Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Costa, Sofia
Martins, Vânia
Santos, Graça
Moleiro, Pascoal

Abordagem e tratamento da disforia de género

http://hdl.handle.net/11067/6409

Metadados

Data de Publicação 2020

Resumo A procura dos cuidados médicos devido a disforia de género tem aumentado nos últimos anos. Existe uma discordância entre o sexo biológico e o género identitário, fonte de insatisfação e sofrimento. Revisão sobre a disforia de género, incindindo na abordagem e intervenção terapêutica. Pesquisa bibliográfica efetuada na base de dados PUBMED de artigos publicados entre janeiro de 2009 e novembro de 2017. Os casos de disforia de género, em idade pediátrica, devem ser acompanhados por equipas multidi...

Seeking for medical care by people with gender dysphoria has raised in the last years. These individuals feel incongruences between their assigned sex at birth and their gender identity. Revision about gender dysphoria, included management and treatment. Retrospective review of published articles in PUBMED, between January 2009 and November 2017. Patients with gender dysphoria should be accompanied by a multidisciplinary team, including a pedopsychiatrist, a psychologist and a pediatric endocrin...

Palavras Chave Distúrbios de identidade de género, Distúrbios de identidade de género - Tratamento, Distúrbios de identidade de género - Portugal

Tipo article

Revisão de Pares yes

Coleções [ULL-IPCE] RPCA, v. 11, n. 1 (2020)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-10-12T03:24:19Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

ABORDAGEM E TRATAMENTO DA DISFORIA DE GÉNERO

GENDER DYSPHORIA:

APPROACH AND TREATMENT

Sofia Costa
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC)
Hospital Pediátrico (HP)

Vânia Martins
Centro Hospitalar de Leiria (CHL)
Hospital de Santo André (HSA)

Graça Santos
Centro de Responsabilidade Integrada (CRI) do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC)

Pascoal Moleiro
Centro Hospitalar de Leiria (CHL)
Hospital de Santo André (HSA)

DOI:
Recebido: 00.00.0000
Aprovado: 00.00.0000

Resumo: A procura dos cuidados médicos devido a disforia de género tem aumentado nos últimos anos. Existe uma discordância entre o sexo biológico e o género identitário, fonte de insatisfação e sofrimento. Revisão sobre a disforia de género, incindindo na abordagem e intervenção terapêutica. Pesquisa bibliográfica efetuada na base de dados PUBMED de artigos publicados entre janeiro de 2009 e novembro de 2017. Os casos de disforia de género, em idade pediátrica, devem ser acompanhados por equipas multidisciplinares que integrem profissionais das áreas de psiquiatria da infância e da adolescência, psicologia clínica e endocrinologia pediátrica. Na transição para a idade adulta, deve ser assegurada a continuidade do seguimento em consulta de sexologia ou em Unidade dedicada a disforia de género. Após a confirmação do diagnóstico, decorrerá o período de mudança de género. A expressão do género identitário é incentivada e é feito o acompanhamento das suas consequências a nível psicológico, familiar e social. É disponibilizado tratamento hormonal e/ou cirúrgico. Legalmente, em Portugal, a mudança de nome e sexo no registo civil pode ser feita aos 16 anos, mas intervenções cirúrgicas só podem ser efetuadas após os 18 anos. As questões relacionadas com sexualidade e identidade de género devem ser abordadas, em consulta, sem juízos preconcebidos e estigmatizantes. A intervenção terapêutica é individualizada e envolve uma abordagem multidisciplinar que pode consistir, ou não, em mudanças a nível do corpo. Os tratamentos hormonais e/ou cirúrgicos constituem opções para melhorar o bem-estar emocional destas pessoas, mas nem todas os desejam.

Palavras chave: Género; Disforia; Abordagem; Tratamento; Jovem.

Abstract: Seeking for medical care by people with gender dysphoria has raised in the last years. These individuals feel incongruences between their assigned sex at birth and their gender identity. Revision about gender dysphoria, included management and treatment. Retrospective review of published articles in PUBMED, between January 2009 and November 2017. Patients with gender dysphoria should be accompanied by a multidisciplinary team, including a pedopsychiatrist, a psychologist and a pediatric endocrinologist. In the adulthood, follow up of these individuals is performed in a Sexology appointment or in a Unit dedicated to gender dysphoria. Gender transformation is initiated, after confirmation of the diagnosis. Hormone therapy and surgical treatment are offered. Expression of their gender identity is encouraged, and its psychological and social consequences are managed. In Portugal, legal sex and name change can be done by individuals over 16 years old, but surgical procedures

are done only when they are 18. Adolescents should feel confident and free to talk about their sexuality and gender identity, without judgments. Treatment of gender dysphoria is individualized and involves a multidisciplinary approach, that might or might not end in body changes. Hormone and surgical treatment are two options, among others, to help these people identifying with themselves.

Keywords: Gender; Dysphoria; Management; Treatment; Youth

Introdução

A disforia de género é definida no DSM-5 (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders -5*) como uma incongruência entre o género atribuído a um indivíduo (baseado no sexo biológico) e aquele com que se identifica o que, consequentemente, causa desconforto e insatisfação (American Psychiatric Association, 2013). Na anterior versão deste manual, DSM-IV, a incongruência de género designava-se por "Transtorno de Identidade de Género", tendo critérios mais amplos. A atual versão da DSM aproxima-se da perspetiva de diversidade de género em detrimento da perspetiva patologizante. Assim, o sofrimento associado à condição é critério necessário ao diagnóstico. Da mesma forma, a CID-11 (Classificação Internacional de Doenças 11) aponta na mesma direção, incluindo a Incongruência de Género no capítulo de Saúde Sexual (World Health Organization, 2018).

Ao longo dos últimos anos, o número de crianças e adolescentes que procuram os cuidados médicos por esse motivo tem vindo a crescer (Coleman et al., 2012; Asenjo-Araque et al., 2015; Vries et al., 2016; Oliveira et al., 2019).

Classicamente, considera-se a existência do género masculino ou feminino, mas esta dicotomia tem sido desafiada pela existência de outros géneros designados por "géneros não binários" ou por "terceiro género". Uma minoria de jovens com não conformidade de género identifica-se como não binária. A não conformidade de género não é sinónimo de disforia de género. O género reside num conjunto de características e de condutas que, numa determinada sociedade, são atribuídas de modo distinto a homens e mulheres; existe não conformidade de género quando características e condutas do individuo divergem do que é considerado normal e culturalmente prescrito para as pessoas de um determinado sexo. Nos indivíduos com não conformidade de género só alguns sentem disforia.

Não são completa e cabalmente conhecidos os fatores envolvidos no desenvolvimento da identidade de género. Estudos apontam para que, ao longo do desenvolvimento sexual, na fase gestacional, ações hormonais promovam um substrato biológico, sobre o qual incidem, influências ambientais, sociais e familiares que contribuem para a identidade de género (Coleman et al., 2012; Steensma et al., 2013; American College of Pediatricians, 2017).

Método

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, na base de dados PubMed e em sítios online de medicina baseada na evidência, como a ELSEVIER, *Scielo e Science direct*, de artigos de revisão, metanálises e normas de orientação clínica. Utilizaram-se como termos MeSH: *gender dysphoria, management, treatment, youth, psychological symptoms, social consequences, portuguese legislation, sexual rights*. Limitou-se a pesquisa de artigos entre janeiro de 2009 e novembro de 2017, em inglês, português e espanhol. Foram selecionados os artigos que se referem à disforia de género.

Foi efetuada também pesquisa da legislação portuguesa atualmente em vigor e relacionada com o tema, tendo em conta os aspetos médico-legais, os direitos das crianças e adolescentes e os direitos sexuais e reprodutivos.

Resultados

Foram selecionados 38 artigos, dos quais 24 contribuíram para a elaboração desta revisão.

Manifestações clínicas

A disforia de género pode iniciar-se na infância, podendo ser encontradas manifestações em crianças de apenas dois anos, embora diferentes da sintomatologia observada nos adolescentes. Habitualmente estas crianças expressam (verbal ou não verbalmente) um forte desejo de pertencer ao outro género: preferem roupas, brinquedos e jogos que estão normalmente associados ao outro género, e simultaneamente rejeitam aquilo que está ligado ao sexo biológico. Estima-se que em 85% das crianças a disforia de género desaparece ao entrar na puberdade, ou pouco antes. Noutras, a disforia intensifica-se na fase da adolescência, habitualmente entre os 10 e os 13 anos, caracterizada por uma aversão ao aparecimento das características sexuais secundárias e por um desejo intenso de ser tratado na família, na escola, entre pares e na sociedade pelo género com que se identifica (Coleman et al., 2012; Asenjo-Araque et al., 2015). Todo este processo é muito complicado para o jovem, não só pelo sentimento de insatisfação com o seu corpo, mas também pelas consequências sociais que podem estar associadas, como a não-aceitação pela família e o *bullying* por parte dos colegas de escola/trabalho e professores. Consequentemente, é comum surgirem associados sintomas como ansiedade, depressão, ideação suicida ou mesmo comportamentos autolesivos. Verifica-se, também, que perturbações do espetro do autismo são mais frequentes em crianças e jovens com incongruência de género, por comparação com crianças sem incongruência. Quanto à orientação sexual, uma pessoa com disforia de género, pode sentir-se atraído por pessoas do mesmo género, de género diferente, por ambos os géneros ou por nenhum (Turban e Ehrensaft, 2018).

Abordagem e intervenção terapêutica

O diagnóstico de disforia de género em crianças e adolescentes torna-se mais difícil, devido à dificuldade ou inibição em expressar os seus sentimentos (Asenjo-Araque et al., 2015; Sánchez Lourenzo et al., 2015). Os critérios de diagnóstico segundo o DSM-5 constam nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1- *Critérios de diagnóstico de disforia de género em crianças (DSM-5)*

Disforia de género em crianças
A. Incongruência entre sexo biológico e género com que se identifica, com ≥ 6 meses de duração, manifestada por ≥ 6 dos seguintes (o 1 é obrigatório): 1. Desejo forte de pertencer a outro género ou insistência de que pertence a outro género; 2. Preferência em usar roupas habitualmente ligadas ao outro género e rejeição daquelas usadas pelo seu sexo biológico; 3. Preferência em assumir papéis habitualmente associados ao outro género; 4. Preferência em atividades, brinquedos ou jogos habitualmente associados ao outro género; 5. Preferência por amigos do outro género; 6. Rejeição forte de brinquedos e jogos associados ao seu sexo biológico; 7. Forte desgosto da sua anatomia sexual; Desejo forte pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do género com que se identifica
B. A condição tem implicações significantes a nível social, escolar ou noutras situações

Tabela 2 - *Critérios de diagnóstico de disforia de género em adolescentes (DSM-5)*

Disforia de género em adolescentes
A. Incongruência entre sexo biológico e género com que se identifica, com ≥ 6 meses de duração, manifestada por ≥ 2 dos seguintes: 1. Incongruência marcada entre o género com que se identifica e as características sexuais primárias e/ou secundárias do sexo biológico; 2. Desejo forte de se livrar das características sexuais primárias e/ou secundárias do seu sexo biológico pela disforia que provoca; 3. Desejo forte pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do género com que se identifica; 4. Desejo forte de pertencer a outro género; 5. Desejo forte de ser tratado como do outro género; Convicção forte de ter os sentimentos e reações típicas do outro género
B. A condição tem implicações significantes a nível social, escolar ou noutras situações

Os casos de disforia de género, em idade pediátrica, devem ser acompanhados por equipas especializadas multidisciplinares que integrem no mínimo profissionais das

áreas de psiquiatria da infância e da adolescência, psicologia clínica e endocrinologia pediátrica.

Na transição para a idade adulta deve ser assegurada a continuidade do seguimento em consulta de sexologia ou em unidade de referência para disforia de géneroa.

O seguimento multidisciplinar do adulto envolve, principalmente a Psicologia, e as especialidades médicas de Psiquiatria, Endocrinologia, Ginecologia, Urologia, Cirurgia Plástica.

O tratamento da disforia de género é individualizado, ou seja, aquilo que pode diminuir o sentimento de não pertença para uns, pode não ser o necessário ou suficiente para outros. As opções podem ser várias, dependendo da intensidade da disforia, suporte familiar, traços de personalidade, resiliência e outros fatores individuais. Em certos casos, uma expressão de género andrógina pode atenuar o desconforto; para outros, a alteração dos dados civis no documento de identificação, bem como o uso de adereços e artefactos que permitam a expressão conforme o género autodeterminado, pode proporcionar um significativo bem-estar emocional. Porém, em muitos casos, esse mesmo equilíbrio só será conseguido pela adequação do corpo, por meio de procedimentos médicos e ou cirúrgicos (Coleman et al., 2012; Turban e Ehrensaft, 2018; Hurtado-Murillo, 2015).

Atualmente, a mudança de sexo e consequente alteração do nome próprio nos documentos civis, pode ser requerida por determinação do próprio, após os 18 anos. Na idade compreendida entre os 16 e os 18 anos é possível requerer o procedimento de mudança de sexo e nome próprio no registo civil, através dos representantes legais, mediante audição presencial do requerente e apresentação de relatório médico ou psicológico que ateste a capacidade de decisão e vontade informada do menor. Atesta-se apenas e só a capacidade de decisão e vontade informada do/a próprio/a, sem que conste o diagnóstico de disforia, segundo o Decreto de Lei nº38/2018 de 7 de agosto.

A abordagem e intervenção terapêutica na disforia de género pode ser esquematizada em diversas fases consecutivas, desde a identificação da disforia e confirmação do diagnóstico, avançando para tratamentos reversíveis ou parcialmente reversíveis, e finalmente para os procedimentos cirúrgicos irreversíveis (tabela 3) (Coleman et al., 2012; Turban e Ehrensaft, 2018; Hurtado-Murillo, 2015).

Tabela 3 - *Fases do tratamento da disforia de género*

Fase reversível	Fase 1	Confirmação do diagnóstico Incentivo à expressão do género	Psicoterapia
	Fase 2	Supressão da puberdade (no estadio de Tanner 2)	
Fase parcialmente reversível	Fase 3	Hormonas sexuais (após os 16 anos)	
Fase irreversível	Fase 4	Intervenções cirúrgicas (após os 18 anos)	

O tempo necessário para cada fase varia de indivíduo para indivíduo, dependendo da complexidade da situação. A passagem para a fase seguinte pressupõe que o próprio e, no caso do adolescente, também a família assimilaram inteiramente as mudanças da fase anterior e que a transição social está a ser bem-sucedida (Coleman et al., 2012; Asenjo-Araque et al., 2015).

Durante todo o processo é fundamental o acompanhamento psicológico do indivíduo, incluindo os familiares no processo. O suporte de grupos de apoio e associações da sociedade civil, ao vivo e *online,* são também recursos importantes a serem mobilizados (Cartaya e Lopez, 2017).

Locais de referenciação

A nível nacional existem locais do Serviço Nacional de Saúde públicos onde se realiza a consulta de Sexologia dirigida a indivíduos com disforia de género (nalguns efetuam-se algumas cirurgias de reatribuição sexual):

- Unidade de Reconstrução Genito-Urinária e Sexual (URGUS), no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). A URGUS foi criada em novembro de 2011 e atualmente constitui a Unidade de Referência Nacional para o acompanhamento dos/as utentes no processo de reatribuição sexual;
- Centro Hospitalar de São João (já foram realizadas cirurgias de reatribuição sexual, atualmente não estão a ser realizadas);
- Hospital Magalhães Lemos;
- Hospital de Santa Maria Marta;
- Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

Em Lisboa existem também vários hospitais Unidades de saúde privadas com Consulta de Sexologia, aos quais os jovens podem recorrer.

Fase 1 – Confirmação do diagnóstico

A primeira fase do tratamento consiste na confirmação da disforia de género e da sua constância e persistência por profissional da saúde mental. O tempo decorrido nesta avaliação é variável, dependendo da clarificação da identidade de género.

Cabe aos profissionais de saúde, estarem disponíveis para abordar estas questões de forma, não preconceituosa e respeitando os direitos humanos de liberdade de expressão, autonomia, privacidade e confidencialidade. Tratando-se de um/uma adolescente, são abordadas questões relacionadas com os sentimentos do/da jovem, o ambiente social e familiar, tentando perceber se já revelou a alguém a forma como se sente e quais as consequências (aceitação, rejeição, bullying) (Coleman et al., 2012; Barrett, 2017).

Se estiverem reunidas as condições desejáveis, este/esta é incentivado a adotar, gradualmente, a expressão, vestuário e condutas "próprias" do género com que se identifica, mesmo que ainda não tenham ocorrido quaisquer mudanças físicas nesse sentido. Também é fornecido apoio aos familiares acompanhantes, facilitando a aceitação deste processo e a integração do/da jovem na restante família.

É nesta fase que são explicadas as diversas etapas do tratamento, que resultados são expectáveis e eventuais efeitos secundários ou complicações, procurando-se que o/a adolescente e a família compreendam na íntegra estas informações, de forma a obter o consentimento informado e esclarecido para os procedimentos a realizar. Um assunto fundamental a ser abordado é o da fertilidade. As intervenções terapêuticas hormonais comprometem a fertilidade de forma reversível, enquanto as cirurgias genitais que envolvem orquidectomia, histerectomia e anexectomia o fazem definitivamente. Antes do início do tratamento hormonal, devem ser fornecidas opções de preservação da fertilidade, como a recolha e preservação de gâmetas (Working Group Session on Fertility Preservation for Individuals with Gender and Sex Diversity, 2016; Nahata et al., 2017a; Schmidt e Levine, 2015). Muitos adolescentes não consideraram esta hipótese, pelos custos elevadosb, ou porque esta recolha exige que a puberdade atinja um determinado estadio com todas as transformações corporais que a acompanham e que agravam a disforia (American College of Pediatricians, 2017; Nahata et al., 2017a; Schmidt e Levine, 2015). Estão a ser estudadas formas de criopreservação que possam ser utilizados antes da puberdade, como a criopreservação de tecido ovárico e testicular, para que os/as adolescentes disfóricos não tenham que passar pela fase da puberdade, mas estes procedimentos não são consensuais (Working Group Session on Fertility Preservation for Individuals with Gender and Sex Diversity, 2016).

Fase 2 – Supressão pubertária

Após a confirmação do diagnóstico de disforia de género, mantendo o seguimento pela saúde mental, o utente é referenciado para a consulta de endocrinologia. O endocrinologista efetua uma avaliação clínica, laboratorial e endocrinológica, cujos objetivos são excluir a existência de Distúrbio do Desenvolvimento Sexual (DDS, também denominadas de Intersexo), diagnosticar doenças associadas, e instituir e monitorizar a terapêutica hormonal ao longo da vida (tabela 4).

Tratando-se de um individuo com idade inferior a 16 anos, a primeira fase do tratamento hormonal consiste na supressão pubertária, a qual deve ser iniciada quando alcança o desenvolvimento pubertário corresponde ao estadio 2 da classificação de maturação sexual de Tanner. Este procedimento tem como objetivo evitar o desenvolvimento das características sexuais secundárias que, como já foi dito, está associada à intensificação da disforia de género. Este procedimento é reversível, permitindo ao jovem ponderar e ter uma maior segurança na decisão de avançar para outros procedimentos que comprometem mais a sua decisão (Turban e Ehrensaft, 2018).

São utilizados análogos da hormona libertadora de gonadotropina (GnRH) que suprimem a libertação de gonadotrofinas (LH e FSH), inibindo, nos rapazes, a síntese de testosterona e a produção de espermatozoides e, nas raparigas, a síntese de estrogénio e progesterona e a maturação dos ovócitos (Hembree et al., 2017; Fernández et al., 2015). Um dos principais efeitos secundários é a diminuição da massa óssea, que pode ser posteriormente recuperada com o início da terapêutica com hormonas sexuais (Hurtado-Murillo, 2015). Os critérios para o início da supressão da puberdade são:

1. Disforia de género confirmada, de longa duração e com agravamento na puberdade;
2. Confirmado o atingimento do estadio de puberdade G2/M2 de Tanner;
3. O/a adolescente tem capacidade mental adequada para assinar o consentimento informado;
4. O/a adolescente e a família foram devidamente informados sobre os efeitos as reações adversas do tratamento e assinaram o consentimento informado.
5. As comorbilidades que possam interferir com o tratamento foram adequadamente controladas (Hurtado-Murillo, 2015).

Fase 3 – Tratamento hormonal

O tratamento com hormonas sexuais é iniciado habitualmente após os 16 anos de idade embora já tenha havido casos particulares onde foi iniciado antes (Turban e Ehrensaft, 2018; Hembree et al., 2017). Nos jovens sob terapêutica com hormonas sexuais femininas, recomenda-se a continuação dos análogos da GnRH nos primeiros meses de tratamento, uma vez que os níveis iniciais de hormonas femininas não são suficientes para suprir o aparecimento dos caracteres sexuais secundários masculinos. No tratamento com testosterona, os análogos da GnRH podem ser descontinuados assim que se atinja um nível de testosterona correspondente à idade adulta (Hembree et al., 2017).

Os critérios para o início do tratamento com hormonas sexuais na adolescência são:

1. Disforia de género confirmada e persistente;
2. Ter idade igual ou superior a 16 anos;
3. O/a adolescente tem capacidade mental suficiente para assinar o consentimento informado;
4. O/a adolescente foi devidamente informado sobre os efeitos e as reações adversas do tratamento e assinou o consentimento informado. Se o/a adolescente ainda não atingiu a idade considerada legalmente autorizada naquele país para tomada de decisões sozinho, os pais ou o representante legal também

deverão assinar o consentimento informado.

5. As comorbilidades que possam interferir com o tratamento foram adequadamente controladas e não há contraindicações (Hurtado-Murillo, 2015).

Nos casos de transição de feminino para masculino (FtM), formulações de testosterona intramusculares ou transdérmicas resultam na masculinização com cessação da menstruação, alargamento do clítoris (1 a 6 meses após o tratamento), crescimento dos pelos faciais e corporais, engrossamento da voz e aumento da massa muscular (6 a 12 meses após o tratamento). Nos casos de transição de masculino para feminino (MtF), onde se pretende a feminização, são utilizados estrogénios principalmente em formulações orais (mas também estão disponíveis formulações transdérmicas e intramusculares) e antiandrogéneos como a espironolactona. Como resultado, verifica-se um aumento dos seios mamários, diminuição dos pelos corporais e faciais, da massa muscular e redistribuição da gordura corporal (3 a 6 meses após o tratamento) (Coleman et al., 2012; Turban e Ehrensaft, 2018; Hembree et al., 2017; Nahata et al., 2017b). Os tratamentos hormonais não são desprovidos de efeitos secundários. Estes dependem da dose, do tempo de exposição e envelhecimento da pessoa. Os estrogénios, entre outros efeitos secundários possíveis, aumentam o risco de doença tromboembólica em 2 a 6% no primeiro ano. A testosterona está associada, entre outros, a eritrocitose, disfunção hepática, hipertensão arterial (HTA) e dislipidémia. Por isso, impõe-se uma vigilância mais apertada no primeiro ano de tratamento e mantida a intervalos anuais posteriormente.

Fase 4 – Cirurgia de reatribuição sexual

A última fase deste processo consiste nas intervenções cirúrgicas destinadas à remoção de caracteres sexuais existentes e construção de órgão genitais externos de acordo com o género identitário. Designam-se por cirurgias de reatribuição sexual ou por cirurgias de confirmação de género.

As cirurgias de feminização compreendem colocação de próteses mamárias, orquidectomia, vaginoplastia e vulvoplastia. As cirurgias de masculinização compreendem a mastectomia, a histerectomia com anexectomia, faloplastia e colocação de próteses testiculares e penianas.

A otimização funcional e estética proporcionada pelas intervenções cirúrgicas contribuem para o aumento da qualidade de vida, da autoestima, melhoria das relações interpessoais e, segundo alguns estudos, também para o aumento da satisfação sexual (Grift et al., 2017). Atualmente, as técnicas utilizadas na reconstrução genital preservam as sensações táteis e erógenas, ajudando a manter a função e resposta sexual (Hembree et al., 2017; Zaylin et al., 2017). Os requisitos para o início do tratamento cirúrgico, em Portugal à data deste artigo são:

1. Idade igual ou superior a 18 anos;
2. Confirmação diagnóstica da disforia de género (segunda avaliação independente por profissional de outro centro);
3. O utente tem suficiente capacidade mental para assinar o consentimento informado;
4. O utente foi devidamente informado sobre todas as consequências das intervenções cirúrgicas e assinou o consentimento informado;
5. O processo foi submetido a avaliação da competência em Sexologia Clínica da Ordem dos Médicos, solicitando autorização para cirurgias, a qual é concedida pelo Bastonário da Ordem;
6. Hormonoterapia prévia por um período de 12 meses à exceção da mastectomia que não exige tratamento hormonal prévio (Hurtado-Murillo, 2015).

Conclusão

A disforia de género pode iniciar-se na infância, intensificar-se ao longo da adolescência e persistir por toda a idade adulta. Por vezes a procura de ajuda e intervenção terapêutica não é pronta pela falta de confiança e insegurança em partilhar os seus sentimentos de incongruência de género (Coutinho e Moleiro, 2017).

O tratamento da disforia de género baseia-se num acompanhamento multidisciplinar que se inicia pela exploração e clarificação da identidade de género, suporte e incentivo à expressão do género com que se identificam. Para alguns, o facto de se vestirem e assumirem socialmente a identidade do género a que sentem pertencer é suficiente para a resolução da disforia. Para outros, a expressão do género com que se identificam, por si só, não chega e necessitam de adequar o corpo através da terapêutica hormonal e/ou intervenções cirúrgicas. A avaliação deve ser feita caso a caso e o tratamento individualizado. Ao longo de todo o processo de mudança de género e posteriormente, se necessário, é feito um acompanhamento psicossocial, onde são avaliados os sentimentos do/a próprio/a em relação ao processo, a reação da família e dos amigos e a inserção na sociedade.

A consulta é uma oportunidade de ouro para abordar questões relacionadas com a sexualidade, permitindo que crianças, adolescentes e adultos exponham as suas dúvidas, desejos e inseguranças. O acolhimento deve transmitir segurança e afabilidade a todas as minorias sexuais.

Atualmente, as intervenções cirúrgicas são efetuadas após os 18 anos de idade. A intervenção médica endocrinológica pode ser iniciada no início da adolescência sob a forma de supressão pubertária; a terapêutica hormonal masculinizante ou feminizante pode ter início aos 16 anos.

A legislação portuguesa no domínio da identidade de género foi alterada em 2018, traduzindo a despatologização destas situações. Passou a decretar que, após os 18 anos, a mudança de sexo e de nome no registo civil não exige a apresentação

de qualquer documento médico ou psicológico. Entre os 16 e os 18 anos, este requisito mantém-se, mas atestando-se apenas e só a capacidade de decisão e vontade informada do/a próprio/a, sem que conste o diagnóstico de disforia (de acordo com o Decreto de Lei nº38/2018 de 7 de agosto).

Na data atual a Unidade de Reconstrução Genito-Urinária e Sexual (URGUS) do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) constitui a única unidade de referência no Sistema Nacional de Saúde (SNS).

bA preservação da fertilidade é possibilitada pelo SNS português, sem custos, para além da aplicação das taxas moderadoras em vigor.

Referências

American College of Pediatricians (2018). Gender Dysphoria in Children. Disponível em: https://acpeds.org/assets/imported/corrected-REVISED-NOV-2018-Gender--Dysphoria-in-Children-1.pdf

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. San Francisco: Editorial Reviews.

Antonio, I. E., Araque, N. A., Murillo, F. H., Rodríguez, M. F., Hagemeijer, Á. V., Moreno--Pérez, Ó., ... & GIDSEEN, G. (2015). Documento de posicionamiento: Disforia de Género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN). *Endocrinología y Nutrición, 62*(8), 380-438.

Barrett J. (2017). Gender dysphoria: assessment and management for non-specialists. *The BMJ, 357,* 1756-1833.

Cartaya, J., & Lopez, X. (2018). Gender dysphoria in youth: a review of recent literature. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 25*, 44-48.

Coutinho, R. & Moleiro, P. (2017). Aconselhamento sexual e contracetivo aos adolescentes: a importância do gênero. *Adolesc Saude. 14*, 112-118.

Decreto Lei nº38/2018 de 7 de agosto. Direito à autodeterminação da identidade de género, expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa. Diário da República n.º 151/2018 - I Série. Assembleia da República. Lisboa.

Fernández, M., Guerra, P., Diaz, M., Garcia-Vega, E., & Álvarez-Diz, J. A. (2015). Nuevas perspectivas en el tratamiento hormonal de la disforia de género en la adolescencia. *Actas Esp Psiquiatr. 43*, 24-31.

Grift, T. C., Elaut, E. E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., Cuypere, G., Richter-Appelt, H., & Kreukels, B. P. C. (2017). Effects of Medical Interventions on Gender Dysphoria and Body Image: A Follow-Up Study. *Psychosom Med. 79*, 815-823.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., ... & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender--incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 102*(11), 3869-3903.

Hurtado-Murillo, F. (2015). Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica. *Rev Esp Endocrinol Pediatr, 6*, 45-52.

Nahata, L., Tishelman, A. C., Caltabellotta, N. M., & Quinn, G. P. (2017). Low fertility preservation utilization among transgender youth. *Journal of Adolescent Health, 61*(1), 40-44.

Nahata, L., Chelvakumar, G., & Leibowitz, S. (2017). Gender-affirming pharmacological interventions for youth with gender dysphoria: when treatment guidelines are not enough. *Annals of Pharmacotherapy, 51*(11), 1023-1032.

Oliveira, A. G., Vilaça, A. F., & Gonçalves, D. T. (2019). Da transexualidade à disforia de género: protocolo de abordagem e orientação nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 35*(3), 210-222.

Sánchez Lorenzo, I., Mora Mesa, J. J., & Oviedo de Lúcas, O. (2017). Atención psicomédica en la disforia de identidad de género durante la adolescencia. Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 10(2), 96-103.

Schmidt, L., & Levine, R. (2015). Psychological outcomes and reproductive issues among gender dysphoric individuals. Endocrinology and Metabolism Clinics, 44(4), 773-785.

Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52(6), 582-590.

The World Professional Association for Transgender Health (2012). *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people*. *Int J Transgend, 13*, 165-232.

Turban, J. L., & Ehrensaft, D. (2018) Research Review: Gender identity in youth: treatment paradigms and controversies. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*,1228-1243.

Vries, A. L., Klink, D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2016). What the primary care pediatrician needs to know about gender incongruence and gender dysphoria in children and adolescents. *Pediatric Clinics, 63*(6), 1121-1135.

Finlayson, C., Johnson, E. K., Chen, D., Dabrowski, E., Gosiengfiao, Y., Campo-Engelstein, L., ... & Moravek, M. B. (2016). Proceedings of the working group session on fertility preservation for individuals with gender and sex diversity. *Transgender health, 1*(1), 99-107.

World Health Organization. (2018). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)*. WHO Library. Switzerland.

Zavlin, D., Schaff, J., Lellé, J. D., Jubbal, K. T., Herschbach, P., Henrich, G., ... & Papadopulos, N. A. (2018). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined vaginoplasty technique: satisfaction of transgender patients with aesthetic, functional, and sexual outcomes. *Aesthetic plastic surgery, 42*(1), 178-187.