p. 80/81, 2 de dez. 2002. Seção 1.
9. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health*. 2017;14(5):404-11.
10. Winters S, Conway L. How many trans* people are there? A 2011 update incorporating new data. Disponível em: <https://www.transgenderasia.org/paper-how-many-trans-people-are-there.htm>
11. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry*. 2015;30(6):807-15.
12. Flores AR, Herman JL, Gates GJ, Brown TNT. How Many Adults Identify as Transgender in the United States? Los Angeles: The Williams Institute. Disponível em: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/How-Many-Adults-Identify-as-Transgender-in-the-United-States.pdf>
13. Silva DC, Salati LR, Fontanari AM, et al. Prevalence of Gender Dysphoria in a Reference Centre in the South of Brazil with an Eighteen Year Service User Follow up. *Journal (No prelo)*
14. Zucker KJ, Lawrence AA, Kreukels BPC. Gender dysphoria in adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2016;12:217-47.
15. Hines M, Constantinescu M, Spencer D. Early androgen exposure and human gender development. *Biol Sex Differ* 2015;6:3.
16. Bao AM, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Front Neuroendocrinol*. 2011;32(2):214-26.
17. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav*. 1995 Mar;36(1):38-56.
18. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003;129(5):674-97.

19. Magno L, da Silva LAV, Veras MA, Pereira-Santos M, Dourado I. Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(4):e00112718.
20. Link BG & Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001:363-85.
21. Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice: one animal or two? *Soc Sci Med*. 2008;67(3):358-67.
22. White Hughto JM, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc Sci Med*. 2015;147:222-31.
23. Hatzenbuehler ML & Link BG. Introduction to the special issue on structural stigma and health. *Soc Sci Med* 2014;103:1-6.
24. Hatzenbuehler ML & Pachankis JE. Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research Evidence and Clinical Implications. *Pediatr Clin North Am*. 2016;63(6):985-97.
25. Corrigan PW, Rafacz J, Rüsçh N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Res*. 2011;189(3):339-43.
26. Costa AB, Peroni RO, Bandeira DR, Nardi HC. Homophobia or sexism? A systematic review of prejudice against nonheterosexual orientation in Brazil. *Int J Psychol*. 2013;48(5):900-9.
27. Fontanari AMV, Rovaris DL, Costa AB, Pasley A, Cupertino RB, Soll BMB, et al. Childhood Maltreatment Linked with a Deterioration of Psychosocial Outcomes in Adult Life for Southern Brazilian Transgender Women. *J Immigr Minor Health*. 2018;20(1):33-43.
28. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*. 2016;388(10042):412-36.
29. Fontanari AMV, Pase PF, Churchill S, Soll BMB, Schwarz K, Schneider MA, et al. Dealing with gender-related and general stress: Substance use among Brazilian transgender youth. *Addict Behav Rep*. 2019;9:100166.
30. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health*. 2013;103(5):943-51.
31. Yang MF, Manning D, van den Berg JJ, Operario D. Stigmatization and Mental Health in a Diverse Sample of Transgender Women. *LGBT Health*. 2015;2(4):306-12.
32. Lobato MI, Soll BM, Brandelli Costa A, Saadeh A, Gagliotti DAM, Fresán A, et al. Psychological distress among transgender people in Brazil: frequency, intensity and social causation - an ICD-11 field study. *Braz J Psychiatry*. 2019;41(4):310-15.
33. Sekoni AO, Gale NK, Manga-Atangana B, Bhadhuri A, Jolly K. The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):21624.
34. Costa AB, Pase PF, de Camargo ES, Guaranha C, Caetano AH, Kveller D, et al. Effectiveness of a multidimensional web-based intervention program to change Brazilian health practitioners' attitudes toward the lesbian, gay, bisexual and transgender population. *J*.
35. Costa AB, da Rosa Filho HT, Pase PF, Fontanari AMV, Catelan RF, Mueller A, et al. Healthcare Needs of and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People. *J Immigr Minor Health*. 2018;20(1):115-23.
36. Minuchin P. Families and Individual Development: Provocations from the Field of Family Therapy. *Child Development*. 1985;56(2):289-302.
37. Adolphi M. La familia como sistema relacional. En *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós; 1991.
38. Bowen M. De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. Buenos Aires: Paidós; 1991.

39. Relvas AP. O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica. 3a ed. Porto: Edições Afrontamento; 2004.
40. Weber LND, Salvador APV, Brandenburg OJ. Programa de Qualidade na Interação Familiar – Manual para aplicadores. Juruá: Curitiba; 2005.
41. Doinita NE, Maria ND. Attachment and Parenting Styles. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015;203:199-204.
42. Martins EMA, Rabinovich EP, Silva CN. Família e o processo de diferenciação na perspectiva de Murray Bowen: um estudo de caso. *Psicol. USP* [online]. 2008;19(2):181-97.
43. Solis-Ponton L, org. Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
44. Mondim EMC. Práticas educativas parentais e seus efeitos na criação dos filhos. *Psicologia Argumento*. 2008;26(54):233-44.
45. Kawabata Y, Alink LRA, Tseng W-L, van IJzendoorn MH, Crick NR. Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review*. 2011;31(4):240-78.
46. Kokkinos CM. Bullying and victimization in early adolescence: Associations with attachment style and perceived parenting. *Journal of School Violence*. 2013;12(2):174-92.
47. Dehue F, Bolman C, Vollink T, Pouwelse, M. Cyberbullying, Traditional Bullying and Adolescents' Perception of Parenting. *Journal of Cybertherapy & Rehabilitation*. 2012;5:25-34.
48. Sroufe LA. Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attach Hum Dev*. 2005;7(4):349-67.
49. Weber L, Prado P, Viezzer A, Brandenburg O. Identificação de estilos parentais: O ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2004;17:323-31.
50. Patterson GR. Coercive family process. Eugene: Castalia Publishing Company; 1982.
51. Gomide P. Inventário de estilos parentais. Modelo teórico: Manual de aplicação, apuração e interpretação. Petrópolis: Vozes; 2006.
52. Lo CKM, Chan KL, Ip P. Insecure Adult Attachment and Child Maltreatment: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2017 Jan 1:1524838017730579.
53. Bifulco A, Kagan L, Spence R, Nunn S, Bailey-Rodriguez D, Hosang G, et al. Characteristics of severe life events, attachment style, and depression - Using a new online approach. *Br J Clin Psychol*. 2019;58(4):427-39.
54. Kaplow JB, Widom CS. Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *J Abnorm Psychol*. 2007;116(1):176-87.
55. Perepletchikova F, Kaufman J. Emotional and behavioral sequelae of childhood maltreatment. *Curr Opin Pediatr*. 2010;22(5):610-5.
56. Judge C, O'Donovan C, Callaghan G, Gaoatswe G, O'Shea D. Gender dysphoria - prevalence and co-morbidities in an Irish adult population. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2014;5:87.
57. Spinhoven P, Elzinga BM, Van Hemert AM, de Rooij M, Penninx BW. Childhood maltreatment, maladaptive personality types and level and course of psychological distress: A six-year longitudinal study. *J Affect Disord*. 2016;191:100-8.
58. Seibel BL, de Brito Silva B, Fontanari AMV, Catelan RF, Bercht AM, Stucky JL, et al. The Impact of the Parental Support on Risk Factors in the Process of Gender Affirmation of Transgender and Gender Diverse People. *Front Psychol*. 2018;9:399.
59. Parker CM, Hirsch JS, Philbin MM, Parker RG. The Urgent Need for Research and Interventions to Address Family-Based Stigma and Discrimination Against Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Youth. *J Adolesc Health*. 2018;63(4):383-93.

60. Bockting W, Coleman E, Deutsch MB, Guillamon A, Meyer I, Meyer W 3rd, et al. Adult development and quality of life of transgender and gender nonconforming people. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2016;23(2):188-97.
61. Darling N & Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. *Psychol Bull.* 1993;113:487-96.
62. Baumrind D. Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Dev.* 1966;37:887-907.
63. Maccoby E & Martin J. *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development.* New York: Wiley; 1983.
64. Meyer W, Bockting WO, Cohen-Kettenis P, Coleman E, DiCeglie D, Devor H, et al. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's: The standards of care for gender identity disorders - Sixth version. *International Journal of Transgenderism.* 2001;5(1).
65. Cassoni C. *Estilos parentais e práticas educativas parentais: Revisão sistemática e crítica da literatura.* [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013. Disponível em: <http://www.thesis.usp.br/tesis/disponiveis/59/59137/tde-14122013-105111/en.php>
66. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism.* 2012;13(4):165-232.
67. Schneider M, Spritzer PM, Suh JS, Minuzzi L, Frey B, Schwarz K, et al. The Link between Estradiol and Neuroplasticity in Transgender Women after Gender-affirming Surgery: a Bimodal Hypothesis. *Neuroendocrinology.* 2019 Aug 29. [Epub ahead of print]
68. Selvaggi G, Bellringer J. Gender reassignment surgery: an overview. *Nat Rev Urol.* 2011;8(5):274-82.
69. Jackman KB, Dolezal C, Bockting WO. Generational Differences in Internalized Transnegativity and Psychological Distress Among Feminine Spectrum Transgender People. *LGBT Health.* 2018;5(1):54-60.
70. Jenkins Morales M, King MD, Hiler H, Coopwood MS, Wayland S. The Greater St. Louis LGBT Health and Human Services Needs Assessment: an examination of the Silent and Baby Boom generations. *J Homosex.* 2014;61(1):103-28
71. Johns MM, Beltran O, Armstrong HL, Jayne PE, Barrios LC. Protective Factors Among Transgender and Gender Variant Youth: A Systematic Review by Socioecological Level. *J Prim Prev.* 2018;39(3):263-301.

APÊNDICES:

A.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MODELOS FAMILIARES EM INDIVÍDUOS COM DISFORIA DE GÊNERO ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa com o título: “Modelos familiares dos indivíduos com disforia de gênero atendidos em Hospital Universitário do Sul do Brasil”, que cujo tem por objetivo é avaliar a forma como o indivíduo com disforia de gênero (mulher transexual ou homem transexual) e seus familiares em atendimento no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA/PROTIG), percebem suas relações familiares.

Se você aceitar participar da pesquisa, sua participação será a seguinte: preenchimento de dados sociodemográficos e de um questionário sobre os estilos familiares (Inventário de Estilos Parentais - IEP), que consiste em 42 itens, que correspondem a práticas educativas dos seus pais. Esta pesquisa não oferece riscos a sua saúde. Será realizada em local privado e com o comprometimento em manter o anonimato da sua identidade quando os resultados da pesquisa forem divulgados.

Os resultados encontrados decorrentes da pesquisa serão fundamentais no aprimoramento de nosso trabalho futuro, bem como nos tornará capazes de contribuir de uma forma mais efetiva para a melhoria do relacionamento dos indivíduos com disforia de gênero e seus familiares. Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com isto. Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Dra. Maria Inês Lobato, pelo fone (51) 3359-8294, com a pesquisadora Cláudia Corrêa Garcia de Garcia, pelo fone (51) 99957-8294, ou com o Comitê de ética em pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 3359-7640 ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

() Aceito preencher os questionários, acima citados.

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura do pesquisador que aplicou o termo

Local e data

B.**Instrumento de Coleta de Dados Sociodemográficos**

Dados Sociodemográficos	
Idade: _____ anos / /	Data de nascimento:
Tempo de estudo: _____ anos ()Pré-Púbere	
Estado Civil:	
1 Casado	
2 União estável	
2 Solteiro	
3 Separado	
4 Divorciado	
5 Viúvo	
Status empregatício:	
1 Trabalha em tempo integral	
2 Trabalha meio turno	
3 Estudante	
4 Aposentado	
5 Dona de casa/Dono de casa	
6 Desempregado procurando emprego	
7 Desempregado por motivo de saúde/doença	

C.

Inventário de Estilos Parentais

(IEP) – Práticas educativas maternas e paternas.

Gomide, 2006

O objetivo deste instrumento é estudar a maneira utilizada pelos pais na educação de seus filhos. Não existem respostas certas ou erradas. Responda cada questão com sinceridade e tranquilidade. Suas informações serão sigilosas. Escolha, entre as alternativas a seguir, aquelas que mais refletem a forma como você educa/educou seu/sua filho (a).

Identificação

Nome: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____

Sexo: () M () F

Nome do filho(a): _____

Responda a tabela a seguir com um X no quadrinho que melhor indicar a frequência com que você age nas situações relacionais; mesmo que a situação descrita nunca tenha ocorrido, responda considerando o seu possível comportamento naquelas circunstâncias.

Utilize a legenda de acordo com o seguinte critério:

NUNCA; se, considerando 10 episódios, você agiu daquela forma entre 0 e 2 vezes.

ÀS VEZES; se, considerando de 10 episódios, você agiu adequadamente forma entre 3 e 7 vezes.

SEMPRE; se, considerando 10 episódios, você agiu daquela forma entre 8 a 10 vezes.

Entre 10 episódios

	8 a 10	3 a 7	0 a 2
	Sempre	Às vezes	Nunca
1. Quando meu filho(a) sai, ele(a) conta espontaneamente onde vai.			
2. Ensino meu filho(a) a devolver objetos ou dinheiro que não pertencem a ele(a).			
3. Quando meu filho(a) faz algo errado, a punição que aplico é mais severa dependendo de meu humor.			
4. Meu trabalho atrapalha na atenção que dou a meu filho(a).			
5. Ameaço que vou bater ou castigar e depois não faço nada.			
6. Critico qualquer coisa que meu filho(a) faça, como o quarto estar desarrumado ou estar com os cabelos despenteados.			
7. Bato com cinta ou outros objetos nele(a).			
8. Pergunto como foi seu dia na escola e o ouço atentamente.			

9. Se meu filho(a) colar na prova, explico que é melhor tirar nota baixa do que enganar a professora ou a si mesmo(a).			
10. Quando estou alegre, não me importo com as coisas erradas que meu filho(a) faça.			
11. Meu filho(a) sente dificuldades em contar seus problemas para mim, pois vivo ocupado(a).			
12. Quando castigo meu filho(a) e ele pede para sair do castigo, após um pouco de insistência, permito que saia do castigo.			
13. Quando meu filho(a) sai, telefono procurando por ele(a) muitas vezes.			
14. Meu filho(a) tem muito medo de apanhar de mim.			
15. Quando meu filho(a) está triste ou aborrecido(a), interesse-me em ajudá-lo a resolver o problema.			
16. Se meu filho(a) estragar alguma coisa de alguém, ensino a contar o que fez e pedir desculpas.			
17. Castigo-o(a) quando estou nervoso(a); assim que passa a raiva, peço desculpas.			
18. Meu filho(a) fica sozinho em casa a maior parte do tempo.			
19. Durante uma briga, meu filho(a) xinga ou grita comigo e, então, eu o(a) deixo em paz.			
20. Controlo com quem meu filho(a) fala ou sai.			

	8 a 10	3 a 7	0 a 2
	Sempre	Às vezes	Nunca
21. Meu filho(a) fica machucado fisicamente quando bato nele(a).			
22. Mesmo quando estou ocupado(a) ou viajando, telefono para saber como meu filho(a) está.			
23. Aconselho meu filho(a) a ler livros, revistas ou ver programas de TV que mostrem os efeitos negativos do uso de drogas.			
24. Quando estou nervoso(a), acabo descontando em meu filho(a).			
25. Percebo que meu filho(a) sente que não dou atenção a ele(a).			
26. Quando mando meu filho(a) estudar, arrumar o quarto ou voltar para casa, e ele não obedece, eu “deixo pra lá”.			
27. Especialmente nas horas das refeições, fico dando as “brincas”.			
28. Meu filho(a) sente ódio de mim quando bato nele(a).			
29. Após uma festa, quero saber se meu filho(a) se divertiu.			
30. Converso com meu filho(a) sobre o que é certo ou errado no comportamento dos personagens dos filmes e dos programas de TV.			
31. Sou mal-humorado(a) com meu filho.			
32. Não sei dizer do que meu filho(a) gosta.			

33. Aviso que não vou dar um presente para meu filho(a) caso não estude, mas, na hora “H”, fico com pena e dou o presente.			
34. Se meu filho(a) vai a uma festa, somente quero saber se bebeu, se fumou ou se estava com aquele grupo de maus elementos.			
35. Sou agressivo (a) com meu filho(a).			
36. Estabeleço regras (o que pode e o que não pode ser feito) e explico as razões sem brigar.			
37. Converso sobre o futuro trabalho ou profissão de meu filho, mostrando os pontos positivos ou negativos de sua escolha.			
38. Quando estou mal-humorado(a), não deixo meu filho(a) sair com os amigos.			
39. Ignoro os problemas de meu filho(a).			
40. Quando meu filho fica muito nervoso(a) em uma discussão ou briga, ele(a) percebe que isto me amedronta.			
41. Se meu filho(a) estiver aborrecido(a), fico insistindo para ele contar o que aconteceu, mesmo que ele(a) não queira contar.			
42. Sou violento(a) com meu filho(a).			