

Barreiras e estratégias facilitadoras no acesso e acolhimento em saúde de crianças e adolescentes transexuais

Barriers and facilitating strategies for healthcare access and reception for transgender children and adolescents

Barreras y estrategias facilitadoras en el acceso y atención a la salud de niños y adolescentes transgénero

Juliana Cristina Pereira Silveira¹

ORCID: 0009-0006-9517-1583

Danton Matheus de Souza¹

ORCID: 0000-0001-6320-4826

Clarissa de Souza Cardoso^{II}

ORCID: 0000-0002-7109-2008

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira¹

ORCID: 0000-0002-1069-8700

^IUniversidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II}Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Silveira JCP, Souza DM, Cardoso CS, Oliveira MAF. Barriers and facilitating strategies for healthcare access and reception for transgender children and adolescents. Rev Bras Enferm. 2025;78(Suppl 2):e20240266. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0266pt>

Autor Correspondente:

Danton Matheus de Souza
E-mail: danton_souza@usp.br



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Márcia Ferreira

Submissão: 18-05-2024

Aprovação: 24-08-2024

RESUMO

Objetivos: identificar as barreiras e as estratégias facilitadoras de acesso e acolhimento de crianças e adolescentes transexuais na Rede de Atenção à Saúde. **Métodos:** revisão integrativa da literatura, com artigos, disponíveis na íntegra, com crianças e adolescentes entre 6 e 19 anos incompletos, publicados entre janeiro de 2013 e abril de 2023, nos idiomas português, inglês ou espanhol. O nível de evidência foi avaliado com a classificação do JBI. **Resultados:** as principais barreiras foram baixo conhecimento profissional, interações profissionais hostis e presunção sexual. As estratégias facilitadoras foram educação continuada, questionamento sobre gênero e pronome, e estímulo a um ambiente respeitoso e acolhedor. **Conclusões:** este estudo indica inúmeras barreiras para o acesso e acolhimento de crianças e adolescentes transexuais e estratégias passíveis de transformar esse contexto, visando caminhar em busca de um atendimento integral que reconheça, valide e acolha a identidade de gênero com cuidados apropriados, seguros e inclusivos.

Descritores: Pessoas Transgênero; Minorias Sexuais e de Gênero; Criança; Adolescente; Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

Objectives: to identify barriers and strategies that facilitate access and welcoming transgender children and adolescents in the Healthcare Network. **Methods:** an integrative literature review, with articles, available in full, with children and adolescents between 6 and 19 years of age, published between January 2013 and April 2023, in Portuguese, English or Spanish. The level of evidence was assessed using the JBI classification. **Results:** the main barriers were low professional knowledge, hostile professional interactions, and sexual presumption. Facilitating strategies included continuing education, questioning about gender and pronouns, and encouraging a respectful and welcoming environment. **Conclusions:** this study indicates numerous barriers to access and support for transgender children and adolescents and strategies that can transform this context, aiming to move towards comprehensive care that recognizes, validates and supports gender identity with appropriate, safe and inclusive care. **Descriptors:** Transgender Persons; Sexual and Gender Minorities; Child; Adolescent; Barriers to Access of Health Services.

RESUMEN

Objetivos: identificar las barreras y estrategias facilitadoras para el acceso y acogida de niños y adolescentes transgénero en la Red de Atención a la Salud. **Métodos:** revisión integradora de la literatura, con artículos, disponibles íntegramente, con niños y adolescentes entre 6 y 19 años, publicados entre enero de 2013 y abril de 2023, en portugués, inglés o español. El nivel de evidencia se evaluó mediante la clasificación del JBI. **Resultados:** las principales barreras fueron el bajo conocimiento profesional, las interacciones profesionales hostiles y la presunción sexual. Las estrategias facilitadoras fueron educación continua, preguntas sobre género y pronombres y fomento de un ambiente respetuoso y acogedor. **Conclusiones:** este estudio señala numerosas barreras para el acceso y la atención de niños y adolescentes transgénero y estrategias que pueden transformar este contexto, con el objetivo de avanzar hacia una atención integral que reconozca, valide y acoja la identidad de género con una atención adecuada, segura e inclusiva.

Descriptorios: Personas Transgénero; Minorías Sexuales y de Género; Niño; Adolescente; Barreras de Acceso a los Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

Transexualidade refere-se a uma pessoa que não identifica o seu gênero com o sexo que lhe foi designado ao nascimento. O termo “trans” é amplamente utilizado para abranger essa população, que reivindica socialmente seu reconhecimento⁽¹⁾. Assim, mulheres trans são aquelas que nasceram com sexo masculino, mas que se identificam com o gênero feminino; homens trans são aqueles nascidos com sexo feminino, porém se identificam com o gênero masculino; e pessoas do gênero não binário (GNB) são aquelas que sentem que sua identidade está fora ou entre as identidades femininas e masculinas, identificando-se com ambos ou nenhuma^(1,2).

Esse processo de identificação surge na etapa infantojuvenil, de forma gradual, com início na primeira infância. Ao final desta, a criança já tem consciência da definição do seu gênero. Porém, a identificação de gênero pode não ser referida devido à representação social do cisgênero e estigmatização da transexualidade, podendo ser referida na adolescência⁽³⁾. Cabe salientar que o reconhecimento da existência de crianças e adolescentes transexuais significa a defesa das suas necessidades e desejos como seres humanos e sujeitos de direitos, a partir de uma reivindicação da expressividade de gênero diferente da cisgeneridade⁽³⁾. Nos últimos anos, observa-se um aumento de estudos relacionados à população transexual, porém com enfoque em adultos. Poucas investigações atuaram com crianças e adolescentes, sendo que as existentes focalizaram nas repercussões da transfobia em sua saúde mental^(4,5).

Estima-se uma proporção mundial de indivíduos que se identificam como transgênero entre 0,1% e 2% da população geral⁽⁶⁾. No Brasil, estudo que avaliou a proporção da diversidade de gênero mostrou que, de 5.930 pessoas acima de 18 anos, 1,9% possuem diversidade de gênero, sendo 0,7% transexuais e 1,2% GNB. Ainda, estima-se que cerca de 1.090.200 adultos possam se identificar como transexuais e, 1.880.200, como GNB, totalizando, assim, quase 3.000.000 de pessoas possuindo diversidade de gênero⁽¹⁾. Na etapa infantojuvenil, a literatura ainda diverge, com uma média entre 0,1% e 1,3%^(6,7). Porém, esses estudos podem não ser precisos na proporção de indivíduos transexuais, principalmente com crianças e adolescentes, uma vez que a identificação é mascarada em um contexto de estigmas e invisibilidade da transexualidade infantojuvenil^(1,3,8).

Recentemente, de forma a avançar na temática, a *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) divulgou um *guideline* com inúmeras recomendações para a atuação com pessoas transexuais. Entre essas, destaca-se a necessidade de qualificação dos serviços de saúde, garantindo acesso, acolhimento e assistência integral à pessoa transexual. No Brasil, avanço nessa recomendação já foi feito, com destaque nas políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia, observa-se uma dificuldade de tradução dessas recomendações à prática clínica, com uma universidade de acesso falha⁽⁶⁾.

Estudos internacionais indicam experiências crônicas de discriminação, rejeição e estigma à população transexual em serviços de saúde e comunitários^(4,5). No Brasil, em investigação realizada com adolescentes transexuais brasileiros, nas 27 unidades federativas, observou-se a precariedade dos serviços de

saúde a essa população que, quando o acessa, vivencia a baixa qualificação profissional e é submetida à lógica da referência e contrarreferência, com longas filas de espera e poucas unidades de serviço especializadas, que repercutem na peregrinação nos serviços e em seu sofrimento⁽⁹⁾. De forma a alterar esse cenário, é necessário reconhecer as eventuais barreiras de acesso e acolhimento e o que pode ser feito para superá-las, sendo que este estudo possui um olhar a este objeto de pesquisa.

O último *guideline* do WPATH traz como recomendações o empoderamento científico na temática da transexualidade, com avanço em estudos que atuem na redução do estigma, facilitação do acesso aos cuidados de saúde, respeito à diversidade de gênero e resignificação da patologização da identidade e expressão de gênero⁽⁶⁾. Soma-se a isso revisão de escopo que identificou 20 prioridades de pesquisa para a área infantojuvenil a serem desenvolvidas entre 2020-2029; entre essas, há a necessidade de qualificação dos serviços de saúde e avanço no acesso⁽¹⁰⁾. Assim, integrando as recomendações e a prioridade indicada, emergiu a seguinte pergunta de pesquisa: quais são as barreiras e as estratégias facilitadoras de acesso e acolhimento de crianças e adolescentes transexuais nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) indicadas pela literatura científica?

OBJETIVOS

Identificar as barreiras e as estratégias facilitadoras de acesso e acolhimento de crianças e adolescentes transexuais na RAS.

MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa da literatura. Para tal, foram percorridas cinco etapas: identificação da pergunta de pesquisa; estabelecimento dos critérios de elegibilidade e busca na literatura; definição das informações a serem extraídas; avaliação dos estudos incluídos; e interpretação/apresentação dos resultados⁽¹¹⁾.

De forma a guiar esta revisão, partimos das seguintes definições dos conceitos-chave: 1) Barreiras foram definidas como qualquer impasse ou obstáculo para que o acesso e o acolhimento de crianças e adolescentes ocorram, e, de forma contrária, os facilitadores foram definidos como estratégias que possibilitam modificar o contexto e aperfeiçoar a assistência; 2) Acesso como a entrada aos serviços de saúde; 3) Acolhimento como o reconhecimento da busca ao serviço de saúde como legítima e singular, com atuação qualificada, por intermédio de diferentes tecnologias de cuidado; e 4) RAS como diferentes serviços de saúde, de diferentes níveis, que atuam em conjunto, com ações cooperativas e interdependentes, que permitem ofertar atenção contínua e integral, como atenção primária, serviços ambulatoriais e unidades hospitalares⁽¹²⁻¹⁴⁾. A pergunta de pesquisa, supracitada na sessão da introdução, foi constituída pelos conceitos-chave e pelo mnemônico PCC, em que: P (população): crianças e adolescentes transexuais; C (conceito): barreiras e estratégias facilitadoras; e C (contexto): acesso e acolhimento na RAS, indicados pela literatura científica.

Foram incluídos artigos com delineamento qualitativo ou quantitativo, disponíveis na íntegra, que indicassem barreiras de

acesso ou acolhimento na RAS e/ou estratégias para superá-las, por crianças e adolescentes, considerando a faixa etária entre 6 e 19 anos incompletos, publicados entre janeiro de 2013 e abril de 2023, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram excluídos artigos de opinião, consensos de especialistas, protocolos de revisão, resumos, editoriais e teses/dissertações. Reitera-se que o recorte temporal de busca ocorreu de forma a capturar os estudos dos últimos dez anos e a faixa etária acima de seis anos, uma vez que, ao final da primeira infância, no processo típico do desenvolvimento, a criança já possui consciência da definição do seu gênero, com o início das buscas aos serviços de saúde após identificação da incongruência de gênero⁽⁵⁾.

Para a busca na literatura, foram escolhidas as bases de dados PubMed, EMBASE, *Web of Science*, CINAHL, Scopus, APA PsycInfo, LILACS e SciELO. Foram formuladas estratégias de busca para cada base de dados com auxílio de uma bibliotecária especialista em revisão integrativa, com o uso de descritores e os operadores booleanos AND e/ou OR. A busca foi realizada no dia 05 de maio de 2023. Os descritores utilizados na estratégia de busca foram baseados na pergunta de pesquisa como: P: *Transsexual; Transgender; Gender Diversity; Sexual and Gender Minorities*; C: *Barriers to Access of Health Services*; C: *Health Personnel; Healthcare Workers; Healthcare Personnel; Healthcare Worker; Healthcare Provider; Nursing Care; Comprehensive Health Care*. Reitera-se que, inicialmente, utilizaram-se descritores relacionados à criança e ao adolescente, porém a busca foi reduzida a menos de 100 artigos, o que limitaria o estudo; de forma semelhante, ao fazer uso dos descritores dos serviços que compõem a RAS, o mesmo ocorreu. Assim, optou-se por retirar esses descritores, fazendo uma busca mais ampla e colocando a idade e os profissionais atuantes na rede como filtro de pesquisa.

Na coleta de dados, seguiram-se as seguintes etapas: leitura de títulos e resumos; leitura do artigo na íntegra; busca de evidências com base nas referências dos artigos; e coleta de dados. Para uma coleta sistematizada, foi formulado um instrumento, pelos autores, que continha variáveis referentes à caracterização do manuscrito, às barreiras e aos facilitadores indicados. A extração dos dados foi realizada por uma dupla de pesquisadores, com um terceiro revisor em caso de alguma divergência. Para auxiliar na extração, utilizaram-se o programa *EndNote*® e o software *Rayyan*®. Os dados coletados foram categorizados e digitados em uma planilha do *Microsoft Excel*®.

Para a avaliação do nível de evidência, utilizou-se a classificação do JBI, em que há a separação de níveis em: nível I: revisão sistemática ou metanálise; nível II: ensaio clínico controlado randomizado; nível III: ensaio clínico controlado sem randomização/estudos quase-experimentais; nível IV: estudos de coorte ou caso-controle bem delineados; nível V: revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos; nível VI: estudos descritivos ou

qualitativos; e nível VII: opinião de autoridades ou relato de especialistas. Os níveis são classificados em forte (I e II), moderado (III a V) e fraco (VI a VII)⁽¹⁵⁾.

Para auxílio na interpretação dos resultados, utilizaram-se os seguintes documentos: Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁽¹⁶⁾; Carta de Direito dos Usuários de Saúde⁽¹⁷⁾; Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral e Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação em Saúde⁽¹⁸⁾; Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTQAI+)⁽¹²⁾; e Portaria do Processo Transsexualizador⁽¹⁹⁾.

A revisão ética e a aprovação foram dispensadas para este estudo, devido a ser uma revisão da literatura, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram incluídos oito estudos. A Figura 1 traz o fluxograma de busca utilizado neste estudo, e o Quadro 1, a caracterização dos manuscritos. Esses foram publicados entre 2013 e 2020 (Figura 2A), prevalecendo os estudos conduzidos nos Estados Unidos (Figura 2B), com delineamento qualitativo, de nível de evidência VI (Figura 2C), e três foram conduzidos com crianças com adolescentes transexuais e cinco com adolescentes (Figura 2D). As principais barreiras identificadas foram baixo conhecimento profissional, interações profissionais hostis e presunção sexual (Figura 2E). As estratégias foram o questionamento da identidade de gênero desde a admissão na RAS e a educação continuada de profissionais de saúde (Figura 2F). As demais barreiras e estratégias são vistas no Quadro 2.

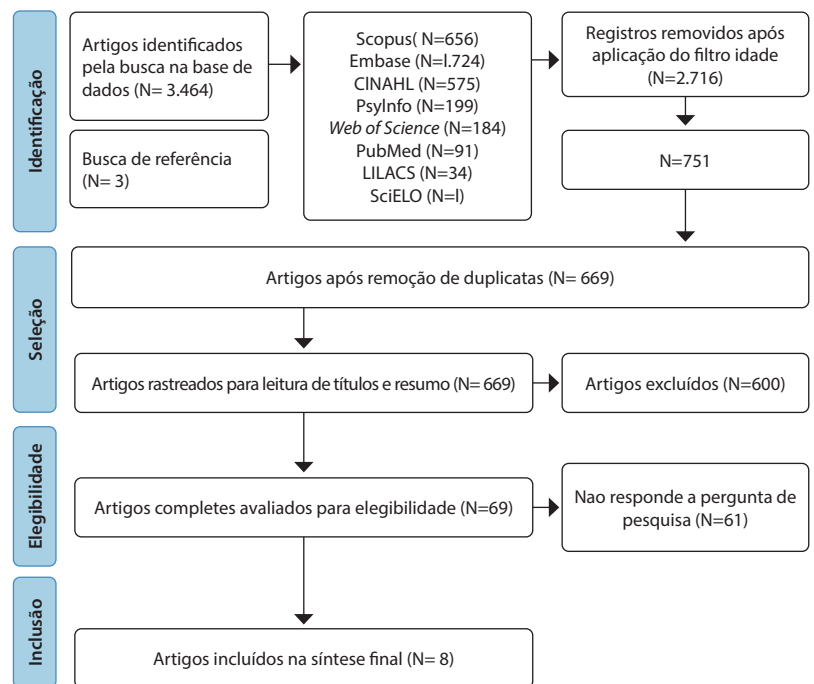


Figura 1 - Fluxograma das buscas nas bases de dados adaptados do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Checklist* (PRISMA), São Paulo, São Paulo, Brasil, 2023

Quadro 1 - Caracterização dos estudos incluídos (N=08), São Paulo, São Paulo, Brasil. 2023

Autor, ano e país	Objetivo	Delineamento e nível de evidência	Resultados/conclusão
<i>American Academy of Pediatrics</i> , 2013; Estados Unidos ⁽²⁰⁾	Discorrer sobre estratégias de acolhimento a crianças e adolescentes transexuais nos consultórios médicos.	Relatório de especialista; Nível VII	Os especialistas indicam como barreiras presunção sexual, ausência da identificação de gênero, ambiência pouco acolhedora com homofobia estrutural. O manuscrito discorre, principalmente, sobre duas estratégias: abordagem da transexualidade de forma acolhedora e educação continuada de profissionais de saúde.
Vance SRJ <i>et al.</i> ; 2015; Estados Unidos ⁽²¹⁾	Explorar as experiências clínicas, o conforto, a confiança dos profissionais e as barreiras para prestar cuidados a jovens transgêneros.	Estudo qualitativo; Nível VI	Os profissionais relataram como barreiras baixo conhecimento sobre a temática, interações marcadas por julgamentos e preconceitos ligados, principalmente, à baixa frequência de atendimentos aos jovens transexuais, e ausência entre interligação na RAS. As estratégias foram formação, desde a graduação, que se segue na atuação do profissional.
Gridley SJ <i>et al.</i> ; 2016; Estados Unidos ⁽²²⁾	Compreender as barreiras que os jovens transexuais e seus cuidadores enfrentam no acesso a cuidados de saúde transexuais.	Estudo qualitativo; Nível VI	Os jovens e seus cuidados referiram como barreira uso do nome registrado, linguagem desatualizada e ofensiva dos profissionais, interações hostis, redução das queixas clínicas e supervalorização do gênero, baixo conhecimento profissional, ausência de protocolos, interligação entre a RAS e baixa cobertura do seguro de saúde. As estratégias foram questionamento do gênero e pronome, educação continuada, formulação de protocolos clínicos e ambientes respeitosos e inclusivos.
Clark BA <i>et al.</i> ; 2017; Canadá ⁽²³⁾	Analisar as questões do acesso aos cuidados primários entre adolescentes e jovens transgêneros.	Estudo qualitativo; Nível VI	Os jovens indicaram como barreira para o acesso ao serviço de saúde ausência de espaço acolhedor, associado, principalmente, a experiências anteriores negativas, à cobertura limitada de serviços de saúde e ao medo de que as comunicações não fossem confidenciais. As estratégias indicam a possibilidade futura de teleatendimentos.
Rider GN <i>et al.</i> ; 2019; Estados Unidos ⁽²⁴⁾	Analisar as experiências e atitudes dos profissionais de saúde sobre trabalhar com jovens transexuais.	Estudo qualitativo; Nível VI	Os profissionais indicaram como barreiras medo, principalmente, em questionar o nome social e pronomes, seu baixo conhecimento, interações hostis, que visualizam a realização por colegas, e ausência da interligação entre a RAS. As estratégias referem-se ao desejo de formação profissional, com educação continuada ofertada pelos serviços de saúde.
Eisenberg ME <i>et al.</i> ; 2019; Estados Unidos ⁽⁸⁾	Descrever as experiências, preocupações e necessidades dos adolescentes transexuais nos serviços de saúde.	Estudo qualitativo; Nível VI	Identificou-se como barreira baixo conhecimento profissional. Como estratégias, dois temas principais foram identificados nos relatos, como questionamento sobre o gênero e pronome, e educação continuada de profissionais de saúde. Ainda, o manuscrito indica a necessidade do enfoque nas queixas de saúde e promoção de um ambiente respeitoso e inclusivo.
Acosta W <i>et al.</i> ; 2019; Estados Unidos ⁽²⁵⁾	Compreender a experiência de adolescentes transgêneros nos serviços de saúde.	Estudo qualitativo; Nível VI	Os adolescentes identificaram como barreiras presunção da sexualidade, ausência de identificação de gênero, com uso repetido do nome registrado, baixo conhecimento profissional que leva a interações hostis. As estratégias foram questionamento sobre gênero e pronome, em caso de uso inconsciente, pedir desculpa, com esforço para respeitar, ofertar espaço de fala, em um ambiente respeitoso e inclusivo, e educação continuada.
Pontes JC <i>et al.</i> ; 2020; Brasil ⁽²⁶⁾	Descrever e discutir os significados e as concepções atribuídos por um grupo de profissionais de saúde às categorias “crianças” e “adolescentes” trans e sua relação com as práticas de cuidado realizadas.	Estudo qualitativo; Nível VI	Observou-se uma redução da transexualidade a etapas transitórias, com interações hostis. Há um número reduzido de profissionais da equipe multiprofissional, e os presentes tendem a reduzir as queixas e supervalorizar o gênero, indicando uma ambiência pouco acolhedora, com a homofobia estrutural. As estratégias foram questionamento da identidade de gênero e uso de pronomes, promoção de um espaço de fala, com enfoque nas queixas.

DISCUSSÃO

O sétimo artigo do ECA indica que a criança e o adolescente têm o direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação das políticas públicas, permitindo um desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência⁽¹⁶⁾. Apesar do avançar da literatura científica diante das políticas públicas para a assistência à população LGBTQIA+, ainda se observa um alto número de barreiras identificadas na literatura para a efetivação desse direito nas crianças e adolescentes LGBTQIA+. Essas barreiras estão associadas ao conhecimento, à conduta profissional

e à organização da RAS e dos seus aparatos. Um longo avanço ainda é necessário, sendo este estudo um pontapé inicial para o aperfeiçoamento da prática.

No Brasil, a política de LGBTQIA+ traz, em uma de suas diretrizes, a necessidade da eliminação da discriminação dos indivíduos que buscam os serviços da RAS⁽¹²⁾, e, como visto no Quadro 1, barreiras impactam diretamente esse processo, e uma delas é a presunção da sexualidade. Os estudos indicam que os profissionais tendem a identificar as crianças e adolescentes como heterossexuais e, mesmo que essas façam correções sobre o erro do gênero e dos pronomes, o profissional tende a seguir repetindo^(8,21,22,25). Esse equívoco pode

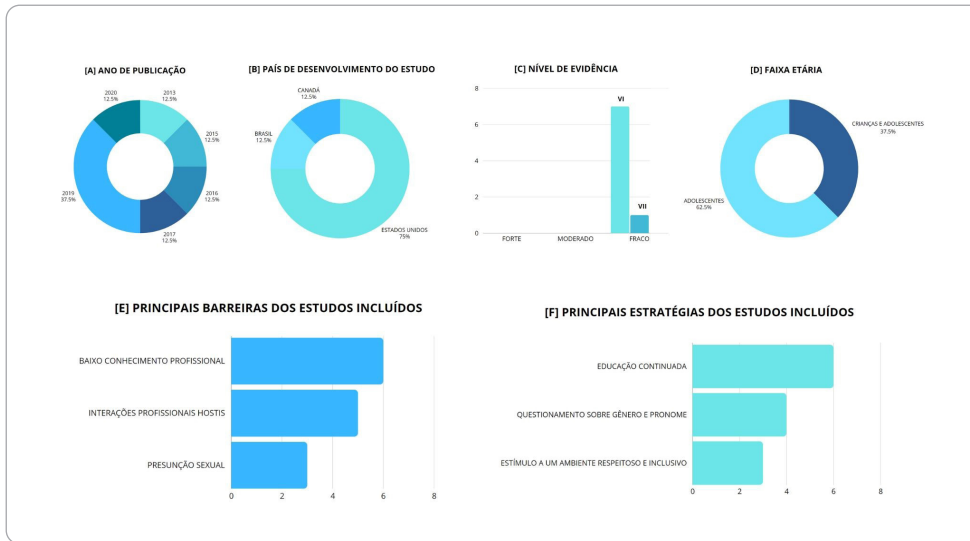


Figura 2 - [A] Ano de publicação; [B] País de desenvolvimento do estudo; [C] Avaliação do nível de evidência; [D] Faixa etária; [E] Principais barreiras dos estudos incluídos; e [F] Principais estratégias facilitadoras dos estudos incluídos (N=08), São Paulo, São Paulo, Brasil, 2023

Quadro 2 - Estratégias facilitadoras para o acesso e acolhimento à Rede de Atenção à Saúde por crianças e adolescentes transexuais, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2023

BARREIRAS	ESTRATÉGIAS
• Presunção profissional da sexualidade das crianças e dos adolescentes transexuais, com tratamentos reducionistas^(20,24,25); • Ausência da identificação da identidade de gênero com o nome social e/ou pronomes, como nos prontuários, nas pulseiras de identificação e na documentação de administração de medicações^(20,25); • Uso inconsciente ou consciente do nome registrado da criança e do adolescente, frequentemente, de forma repetitiva, mesmo após correções do paciente e/ou sua família^(22,25); • Medo dos profissionais em questionar o nome social e/ou pronome dos pacientes e cometer um equívoco que cause ofensas⁽²⁴⁾; • Uso de linguagem desatualizada e ofensiva pelos profissionais⁽¹⁸⁾; • Ausência da sensação de um espaço acolhedor para demandas de saúde relacionadas ao gênero, com medo de que as comunicações terapêuticas não fossem confidenciais⁽²³⁾; • Baixo conhecimento profissional, que repercute em um cuidado pouco responsivo, marcado por estigmas e preconceitos, com crenças, valores pessoais e percepções do senso comum no cuidado tanto à criança e ao adolescente quanto à sua família^(8,23-25); • Interações hostis dos profissionais, com minimização da identidade de gênero e ligação da transexualidade a uma etapa transitória do desenvolvimento humano e/ou visão patológica da infância^(22,24-26); • Ausência de profissionais na equipe multiprofissional que poderiam prestar um cuidado acolhedor, como os profissionais de saúde mental e os assistentes sociais⁽²⁶⁾; • Ausência de protocolos institucionais para o acolhimento e cuidado à criança e ao adolescente transexual, com dependência dos conhecimentos e senso profissional para um cuidado de qualidade⁽²²⁾; • Redução da queixa de saúde da criança e do adolescente, que os fizeram buscar o serviço de saúde, para a transexualidade, com falta de interesse na demanda de cuidado e supervalorização do gênero^(22,26); • Dificuldade de acessar a RAS, pela ausência de serviços especializados na região de moradia ou pela distância, ou percepção de que a RAS não está disponível para acolher suas demandas⁽²³⁾; • Ausência de interligação entre a RAS, especialmente os centros especializados e não especializados no cuidado à criança e ao adolescente transexual, com peregrinação em busca de acolhimento, principalmente em casos em que o cuidado está relacionado à transexualidade^(21,22); • Cobertura limitada do seguro de saúde aos cuidados de saúde relacionados à transexualidade, com ausência de serviço que preste a atenção de forma gratuita^(22,23); • Ambiência dos serviços de saúde pouco acolhedoras, com homofobia estrutural^(20,26).	• Questionar a criança e o adolescente, desde a admissão no serviço de saúde, sobre o seu gênero e pronome a ser utilizado, de forma simples e respeitosa, como: quais são seus pronomes? Como você gostaria de ser chamado? A resposta deve ser identificada em prontuário, desde que o paciente e família permitam, para que seja disseminado nas abordagens por todos os profissionais no cuidado^(8,20-22); • Em caso de ocorrência inconsciente do uso do nome e/ou pronome incorreto, recomenda-se que o profissional não se acanhe em pedir desculpas à criança e ao adolescente, e chame-o conforme ele solicita⁽²⁵⁾; • Ofertar um espaço de fala à criança e ao adolescente transexual, de forma respeitosa, com escuta ativa, sem julgamentos e represálias, atuando com empatia, por todos os profissionais que prestem assistência, em toda a RAS^(25,26); • Formação sobre transexualidade e cuidados à população LGBTQIA+ desde a graduação profissional^(21,24); • Educação continuada, com treinamentos e atualizações constantes, a todos que se comunicam com a criança e o adolescente transexual na RAS. Se possível, recomenda-se que o treinamento seja realizado por uma pessoa transexual^(8,20,21,24,25); • Esforço dos profissionais de saúde em respeitar as crianças, os adolescentes e suas famílias, independentemente da identidade de gênero⁽²⁵⁾; • Desenvolvimento de protocolos claros e baseados em evidência, com roteiro adequado de cuidado à idade, com foco na criança, no adolescente e em sua família⁽²²⁾; • Focar nas queixas de saúde trazidas pela criança, pelo adolescente e pela família ao invés de questões de gênero, que devem ser abordadas como forma de prestar um cuidado responsivo e respeitoso, e focalizadas quando for relevante a queixa trazida^(8,26); • Teleatendimento como estratégia para o acolhimento de crianças e adolescentes transexuais com demandas de saúde, independentemente do local em que vivem, sem a necessidade de locomoção⁽²³⁾; • Estímulo a um ambiente respeitoso e inclusivo. Adaptações ambientais, com cartazes que indiquem que a criança e o adolescente são bem-vindos ao serviço de saúde ("Aqui é um lugar neutro" ou "Aqui é um lugar seguro"; uso da bandeira LGBTQIA+), usando pingentes na roupa dos profissionais que remetam à população. A longo prazo, construção de banheiros e leitos neutros^(8,22,25).

ser um reflexo da construção histórica das questões de gênero, contribuindo para a falta de confiança das crianças e adolescentes nos profissionais, com desconforto em um ambiente que promove tratamentos reducionistas^(8,22).

Ainda, estruturalmente, os serviços de saúde não se organizaram para a inclusão do nome social das crianças e dos adolescentes em seus prontuários, levando ao uso recorrente do nome registrado, que contribui para a sensação da ausência de um espaço acolhedor para as demandas de saúde relacionadas ao gênero^(20,22,25).

Como estratégia para modificar esse contexto, os estudos reiteraram a importância de perguntar sobre o gênero e o pronome da criança ou do adolescente que será atendida/atendido. A pergunta tende a promover um acolhimento, cuidado e respeito, além de aumentar o conforto do paciente na RAS. Pessoas transgêneros não nascem com 18 anos; elas reconhecem sua identidade de gênero ainda na infância, ao adotar elementos simbólicos construídos socialmente para meninos e meninas. Além disso, ao perguntar rotineiramente sobre gênero e pronome, os profissionais podem contribuir na luta contra o estigma que essa população sofre, além de normalizar as questões sobre o tema^(8,20,22,25).

Esse questionamento pode ser iniciado desde a recepção nos serviços da RAS^(8,22,25). A título de ilustração, quando a criança ou o adolescente chegar ao serviço de saúde, inicialmente, na abertura da ficha de atendimento, esse deve ser questionado sobre a sua identidade de gênero, com o registro que poderá ser utilizado por todos os profissionais de saúde que cuidarão da criança e adolescente transexual. Contudo, mesmo que a triagem seja realizada por um profissional de nível superior, frequentemente um(a) enfermeiro(a)⁽²⁷⁾, ainda há barreiras.

Ao ressaltarmos o papel do enfermeiro em estudo qualitativo, brasileiro, com 20 mães e dois pais de adolescentes transexuais, observou-se a citação desse profissional por apenas uma participante, retratando a lacuna de acesso aos cuidados realizados pelo profissional e a falta de compreensão da sociedade civil sobre as potencialidades da profissão⁽⁹⁾. Ainda, mesmo com o nome social indicado em algum local do prontuário, os profissionais podem usar o nome registrado por engano. Nesse contexto, recomenda-se que ele não se acanhe em pedir desculpas à criança e ao adolescente, chamando-o conforme se solicita⁽²⁵⁾. Todas essas estratégias permitem que seja promovido um espaço de cuidado respeitoso para a criança e o adolescente transexual^(25,26).

Outro aspecto é que as crianças e adolescentes indicam que somente a escuta ativa sem julgamentos, com questionamentos como "O que você precisa?", é basicamente o aspecto mais importante no cuidado, pois não há um guia. Apesar da existência de diretrizes e políticas, a individualidade segue sendo o ponto de partida para um cuidado respeitoso que garanta os direitos das crianças e adolescentes^(8,12).

Assim, mesmo com as estratégias, o cuidado ainda pode ser marcado pelo estigma, com o baixo conhecimento profissional, que foi a barreira mais frequente nos estudos^(8,23-25), somado às crenças e aos valores pessoais, que reproduzem percepções ultrapassadas e do senso comum, e uma delas é a redução da transexualidade a uma fase transitória^(22,24-26). Essa percepção é reflexo de uma construção histórica que precisa ser ressignificada. Há o uso de critérios biomédicos e concepções socioculturais de gênero que revelam impasses e controvérsias, com a visão de um desvio da normalidade^(26,28). Contudo, estimula-se a reflexão: o que é o normal? Ainda, crianças e adolescentes transexuais tendem a sofrer altas taxas de psicopatologia internalizante, que é perpetuada pelos espaços que deveriam auxiliar na modificação desse contexto⁽²⁵⁾.

O ECA indica, em seu quinto artigo, que nenhuma criança ou adolescente deve sofrer formas de discriminação⁽¹⁶⁾, e a Carta de Direito dos Usuários de Saúde indica que todo cidadão possui o direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer

forma de discriminação⁽¹⁷⁾. Este estudo demonstra que ainda há um longo caminho a ser seguido para se atingir esses aspectos.

Apesar de os estudos incluídos não terem atuado com as famílias dos jovens, cabe refletir esse contexto. Na prática clínica, observa-se que muitas famílias disseminam visões reducionistas sobre a transexualidade, e as estratégias indicadas devem, também, ser pensadas para esse público. Outro aspecto é que o cuidado hostil prestado pelos profissionais impacta diretamente as famílias, acentuando seu sofrimento. Na assistência de enfermagem pediátrica, o Cuidado Centrado na Família é um modelo a ser seguido. Neste, a família é tida como uma parceira essencial do cuidado, e a sua implementação nos serviços da RAS pode ser uma estratégia para acesso e acolhimento das crianças e dos adolescentes transexuais, considerando que o serviço pode ser visto por seus familiares como uma fonte de cuidado⁽²⁹⁾.

Os estudos indicaram que as estratégias vitais para lidar com a principal barreira são a formação dos profissionais de saúde e a educação continuada^(8,20-22,24,25). Estima-se que, em média, cinco horas dos cursos de formação de médicos são dedicados à saúde LGBTQIA+, sem um contexto específico à transexualidade, demandando busca autônoma dos profissionais para o aperfeiçoamento das suas habilidades. Essa estimativa é ainda menor em cursos de enfermagem, com duração entre uma e duas horas⁽³⁰⁾.

Na educação continuada, recomenda-se o enfoque em ensinar relações básicas de gênero, diversidade, experiências e estratégias para um cuidado digno⁽⁸⁾. Vale ressaltar que esses treinamentos não devem ser tidos de forma pontual, sem uma atualização posterior; para que a estratégia seja de fato efetiva, recomenda-se uma constância. Outro aspecto é que a educação não deve ser privativa apenas aos profissionais de saúde, pois a RAS é composta por diversas profissões que devem ser também aperfeiçoadas⁽²⁰⁾. Nesse contexto, a formulação de protocolos institucionais⁽²²⁾ pode ser uma estratégia promotora de uma assistência humanizada e sensível às crianças e aos adolescentes transexuais.

Nos estudos internacionais, observou-se a indicação da cobertura paga e limitada dos seguros de saúde aos cuidados relacionados à transexualidade como uma barreira para o acesso^(22,23). No Brasil, as políticas públicas garantem um acesso universal e integral à RAS pelas crianças e adolescentes LGBTQIA+ no SUS de forma gratuita^(17-19,22), aspecto positivo que deve ter visibilidade, demonstrando a potencialidade de uma rede de saúde pública. Aqui, outros problemas podem ser mais frequentes, como a interligação da RAS e a distância dos serviços de saúde qualificados.

A ausência da interligação entre a RAS, especialmente entre a atenção primária e a atenção especializada, é um desafio da rede de saúde brasileira que vai além da saúde da criança e do adolescente transexual. Esse contexto leva à peregrinação entre serviços, com ausência de um cuidado longitudinal^(21,22). Esforços coletivos precisam ser conduzidos para modificar esse cenário, e as estratégias listadas no Quadro 1 podem ser integradas em estudos de implementação para a garantia dessa articulação.

Há também a dificuldade de acesso, seja pelo local de moradia ou pela distância. Uma estratégia indicada nesse contexto é o teleatendimento que, após a pandemia de COVID-19, ganhou maior visibilidade⁽²³⁾. É digno de nota que, mesmo em atendimentos

remotos, todas as estratégias citadas no Quadro 1 devem ser integradas para um cuidado acolhedor.

Ao retratarmos esse acesso, é preciso refletir que, para além da transexualidade, com o crescimento das crianças e vivência da adolescência, os serviços de saúde deixam de ser acessados com frequência, com a redução do número de consultas de puericultura na atenção primária, porta de entrada da rede⁽¹⁹⁾. O olhar do profissional se volta à primeira infância, em detrimento das etapas subsequentes, e ao processo de adoecimento, de forma que o adolescente não é visto pelas políticas públicas. No sistema de saúde, as ações se voltam à redução de danos, educação sexual com enfoque na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e gestação, com redução da assistência a funções reprodutivas, deixando de lado toda a singularidade da fase⁽³⁾. Assim, de forma intrínseca, a RAS deixa de ser um potencial na vida da criança e do adolescente, repercutindo ao longo da fase adulta^(3,9). Isso pode ser mais frequente nos casos de transexualidade.

A Carta de Direito dos Usuários de Saúde⁽¹⁷⁾ indica que todo cidadão tem o direito a tratamento adequado e efetivo para sua demanda de cuidado. Todavia, neste estudo, foi observado que a queixa das crianças e adolescentes transexuais tende a ser focalizada no gênero, independentemente da demanda^(22,26). Uma ilustração disso são as crianças e adolescentes transexuais que buscam o serviço por agravos respiratórios, mas a equipe de saúde, apesar de tratar dessa queixa, focaliza todo o cuidado no fato de serem transexuais, o que pode potencializar o seu afastamento dos serviços de saúde, especialmente se esse olhar à transexualidade seja marcado de estigma e patologização da identidade de gênero.

A título de ilustração, em investigação inclusa, um adolescente de 16 anos relatou que: *"Estou muito doente, mas não quero ter que lidar com todo o ódio no consultório médico ou toda a discriminação contra mim"*. O mesmo ressalta que não vai à RAS pela ansiedade de que não será aceito no espaço: *"É difícil ir ao médico se você é odiado lá"*⁽⁸⁾, reiterando a necessidade do acolhimento. É digno de nota que a transexualidade deve ser a protagonista do cuidado quando a busca pelo serviço for devido a essa e, em outros casos, o atendimento deve ocorrer de forma a respeitar a identidade de gênero, mas atuar na queixa base que levou a criança ou adolescente ao serviço de saúde⁽²³⁾.

Ao fim, a ambiência dos serviços e a homofobia estrutural também foram barreiras identificadas^(20,26). O Quadro 1 traz estratégias para a modificação da ambiência, porém cabe ressaltar que essa não é válida, de forma isolada, se o cuidado prestado pelos profissionais de saúde não for acolhedor. Ao promover o ambiente físico preparado para receber crianças e adolescentes transexuais, faz-se necessário que os profissionais estejam capacitados para o atendimento da população.

As estratégias de acesso e acolhimento apresentadas neste estudo demonstram que crianças e adolescentes transexuais não querem ser tratados de maneira diferente ou especial, mas querem que seu atendimento seja como de qualquer outro paciente, sem a necessidade de esconder quem são. Todas as medidas de acolhimento aqui apresentadas podem ser colocadas em prática, desde que o serviço de saúde esteja disposto. Treinamento de equipes, elaboração de protocolos e auditoria

frequente deveriam ser implementados em todos os serviços de saúde, desde a atenção primária até os serviços terciários, públicos ou privados. Essas medidas demonstrariam que os funcionários desses serviços de saúde são respeitosos, acolhedores e provedores de um ambiente seguro para qualquer tipo de tratamento⁽¹²⁾. Contudo, sabe-se que essas estratégias possuem limitações intrínsecas, como o caso de treinamentos isolados sem uma constância. Assim, indica-se a necessidade de refletir sobre uma intersecção entre as inúmeras estratégias indicadas neste artigo e o contexto de atuação, de forma a aumentar a chance de sucesso na prática clínica.

Limitações do estudo

Este estudo possui como limitação a centralização de estudos qualitativos, o que não permite demonstrar a magnitude dos impactos das barreiras e estratégias indicadas. Contudo, esse aspecto não reduz a potencialidade dos dados. Na política LGBTQIA+, indica-se como diretriz a necessidade da produção de conhecimentos científicos⁽¹²⁾, com este estudo sendo incluso nesse aspecto.

Contribuições para a área da saúde

Espera-se que esta revisão contribua para a reorientação e/ou construção de diretrizes ou políticas públicas que visem garantir o acesso e acolhimento às crianças e aos adolescentes transexuais em uma RAS interligada e otimizada, para reconhecer, validar e acolher sua identidade de gênero, com cuidados apropriados, seguros e inclusivos.

CONCLUSÕES

Este estudo demonstrou as barreiras vivenciadas por crianças e adolescentes transexuais na RAS e as estratégias para superá-las. Em oito estudos, observou-se que as principais barreiras foram baixo conhecimento profissional, interações profissionais hostis e presunção sexual. As estratégias foram o questionamento da identidade de gênero, desde a admissão na RAS, e a educação continuada de profissionais de saúde. Espera-se que, com a demonstração deste contexto, os profissionais de saúde possam refletir suas práticas, de forma a minimizar os impasses e potencializar um acesso universal e acolhedor para as crianças e adolescentes transexuais, com a interligação das estratégias supracitadas na sua assistência, além de caminhar em estudos de implementação que possibilitem a tradução das políticas públicas existentes à prática clínica, de forma a respeitar os direitos das crianças e dos adolescentes transexuais.

CONTRIBUIÇÕES

Silveira JCP, Souza DM e Oliveira MAF contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Silveira JCP, Souza DM e Cardoso CS contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Silveira JCP, Souza DM, Cardoso CS e Oliveira MAF contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Spizzirri G, Eufrásio R, Lima MCP, Carvalho Nunes HR, Kreukels BPC, Steensma TD, et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Sci Rep*. 2021;11(1):2240. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>
2. Oliveira GS, Salimena AMO, Penna LHG, Paraíso AF, Ramos CM, Alves MS. The experience of trans or transvestite women in accessing public health services. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(2):e20210713. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0713>
3. Nascimento FK, Reis RA, Saadeh A, Demétrio F, Rodrigues ILA, Galera SAF, et al. Brazilian transgender children and adolescents: attributes associated with quality of life. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3351. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3504.3351>
4. Coyne CA, Yuodsnukis BT, Chen D. Gender Dysphoria: optimizing healthcare for transgender and gender diverse youth with a multidisciplinary approach. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2023;19:479-93. <https://doi.org/10.2147/NDT.S359979>
5. Geist C, Greenberg KB, Luikenaar RAC, Mihalopoulos NL. Pediatric research and health care for transgender and gender diverse adolescents and young adults: improving (biopsychosocial) health outcomes. *Acad Pediatr*. 2021;21(1):32-42. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.09.010>
6. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people. *Int J Transgender Health*. 2022;23(1):1-259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
7. Connolly MD, Zervos MJ, Second CJB, Johnson CC, Joseph CLM. The mental health of transgender youth: advances in understanding. *J Adolesc Health*. 2016;59(5):489-95. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.012>
8. Eisenberg ME, McMorris BJ, Rider GN, Gower AL, Coleman E. It's kind of hard to go to the doctor's office if you're hated there: a call for gender-affirming care from transgender and gender diverse adolescents in the United States. *Health Soc Care Community*. 2020;28(30):1082-9. <https://doi.org/10.1111/hsc.12941>
9. Abreu PD, Palha PF, Andrade RLP, Almeida SA, Nogueira JA, Monroe AA. Integral health care for transgender adolescents: subsidies for nursing practice. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2022;30:e3810. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6276.3810>
10. Modanloo S, Correll Q, Correll R, Major N, Quinlan M, Reszel J, et al. Identifying research priorities with children, youth, and families: a scoping review. *J Child Health Care*. 2023;28(3):592-609. <https://doi.org/10.1177/13674935231151748>
11. Toronto CE, Remington R. A step-by-step guide to conducting an integrative review. Springer; 2020.
12. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTQI+)[Internet]. 2013 [cited 2024 Jan 06]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
13. Ministério da Saúde (BR). Redes de Atenção à Saúde[Internet]. 2022 [cited 2024 May 18]. 40p. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo4_regulacao_redes_atencao_saude.pdf
14. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização - PNH[Internet]. 2013 [cited 2024 May 18]. 16 p. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
15. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 3-24.
16. Presidência da República (BR). Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente[Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 06]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
17. Ministério da Saúde (BR). Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde[Internet]. 2011 [cited 2024 Jan 06]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf
18. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais para a atenção integral e saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação em saúde[Internet]. 2010 [cited 2024 Jan 04]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 2.803, de 19 de Novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde [Internet]. 2013 [cited 2024 Jan 06]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html
20. Committee On Adolescence. Office-based care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *Pediatrics*. 2013;132(1):198-203. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1282>
21. Vance Jr SR, Felsher BLH, Rosenthal SM. Health care providers' comfort with and barriers to care of transgender youth. *J Adolesc Health*. 2015;56(2):251-3. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.11.002>
22. Gridley SJ, Crouch JM, Evans Y, McCarty C. Youth and caregiver perspectives on barriers to gender-affirming health care for transgender youth. *J Adolesc Health*. 2016;59(3):254-61. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.017>
23. Clark BA, Veale JF, Greyson D, Saewyc E. Primary care access and foregone care: a survey of transgender adolescents and young adults. *Fam Pract*. 2018;35(3):302-6. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmx112>
24. Rider GN, McMorris BJ, Gower AL, Coleman E, Brown C, Eisenberg ME. Perspectives from nurses and physicians on training needs and comfort working with transgender and gender-diverse youth. *J Pediatr Health Care*. 2019;33(4):379-85. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.11.003>

25. Acosta W, Qayyum Z, Turban JL, Schalkwyk GIV. Identify, engage, understand: supporting transgender youth in an inpatient psychiatric hospital. *Psychiatr Q*. 2019;90(3):601-12. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09653-0>
 26. Pontes JC, Silva CG, Nakamura E. Transgender “Children” and “Adolescents”: categories construction among health professionals. *Sex, Salud Soc (Rio J)*. 2020;35:112-32. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.35.06.a>
 27. Ministério da Saúde (BR). Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. HumanizaSUS[Internet]. 2009 [cited 2024 Jan 06]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf
 28. Rider GN, McMorris BJ, Gower AL, Coleman E, Eisenberg ME. Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: a population-based study. *Pediatrics*. 2018;141(3):e20171683. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1683>
 29. Johnson B, Abraham M, Conway J, Simmons L, Edgman-Levitan S, Sodomka P, et al. Partnering with patients and families to design a patient and family: centered health care system recommendations and promising practices [Internet]. Bethesda, MD: Institute for Patient and Family Centered Care; 2008 [cited 2024 Jan 03]. Available from: <https://www.ipfcc.org/resources/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>
 30. Rider GN, McMorris BJ, Gower AL, Coleman E, Brown C, Eisenberg ME. Perspectives from nurses and physicians on training needs and comfort working with transgender and gender-diverse youth. *J Pediatr Health Care*. 2019;33(4):379-85. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.11.003>
-