MATRIA

RELATÓRIO

PERCEPÇÕES DE PSICÓLOGOS SOBRE A ATUAÇÃO CLÍNICA EM QUESTÕES DE GÊNERO



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Laura Emilia da Silva Siqueira CRB 8-8127)

MATRIA
Relatório: percepções de psicólogos sobre a atuação clínica em questões de gênero / MATRIA. 1ª ed. — Joinville : MATRIA, 2026.
relatório de pesquisa.
45 p. ; 21 x 29,7 cm

Exigências do sistema: PDF
Modo de acesso: World Wide Web
ISBN 978-65-977796-2-8 (recurso eletrônico)

1. Psicologia: psicologia clínica 2. Psicologia: atuação profissional 3. Identidade de gênero: aspectos psicológicos 4. Pesquisa em psicologia

CDU 159.9 CDD 616.89

Índices para catálogo sistemático:

1. Psicologia: psicologia clínica
2. Psicologia: atuação profissional
3. Identidade de gênero: aspectos psicológicos
4. Pesquisa em psicologia
616.89

SUMÁRIO

04
APRESENTAÇÃO

05
INTRODUÇÃO

10
MÉTODO

13
1. PERFIL DOS RESPONDENTES

16
2. FORMAÇÃO E SENTIMENTO DE PREPARAÇÃO

17
3. CLAREZA DAS DIRETRIZES PROFISSIONAIS

18
4. AUTONOMIA CLÍNICA

19
5. INSEGURANÇA ÉTICA E PROFISSIONAL

20
6. RESTRIÇÃO DA EXPLORAÇÃO CLÍNICA

22
7. SITUAÇÕES ASSOCIADAS AOS CASOS ATENDIDOS

24
8. ESTADO ATUAL DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO

25
9. AVALIAÇÃO DA PRÁTICA PSICOLÓGICA ATUAL

26
10. ESPAÇO PARA DEBATE CIENTÍFICO

27
11. ESPAÇO PARA DIVERGÊNCIA TEÓRICA

28
12. NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO DO DEBATE CIENTÍFICO

29
13. DIFICULDADES NO ATENDIMENTO DE PESSOAS COM QUESTÕES DE GÊNERO

32
14. ANÁLISE DESCRITIVA DAS RESPOSTAS ABERTAS

40
CONSIDERAÇÕES FINAIS

43
ANEXO

APRESENTAÇÃO

A MATRIA traz a público a pesquisa "Percepções de Psicólogos sobre a Atuação Clínica em Questões de Gênero", respondida por 129 profissionais de diferentes áreas de atuação na Psicologia.

Este levantamento busca ampliar o debate e dar visibilidade às experiências de psicólogos que, muitas vezes, encontram dificuldades para expressar dúvidas, críticas e divergências técnicas e científicas. Muitos profissionais relatam que o atual cenário da psicologia está repleto de intensa vigilância, receio de sanções e autocensura. Viabilizar a escuta desses profissionais é essencial para compreender os desafios concretos da prática clínica.

A pesquisa reúne percepções sobre formação, autonomia profissional, segurança ética, diretrizes institucionais, liberdade para formular hipóteses clínicas e espaço para o debate científico.

Esperamos que sua leitura contribua para uma discussão mais aberta, plural e comprometida com a ética, com a liberdade profissional e com a qualidade do atendimento psicológico.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o aumento expressivo de crianças, adolescentes e adultos que procuram atendimento psicológico por sofrimento relacionado ao sexo, ao corpo, à identidade e à autopercepção trouxe novos desafios éticos, clínicos e científicos para a Psicologia. Reunidos na categoria "identidade de gênero", estas questões manifestadas pelos sujeitos tornaram-se um dos campos mais sensíveis e controversos na área de saúde mental.

O crescimento da procura por atendimento, a dificuldade de debater o assunto publicamente e a consolidação de diretrizes baseadas de forma exclusiva na abordagem "afirmativa de gênero" passaram a produzir receios e dificuldades para os profissionais, além de dúvidas sobre a condução ética dos casos.

O conceito de "identidade de gênero" parte da ideia de que existiria, em cada pessoa, uma autopercepção subjetiva de pertencimento a um gênero[1], entendido aqui como o conjunto de papeis, expressões e expectativas sociais associados ao masculino e ao feminino.

Esse conceito parte da premissa de que haveria pessoas "cisgênero", para que o sexo real "corresponderia" ou estaria "congruente" com o gênero autopercebido e pessoas "transgênero" ou "dissidentes de gênero", cujo sexo real estaria "desalinhado" ou "incongruente" em relação ao seu gênero.

Trata-se, portanto, de um construto teórico - uma estrutura conceitual proposta para explicar e organizar determinadas experiências subjetivas -, e não de um fato biológico observável, mensurável ou verificável por critérios objetivos. Tanto a existência de uma "identidade de gênero" enquanto instância psicológica, quanto os critérios usados para definir "congruência" ou "incongruência" entre a identidade e o sexo real dos sujeitos, permanecem objeto de investigação e divergência entre pesquisadores, associações científicas e sistemas de saúde de diferentes países.

No Reino Unido, a revisão independente dos serviços de identidade de gênero para crianças e jovens, conhecida como Relatório Cass, concluiu em 2024 que as evidências que sustentam o uso de bloqueadores da puberdade e de hormônios em menores de idade são frágeis, e recomendou que o atendimento parta de uma avaliação ampla de cada caso, incluindo condições do neurodesenvolvimento e de

1. Gênero: conjunto de papéis, estereótipos, normas, comportamentos, relações de poder e expectativas socialmente construídos e atribuídos a homens e mulheres a partir das diferenças percebidas entre os sexos.

saúde mental[2]. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina vedou em 2025 a hormonioterapia cruzada antes dos 18 anos, citando em sua fundamentação a revisão de diretrizes realizada em outros países[3].

No campo da Psicologia a abordagem denominada "afirmativa de gênero" foi consolidada e difundida, no Brasil, por meio de resoluções, notas técnicas e orientações do Conselho Federal de Psicologia (CFP). Esses documentos apresentam como diretriz principal o dever do psicólogo em "reconhecer" e legitimar a autodeclaração do sujeito de ter "uma identidade de gênero" como elemento central da compreensão de sua experiência.

Nessa perspectiva, a afirmação feita pelo sujeito de possuir uma "identidade de gênero" não "correspondente" ao seu sexo deve ser tratada não apenas como um relato subjetivo a ser escutado e investigado no contexto clínico - como preconizam os princípios gerais da escuta psicológica -, mas como uma declaração que deve orientar, desde o início, a postura e a linguagem adotadas pelo psicólogo.

Isso envolve o uso de nome e pronomes distintos dos que se referem ao sexo real do sujeito, à "validação"[4] do discurso sobre a identidade autodeclarada, bem como a substituição ou o não reconhecimento do sexo real como referência clínica relevante.

Em termos práticos, a abordagem "afirmativa" pressupõe que o profissional não deve partir de uma postura de neutralidade investigativa diante da autodeclaração de gênero, nem tratá-la como hipótese clínica aberta à exploração em igualdade de condições com outras possibilidades explicativas. Ao contrário, espera-se que o psicólogo reconheça essa autodeclaração como expressão real da identidade do sujeito e organize sua atuação de modo a não submetê-la a questionamentos que possam ser interpretados como tentativa de "invalidação".

---

2. CASS, Hilary. Independent Review of gender identity services for children and young people: Final Report. NHS England, abr. 2024. A revisão foi encomendada pelo serviço nacional de saúde da Inglaterra. Entre suas conclusões, aponta que a justificativa para o uso precoce de bloqueadores da puberdade permanece pouco clara, com evidências frágeis sobre seus efeitos na disforia de gênero e na saúde mental; que o uso de hormônios em menores de 18 anos envolve muitas incertezas, pela falta de dados de acompanhamento de longo prazo; e que o atendimento deve partir de uma avaliação holística, com triagem de condições do neurodesenvolvimento e de saúde mental.
https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/

3. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.427/2025, publicada no Diário Oficial da União em 16 abr. 2025. A norma veda a hormonioterapia cruzada antes dos 18 anos, exige acompanhamento médico prévio de no mínimo um ano para cirurgias e veda, antes dos 21 anos, procedimentos com potencial efeito esterilizador. Na divulgação da resolução, o relator citou a revisão de diretrizes no Reino Unido, na Suécia, na Noruega e na Finlândia.
https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2025/2427_2025.pdf
https://portal.cfm.org.br/noticias/conselho-atualiza-regras-para-aperfeicoar-atendimento-medico-a-pessoas-com-incongruencia-de-genero

4. Validar um discurso pode significar reconhecer aquele discurso como legítimo, verdadeiro, aceitável ou digno de consideração. Mas essas coisas não são equivalentes. É possível reconhecer que alguém tem o direito de expressar determinada ideia sem concordar com ela, considerá-la verdadeira ou endossá-la. Aqui está um dos problemas em torno da ideia de "identidade de gênero" e intervenções da psicologia, na medida em que validar se equivale a não contestar a autodefinição da pessoa.

Assim, o trabalho profissional acaba por ser direcionado para a não investigação sobre a origem, a formação, ou os possíveis significados do sentimento de desconforto corporal ou alegação de possuir uma identidade em "desacordo" com o sexo, e sim para o acolhimento dos efeitos emocionais e sociais associados a essa experiência, como a redução do sofrimento causado por eventual rejeição familiar, preconceito, discriminação ou pela dificuldade de reconhecimento social, bem como ao apoio em processos de transição social e na elaboração de decisões relacionadas a intervenções médicas para alteração das características sexuais secundárias dos paciente.

Em síntese, afirmar, nesse contexto, não significa apenas ouvir respeitosamente a experiência relatada pelo sujeito. Significa ratificar a identidade autodeclarada como referência real para a condução do atendimento, evitando que o profissional trate essa declaração como objeto de dúvida ou investigação crítica.

No Brasil, a Resolução CFP nº 1/2018[5] orienta psicólogas e psicólogos a reconhecer e legitimar a autodeterminação de gênero. Embora essa normativa tenha como propósito declarado enfrentar a discriminação e assegurar um atendimento respeitoso, permanecem questões relevantes sobre seus efeitos concretos na autonomia profissional, na formulação de hipóteses clínicas e na possibilidade de exploração terapêutica de fatores associados ao sofrimento apresentado. Nesse contexto, o papel do profissional fica restrito a uma função de confirmação da narrativa declarada pelo sujeito, em vez de uma investigação ampla da experiência subjetiva.

A clínica psicológica pressupõe abertura à complexidade dos fenômenos humanos, capacidade de sustentar incertezas e autonomia para examinar os diferentes elementos que integram a história e a experiência do paciente. Uma prática clínica eticamente responsável não deve partir nem da negação apriorística da experiência relatada, nem da obrigação de confirmá-la como explicação definitiva ou exclusiva para o sofrimento apresentado. Deve, ao contrário, preservar condições adequadas para a escuta, a elaboração e a investigação clínica de fatores psicológicos, sociais, familiares, culturais e corporais potencialmente relevantes, resguardando simultaneamente a dignidade do paciente e a autonomia técnica e científica do profissional.

Apesar da relevância e da crescente presença desse tema na prática profissional, ainda são insuficientemente conhecidas as percepções dos próprios psicólogos brasileiros sobre sua preparação para atender a essas demandas, a clareza e

suficiência das orientações profissionais disponíveis, a existência de espaço efetivo para divergências teóricas e metodológicas e os possíveis efeitos das normativas vigentes sobre a condução da prática clínica.

Nesse contexto, mostra-se necessário compreender em que medida esses profissionais se percebem livres e tecnicamente respaldados para formular e testar hipóteses clínicas, investigar comorbidades e outros fatores associados ao sofrimento, considerar e discutir diferentes abordagens teóricas e terapêuticas e conduzir o processo clínico de maneira individualizada, de acordo com as particularidades, necessidades e circunstâncias de cada paciente.

O debate não se restringe às divergências teóricas sobre "identidade de gênero". Trata-se, sobretudo, da necessidade de preservar princípios basilares da profissão, como a ciência da psicologia, a avaliação individualizada de cada caso, o consentimento verdadeiramente informado e o compromisso permanente com o melhor interesse do sujeito atendido. Em temas que envolvem intervenções corporais potencialmente irreversíveis ou com impactos significativos sobre a trajetória de vida, esses princípios assumem especial relevância.

O atual cenário tem gerado incertezas entre profissionais da área, especialmente diante da crescente produção de normas, notas técnicas e posicionamentos institucionais relacionados ao atendimento de pessoas que apresentam sofrimento relacionado ao corpo e à identidade e de casos em que pessoas que se manifestaram publicamente sobre o tema sob uma perspectiva crítica passaram a responder a processos criminais[6].

As repercussões a que os participantes desta pesquisa se referem são de duas ordens. No plano disciplinar, a Resolução CFP nº 1/2018 determina o reconhecimento da autodeterminação de gênero e condutas consideradas em desacordo com essas

5. Resolução CFP nº 1/2018. O parágrafo único do art. 7º determina que psicólogas e psicólogos reconheçam e legitimem a autodeterminação das pessoas transexuais e travestis quanto às suas identidades de gênero; o art. 8º veda propor, realizar ou colaborar, sob uma perspectiva patologizante, com terapias de conversão, reversão, readequação ou reorientação de identidade de gênero.
https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf

6. Dois casos documentados ilustram esse cenário. Isabella Cêpa foi acusada de racismo, na forma de transfobia, após afirmar, em vídeos publicados em 2020, que a vereadora eleita Erika Hilton era um homem. A acusação não prosperou na Justiça Federal em São Paulo e, em setembro de 2025, o ministro Gilmar Mendes, do Supremo Tribunal Federal, negou recurso contra essa decisão, por entender que a fala se manteve nos limites da liberdade de expressão. Antes disso, em junho de 2025, Isabella obteve status de refugiada em um país europeu (Gazeta do Povo, 2 set. 2025).
Em 2025, uma estudante de veterinária da Paraíba tornou-se ré em ação penal movida pelo Ministério Público Federal por publicações de 2020, no X (antigo Twitter), em que afirmava que mulheres trans não são mulheres. Em março de 2026, o Tribunal Regional Federal da 5ª Região trancou a ação penal, por entender que as publicações não justificavam processo criminal (Metrópoles, 13 mar. 2026).
Em ambos os casos, o Judiciário concluiu que as manifestações não configuravam crime. Os processos, porém, se estenderam por anos, o que ilustra o tipo de risco a que se referem os participantes desta pesquisa.
https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/erika-hilton-gilmar-mendes-rejeita-pedido-condenar-isabella-cepa-transfobia/
https://www.metropoles.com/colunas/andreza-matais/erika-hilton-perde-na-justica-contra-estudante-que-disse-trans-nao-sao-mulheres

determinações podem ser objeto de representação ética perante os Conselhos Regionais. Esses processos tramitam em sigilo, e as penalidades públicas são divulgadas apenas com o número do processo, o nome do profissional, a penalidade e os artigos infringidos, sem descrição da conduta[7]. Na prática, os profissionais não têm acesso a casos concretos que indiquem quais condutas vêm sendo consideradas infrações. No plano penal, desde 2019 o Supremo Tribunal Federal enquadra condutas homofóbicas e transfóbicas na Lei nº 7.716/1989, que define os crimes de racismo[8]. Nesta pesquisa, 27,6% dos participantes que atendem ou atenderam esses casos relataram já ter recebido ameaças ou acusações de preconceito ou transfobia (item 13), e os relatos abertos mencionam ameaça de processo por colegas e denúncia ao Conselho Regional (item 14).

Diante disso, a pesquisa **Percepções de Psicólogos sobre a Atuação Clínica em Questões de Gênero** buscou conhecer a experiência de profissionais da Psicologia que trabalham ou trabalharam com o fenômeno da "identidade de gênero" em diferentes áreas e contextos. O levantamento reuniu respostas de 129 psicólogos e investigou aspectos como formação e preparo técnico, segurança ética, autonomia clínica, clareza das diretrizes profissionais, qualidade das evidências científicas disponíveis e abertura institucional para o debate.

Os resultados oferecem um retrato relevante das dificuldades enfrentadas pela categoria. As respostas indicam insegurança ética, percepção de insuficiência das diretrizes, limitações à autonomia clínica e reduzido espaço para divergência teórica. Ao apresentar essas percepções, a pesquisa pretende contribuir para um debate científico mais aberto, plural e comprometido com a ética, com a liberdade profissional e com a qualidade do cuidado psicológico.

7. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº 11/2019 (Código de Processamento Disciplinar). O art. 15 atribui caráter sigiloso aos processos investigativos e disciplinares; o art. 146 limita a divulgação das penalidades públicas ao número do processo, ao nome e ao registro do profissional, à penalidade aplicada e aos dispositivos infringidos. https://crpms.org.br/wp-content/uploads/2025/04/Codigo-de-Processamento-Disciplinar-3.pdf

8. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão (ADO) 26 e Mandado de Injunção (MI) 4733, julgamento concluído em 13 jun. 2019. https://www.tjrj.jus.br/web/portal-conhecimento/noticias/noticia/-/visualizar-conteudo/5736540/6470104

MÉTODO

A pesquisa consistiu em um levantamento exploratório, de divulgação aberta, realizado em ambiente virtual, por meio de questionário eletrônico disponibilizado na plataforma *Google Forms*, no período de 06/04/2026 até 17/04/2026. A participação foi voluntária e destinada a profissionais da Psicologia.

O convite para participação foi divulgado por meio das redes sociais da MATRIA e grupos profissionais. Dessa forma, os participantes aderiram espontaneamente à pesquisa a partir da divulgação do questionário.

Em relação ao recrutamento dos participantes, deve-se considerar também a possibilidade de viés de seleção decorrente do caráter aberto e voluntário da participação. Pessoas com maior interesse, preocupação, experiência prévia ou posicionamento mais definido sobre os temas abordados podem ter apresentado maior propensão a responder ao questionário. Essa característica não invalida os resultados obtidos, mas deve ser considerada em sua interpretação, dado que estes não derivam de uma amostra aleatória ou probabilística e, portanto, não permitem generalizações estatísticas para o conjunto da categoria profissional. Os dados devem ser interpretados como uma descrição das percepções, experiências e avaliações dos participantes que responderam voluntariamente ao questionário, considerando as características e os limites desse processo de recrutamento.

Ao todo, 130 pessoas responderam ao questionário. Uma delas informou, em seu relato, não ser psicóloga e foi excluída da análise, que considera, portanto, 129 participantes. Embora o instrumento facultasse aos participantes a possibilidade de se identificarem perante a MATRIA, essa identificação não era obrigatória, tendo sido preservado o anonimato daqueles que optaram por não fornecer informações de identificação.

Os relatos são publicados sem qualquer identificação. Do total de participantes, 61 (47,3%) optaram por não informar o nome. A opção pelo anonimato foi mais frequente entre os participantes com avaliações mais críticas: entre os que atendem ou atenderam casos relacionados a “identidade de gênero”, 66,0% dos que não se identificaram afirmaram evitar determinados temas ou hipóteses clínicas, ante 49,2% dos que se identificaram, e 62,3% afirmaram não haver espaço para debate, ante 36,5%. Dos 10 participantes que declararam adotar a abordagem afirmativa, 8 informaram o nome. A distribuição é consistente com o receio de exposição relatado ao longo da pesquisa.

O questionário foi composto por 25 perguntas, distribuídas entre questões fechadas e questões abertas ou descritivas. As quatro questões abertas referem-se a nome (opcional), identidade de gênero declarada, idade e relato livre. Entre as 21 questões fechadas, 19 eram de resposta única e 2 admitiam a seleção de mais de uma alternativa.

Nas questões que admitiam múltiplas respostas, os percentuais apresentados correspondem à proporção de participantes que assinalaram cada alternativa, razão pela qual sua soma pode ultrapassar 100%.

As questões fechadas abordaram características gerais dos participantes e suas percepções acerca de formação e preparo profissional, clareza das diretrizes existentes, autonomia clínica, insegurança ética e profissional, liberdade para exploração de hipóteses clínicas, estado do conhecimento científico, prática psicológica atual, espaço para debate e divergência teórica e dificuldades encontradas nos atendimentos relacionados à "identidade de gênero".

O formulário também incluiu espaços para respostas abertas, nos quais os participantes puderam registrar experiências, dificuldades, observações e reflexões relacionadas à sua atuação profissional.

Essas respostas foram examinadas de forma descritiva, buscando identificar temas recorrentes, convergências e divergências entre os relatos. Por essa razão, a seção correspondente é apresentada neste relatório como "Análise descritiva das respostas abertas", distinguindo-se a natureza aberta das perguntas do procedimento empregado para organizar e apresentar os relatos. Os relatos livres também foram classificados por tema, conforme descrito no item 14.

Os dados das questões fechadas foram sistematizados por meio de frequências absolutas e percentuais. Nas questões de resposta única, os percentuais foram calculados sobre o total de respostas válidas à respectiva pergunta. Nas questões que permitiam múltiplas seleções, cada alternativa foi contabilizada de forma independente. As respostas abertas, por sua vez, foram utilizadas para complementar e contextualizar os resultados quantitativos, sem pretensão de quantificação ou de inferência estatística.

Das 129 pessoas participantes, 91 (70,5%) informaram atender ocasionalmente casos relacionados à "identidade de gênero", 18 (14,0%) atendem frequentemente, 2 (1,6%) atendem muito frequentemente e 5 (3,9%) atendem sempre. Outras 13 (10,1%) informaram nunca ter atendido esses casos.

Parte das perguntas trata da experiência concreta de atendimento ("nesses casos", "nesses atendimentos", "ao atender"). Nessas questões, as respostas dos 13 participantes que nunca atenderam esses casos foram excluídas, e os percentuais

foram calculados sobre os 116 participantes que atendem ou atenderam: preparo para lidar com esses casos (item 2), autonomia clínica (item 4), insegurança quanto a implicações éticas ou disciplinares (item 5), restrição da exploração clínica e avaliação clínica ampla (item 6), situações associadas aos casos atendidos (item 7) e dificuldades enfrentadas nos atendimentos (item 13).

As demais questões tratam do perfil dos participantes, da formação recebida e da avaliação do campo profissional: clareza das diretrizes (item 3), estado do conhecimento científico (item 8), prática psicológica atual (item 9), espaço para debate (item 10), espaço para divergência teórica (item 11) e necessidade de ampliar o debate (item 12). Como não dependem de experiência direta com esses casos, essas questões têm como base o total de 129 participantes.

O questionário completo utilizado na pesquisa encontra-se reproduzido no Anexo, permitindo a consulta à redação original das perguntas, às alternativas oferecidas e às regras de resposta aplicáveis a cada questão.

O objetivo do levantamento é, portanto, descrever as percepções e experiências desse conjunto de participantes e identificar questões relevantes para investigação, debate profissional e estudos posteriores. O caráter anônimo do questionário buscou favorecer maior liberdade de expressão, especialmente diante de temas sobre os quais os próprios participantes relatam receio de sanções, exposição profissional ou dificuldades para manifestar divergências.

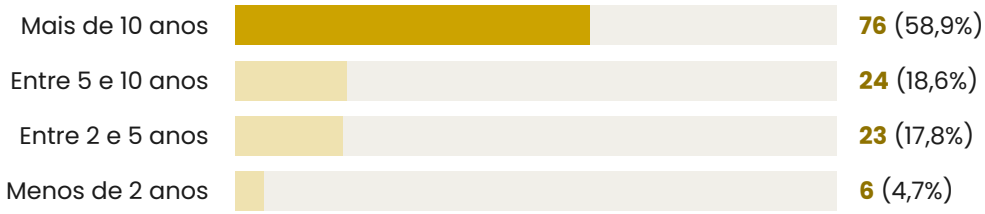
1. PERFIL DOS RESPONDENTES

SEXO



Observa-se um predomínio expressivo de profissionais cujo sexo é feminino, que representam 91,5% do conjunto de participantes da pesquisa (118 respondentes), enquanto os profissionais do sexo masculino correspondem a apenas 8,5% (11 respondentes). Essa distribuição é compatível com o perfil observado na Psicologia brasileira, profissão em que as mulheres constituem a ampla maioria dos profissionais registrados[9].

TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL



Os dados evidenciam um elevado grau de experiência entre os participantes. Mais da metade dos respondentes (58,9%) exerce a profissão há mais de dez anos, enquanto outros 36,4% acumulam entre dois e dez anos de experiência. Esse perfil indica maior chance de que as respostas reflitam uma percepção de profissionais que já vivenciaram diferentes contextos clínicos, acompanharam mudanças nas diretrizes da profissão ao longo do tempo e desenvolveram prática consolidada no atendimento psicológico.

IDADE

A idade dos participantes reforça esse cenário. A média de idade foi de **43,7 anos**, com variação entre **23 e 78 anos,** revelando um conjunto de participantes composto por profissionais de diferentes gerações. A presença de psicólogos em diversas faixas

9. Diagnóstico CFP/ABEP sobre quem se formou entre 2013 e 2023, feito com base no Censo da Educação Superior, Enade e RAIS: mais de 80% de mulheres entre os concluintes.
https://site.cfp.org.br/cfp-elabora-diagnostico-tecnico-cientifico-inedito-sobre-formacao-e-carreira-na-area/

etárias contribui para ampliar a diversidade de perspectivas, ao mesmo tempo em que a média relativamente elevada de idade é compatível com o elevado tempo de experiência observado neste conjunto de participantes da pesquisa.

ÁREA PRINCIPAL DE ATUAÇÃO



A atividade clínica constitui o principal campo de trabalho da grande maioria dos respondentes. Dos 129 participantes, apenas 26 (20,2%) exercem suas atividades principalmente em outras áreas da Psicologia, como organizacional, escolar, jurídica, hospitalar, social ou acadêmica.

Esse dado é particularmente relevante para a interpretação dos resultados do estudo, uma vez que as questões investigadas dizem respeito à condução clínica de pessoas que apresentam demandas relacionadas à "identidade de gênero". Assim, as respostas tendem a refletir, em sua maior parte, a experiência cotidiana de profissionais diretamente envolvidos em processos de avaliação, acompanhamento psicoterapêutico e tomada de decisões clínicas.

IDENTIDADE DE GÊNERO

A pergunta sobre identidade de gênero era aberta e opcional. Nenhum participante declarou identidade de gênero trans.

RELIGIÃO

Do total de participantes, 52 (40,3%) declararam não ter religião; 54 (41,9%) declararam religiões cristãs (católica, evangélica e outras denominações); 21 (16,3%) declararam outras religiões, como umbanda, espiritismo, judaísmo, budismo e candomblé; e 2 (1,6%) não informaram.

As respostas às principais perguntas da pesquisa não variam de forma relevante conforme a religião declarada. Entre os participantes que atendem ou atenderam esses casos, relataram insegurança quanto a implicações éticas ou disciplinares 65,2% dos que declararam não ter religião, 65,3% dos que declararam religião cristã e 75,0% dos que declararam outras religiões; afirmaram evitar determinados temas ou hipóteses clínicas 54,3%, 57,1% e 60,0%, respectivamente. Considerando os 129 participantes, afirmaram não haver espaço para debate técnico e científico 55,8% dos que declararam não ter religião, 46,3% dos que declararam religião cristã e 52,4% dos que declararam outras religiões.

ABORDAGEM UTILIZADA

Os 116 participantes que atendem ou atenderam esses casos indicaram a abordagem que utilizam. Do total, 43 (37,1%) declararam não adotar abordagem específica, 29 (25,0%) declararam adotar abordagem exploratória, 10 (8,6%) declararam adotar abordagem afirmativa e 12 (10,3%) não souberam dizer. Os demais 22 (19,0%) responderam no campo aberto, em geral indicando linhas teóricas como psicanálise, psicologia analítica, terapia cognitivo-comportamental e abordagem sistêmica.

Os participantes que declararam adotar a abordagem afirmativa, orientação consolidada nas normativas do CFP, relatam menos insegurança e mais espaço para debate do que os demais. Relataram insegurança quanto a implicações éticas ou disciplinares 5 dos 10 participantes desse grupo, ante 24 dos 29 (82,8%) que declararam abordagem exploratória; afirmaram evitar determinados temas ou hipóteses clínicas 3 dos 10, ante 20 dos 29 (69,0%).

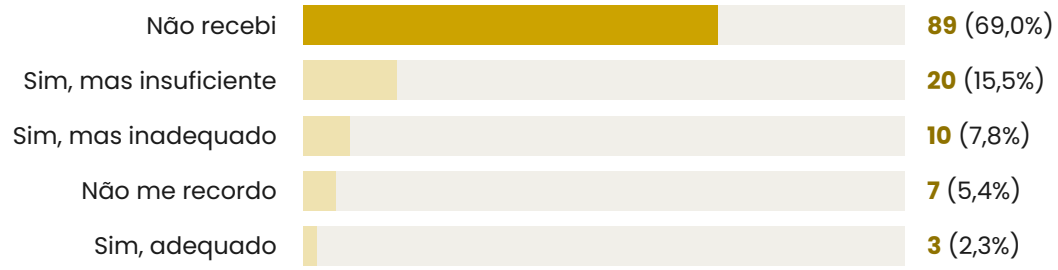
Mesmo entre os que adotam a abordagem afirmativa, apenas 2 consideram as diretrizes profissionais claras, nenhum considera que o campo dispõe de base científica sólida e todos consideram necessário ampliar o debate. Por se tratar de um grupo pequeno, esses números indicam tendências e não permitem comparação estatística.

A percepção de histórico de traumas, violências ou abuso nos casos atendidos (item 7) é semelhante entre os grupos: foi assinalada por 7 dos 10 participantes que adotam a abordagem afirmativa, por 22 dos 29 (75,9%) que adotam a abordagem exploratória e por 28 dos 43 (65,1%) que não adotam abordagem específica.

Em conjunto, esses dados iniciais indicam que o levantamento foi respondido majoritariamente por psicólogos experientes, com trajetória profissional consolidada e atuação direta na prática clínica.

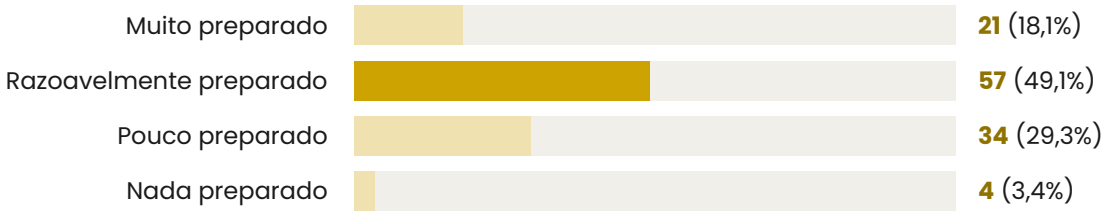
2. FORMAÇÃO E SENTIMENTO DE PREPARAÇÃO

FORMAÇÃO ESPECÍFICA SOBRE O TEMA



Perguntamos aos 129 participantes se receberam, durante a formação, treinamento específico sobre o tema. Mais de dois terços (69,0%) responderam que não receberam, e outros 30 (23,3%) receberam treinamento que consideram insuficiente ou inadequado. Apenas 3 participantes (2,3%) avaliaram como adequado o treinamento recebido.

NÍVEL DE PREPARAÇÃO

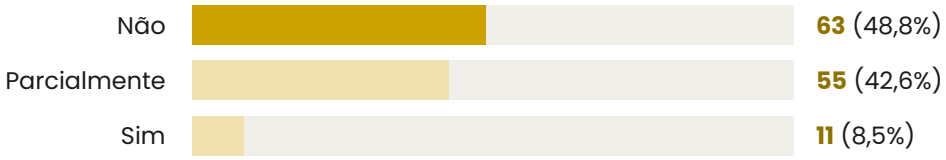


Perguntamos aos 116 psicólogos que atendem ou atenderam esses casos se eles se sentiam preparados para o atendimento de pessoas que apresentam questões relacionadas à "identidade de gênero". As respostas revelam um cenário de confiança apenas parcial entre os psicólogos.

Menos de **um em cada cinco desses participantes afirma sentir-se plenamente preparado,** o que pode indicar a necessidade de ampliação de formações, possibilidade de debates com diferentes perspectivas científicas e do aprofundamento técnico, de modo que os profissionais possam exercer sua atividade com maior confiança diante de casos complexos e multifatoriais.

3. CLAREZA DAS DIRETRIZES PROFISSIONAIS

AS DIRETRIZES PROFISSIONAIS SÃO CLARAS?



Perguntamos se os psicólogos sentem que há clareza nas diretrizes para condução dos casos e os resultados evidenciam uma percepção ampla de que as orientações atualmente disponíveis não oferecem parâmetros suficientemente claros para a atuação clínica em casos envolvendo questões relacionadas à "identidade de gênero".

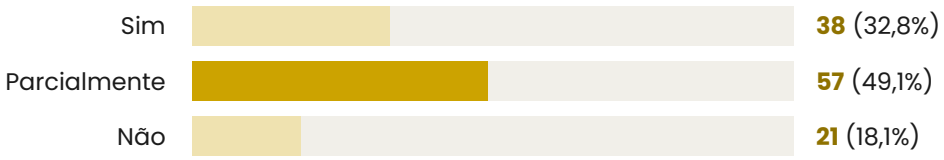
Apenas 11 psicólogos (8,5%) afirmaram considerar que as orientações são claras. Em contraste, quase metade dos participantes (63 profissionais, ou 48,8%) respondeu que as diretrizes não são claras, enquanto outros 55 (42,6%) avaliaram que elas são apenas parcialmente claras.

Em conjunto, esses dados demonstram que **91,5% dos respondentes não percebem as diretrizes atualmente existentes como plenamente claras.** Ou seja, apenas uma pequena parcela dos profissionais considera que dispõe de orientações suficientemente objetivas para conduzir sua atuação clínica neste campo.

A elevada proporção de respostas indicando ausência de clareza sugere que muitos profissionais enfrentam dificuldades para identificar, interpretar e aplicar, com segurança, as referências éticas e técnicas existentes em sua prática cotidiana.

4. AUTONOMIA CLÍNICA

POSSUI AUTONOMIA CLÍNICA?



Perguntamos aos 116 profissionais que atendem ou atenderam esses casos se eles sentem que possuem autonomia clínica para conduzir esses atendimentos. Apenas 32,8% dos participantes afirmaram possuir autonomia plena. A maior parcela do conjunto de participantes da pesquisa (49,1%) respondeu possuir autonomia apenas parcialmente, enquanto 18,1% declararam não possuir autonomia para atuar conforme seu próprio julgamento clínico. **Em conjunto, esses dados demonstram que 67,2% dos respondentes não percebem possuir plena autonomia profissional nesse contexto.**

5. INSEGURANÇA ÉTICA E PROFISSIONAL



Quando os 116 participantes que atendem ou atenderam esses casos foram questionados se já haviam sentido insegurança diante da possibilidade de sofrer implicações éticas ou disciplinares em decorrência de sua atuação nesses casos, 78 psicólogos (67,2%) responderam afirmativamente, enquanto 38 participantes (32,8%) afirmaram nunca ter experimentado esse tipo de preocupação.

Isso significa que **mais de dois terços dos profissionais entrevistados relatam já ter sentido receio em relação às possíveis consequências profissionais de suas decisões clínicas.** Trata-se de um percentual elevado, especialmente quando considerado o perfil do conjunto de participantes da pesquisa, composta majoritariamente por psicólogos com mais de 10 anos de experiência profissional.

A comparação por tempo de profissão mostra que a insegurança é maior entre os profissionais mais novos. Entre os participantes com até 10 anos de profissão (46), 76,1% relataram insegurança quanto a implicações éticas ou disciplinares e apenas 17,4% afirmaram possuir autonomia clínica plena; entre os que têm mais de 10 anos de profissão (70), esses percentuais foram de 61,4% e 42,9%, respectivamente. Apenas 1 dos 46 participantes com até 10 anos de profissão declarou sentir-se muito preparado, ante 20 dos 70 com mais de 10 anos.

6. RESTRIÇÃO DA EXPLORAÇÃO CLÍNICA



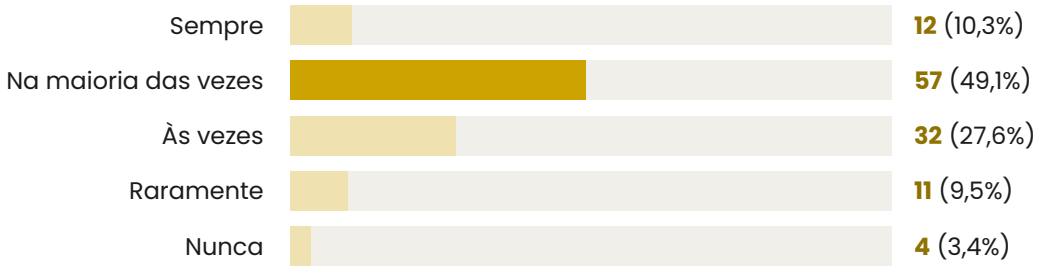
Outra dimensão investigada pela pesquisa foi a existência de possíveis restrições à exploração clínica. Perguntamos aos 116 profissionais que atendem ou atenderam esses casos se evitam abordar determinados temas, formular hipóteses diagnósticas ou explorar possibilidades clínicas em atendimentos relacionados à "identidade de gênero".

Os resultados indicam que 56,9% dos participantes afirmaram evitar determinadas abordagens ou hipóteses em razão do receio de possíveis repercussões profissionais, enquanto 43,1% declararam não adotar esse tipo de restrição. Assim, **mais da metade dos respondentes relatou algum grau de autocontenção na condução da investigação clínica.**

A investigação clínica constitui elemento central do processo de avaliação e acompanhamento psicológico. A formulação e o teste de diferentes hipóteses, a consideração de múltiplos fatores psicológicos, sociais, familiares, culturais e corporais, bem como a revisão contínua das interpretações inicialmente formuladas, integram o processo de compreensão da singularidade de cada paciente.

Nesse sentido, quando o profissional deixa de considerar uma hipótese não por julgá-la clinicamente inadequada, mas pelo receio das repercussões que sua investigação possa produzir, estabelece-se uma possível tensão entre autonomia técnica e percepção de risco profissional.

AVALIAÇÃO CLÍNICA AMPLA



Perguntamos também a esses 116 participantes se conseguem realizar uma avaliação clínica ampla nesses casos. Apenas 12 (10,3%) responderam que conseguem sempre. Para 57 (49,1%), isso ocorre na maioria das vezes; os demais 47 (40,5%) responderam que conseguem às vezes, raramente ou nunca. O dado é coerente com a autocontenção descrita acima, pois a avaliação ampla depende justamente da possibilidade de considerar diferentes hipóteses e fatores associados ao sofrimento apresentado.

PÚBLICO ATENDIDO

Os percentuais são mais elevados entre os participantes cujo principal público são crianças e adolescentes (21). Nesse grupo, 18 (85,7%) relataram insegurança quanto a implicações éticas ou disciplinares, 16 (76,2%) afirmaram evitar determinados temas ou hipóteses clínicas e apenas 4 (19,0%) afirmaram possuir autonomia clínica plena. Entre os que atendem principalmente adultos e idosos (95), esses percentuais foram de 63,2%, 52,6% e 35,8%, respectivamente. Por se tratar de um grupo pequeno, a comparação indica uma tendência, sem valor estatístico, mas é consistente com os relatos reunidos no item 14.5.

7. SITUAÇÕES ASSOCIADAS AOS CASOS ATENDIDOS

Os participantes que atendem ou atenderam casos relacionados à "identidade de gênero" (116) foram perguntados sobre as situações que esses casos costumam envolver, podendo assinalar mais de uma alternativa. Os percentuais correspondem à proporção desses participantes que assinalou cada alternativa.

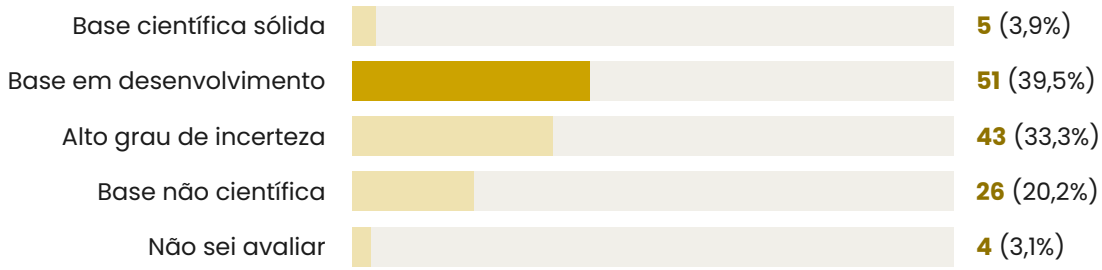
Situação assinalada	Número de participantes	% dos participantes (n = 116)
Ansiedade	102	87,9%
Questões familiares	84	72,4%
Histórico de traumas / violências / abuso	82	70,7%
Depressão	77	66,4%
Isolamento social	55	47,4%
Transtorno de personalidade	45	38,8%
Automutilação	44	37,9%
Disforia de início rápido[10]	32	27,6%
Contágio social	30	25,9%
Transtornos alimentares	21	18,1%
Transtornos do neurodesenvolvimento (ex.: TEA)	18	15,5%
Altas habilidades	12	10,3%

10. Expressão empregada por Lisa Littman em estudo descritivo baseado em relatos de pais de adolescentes e jovens adultos que passaram a apresentar, de forma súbita, sofrimento relacionado ao gênero, muitas vezes após o aumento do uso de redes sociais ou em grupos de pares nos quais outros jovens haviam se declarado transgêneros (LITTMAN, L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. PLoS ONE, v. 13, n. 8, e0202330, 2018). Em 2019, a revista publicou uma correção que esclareceu tratar-se de estudo que gera hipóteses, e não de diagnóstico validado (PLoS ONE, v. 14, n. 3, e0214157, 2019).
https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330
https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157

Em média, cada participante assinalou cinco situações, o que indica que, na experiência relatada, esses casos raramente se apresentam de forma isolada. Além da ansiedade, assinalada por 87,9% dos participantes, mais de 70% apontaram questões familiares e histórico de traumas, violências ou abuso, e cerca de dois terços apontaram depressão. A automutilação foi assinalada por 37,9%. No campo "outra", foram mencionados, entre outros, abuso de substâncias, compulsão e consumo de pornografia.

Esses dados expressam a percepção dos profissionais sobre os casos que atendem, e não diagnósticos registrados nem estimativas de prevalência. Ainda assim, indicam que a maioria dos participantes identifica, nesses atendimentos, fatores que a investigação clínica precisaria poder examinar, o que se relaciona diretamente com os resultados do item 6, apresentados acima, sobre a restrição da exploração clínica, e com os relatos reunidos no item 14.3.

8. ESTADO ATUAL DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO

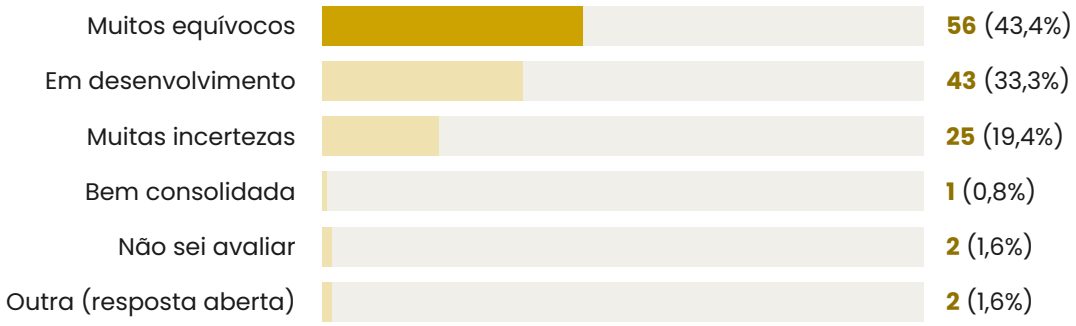


Quando convidados a avaliar a base científica atualmente existente, apenas cinco profissionais (3,9%) afirmaram considerar que o campo dispõe de uma base científica sólida. Em contrapartida, 51 participantes (39,5%) entenderam que o conhecimento ainda está em desenvolvimento, 43 (33,3%) avaliaram existir um elevado grau de incerteza científica e outros 26 (20,2%) classificaram a área como desprovida de base científica suficiente. Quatro (3,1%) responderam não saber avaliar.

Esses dados evidenciam que apenas uma parcela muito reduzida do conjunto de participantes percebe o conhecimento científico disponível como plenamente consolidado. Em sentido oposto, **96,1% dos participantes não classificaram a área como sustentada por uma base científica sólida.**

Os resultados revelam que a ampla maioria dos psicólogos participantes não considera que exista ciência consolidada na área, relacionada ao que diz respeito a “identidade de gênero”. Embora existam diferenças importantes entre considerar um campo "em desenvolvimento", reconhecer um "alto grau de incerteza" ou entendê-lo como "sem base científica suficiente", todas essas respostas convergem para a percepção de que o conhecimento atualmente disponível ainda não atingiu um nível de consenso capaz de eliminar dúvidas relevantes na prática profissional.

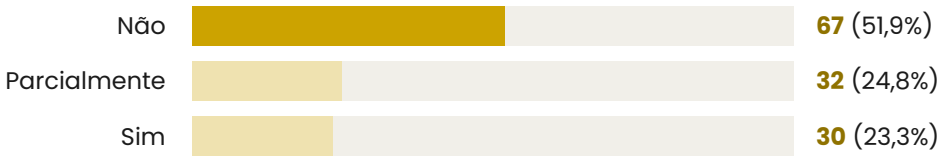
9. AVALIAÇÃO DA PRÁTICA PSICOLÓGICA ATUAL



Quando questionados sobre como avaliam a prática psicológica atualmente realizada nesse campo, 43,4% dos respondentes afirmaram perceber a existência de muitos equívocos. Outros 33,3% avaliaram que a prática ainda se encontra em desenvolvimento, enquanto 19,4% apontaram a presença de muitas incertezas. **Apenas 1 dos 129 participantes (0,8%) considerou que a prática está bem consolidada,** 2 (1,6%) responderam não saber avaliar e 2 (1,6%) utilizaram a opção de resposta aberta: um descreveu o campo como "em disputa" e outro afirmou não ser possível um debate científico sério diante da imposição de uma agenda ideológica.

Os resultados revelam uma percepção predominantemente crítica entre os participantes. A ampla maioria dos psicólogos não considera que a prática profissional nessa área esteja consolidada, indicando, em diferentes graus, a existência de equívocos, incertezas ou um processo ainda em desenvolvimento. **O fato de apenas 1 dos 129 participantes considerar que ela está consolidada evidencia uma percepção amplamente compartilhada de que esse campo ainda enfrenta importantes desafios em sua construção técnica e profissional.**

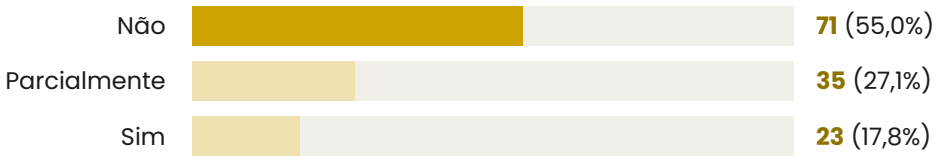
10. ESPAÇO PARA DEBATE CIENTÍFICO



Os resultados relativos à percepção sobre a existência de espaço para o debate técnico e científico revelam que mais da metade dos participantes (51,9%) considera que não há espaço para a discussão de diferentes perspectivas relacionadas à "identidade de gênero", enquanto 24,8% entendem que esse espaço existe apenas parcialmente. **Em conjunto, 76,7% dos respondentes percebem o debate científico como inexistente ou limitado**. Apenas 23,3% consideram existir espaço efetivo para essa discussão.

O debate científico constitui um dos mecanismos fundamentais para o desenvolvimento de qualquer área profissional, pois permite confrontar hipóteses, examinar criticamente evidências, identificar limitações metodológicas, revisar pressupostos e aperfeiçoar práticas a partir da acumulação de novos conhecimentos. A ausência, ou mesmo a percepção de ausência, de condições seguras para o debate pode favorecer processos de autocensura, reduzir a diversidade de hipóteses consideradas e dificultar a revisão crítica das próprias práticas profissionais.

11. ESPAÇO PARA DIVERGÊNCIA TEÓRICA



A pesquisa também investigou como os profissionais avaliam a existência de espaço para a **convivência e a expressão de diferentes correntes teóricas no exercício da Psicologia**, quando se trata do tema da "identidade de gênero". A pluralidade de abordagens constitui uma característica histórica da profissão, que reúne distintos referenciais para a compreensão do sofrimento psíquico, do desenvolvimento humano e das possibilidades de avaliação e intervenção clínica.

Os resultados revelam uma percepção amplamente crítica: 55,0% dos participantes consideram que não há espaço para a manifestação de posições teóricas divergentes e 27,1% consideram que esse espaço existe apenas parcialmente; apenas 17,8% avaliam que há esse espaço. Em conjunto, 82,2% percebem esse espaço como inexistente ou limitado. Em outras palavras, **mais de quatro em cada cinco respondentes percebem limitações à expressão da diversidade teórica no campo profissional.**

12. NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO DO DEBATE CIENTÍFICO



A pesquisa também investigou se os participantes consideram necessária a ampliação do debate técnico e científico sobre as questões relacionadas à identidade de gênero no âmbito da Psicologia.

O resultado evidencia que **praticamente a totalidade dos participantes considera necessária a ampliação do debate científico sobre o tema.** Trata-se de um achado particularmente relevante por revelar convergência mesmo em um conjunto composto por profissionais com diferentes formações, tempos de experiência e áreas de atuação.

Esse elevado grau de concordância sugere que, independentemente das posições individuais dos respondentes acerca das questões relacionadas à "identidade de gênero", existe uma percepção amplamente compartilhada de que o campo ainda demanda maior espaço para discussão técnica, produção científica, intercâmbio de diferentes perspectivas e aprofundamento do conhecimento disponível.

13. DIFICULDADES NO ATENDIMENTO DE PESSOAS COM QUESTÕES DE GÊNERO

A pesquisa também buscou identificar quais dificuldades os 116 participantes que atendem ou atenderam esses casos relatam enfrentar no atendimento de pessoas que apresentam questões relacionadas à "identidade de gênero". Para isso, foi apresentada a seguinte pergunta:

"Quais dificuldades você já enfrentou nesses atendimentos? (Marque todas as alternativas que se aplicam.)"

Os participantes podiam selecionar uma ou mais entre as seguintes opções:

- Ameaças e acusações de preconceito/transfobia;
- Falta de diretrizes claras;
- Conflitos com familiares;
- Pressão institucional;
- Dificuldade em explorar comorbidades;
- Insegurança ética;
- Insegurança jurídica;
- Falta de suporte profissional;
- Nenhuma dificuldade relevante;
- Outra.

A análise das respostas evidenciou que as dificuldades descritas raramente aparecem de forma isolada. Ao contrário, observa-se um padrão de acúmulo de fatores que envolvem dimensões técnicas, éticas, jurídicas, institucionais e interpessoais, sugerindo que muitos profissionais percebem esse campo de atuação como particularmente complexo.

Dificuldade relatada	Número de respostas	% dos participantes (n = 116)
Falta de diretrizes claras	60	51,7%
Insegurança ética	50	43,1%
Insegurança jurídica	48	41,4%
Falta de suporte profissional	46	39,7%
Conflitos com familiares	37	31,9%
Ameaças e acusações de preconceito/transfobia	32	27,6%
Dificuldade em explorar comorbidades	31	26,7%
Pressão institucional	24	20,7%
Nenhuma dificuldade relevante	22	19,0%

Os resultados demonstram que as dificuldades relatadas não se concentram exclusivamente na dimensão clínica. A dificuldade mais frequentemente assinalada foi a falta de diretrizes claras, mencionada por 60 profissionais (51,7%). Em seguida aparecem a insegurança ética e a insegurança jurídica, indicadas por 50 (43,1%) e 48 (41,4%) participantes, respectivamente, e a falta de suporte profissional, relatada por 46 (39,7%).

Também foram mencionados conflitos com familiares por 37 profissionais (31,9%), ameaças ou acusações de preconceito/transfobia por 32 (27,6%), dificuldade em explorar comorbidades por 31 (26,7%) e pressão institucional por 24 (20,7%). Apenas 22 participantes (19,0%) assinalaram a alternativa “nenhuma dificuldade relevante”.

O conjunto dos resultados sugere que as dificuldades percebidas pelos participantes **ultrapassam os desafios inerentes à relação terapêutica** e abrangem dimensões normativas, éticas, jurídicas e institucionais. Chama atenção, particularmente, que **três das quatro respostas mais frequentes estejam relacionadas à clareza das orientações profissionais, à segurança ética e jurídica e à disponibilidade de suporte profissional.**

RESPOSTAS ABERTAS

Além das alternativas previamente estabelecidas, os participantes puderam registrar outras dificuldades ou observações relacionadas à experiência profissional. As respostas abertas acrescentam elementos relevantes para a compreensão dos

resultados, e podem ser úteis para identificar padrões e aspectos recorrentes nas respostas, bem como levantar questões que possam ser aprofundadas em estudos posteriores.

Entre aqueles que acrescentaram dificuldades específicas, aparece o relato de resistência do próprio paciente à exploração de outros aspectos clínicos. Um participante mencionou "falta de engajamento do paciente quando se chega a uma comorbidade", enquanto outro relatou dificuldades do paciente em aceitar abordagens que envolvessem uma análise mais direcionada a experiências traumáticas.

Também aparecem manifestações relacionadas ao receio de repercussões profissionais fora do atendimento propriamente dito. Alguns profissionais relataram desconforto em abordar determinadas hipóteses clínicas por entenderem que poderiam ser mal interpretadas.

Uma participante relatou ter recebido denúncia perante o Conselho Regional de Psicologia em razão de conteúdo publicado com viés político (feminista), sem relação com a prática clínica.

14. ANÁLISE DESCRITIVA DAS RESPOSTAS ABERTAS

Ao final do questionário, os participantes foram convidados a relatar, de forma livre e anônima, experiências, dificuldades ou reflexões relacionadas ao atendimento de pessoas com questões envolvendo “identidade de gênero”.

A leitura do conjunto dos depoimentos evidencia uma significativa convergência em torno de alguns eixos temáticos, ainda que existam relatos que expressam perspectivas distintas sobre a matéria. De modo geral, as respostas revelam um cenário percebido pelos participantes com elevada complexidade clínica, tensões éticas, insegurança profissional e dificuldades para o debate científico.

Dos 129 participantes, 50 escreveram relatos livres. Excluídos três sem conteúdo sobre o tema (comentários sobre o próprio questionário ou ausência de contribuição), restaram 47 relatos, classificados pela equipe da MATRIA de acordo com os temas abordados. Um mesmo relato pode tratar de mais de um tema.

Tema abordado nos relatos	Relatos	% (n = 47)
Dificuldade de questionar ou debater o tema (interdição do debate, receio de ser acusado de transfobia)	23	48,9%
Relatos e preocupações envolvendo pacientes crianças e adolescentes	15	31,9%
Pacientes com histórico de trauma ou abuso, neurodivergência, transtornos psiquiátricos ou conflitos familiares	11	23,4%
Medo explícito de sanção (perda do registro, processo ético ou criminal, punição)	10	21,3%
Indicação de formação insuficiente, falta de diretrizes ou de produção científica considerada séria	9	19,1%
Relatos de prejuízo ao atendimento dos pacientes em decorrência do receio ou da interdição do debate	9	19,1%
Preocupações com intervenções hormonais ou cirúrgicas (irreversibilidade, encaminhamento sem avaliação ou desfecho incerto)	9	19,1%
Indicação da importância da influência externa sobre a declaração de uma "identidade de gênero" (família, redes sociais, pares ou desejo de acesso a certos espaços)	8	17,0%
Relatos sobre pacientes do sexo feminino que rejeitam o corpo ou a condição de mulher, em associação com violência ou socialização	6	12,8%
Defesa da abordagem afirmativa ou ênfase no preconceito social como fonte de sofrimento	5	10,6%
Críticas à atuação do CFP e dos CRPs	4	8,5%
Relatos de pacientes homossexuais que passam a se identificar com o sexo oposto	4	8,5%

Quase metade dos relatos (48,9%) trata da dificuldade de questionar ou debater o tema, e 10 (21,3%) manifestam de forma explícita o medo de sofrer sanções, como a perda do registro profissional, processos éticos ou criminais. Nove relatos (19,1%) apontam que esse receio e a interdição do debate prejudicam o atendimento oferecido aos pacientes. Cinco relatos defendem a abordagem afirmativa ou destacam o preconceito social como principal fonte de sofrimento, o que mostra que o conjunto não é homogêneo. As subseções a seguir reúnem trechos representativos de cada eixo.

14.1 MEDO DE SANÇÕES E RESTRIÇÃO AO DEBATE PROFISSIONAL

Um dos temas mais recorrentes foi a percepção de que existe pouca liberdade para discutir aspectos técnicos relacionados à “identidade de gênero”. Diversos profissionais afirmaram evitar questionamentos clínicos ou mesmo deixar de atender pessoas com questões relacionadas à "incongruência de gênero" por receio de denúncias éticas, processos administrativos, acusações de preconceito ou danos à reputação profissional.

Para parte dos participantes, determinadas hipóteses clínicas ou linhas de investigação são percebidas como socialmente ou institucionalmente desestimuladas. Alguns profissionais descrevem um ambiente em que **qualquer divergência em relação a determinadas abordagens é interpretada como discriminação, o que produziria autocensura e limitaria a liberdade técnica.**

Embora esses relatos expressem percepções individuais, sua recorrência ao longo das respostas abertas é consistente com outras respostas da pesquisa, especialmente aquelas relativas à percepção de reduzido espaço para divergência entre correntes teóricas e à ampla demanda por ampliação do debate científico.

> *“Na minha equipe um colega disse que se sentia incomodado e que poderia me processar por durante as discussões de casos com os profissionais, eu usar o pronome referente ao sexo biológico de pacientes trans. Quando atendo os usuários me refiro a eles com o nome e pronome autodeclarados, respeitando a maneira como se apresentam e desejam ser nomeados. Apenas me refiro a eles com os pronomes relacionados ao sexo biológico quando conversamos entre a equipe profissional e isso foi o suficiente para uma ameaça de processo.”*
>
> *“Ao participar de grupos de estudos sobre gênero e sexualidade já tentei fazer questionamentos, por dúvidas reais que tenho e não como provocação, mas fui calada com respostas do tipo "é assim e pronto", seguidas de olhares de desaprovação, especialmente partindo de profissionais mais jovens.”*
>
> *“Infelizmente tocar em questões de gênero virou um vespeiro dos grandes. Individualmente, com as/os pacientes sinto que é mais tranquilo a conversa, mas abordar esses temas de forma crítica nas plataformas digitais é de uma insegurança absurda. Não existe debate, a ameaça de ser perseguida e perder o CRP me impede de trazer temas pertinentes nas redes.”*
>
> *“Frequentemente os clientes se colocam em risco, reproduzem estereótipos desvantajosos/violentos ou se submetem a procedimentos prejudiciais e é difícil manejar sem ficar com medo de ser processada. [...] Além disso, como buscar uma melhor atuação se sequer se pode levantar as dificuldades que surgem, porque o simples fato de você querer explorar melhor o assunto e não partir para uma abordagem afirmativa já é o suficiente para ser punida.”*

> *"Os pedidos de relatório por órgãos de saúde que trabalham a transição hormonal e cirúrgica, assim como com conceitos sobre identidade de gênero e o cuidado extremo e melindroso que temos que ter na construção desses relatórios. Há o receio de se posicionar contrário ao que esses órgãos indicam."*

14.2 EFEITOS SOBRE O ATENDIMENTO AOS PACIENTES

Nove relatos indicam que o receio de sanções e a interdição do debate têm consequências para os próprios pacientes, e não apenas para os profissionais. Há quem relate ter deixado de atender esses casos ou de realizar avaliações psicológicas por esse motivo, e uma participante informou, no campo destinado à abordagem utilizada, ter parado de atender essas pessoas por não ver possibilidade de intervenção nem ter respaldo do Conselho. Outros relatos descrevem que conteúdos clínicos relevantes deixam de ser trabalhados e que pacientes ficam sem acesso a uma investigação aprofundada de seu sofrimento.

> *"Não me sinto à vontade para trabalhar, nem debater sobre essas questões, com medo de perder meu CRP, decidi simplesmente evitar casos desse tipo, ao notar qualquer inclinação para essa direção prefiro encaminhar. Acredito que assim essa população fica com menos possibilidade de suporte no mercado de saúde mental."*
>
> *"A avaliação é obrigatória no processo de redesignação. [...] me afastei da possibilidade de qualquer avaliação psicológica para esse público por medo de não poder contraindicar uma pessoa para intervenções hormonais e cirúrgicas que não apresente um perfil psicológico alinhado às mudanças severas, sob risco de ser acusado criminalmente de transfobia e representado em meu Conselho [...]."*
>
> *"[...] não podemos ser indiferentes sobre a importância de uma decisão que pode gerar alterações que serão irreversíveis. A minha crítica é que nós da psicologia não estamos de fato debatendo o tema e não estamos construindo modos de acolher de fato essas pessoas porque não podemos falar sobre as consequências de uma transição de gênero de modo aberto com os pacientes pois podemos ser tachadas de transfóbicas."*
>
> *"O problema é que a exploração desses elementos se torna delicada — e muitas vezes evitada — pelo risco de que qualquer questionamento seja entendido como uma invalidação da identidade do paciente, o que coloca o clínico diante de um impasse ético. O efeito disso é que conteúdos fundamentais deixam de ser trabalhados."*
>
> *"A psicologia é uma profissão que tem lado: a defesa dos direitos humanos. Algo do qual me orgulho profundamente. Porém, com relação a este tema, percebo que a maioria de nós que entende que o sofrimento psíquico e emocional profundo que essas pessoas vivem precisa de muito mais do que procedimentos estéticos focados em alterar a aparência do corpo via cirurgias e tratamentos hormonais (uma abordagem ingênua, anti-científica e potencialmente danosa) nos encontramos acuados para participar e promover um debate que seja capaz de aprofundar o olhar, cuidado e atenção para com esse público. Medo de cancelamento, de sermos processadas e ter a reputação profissional manchada, pois socialmente falando, não há espaço para o debate. Qualquer*

> *dúvida colocada nos joga no rótulo de transfóbicas. Assunto espinhoso que deixa o público em sofrimento ainda mais vulnerável, pois estão sendo privados de um cuidado REAL, aprofundado, que explore raízes e causas, como fazemos em QUALQUER outro cenário dentro da psicologia."*

14.3 COMPLEXIDADE CLÍNICA E NECESSIDADE DE INVESTIGAÇÃO AMPLA

Outro eixo recorrente refere-se à percepção de que questões relacionadas à "identidade de gênero" exigem investigação clínica abrangente e individualizada. Diversos participantes relataram que, em sua experiência profissional, os sujeitos em acompanhamento também apresentavam outras condições clínicas ou fatores psicossociais relevantes, como transtornos do neurodesenvolvimento, histórico de violência sexual, traumas, conflitos familiares, transtornos psiquiátricos, dificuldades de relacionamento, abuso de substâncias ou sofrimento psicológico anterior ao surgimento das questões relacionadas à "identidade de gênero".

Independentemente da interpretação clínica adotada por cada profissional, muitos respondentes defenderam que esses elementos deveriam poder ser explorados durante o processo terapêutico, sem que isso fosse automaticamente compreendido como negação da experiência subjetiva do sujeito em acompanhamento.

> *"Penso que é necessário uma análise muito minuciosa de todos os fatores que interferem na formação de uma identidade. Especificamente sobre TEA e identidade de gênero, percebo que é necessário aprofundar até que ponto diferentes buscas por outra identidade são reflexos de dificuldades nas relações sociais, também a interferência da cópia social e outras comorbidades que podem estar envolvidas, que podem levar a uma visão de identidade de gênero distorcida do que realmente é."*
>
> *"Atendo muitos estudantes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Esses alunos frequentemente enfrentam dificuldades em lidar com suas emoções, estabelecer amizades e expressar seus gostos e opiniões. Além disso, são suscetíveis a diversas opiniões, o que pode levá-los a questionar sua identidade sexual. Como resultado, podem sofrer prejuízos nos estudos e no convívio social."*
>
> *"[Atendi] um homem trans que não fez transição, mas tem esquizofrenia, TEA e abuso sexual/vicio em pornografia (em tratamento ainda). Um rapaz usuário de drogas que aos 23 anos resolveu que iria transicionar sem nunca ter mencionado nada sobre isso (este eu encaminhei pois não atendo área de drogadictos). Atendo um rapaz que também resolveu aos 21 anos que quer ser "mulher" - sem nunca ter dado nenhum sinal ou desejo manifesto anteriormente - ele tem altas habilidades, sinais de TEA, histórico de problemas e violência na relação com o pai, doença psiquiátrica (provável psicose bipolar ou borderline) desde a infância."*
>
> *"Trabalho com avaliação psicológica. [...] Ainda estava relativamente novo em minha profissão, pré-pandemia (que, aliás, vejo correlação com aumento de casos de disforia na população mais jovem)."*

> *“Em alguns atendimentos que realizei, principalmente com jovens adultos, o que aparecia com bastante força eram histórias de trauma grave, especialmente experiências de violência sexual muito intensas. Nesses casos, era possível perceber movimentos psíquicos como dissociação e identificação com o agressor, funcionando como tentativas de criar uma clivagem frente a uma vivência insuportável. [...] Me parece importante sustentar que a disforia de gênero existe e deve ser reconhecida como uma questão legítima. Mas ela não esgota as vias pelas quais alguém, especialmente no contexto contemporâneo, pode vir a se identificar com o gênero oposto.”*

> *“Recebi na minha clínica muitos homens homossexuais questionando se seriam, na verdade, mulheres trans. Há pouco entendimento sobre isso até entre eles.”*

14.4 MENINAS E MULHERES

Seis relatos tratam de pacientes do sexo feminino que rejeitam o próprio corpo ou a condição de mulher. Os participantes associam essa rejeição a experiências de violência, especialmente sexual, e à socialização feminina, e apontam o risco de que esse sofrimento seja interpretado, sem investigação, como indicação de uma identidade de gênero masculina.

> *"Penso que seja eticamente equivocado considerar que a disforia, sobretudo em crianças e adolescentes do sexo feminino, seja sempre sinal de transidentificação, já que as mulheres são condicionadas ao sentimento de inadequação. Tendo a concluir que todas as mulheres são, em alguma medida, disfóricas."*

> *“Havia, por exemplo, uma paciente lésbica que, após uma experiência de violência muito brutal, passou a expressar uma recusa em relação ao próprio lugar de mulher — não como uma questão identitária estruturada, mas como uma defesa. Eram falas muito claras nesse sentido: não querer mais ser mulher por associar o feminino à fragilidade, à vulnerabilidade, à posição de quem pode ser violentada.”*

> *“[...] meninas que rejeitam seus corpos sexuados por experiências traumáticas, sendo levadas a crer que odeiam essas características porque na verdade não se sentem mulheres. Dizem que se sentiriam mais protegidas de violências masculinas caso deixem de ser vistas como mulheres.”*

> *"Outro caso que atendi foi o de uma jovem criada em um lar onde as relações familiares eram fortemente atravessadas por superexposição sexual. Ela foi abusada pelo irmão quando tinha 12 anos e ele 14. Os pais não fizeram nada em relação ao abuso e só procuraram ajuda psicológica após o segundo abuso quando a menina começou a se automutilar e apresentar vários sintomas físicos como gastrite e outros. Essa menina chegou ao consultório sentindo-se confusa em relação à própria identidade de gênero. Desde o começo ficou claro para mim que a recusa da identidade feminina era um mecanismo de defesa, uma resposta à experiência traumática, muito embora um profissional que a atendeu antes de mim houvesse tratado a situação como possível transgeneridade. A menina ficou em terapia comigo por alguns anos e hoje está casada e segura com o corpo e a identidade feminina dela."*

14.5 CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Também nas respostas abertas aparece maior preocupação quando o atendimento envolve crianças e adolescentes, o que é consistente com os dados apresentados no item 6. Diversos profissionais mencionaram perceber dúvidas identitárias durante a adolescência como fenômenos que podem coexistir com mudanças próprias do desenvolvimento, conflitos familiares, dificuldades sociais, experiências traumáticas ou influência de grupos de pertencimento e redes sociais.

Outros participantes relataram experiências em escolas, serviços públicos e instituições de acolhimento, descrevendo situações nas quais mudanças de identidade ocorreram ao longo do tempo ou apresentaram significativa oscilação durante o acompanhamento.

> *"A adolescência é onde o indivíduo mais têm dúvidas e ao mesmo tempo, onde mais é influenciado."*
>
> *"Muitas crianças experimentam disforia de gênero nos primeiros anos de vida e é possível trabalhar isso. A grande maioria delas, possui uma família com dinâmica familiar disfuncional. E é justamente essa família que precisa ser trabalhada."*
>
> *"O Adolescente iniciou tratamento comigo, foi a um psiquiatra por conta própria e este o encaminhou para o ambulatório para fazer a transição. Não consegui nem desenvolver de forma adequada a avaliação do caso pois ele foi atrás do que ele dizia precisar."*
>
> *"Atendi principalmente adolescentes em situação de vulnerabilidade social vivendo em um abrigo municipal feminino. Grande parte das adolescentes acolhidas por mais de um ano em algum momento quiseram passar pela transição de gênero, reconhecendo-se como meninos trans e usando nome social. Contudo, a transição foi pouco acompanhada por profissionais, e elas tinham oscilações importantes da própria identidade ao longo do tempo que acompanhei judicialmente. Além disso, a própria equipe do abrigo, que contava com um psicólogo, não trabalhava essa temática, apesar de ser recorrente."*

14.6 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Outro tema recorrente foi a avaliação da formação recebida sobre o assunto. Diversos participantes afirmaram que o tema foi abordado de forma insuficiente durante a graduação ou nas pós-graduações realizadas, enquanto outros relataram ter buscado formação complementar de maneira autônoma, recorrendo principalmente à literatura internacional ou a grupos independentes de estudo.

Também aparecem manifestações defendendo maior produção científica, maior diversidade bibliográfica e ampliação de espaços acadêmicos para discussão das diferentes abordagens existentes. Mesmo entre profissionais que adotam

perspectivas bastante distintas sobre "identidade de gênero", observa-se relativa convergência quanto à necessidade de maior qualificação técnica para lidar com casos considerados complexos.

> *"As poucas pesquisas que cheguei a ver possuem bases e métodos questionáveis, e visto que decidi não acompanhar casos assim, acabei não priorizando ir mais a fundo nisso."*
>
> *"Nas duas pós-graduações que fiz o tema foi passado com muita rapidez e superficialidade, acredito que os professores também temem falar livremente ou temem serem questionados ou confrontados, temem o debate, a polêmica."*

14.7 DIFERENÇAS DE POSICIONAMENTO ENTRE OS PARTICIPANTES

Embora predominem relatos críticos quanto ao ambiente atual de debate, as respostas abertas também revelam que não existe uniformidade de opiniões entre os participantes.

Alguns profissionais defenderam explicitamente abordagens afirmativas e enfatizaram a importância da adesão à narrativa da identidade declarada pelos sujeitos atendidos, descrevendo experiências positivas de acolhimento clínico e destacando o sofrimento decorrente do preconceito social.

> *"A identidade de gênero deveria ser algo simples e comum. Cada ser tem o direito de se reconhecer como quiser. Apesar disso as normas sociais convencionais e as religiões imprimem enorme censura causando danos quase que irreparáveis nos indivíduos. [Tive a] felicidade de testemunhar que muitos dos meus pacientes puderam ter um encontro muito amoroso consigo mesmos e viverem um pouco mais em paz com suas escolhas/ orientação."*

Outros participantes sustentaram perspectivas defendendo mais investigação de fatores psicológicos, familiares e sociais antes da consolidação de determinadas hipóteses diagnósticas ou encaminhamentos terapêuticos.

Também houve relatos que enfatizaram a importância da Psicanálise, outros da Psicologia baseada em evidências, além de profissionais que destacaram limitações específicas do trabalho em escolas, hospitais, sistema prisional, assistência social e serviços públicos.

Essa diversidade de posicionamentos demonstra que o próprio campo profissional abriga diferentes compreensões sobre o tema, reforçando a relevância da existência de espaços que permitam o intercâmbio científico entre distintas correntes teóricas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa indicam que a maioria dos psicólogos participantes percebe desafios importantes na condução clínica de casos relacionados à "identidade de gênero". Entre os principais achados destacam-se:

- percepção de insuficiente clareza das diretrizes profissionais (91,5%);
- mesmo entre os participantes que adotam a abordagem afirmativa, metade relatou insegurança quanto a implicações éticas ou disciplinares e apenas 2 de 10 consideram as diretrizes claras;
- ausência de autonomia clínica plena para 67,2% dos respondentes;
- insegurança quanto a implicações éticas ou disciplinares relatada por 67,2%;
- restrição da investigação clínica por medo de repercussões profissionais (56,9%);
- relatos de que o receio de sanções leva profissionais a evitar esses casos ou a deixar de investigar fatores clínicos relevantes, com prejuízo para os pacientes;
- entre os participantes cujo principal público são crianças e adolescentes, 85,7% relataram insegurança quanto a implicações éticas ou disciplinares e 76,2% afirmaram evitar determinados temas ou hipóteses clínicas;
- ausência de treinamento específico sobre o tema durante a formação para 69,0% dos participantes;
- histórico de traumas, violências ou abuso apontado por 70,7% dos participantes que atendem ou atenderam esses casos, percepção semelhante entre os que adotam diferentes abordagens;
- relatos de pacientes do sexo feminino que rejeitam o corpo ou a condição de mulher em associação com experiências de violência ou com a socialização feminina;
- percepção majoritária de que o campo ainda não possui consenso científico consolidado, com apenas 3,9% considerando haver uma base científica sólida;
- percepção de limitações ao debate técnico e ao pluralismo científico, apontada por mais de três quartos dos participantes;
- consenso praticamente unânime (97,7%) quanto à necessidade de ampliar o debate científico sobre o tema.

Em conjunto, os dados retratam a percepção, entre os 129 profissionais participantes desta pesquisa, de que a atuação clínica em questões relacionadas à "identidade de gênero" ocorre em um contexto de incertezas científicas, insegurança profissional e demanda por maior liberdade para discussão técnica e avaliação clínica independente.

Diante desse cenário, esta pesquisa assume especial relevância por dar visibilidade a experiências profissionais que muitas vezes permanecem dispersas, silenciadas ou restritas a conversas privadas. Embora os resultados não tenham pretensão de representatividade estatística da categoria, os relatos revelam questões que não deveriam ser ignoradas pelas instituições responsáveis pela orientação e fiscalização da prática profissional.

Os achados reforçam a necessidade de que os Conselhos de Psicologia promovam um diálogo aberto, plural e institucionalmente seguro com os profissionais que atuam na clínica, inclusive com psicólogos que desenvolvem abordagens críticas ao "modelo afirmativo". Divergências teóricas e clínicas não devem ser tratadas como infrações éticas presumidas, mas como parte legítima do processo de produção do conhecimento, de revisão das práticas e de aprimoramento da assistência prestada à população.

Algumas medidas responderiam diretamente às dificuldades relatadas. A primeira é a publicação, pelo CFP, de orientação técnica que reconheça como legítimas a investigação de comorbidades, de histórico de trauma e de outros fatores associados ao sofrimento, bem como a formulação de hipóteses clínicas a partir de perspectivas não afirmativas. A segunda é a divulgação de dados agregados e anonimizados sobre representações éticas relacionadas à Resolução CFP nº 1/2018, como número de processos, condutas questionadas e desfechos, o que permitiria aos profissionais conhecer os parâmetros efetivamente aplicados sem violar o sigilo processual. A terceira é a inclusão do tema na formação em Psicologia, com bibliografia que contemple as diferentes perspectivas e as revisões de evidências realizadas em outros países. A quarta é a realização de estudos com amostra representativa da categoria, capazes de verificar a extensão dos problemas aqui identificados.

Nesse sentido, é igualmente importante que os Conselhos profissionais estabeleçam canais de interlocução com organizações da sociedade civil, como a MATRIA, que vêm acompanhando os impactos de suas diretrizes sobre mulheres, mães, crianças, adolescentes e famílias. A escuta de diferentes perspectivas representa uma exigência básica do pluralismo científico, da responsabilidade institucional e da construção de políticas profissionais fundamentadas em evidências.

Abrir esse diálogo significa reconhecer que nenhuma orientação profissional deve estar acima da investigação científica, da avaliação clínica individualizada e do debate crítico. A Psicologia se fortalece quando seus profissionais podem formular perguntas, examinar hipóteses, expressar discordâncias técnicas e revisar práticas sem medo de censura, intimidação ou punição disciplinar.

ANEXO

Perguntas do questionário Prática Psicológica e Questões de "Identidade de Gênero" e opções de respostas.

1. Nome completo (opcional)
2. Sexo (feminino, masculino)
3. Declara alguma identidade de gênero? (pergunta aberta)
4. Idade
5. Religião:
   a. Não tenho religião
   b. Evangélico
   c. Católico
   d. Espírita
   e. Umbanda
   f. Candomblé
   g. Budista
   h. Outra:
6. Área principal de atuação:
   a. Acadêmico
   b. Escolar/Educacional
   c. Clínica
   d. Hospitalar
   e. Jurídica
   f. Organizacional
   g. Social/Comunitária
   h. Outra:
7. Tempo de atuação profissional:
   a. Menos de 2 anos
   b. 2–5 anos
   c. 5–10 anos
   d. Mais de 10 anos
8. Se você atende pessoas com questões de gênero, qual o tipo de abordagem utilizada?
   a. Abordagem afirmativa
   b. Abordagem exploratória
   c. Nenhuma abordagem específica
   d. Não sei dizer
   e. Outra:
9. Qual o principal público de atendimento?
   a. Infantil
   b. Adolescente
   c. Adulto
   d. Idosos
   e. Outra:
10. Com que frequência você atende ou atendeu casos relacionados à identidade de gênero?
    a. Nunca atendi
    b. Atendo ocasionalmente
    c. Atendo frequentemente
    d. Atendo muito frequentemente
    e. Atendo sempre

11. Em sua experiência, esses casos costumam envolver (marque todas que se aplicam):
    a. Altas habilidades
    b. Automutilação
    c. Ansiedade
    d. Contágio social
    e. Depressão
    f. Disforia de Início Rápido
    g. Histórico de traumas / violências / abuso
    h. Isolamento social
    i. Questões familiares
    j. Transtornos do neurodesenvolvimento (ex: TEA)
    k. Transtornos alimentares
    l. Transtorno de personalidade
    m. Outra:

12. Você se sente preparado para lidar com esses casos?
    a. Muito preparado
    b. Razoavelmente preparado
    c. Pouco preparado
    d. Nada preparado

13. Você sente que consegue realizar uma avaliação clínica ampla nesses casos?
    a. Sempre
    b. Na maioria das vezes
    c. Às vezes
    d. Raramente
    e. Nunca

14. Você sente que há clareza nas diretrizes profissionais sobre como conduzir esses casos?
    a. Sim
    b. Parcialmente
    c. Não

15. Atualmente, você considera que o campo apresenta:
    a. Base científica sólida
    b. Base em desenvolvimento
    c. Alto grau de incerteza
    d. Base não-científica
    e. Não sei avaliar

16. Durante sua formação, você recebeu treinamento específico sobre esse tema?
    a. Sim, adequado
    b. Sim, mas insuficiente
    c. Sim, mas inadequado
    d. Não me recordo
    e. Não recebi

17. Você sente que possui autonomia clínica para conduzir esses atendimentos?
    a. Sim, totalmente
    b. Parcialmente
    c. Não

18. Você já sentiu insegurança quanto a possíveis implicações éticas ou disciplinares ao atender pessoas com questões de identidade de gênero?
    a. Sim
    b. Não

19. Você evita abordar certos temas ou hipóteses clínicas por receio de repercussão ou represália profissional?
    a. Sim
    b. Não

20. Quais dificuldades você já enfrentou nesses atendimentos (marque todas que se aplicam)?
    a. Ameaças e acusações de preconceito / transfobia
    b. Falta de diretrizes claras
    c. Conflitos com familiares
    d. Pressão institucional
    e. Dificuldade em explorar comorbidades
    f. Insegurança ética
    g. Insegurança jurídica
    h. Falta de suporte profissional
    i. Nenhuma dificuldade relevante
    j. Outra:

21. Você sente que há espaço para debate técnico e científico sobre o tema na sua área?
    a. Sim
    b. Parcialmente
    c. Não

22. Você sente que há espaço para divergência teórica na área?
    a. Sim
    b. Parcialmente
    c. Não

23. Na sua opinião, o campo (prática psicológica e identidade de gênero) está:
    a. Bem consolidado
    b. Em desenvolvimento
    c. Com muitas incertezas
    d. Com muitos equívocos
    e. Não sei avaliar
    f. Outra:

24. Você considera necessário ampliar o debate científico sobre o tema?
    a. Sim
    b. Não
    c. Não sei ainda

25. Se puder, descreva de forma anônima alguma experiência, dificuldade ou reflexão relevante sobre esse tema para colaborar ainda mais com a nossa pesquisa